

Matr: 13720

RESERVA

M
042d
1996
C.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN
DE UN TALLER PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS
CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DEL CONSULTORIO DEL
ADOLESCENTE DE VALPARAÍSO

TESIS PRESENTADA
A LA FACULTAD DE MEDICINA



PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO
Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

VERÓNICA OLAVE V. , MARIANGEL QUEZADA Q. ,
PAULA SOTO V.

PROFESORA PATROCINANTE
MARÍA ELENA VALDOVINOITT

PROFESOR INVITADO
PABLO VERA

ASESORA METODOLÓGICA
BIANCA DAPELO

*A nuestras redes sociales
quienes nos apoyaron
incondicionalmente durante
el proceso que implicó
esta investigación*

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este estudio fue posible gracias a la valiosa colaboración y espacio brindado por el Consultorio Integral del Adolescente de Valparaíso. De manera especial reconocemos la entrega y participación de las mujeres adolescentes embarazadas, pues sin ellas resulta impensable intervención alguna y carece de sentido todo análisis de la realidad del embarazo en adolescentes.

Por la colaboración prestada durante la elaboración y desarrollo del taller expresamos nuestra especial gratitud al profesor invitado Pablo Vera. Del mismo modo agradecemos a la asesora metodológica Bianca Dapelo por su constante comprensión y disposición en la construcción del diseño estadístico y posterior análisis de los resultados.

Por su participación en la entrega de sugerencias y lineamientos en el desarrollo de este estudio, queremos agradecer de manera especial a Domingo Asún, Andrés Gacitúa y Jaime Meléndez; ya que actuaron como colaboradores críticos en esta investigación.

Finalmente queremos agradecer a nuestra profesora guía María Elena Valdovinoitt por su permanente estímulo, orientación, acogida y compromiso brindados durante toda esta instancia fundamental de nuestra formación profesional. Y esencialmente por abrir los umbrales de nuestras dimensiones humanas y capacidades intelectuales en la comprensión integradora del entorno social.

CONTENIDOS

Agradecimientos	i
Índice	iii
Resumen	vii



CAP.

PAG.

I INTRODUCCIÓN

1. Definición del problema.....	1
2. Embarazo en la Adolescencia.....	3
3. Análisis sociocultural del embarazo adolescente en la sociedad chilena...	7
4. Políticas de Salud: Sistema de..... atención para adolescentes embarazadas	11
5. Investigaciones en embarazo adolescente.....	18
5.1 Investigaciones en nuestra sociedad chilena.....	18

II MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes conceptuales.....	24
2. Modelo Psicosocial.....	25
2.1 Cognición y cognición social.....	25
2.2 Salud Mental y Modelo Psicosocial.....	28
2.2.1 Modelo Psicosocial.....	28
2.2.2 Factores asociados a la distribución de los problemas de salud mental.....	33
2.3 Modelos teóricos en el estudio de la salud mental.....	44
3. Modelo cognitivo conductual.....	50
3.1 Enfoque cognitivo-conductual desde la perspectiva de Beck.....	50
3.2 Metodología grupal desde el enfoque cognitivo-conductual.....	52
4. Depresión.....	54
4.1 Depresión desde una perspectiva cognitiva.....	54
4.2 Depresión desde el DSM IV.....	60
5. Mujer Adolescente desde una perspectiva psicosocial de género.....	62
5.1 Maternidad y afectividad en el embarazo adolescente.....	68

6. Fundamentación de la intervención.....	73
---	----

III METODOLOGÍA

1. Propósito del estudio.....	76
2. Definición de variables relevantes.....	76
3. Formulación de Hipótesis.....	80
4. Formulación de Objetivos.....	83
5. Características del diseño de investigación...	84
6. Procedimiento de intervención.....	85
6.1 Características de la muestra.....	85
6.1.1 Distribución de la muestra.....	87
6.2 Características generales de la intervención.	92
6.3 Formulación de objetivos de la intervención..	93
6.3.1 Formulación de objetivos generales.....	93
6.3.2 Formulación de objetivos específicos.....	94
6.4 Contenidos de la intervención.....	95
6.5 Evaluación.....	97
6.5.1 Fases de intervención.....	97
6.5.2 Descripción del instrumento.....	99

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. Análisis estadístico de los datos.....	105
1.1 Contrastación de hipótesis.....	108
2. Descripción cualitativa de la intervención....	122
2.1 Descripción cualitativa en función de los objetivos.....	122
2.2 Descripción cualitativa el proceso grupal.....	125
2.3 Descripción cualitativa en función del informe subjetivo libre.....	131

V. CONCLUSIONES Y ALCANCES DE ESTE ESTUDIO

Referencias Bibliográficas

Anexos

- 1 Inventario de Depresión de Beck
- 2 Ficha de control de salud adolescente
- 3 Ficha de matrona- ginecólogo
- 4 Ficha social
- 5 Esquema del modelo psicosocial
- 6 Estructura de las sesiones

RESUMEN

Cuando una adolescente se embaraza, le ocurren una serie de cambios significativos en diferentes esferas de su vida: físicos, afectivos y sociales. Existiendo una retroalimentación entre el nivel social y el afectivo; esto se puede expresar en la pérdida o disminución de varias de sus redes de soporte social, las cuales son importantes para ellas.

Este aislamiento o desvinculación de su entorno, a veces adquiere un carácter de marginación social; originándose así una situación de vulnerabilidad general que la pueden conducir a la depresión. Esta situación se explica en parte por la socialización de género; y su adscripción a una clase social popular.

Ante esto, nuestra propuesta de trabajo se ha basado en la creación, aplicación y evaluación de un taller¹ orientado a la disminución de la sintomatología depresiva. Este taller consistió en encuentros grupales semanales, donde se entregó a las integrantes una variedad de técnicas cognitivas-conductuales utilizadas para reducir la sintomatología

¹ Ver pag. 77, 78 y 79

depresiva que presentaban. Los objetivos psicoeducativos del taller eran que las adolescentes aprendieran a enfrentar con mayor eficacia los problemas y el estres de la vida diaria. De manera que las integrantes cambiaran su cognición en relación a sí misma y su entorno.

Esta investigación se realizó con un grupo control y otro experimental, con mediciones pre y post tratamiento utilizando la escala autoaplicada de depresión de Beck (IDB). Los resultados fueron sometidos a la prueba de significación estadística de "t" de Student.

CAPITULO 1



INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es un tema de debate público que se remonta a nuestros orígenes como nación mestiza de españoles e indígenas. Sin embargo sólo desde la década de 1980 es considerado por la política estatal, como un problema social emergente (Valenzuela,1993). Actualmente, según INE (1993), la magnitud de este problema se puede evidenciar en los 39.000 niños nacidos anualmente, de madres menores de 20 años, esta cifra representa el 13,8% del total de nacimientos ocurridos en el país.

Dentro de la complejidad de este problema, han sido variadas las estrategias de intervención, primando en ellas, el modelo médico, quien focaliza su atención en la salud física de la madre adolescente y su hijo; sin embargo deja de lado el contexto sociocultural de la joven.

El presente trabajo propone la utilización de un modelo psicosocial, como base explicativa a la problemática que viven estas adolescentes.

En este sentido la importancia de nuestra interrogante es que se aproxima o aborda la depresión no como una enfermedad individual, sino como algo que está ligado al contexto sociocultural que pertenecen estas jóvenes. Así la adolescente al quedar embarazada reacciona generalmente alejándose tanto por vergüenza o culpa; así mismo la sociedad responde mediante una marginalidad social la que se expresa en una aparente indiferencia, aislamiento y rechazo, que la puede llevar a caer en síntomas depresivos.

Por ende, la intervención que nos planteamos para la depresión en esta muestra se ha basado en un trabajo grupal, cuyo objetivo ha sido proporcionar a las integrantes del taller competencias a las que puedan recurrir en el momento de abordar sus problemas presentes.

Es por esto que la interrogante que orienta nuestra investigación es: ¿Un trabajo grupal en mujeres, adolescentes, embarazadas, de nivel socioeconómico bajo donde se implementen estrategias cognitivas conductuales a su repertorio existente, disminuirá los niveles de depresión en ésta muestra?.

2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Este es uno de los más grande problemas que una joven puede enfrentar, ya que está muy lejos de estar preparada emocionalmente para tener un hijo y probablemente tampoco tendrá la capacidad económica para su crianza (Cepal, 1992), pues se encuentra en una etapa del desarrollo donde está comenzando a adquirir y ensayar nuevas competencias para ser adulto.

La joven está en una edad (12 a 19 años), que se caracteriza por sus cambios biológicos (maduración sexual), psicológicos (nueva vivencia de si mismo) y por las tareas que debe cumplir para lograr ser adulto.

Según Florenzano (1988), Erikson plantea que la principal tarea, es la búsqueda de su identidad, es decir, vivenciarse a si mismo como una estructura con estabilidad a lo largo del tiempo. Una segunda tarea es el distanciamiento de la familia de origen, para posibilitar la individuación personal; esta se logra a través del desarrollo de lazos amistosos y emocionales con adolescentes de igual edad. Como tercera tarea, está la elección vocacional y laboral.

También, describe como desenlace de éstas tareas, la consolidación de la identidad, pasando así, a la etapa de adulto joven. En caso contrario, se da el "síndrome de difusión de identidad", donde el sujeto a lo largo de su vida adulta, vuelve una y otra vez a intentar definir sus intereses.

Adjuntando a lo anterior, el problema del embarazo adolescente, es más difícil de asumir por la joven, por la fuerte desaprobación familiar y social que existe. Esta desaprobación está ligada a la sanción que se hace en nuestra cultura de la sexualidad precoz y sus consecuencias.

La joven enfrenta su embarazo como algo inesperado, accidental que interrumpe su desarrollo psicosocial. De pronto se ve enfrentando múltiples crisis, tales como:

"(a) su adolescencia, (b) el embarazo, (c) discriminación social de que es objeto, (d) exigencia a la vida de pareja, cuando la hay, (e) abandono de ésta, (f) adaptación a un nuevo hogar, (g) adaptación a nuevas reglas dentro de la familia, (h) pérdida de un proceso paulatino de desarrollo evolutivo, (i) sobrecarga de responsabilidades, (j) dificultades para elaborar un proceso de individualización, etc.; cada una de estas crisis, vividas por separado producen diferentes grados de estrés, pero vividas en conjunto, influyen enormemente en su estado emocional por la sobre carga que producen." (SERNAM, 1992,p.11).

Según Hamel (1991), la mayoría de las adolescentes (68%), presenta humor depresivo como tristeza, desamparo y sentimientos de inutilidad. Más de la mitad (55%), tiene sentimientos de culpabilidad, creen haber decepcionado a la gente, especialmente a sus padres y familia, sentimientos que son corroborados por estos ya que, aunque den apoyo material y de búsqueda de la mejor solución frente al hecho, hacen alusión permanentemente a la decepción que se les ha provocado.

En cuanto a las consecuencias psicosociales que el embarazo limita o interrumpe; Kanzua (1993) propone :

1. Fracaso o dificultad en cumplir funciones de la adolescencia: Esta maternidad, dificulta las funciones de este período, tales como la determinación de su identidad, desarrollo de valores y logro de autonomía económica. Lo anterior implica consecuencias en sus posteriores ciclos vitales y una gran dificultad para asumir el rol de adulto.

2. Fracaso escolar: En nuestra sociedad, la joven embarazada interrumpe sus estudios, los cuales difícilmente volverá a

retomar por la gran presión social que se ejerce sobre ella; lo que limita la incorporación a un trabajo bien remunerado.

3. Fracaso en delimitar el tamaño de la familia: Según las investigaciones, las adolescentes en esta situación, son más propensas a embarazarse nuevamente dentro de los años siguientes al nacimiento de su hijo. Riesgo que es diez veces mayor.

4. Fracaso en formar una familia estable: Cuando las adolescentes se casan producto de su embarazo, éstas uniones se caracterizan por ser inestables, con altas posibilidades de separación. Y si la joven se queda soltera las posibilidades de casarse a futuro disminuyen notoriamente.

5. Fracaso social: Estas jóvenes, no importando su nivel socio económico, son estigmatizadas por su grupo familiar y social; siendo excluidas.

De este modo, consideramos que el embarazo en la adolescencia es un acontecimiento que altera drásticamente las potencialidades de desarrollo personal y social de quienes lo experimentan. Se constituye en un daño de mujeres, a pesar de la presencia de un hombre en el origen del embarazo.

3. ANÁLISIS SOCIOCULTURAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA SOCIEDAD CHILENA

El fenómeno del embarazo adolescente, no resulta hoy algo muy novedoso. Pese a esto y tal como ha sucedido con otros temas relegados al ámbito de lo privado, existe hoy mayor visibilidad y conciencia acerca de la sexualidad y maternidad adolescente.

En este sentido se está despertando al reconocimiento, la necesidad de apoyo y prevención en diferentes esferas, lo que en los últimos años se ha evidenciado en programas de Universidades y organizaciones no gubernamentales; así como en las políticas públicas impulsadas por el Servicio de Salud, Ministerio de Educación y SERNAM.

No obstante, existen vallas socioculturales y políticas que deben ser superadas para lograr una acción efectiva y de largo plazo referente a este tema; en este sentido ahora nos referiremos específicamente al derecho de las mujeres jóvenes a la información y opción sexual y contraceptiva, las cuales son continuamente restringidas por nuestra cultura, estructura y mundo político.

En el plano cultural, la sexualidad si bien es reconocida como un aspecto importante para el desarrollo del individuo; es al mismo tiempo censurada especialmente en mujeres jóvenes fuera del matrimonio. De este modo lo natural del ejercicio de la sexualidad se ve desvirtuado y tratado desde un doble estándar moral, en el cual la sexualidad masculina contrariamente a la femenina es valorada.

Así también nuestra sociedad contrariamente, la liberaliza a través de su uso con fines comerciales; lo que en el plano económico no tiene un correlato cultural, donde siguen imperando visiones totalistas de la ética sexual que niega la diversidad y opción individual.

"Aún cuando los jóvenes tengan una visión más abierta frente al tema que los adultos, los valores señalados siguen condicionando sus actitudes y conductas sexuales y relación de pareja. Con frecuencia los lleva a vivir la sexualidad con tensiones, falta de espacios adecuados y temores sin prever el momento en que se mantendrán las relaciones sexuales. Estas se enfrentan como algo del momento, espontáneo, incontrolable y fruto de la pasión, y no como algo justificado y aceptado éticamente" (Silva, A. 1993, p.171).

Ante la negación de la sexualidad juvenil, los jóvenes frente a la actitud de los adultos respecto de la educación

sexual y contracepción, se inhiben ante ellos y no acuden a su orientación y apoyo.

En el ámbito social, una estructura socioeconómica que estratifica a la población desde el punto de vista del acceso de información y a la asistencia médica, específicamente gineco-obstétrica, obstaculizan la elección y/o prevención del embarazo en el período de la adolescencia. En este sentido es menor en los sectores urbano populares y especialmente en los jóvenes.

Dentro de otro punto de vista es necesario recordar el bajo nivel de democratización cultural existente en nuestro país, el que lleva a concentrar el poder en los medios de comunicación masivos. Medios que están frecuentemente condicionados por grupos que suelen estar anclados en el refuerzo de valores tradicionales y con una postura de selección basada en criterios comerciales; todo esto restringe la posibilidad de optar, actuando como un mecanismo de control ideológico.

Según Ximena Luengo(1995), nuestra sociedad discrimina y da poco poder a los jóvenes, los cuales son considerados como en una etapa de transición a la adultez con una capacidad de decisión y sentido de responsabilidad poco estimulado por la educación; sus

opiniones son negadas por los adultos y sus opiniones poco pesan. Lo anterior obstaculiza la toma de conciencia y maduración colectiva de la juventud frente al embarazo adolescente.

En el plano político se ha desarrollado según Ana María Silva (1993) un mecanismo muy eficaz de silenciamiento de las opiniones más liberales, de limitación de la educación y planificación familiar para los jóvenes. Esto consiste en transformar las posturas que se alejan del esquema sexual tradicional en un costo político.

De este modo la presión política que puede parecerse legítima en diferentes temas, en el ámbito cultural impide la discusión de este fenómeno ya que dificulta la libertad de expresión; lo que sobre todo se observa en referentes políticos juveniles, los cuales pierden autonomía ideológica frente a la estructura partidaria global, dejando de ser representantes de las inquietudes de los jóvenes.

4. POLÍTICAS DE SALUD: SISTEMA ATENCIÓN PARA ADOLESCENTES

EMBARAZADAS

El Estado, representado en este caso, por el Ministerio de Salud no tiene un programa específico de salud para el embarazo en adolescentes, más bien existen programas que tangencialmente intervienen sobre esta población, como es el programa de Salud de la Mujer y el programa de Salud Integral del Adolescente.

El programa de Salud de la Mujer de Atención Materna y Perinatal, se caracteriza básicamente por:

(a) Comprende atención en niveles primario, secundario y terciario, donde las pacientes son atendidas según sus demandas y necesidades.

(b) Se priorizan y enfatizan los recursos técnicos y humanos en la atención primaria de salud maternal, que permita una adecuada cobertura y satisfacción de las necesidades básicas en el momento oportuno.

(c) Se utiliza el concepto y esquema de alto riesgo, que consiste básicamente en la detección precoz de la embarazada de riesgo, para realizar su derivación y tratamiento oportuno.

(d) Se promueve la resolución intrahospitalaria del parto y sus complicaciones.

(e) Se enfatiza el seguimiento del recién nacido, ya que en el inicio de la vida se presentan los mayores riesgos para un ser humano.

(f) Prevención de embarazos en mujeres de alto riesgo, los que corresponden a embarazos que se concentran en edades muy tempranas o más bien tardías. El alto riesgo que caracteriza a esta población se contrapone a un segundo embarazo, por lo que se intenta prevenirlo.

La aplicación de este modelo es de alta eficiencia técnica, pero esta eficiencia está diseñada para la población adulta. Así mismo la aceptación de un servicio por parte de las beneficiarias no sólo depende de su eficiencia técnica, sino que tenga la capacidad de adaptarse a diferentes tipos de usuarias.

Cuando se trata de embarazadas adolescentes el programa de Salud de la Mujer de Atención Materna y Perinatal, es técnicamente adecuado y lógicamente diseñado, pero ejecutado y probado sólo en la población adulta. El grupo de adolescentes embarazadas esta condicionada por factores de riesgo de tipo psicosocial lo que sumado a los factores de riesgo de tipo biológico, dan como consecuencias complicaciones más graves, que los mismos factores en el grupo de adultos. (Cepal, 1994)

Sin embargo el programa de Salud Integral del Adolescente, es un programa diseñado en base a las necesidades y características biopsicosociales de los jóvenes, y por ende más cercano a la realidad de la población de embarazadas adolescentes. Este programa no se ha implementado en todos los servicios y unidades de atención del país, y así mismo no cuenta con normas centralizadas provenientes del Ministerio de Salud, por lo que cada consultorio o centro de salud local, realiza un proyecto o programa que propone al Ministerio, quien finalmente evalúa y decide su implementación.

A continuación se presenta una breve descripción del "Programa de Atención de Salud Integral del Adolescente, del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA)". Es importante

presentar este programa, ya que es el que actualmente rige en el Consultorio donde se realizó la intervención propuesta en este estudio.

El consultorio recién mencionado, en el año 1981, se creó e implementó como un centro de atención de la embarazada adolescente, debido a la iniciativa de la APROFA (Asociación de protección de la familia) y del departamento de Obstetricia de la Universidad de Valparaíso contando con la colaboración del SSVSA. Este centro es atendido por un médico capacitado en los problemas del crecimiento y desarrollo en adolescentes, médico gineco-obstetra, psiquiatra, psicóloga, enfermera, matrona, asistente social y dos auxiliares paramédicos. Luego este proyecto se amplió a la atención integral de jóvenes de ambos sexos y con todo tipo de problemática, en razón de las necesidades específicas de este grupo de edad, quienes por sus características peculiares difícilmente acceden a los programas matrices y establecimientos centrales del Sistema de Salud.

Actualmente el objetivo general del Consultorio integral del adolescente es "proporcionar atención de salud integral a los jóvenes de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 10-19 años de edad, beneficiarios del Sistema Nacional de Salud del

área correspondiente SSVSA". Los objetivos específicos se refieren a crear modelos de atención en el área del Crecimiento y Desarrollo, de Salud de la Mujer y de Salud Mental.

En este centro de salud, regularmente se controlan 18% de las embarazadas de la comuna, menores de 19 años. Hasta Septiembre del presente año han ingresado 109 adolescentes a control de embarazo. Y por otra parte se han realizado 380 controles a jóvenes, en distintas circunstancias, pertenecientes a colegios de la zona.

Los aspectos psicosociales de los adolescentes son abordados fundamentalmente por el programa de Salud Mental de este consultorio, siendo el compromiso de gestión para los años 1995-1996, el siguiente:

(a) Realizar un diagnóstico de salud mental de los adolescentes pertenecientes al SSVSA.

(b) Ampliar la cobertura de atención del adolescente en riesgo de alteraciones de salud mental.

(c) Mejorar la calidad de atención de salud mental del adolescente. El primer compromiso de gestión, tiene por

objetivo fundamental conocer la problemática en salud mental de la población adolescente, siendo la estrategia específica implementar un sistema de pesquisa del adolescente con problemas de salud mental y de su familia, para lo que se realizan reuniones de coordinación con los consultorios periféricos y organizaciones e instituciones de la comunidad.

En relación al segundo y tercer compromiso de gestión, se han implementado metas que focalizan y especifican la atención en la adolescente embarazada; como: "intervenir en salud mental en embarazadas de alto riesgo psicosocial", para lograr esto la asistente social realiza entrevistas directas a las embarazadas, así como intervenciones de tipo individual y familiar.

A la vez que se utiliza la estrategia de realizar "intervenciones de apoyo emocional grupal a adolescentes embarazadas que asisten al control maternal", esto es mediante talleres de carácter psicoeducativo, que son coordinados por la matrona y psicóloga de este servicio. Se puede destacar que cada sesión de taller se realiza sólo cuando corresponde el control de embarazo.

El Consultorio del Adolescente, en un nivel de prevención del embarazo en adolescentes realiza acciones tendientes a prevenir un segundo embarazo en las adolescentes embarazadas menores de 19 años, lo que se implementa mediante reuniones de educación en grupo acerca de: sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, SIDA y prevención de embarazo. En la comunidad, realiza talleres con adolescentes escolares con el fin de sensibilizar a la comunidad escolar sobre prevención de embarazo en adolescentes.

Por otra parte el Servicio Nacional de la Mujer, en los años 1991-1992 realizó un "Programa de prevención del embarazo en adolescentes", mediante un seminario diagnóstico del embarazo en adolescentes; el cual aportó básicamente en términos de información y orientaciones posibles a seguir e implementar en distintos tipos de instituciones. Principalmente planteó un modelo de intervención comunitaria en la prevención del embarazo en adolescentes.

De esta manera, se abordó el problema desde los mismos jóvenes, sistema escolar, municipalidad y del consultorio. Este programa significó una importante inversión económica, la cual en 1993 no contó con recursos para seguir llevando a cabo esta

iniciativa. Debido a la importante magnitud del problema, es necesario ampliar este tipo de programas, esto es que tengan una mayor cobertura, continuidad y sistematización en el transcurso del tiempo.

5. INVESTIGACIONES EN EMBARAZO ADOLESCENTE

En el embarazo adolescente, se concentran variadas investigaciones en lo que respecta al deterioro del soporte social y a la aparición de estados depresivos. Dichos estudios presentan de manera aislada estas dimensiones del embarazo adolescente.

5.1 Investigaciones en nuestra sociedad chilena

A continuación se describen en primer lugar los estudios referidos a los factores desencadenantes de la depresión como:

(a) abandono escolar, (b) disfunción familiar, (c) inestabilidad en la relación de pareja; para luego seguir con los estudios específicos que aluden a la asociación del embarazo adolescente con la aparición de estados depresivos.

En 1990 el Ministerio de Educación de Chile, extendió una circular que acepta que las adolescentes que se embarazan, continúen sus estudios en el sistema diurno, pese a esto la mayoría se encuentra en una situación de abandono escolar. (SERNAM- UNICEF, 1991)

El CORSAPS, (1994), realizó un sondeo de la continuidad de estudios en la adolescente embarazada, revelando que la mantención de la alta deserción se debe al desconocimiento de la política estatal o a la falta de apoyo del establecimiento. Así mismo el estudio indica que existirían muchos más casos de los esperados en la educación básica.

Un estudio de la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile, realizado por Erika Kopplin (1993), estableció que existe entre un 10 a un 44 por ciento de jóvenes embarazadas que lograban cursar algunos años de educación media.

En 1993 la ONG "FORO DE LA MUJER", en un estudio de la madre adolescente, encontró frecuentes casos de mujeres que habiendo cursado algún nivel escolar, se pueden calificar de analfabetas por desuso; existiendo dificultades en la reinserción escolar

pues las jóvenes difícilmente retoman sus estudios (Kanzua, 1993).

Se encontró que del 32% de las adolescentes que sólo estudiaban antes del embarazo no lo siguen haciendo después de éste (CORSAPS, 1994).

Según Ramón Florenzano (1981), en el grupo de adolescentes que inicia su embarazo como estudiante, sólo un 3 a 4 por ciento continua después del parto.

Soledad Guevara (1994), expresó que en el embarazo adolescente es frecuente que se obstaculicen las vías educacionales, pues no existe una mentalidad en ellas, colegio, profesores, plan de estudio y familia para que continúen estudiando. La deserción por embarazo se ve forzada en primer lugar tanto por vergüenza como por protección de los padres; y en relación a las jóvenes niñas la causa frecuente, es la vergüenza que se enteren o que se burlen de ellas, por lo tanto sería la presión social la causa probable de esta deserción.

La familia es el más importante núcleo de pertenencia, y es definida como un grupo primario, organismo mediador entre el

individuo y la sociedad. Pudiendo ser entendida como un sistema que está organizado sobre la base de relaciones recíprocas (Sarquis y Zegers, 1988). En un estudio de las variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo adolescente, se reveló que existe un menor funcionamiento intrafamiliar en el embarazo temprano (Burrows, 1994).

Estudios del CORSAPS (1994), indican que en el embarazo adolescente, la familia vive una crisis que significa tensión en la pareja parental, los padres sienten rabia con la adolescente, culpa y frustración, sin embargo, al superar este impacto, la familia asume la crianza y acoge a la madre y al hijo.

"En la crianza, surge otro problema, relacionado al rol de madre adolescente soltera (rol social confuso); a la joven se le exige como adulto, que mantenga su hijo, que trabaje, que aporte dinero; pero a la vez se la trata como una hija menor y con esta tensión familiar, la joven se aleja progresivamente de sus pares, amigos, actividades propias de su edad y pasa a depender cada vez más de sus padres". (CORSAPS, 1994).

Molina y Romero (1985), expresaron que el rechazo por parte de los padres es concomitante a los sentimientos de rechazo, duda y perplejidad de la propia adolescente, lo que crea en ella una sensación de angustia y desorientación. Se ha observado en relación a la familia de la adolescente, que existe al inicio del

embarazo un 83% de actitud negativa y un 3% más de actitud indiferente a la situación de embarazo de ésta joven (Florenzano, 1988).

En base al proyecto de apoyo psicosocial a madre soltera realizado por el "FORO DE LA MUJER" en 1992, en diversas poblaciones de la región Metropolitana, se encontró una estrecha relación entre la calidad de las relaciones familiares que rodea a ésta madre y los niveles de depresión por ellas exhibidas. Se indica que los niveles de depresión tienden a ser mayores mientras empeoran las relaciones al interior de la familia. (Iturriaga, 1994)

En relación a la pareja de la adolescente en 1993 el "FORO DE LA MUJER", expresó que las mujeres en su mayoría no mantienen relación de pareja estable. (Iturriaga, 1994) Morin, J e Icaza, V (1992), encontraron que el joven padre adolescente experimenta problemas, porque no está apto para la intimidad y menos para la paternidad; muchas veces sufre el rechazo de su familia, se siente culpable y tiene vergüenza, por lo que deja o abandona la relación de pareja al verse ,en ocasiones presionado, a asumir las consecuencias no esperadas.

En relación a la actitud hacia el embarazo, se vio que existe aproximadamente un 25% de cuadros depresivos con una actitud positiva y alrededor de un 75% de cuadros depresivos con una actitud negativa hacia el embarazo. En relación a la actitud de la pareja, se observó que si su actitud era positiva hay una prevalencia de 26,3% de cuadros depresivos y si su actitud es negativa este porcentaje se eleva a 58,3% (González, 1984).

El estudio del servicio de salud metropolitano sur encontró que el embarazo no deseado, como situación crítica, generadora de estres, unido a una mala relación de pareja que es una fuente de tensión con bajo apoyo emocional para la adolescente embarazada y antecedentes de depresión, aumenta la vulnerabilidad ante cuadros depresivos (Alvarado, 1991).

CAPITULO 2



MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Para abordar la problemática de la adolescente embarazada, consideramos que es importante iniciar nuestro análisis con el concepto de cognición y cognición social, pues permite contextualizar la presentación de un modelo psicosocial que analiza los diferentes factores que influyen en la aparición y mantención de los estados depresivos. Continuando con una introducción al concepto de salud mental y al Modelo Psicosocial propuesto por D.Páez(1986), junto a los modelos teóricos referidos al estudio de la salud mental.

Este capítulo continuará con una breve presentación del enfoque cognitivo-conductual, junto con una conceptualización de la depresión. Para luego finalizar con una revisión de lo que implica ser mujer adolescente desde una perspectiva psicosocial de género y con una fundamentación de la intervención realizada.

2. MODELO PSICOSOCIAL

2.1 Cognición y cognición social

Antes de iniciar la presentación del modelo psicosocial, propuesto por Darío Páez (1986), como intento explicativo de la depresión en embarazo adolescente, es necesario hacer una breve referencia acerca de la cognición y cognición social, pues el planteamiento de este autor se origina en la cognición social como posible aproximación a las categorizaciones que son realizadas a la hora de referirse a la comprensión y construcción del mundo social.

En este sentido, la cognición según Hewstone, M (1990), se relaciona directamente con el conjunto de actividades a través de las cuales la información es procesada por el sistema psíquico. Esto es como se recibe, como se selecciona y se organiza la información: como se construyen representaciones de la realidad y como se crean conocimientos.

La cognición tiene especialmente una función de regulación y adaptación. Identificar y reconocer los muchos objetos del ambiente, atribuyéndoles un significado y sentido, son algunas de las actividades centrales de todos los procesos cognitivos.

La entrada de información se somete a las leyes y procesos que deforman la percepción, siendo significativo el uso de categorías y esquemas. En el sentido más simple Hewstone.M (1990), postula que una categoría es un conjunto de objetos que tienen en común una o más características las que no representan necesariamente cualidades intrínsecas u objetivas de los objetos en cuestión. Así las categorías no son neutrales para las personas, pues se hacen en su propia experiencia o están bajo la influencia de normas sociales, por ejemplo, categorización de género.

La categorización sólo es posible, según Hewstone (1990), porque las personas viven en un medio físico y social que perciben como relativamente estable. Es la relativa permanencia de atributos en el medio lo que nos permite realizar un proceso de generalización.

La generalización afecta a su vez a los posteriores procesos de filtros, integración y organización de la información. Esta generalización y sus efectos es la que se denomina usualmente esquema.

Los esquemas cognitivos organizan las representaciones que nos hacemos de un aspecto observable del medio ambiente.

La cognición puede ser calificada como social de tres maneras (Hewstone, M. 1990):

Primero tiene un origen social creado o reforzado a través de la interacción social, donde hay clara evidencia empírica, es en los procesos de socialización.

Segundo y de manera obvia, tiene un objeto social ya que trata de la cognición de lo que es social.

Tercero, es socialmente compartida, siendo común a los diferentes miembros de una sociedad o grupo social dado.

"Los psicólogos sociales han sido conscientes desde hace mucho tiempo, de que la gente no sólo recibe información del medio externo, también la procesan y llegan a ser constructores de su propio medio social" (Markus y Zanjón, 1985, p.100).

La cognición social, es también la reconstrucción mental de lo que es real para los individuos, haciéndose en su experiencia pasada y en sus necesidades, deseos e intenciones.

2.2 Salud Mental y Modelo Psicosocial

2.2.1 Modelo Psicosocial

El presente trabajo, hace referencia al modelo psicosocial, propuesto por Darío Páez (1986), el que es explicativo de los trastornos mentales en general y de la depresión en particular. Este modelo ha surgido a partir de la práctica en el área de la salud mental, en un centro de Salud Integral en España.

Tal trabajo se inspiró en una orientación comunitaria de los problemas en salud mental, dentro de un contexto donde los factores psicosociales aparecen estrechamente vinculados con las situaciones de malestar y sufrimiento humano.

En un comienzo Páez (1986) y sus colaboradores realizaron una investigación sobre la depresión en mujeres casadas de clase obrera y los factores psicosociales asociados a ella. En torno a este tema, el equipo de investigación siguió profundizando en un modelo interpretativo de dicha problemática.

Así, plantean que puede existir influencia de factores macrosociales como la clase social o nivel socioeconómico y el rol sexual en la distribución diferencial de enfermedades mentales como la depresión; además de factores microsociales como

sucesos de vida estresantes y soporte social. Esto unido a la integración de factores psicológicos como mediadores y explicativos, resultan de gran importancia para la comprensión de los fenómenos depresivos; así como para su abordaje terapéutico²

Para un mejor entendimiento del presente modelo, se comenzará revisando el fenómeno de salud mental; para luego presentar los factores que esta propuesta contempla en la explicación de la aparición de la sintomatología depresiva.

Las concepciones sobre la salud mental varían en función de los enfoques y/o modelos teóricos, de los criterios diagnósticos utilizados y de la ideología dominante. En este sentido este concepto resulta ser en cierta medida ambiguo ya que por un lado existe una diversidad de criterios utilizados en su definición y por otro lado conlleva elementos valorativos. A lo anterior hay que agregar el problema de la confusión entre salud y enfermedad mental; así como los derivados de su medición y enfoques metodológicos, entre otros, lo que hace más complejo este concepto.

Así, como señalan Alvaro, J.L, Garrido, A y Torregrosa, J.R (1996), para designar a una persona o grupo social como mentalmente sano o enfermo se utilizan una serie de síntomas y

² Ver Anexo 5

procesos afectivos, cognitivos y comportamentales; los cuales varían según las categorizaciones sociales y paradigmas científicos imperantes en cada cultura, en un momento histórico determinado.

"El que una persona sea considerada como enferma o con un deterioro en su bienestar psicológico, no sólo depende de alteraciones emocionales de la personalidad, sino también de las actitudes de la sociedad con relación a este tipo de alteraciones". (Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996, p. 382)

De este modo estos autores señalan que la salud mental se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias. La primera como ausencia de malestar, la segunda como la manifestación de un bienestar subjetivo, la tercera como la manifestación de una buena calidad de vida y finalmente como la presencia de un conjunto de atributos individuales positivos.

Básicamente el modelo psicosocial presentado por Páez (1986), se refiere a fenómenos elementales y relevantes del sufrimiento humano, dependientes de la calidad de vida es decir trata de la enfermedad mental o dicho de otra forma de los trastornos de pensamiento, emoción y conducta. Este estudio se ha centrado en los trastornos más frecuentes en el área de los problemas afectivos, donde la prevalencia de la depresión es

masiva, como lo expresan Babbington (1978) y Legrand (1982), esto enfocado desde una perspectiva psicosocial.

Aquí se constata que el fenómeno de enfermedad mental es una realidad socialmente construida en base a ciertas realidades ambiguas, estadísticamente masivas e ideológicamente denegadas. Concibiéndose la salud mental como bienestar físico y mental: "este elemento se refiere a la balanza positiva de los afectos, en la que los afectos positivos sobrepasan a los negativos. Así, por ejemplo, las parejas bienavenidas dan muestras de un comportamiento recíproco más positivo y menos negativo que las parejas malaavenidas; sin embargo todas las parejas casadas se comportan de forma más negativa y menos positiva en sus relaciones recíprocas que ante personas desconocidas (Brehm, 1984). Este concepto de balanza de afectos, muy popular en investigación epidemiológica, debe integrar los resultados que muestran que la afectividad negativa no es la inversa de la afectividad positiva, sino que se trata de dimensiones y conglomerados de emociones diferentes. En síntesis, la alta afectividad negativa se asocia a la ansiedad y la baja afectividad positiva se asocia a la depresión, a los déficit de refuerzo positivo y de interacción social" (Páez, D, Adrián, J y Basabe, N, 1992, p.217)

De este modo, según Páez (1986), son el esquema cognitivo y las expectativas del grupo quienes otorgan socialmente un sentido a los síntomas presentados. Townsed (1980), señala que existen investigaciones empíricas que confirman como las concepciones culturales, la posición de la familia y las determinaciones institucionales influyen y determinan el comportamiento del sujeto.

Además el autor indica la existencia de una relación entre la gravedad de los síntomas presentados y las expectativas de los grupos primarios; así ciertos síntomas percibidos como muy fuertes son muy pocos tolerados y conducen rápidamente a la estigmatización y exclusión de los sujetos, como ocurre en la depresión. En esto juegan también un papel importante, las diferentes sensibilidades según la pertenencia a un nivel socioeconómico y cultural determinados.

Segal y Cols(1980), señalan que diversas investigaciones han confirmado que el bajo status social, un comportamiento raro y evidente, facilitan una reacción negativa en relación a la enfermedad mental.

En este sentido, el modelo psicosocial de los problemas de salud mental propuesto por Darío Páez (1986), puede explicar el desfase existente entre las necesidades estimadas y la demanda

real, al examinar como esa problemática se distribuye por la estructura social y cuales son sus condiciones psicosociales de surgimiento; siendo el carácter cíclico de la sintomatología una expresión de los cambios y variaciones del entorno en que vive el sujeto.

2.2.2 Factores asociados a la distribución de los problemas de salud mental

Los factores macrosociales asociados a la distribución de los problemas de salud mental, como la depresión; para luego revisar los factores microsociales desencadenantes de ésta y finalizar con la presentación de los factores o procesos psicológicos mediadores y explicativos de los trastornos depresivos.

a. Factores Macrosociales: Estos factores de vulnerabilidad, describen la influencia de la clase social o nivel socioeconómico y el sexo sobre la frecuencia o distribución diferencial de los fenómenos depresivos en particular y de los problemas de salud mental en general. (Páez, 1986)

De este modo Páez, observa una mayor vulnerabilidad de las clases populares a los trastornos depresivos; así la pertenencia a una determinada clase social sería una variable estructural que se repite en el conjunto de los problemas psicosociales vinculados a la salud mental. Con respecto a las diferencias en salud mental en las distintas clases sociales, Alvaro (1996) plantea que se han propuesto dos tipos de explicaciones respecto a estos hallazgos. La primera señala que es la adscripción a una clase social desfavorecida la causa de un deterioro psicológico.

Así las personas que pertenecen a clases sociales más bajas están expuestas a un mayor número de sucesos estresantes, junto con disponer de un repertorio menor de recursos materiales y psicológicos; por lo que manejar o ejercer algún control sobre su medio social es menos posible, resultando así sus estrategias más deficitarias y menos eficaces. La segunda propone una hipótesis de selección, que plantea que son las personas con problemas psicológicos las que tienen mayor probabilidad de pertenecer a las clases sociales más bajas o que por su estado mental tienen mayores posibilidades de sufrir una movilidad descendente. Al respecto el mismo autor señala que si bien se han encontrado hallazgos que apoyan a este último planteamiento, la evidencia de diversas investigaciones tiende a favorecer la primera explicación.

Junto a lo anterior, Páez(1986) sugiere que la distribución sexual de los trastornos y problemas mentales siguen pautas generales de predominio de las mujeres en los trastornos depresivos y en los problemas derivados de la situación psicosocial y familiar.

En relación al mayor deterioro psicológico en mujeres, especialmente en lo que se refiere a síntomas depresivos, también se han dado diferentes explicaciones.

"Entre las explicaciones encontramos las que enfatizan las diferencias biológicas entre los sexos, las referidas a la asignación de roles diferenciales para hombres y mujeres, a la socialización diferencial, a la diferencia en la expresión de las emociones, al efecto de los malos tratos infantiles, a estrategias de afrontamiento diferentes y a su posición desfavorable en el mercado del trabajo. Salvo las explicaciones de carácter biológico, las demás han tenido, en mayor o menor medida, confirmación en diversas investigaciones, lo que viene a indicar como conclusión que las diferencias en depresión entre hombres y mujeres están relacionadas, generalmente, con la situación social de desventaja que ocupan con respecto a los hombres" (Alvaro y Cols, 1996, p.394)

Por ende, estos factores favorecen negativamente los síntomas de dependencia y aislamiento social de la mujer en general y de las con bajo nivel socioeconómico en particular.

b. Factores Microsociales: Estos factores, explican la influencia de los factores macrosociales en los trastornos depresivos. (Páez, 1986).

Los sucesos de vida, el soporte social, las capacidades sociales de enfrentamiento del medio y los efectos de la integración en las redes en la identidad del sujeto; comprenden los elementos analizados dentro de estos factores o procesos y son éstos o el juego de roles sociales asociados a ellos, los que permiten la construcción de un sentido e identidad positiva y estable para los sujetos. Es el significado que los sujetos atribuyen a sus eventos vitales, a partir de su posición y con sus sistemas de cogniciones socialmente dadas, lo que explica su sufrimiento y tipo de trastorno.

En este sentido Alvaro (1996), señala que son los acontecimientos vitales indeseables o negativos, ambiguos, poco previsibles o inesperados y poco controlables los que se encuentran asociados a numerosos trastornos tanto físicos como mentales, por ejemplo el infarto de miocardio, esquizofrenia, depresión, etc. De forma particular Brown y Harris(1978), constataron la asociación existente entre pérdidas severas, como

fallecimiento de un familiar o una persona próxima y la depresión.

Así, Brown y Cols (1978), confirmaron que eran las mujeres más aisladas, sin trabajo, sin confidente o con una relación insatisfactoria con un hombre y que están confinadas en sus casas, las que presentaban mayores cuadros depresivos.

Por otro lado Ana Barrón (1992), señala que los acontecimientos vitales estresantes parecen tener una cierta importancia etiológica en el comienzo de la depresión, siendo los eventos indeseables e irreparables los más importantes a este respecto; también sugiere que los eventos que suponen pérdida de algo o alguien con quien hubiera un lazo estrecho se relacionan significativamente con el desarrollo de la depresión. En este caso y como señala la autora, parece ser que el estrés psicosocial y el apoyo social son factores importantes para el bienestar o la salud de las personas.

Así también, señala que en el ambiente social existen recursos que convenientemente movilizados, pueden proteger a las personas de la influencia negativa de los eventos vitales que experimentan; además de fomentar su salud y bienestar. Estas conclusiones o aproximaciones nacen a partir de los resultados

obtenidos en una muestra de 74 mujeres de nivel educativo bajo y medio-bajo, con edades entre 25 y 65 años pertenecientes a la comunidad de Aranjuez. (España 1992)

Kessler y Cols (1985), sostienen que asociados a la mayor frecuencia de sucesos negativos y menor soporte social, estarían el hecho que los sujetos de clases bajas y sexo femenino habrían aprendido una determinada forma de actuar ante los problemas o situaciones estresantes; de manera que presentan dificultades en controlar, tolerar y reducir las demandas que los afectan y/o sobrepasan sus recursos personales.

Los factores de vulnerabilidad de clase, la mayor cantidad de eventos negativos, el menor soporte social y capacidad percibida de control del medio; serían factores suficientes para la depresión si el sentimiento de desesperanza³ se generaliza cognitivamente. Esta generalización según Páez (1986), se hace por medio de una triada cognitiva, planteada por Beck, lo que depende de los efectos producidos sobre los roles que otorgan identidad al sujeto.

De este modo lo principal es la forma en que el sujeto se representa el suceso de vida indeseable. Si lo percibe como

³ Ver el concepto de desesperanza en las págs. 46 y 47

irreparable o incontrolable y si se asocia con una capacidad de control del medio y estima de sí baja, se generalizará y se establecerá la depresión.

c. Factores Psicológicos: Estos sucesos se presentan como explicativos de la salud mental y van a precisar los factores antes descritos.

Un primer factor sería la autoestima, que según Pearlin y Schloler (1982), está asociada negativamente con el nivel socioeconómico y el rol sexual. Este factor no sería más que la interiorización del soporte social y los sucesos vitales en el mismo. Soporte social se puede definir como "la percepción que tiene un sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es : 1) cuidado y amado; 2) valorado y estimado; 3) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones. (Turner, 1983, p.109-110). El elemento fundamental no es la mera inserción objetiva en una red de apoyo social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material". (Páez, D. 1986, p.92)

Así, Lin y Cols. (1986) definen apoyo social como "las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos" (Lin y Cols, 1986, p.223)

A este respecto Barrón (1992), señala que se han hipotetizado dos formas fundamentales de actuación o tipos de efectos que tiene el apoyo social. Una se refiere al efecto directo sobre el bienestar, independiente del nivel de estrés. Según esto, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos o síntomas psicológicos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. Esto sugiere que el apoyo social y la salud están linealmente relacionados. El otro efecto del apoyo social es de moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, como son por ejemplo los acontecimientos vitales estresantes. Esto es lo que se conoce con el nombre de efecto amortiguador del apoyo social.

Como señala Argyle, M (1992), las diferentes relaciones sociales ya sean de amistad, laborales, maritales y familiares que una persona establece parecen actuar o tener efectos bastantes diversos. Así mismo, se dan diferencias individuales relativas a la capacidad de beneficiarse del apoyo social; por ejemplo, variables como el género están asociadas a dicha capacidad. En relación a las diferencias asociadas al género, se ha observado que el estilo femenino es diferente al masculino. En este sentido:

"las mujeres favorecen la intimidad y el apoyo mutuo, son más afectuosas y confiadas, emiten más señales no verbales positivas, son menos autoafirmativas, más gratificadoras y más dadas a cooperar que los hombres. En resumen, podemos concluir que las diferencias entre hombres y mujeres en el comportamiento interpersonal están más relacionadas con la disponibilidad de apoyo social y por lo tanto con la salud mental". (Argyle, M. 1992, p. 254)

Por otro lado estaría la capacidad percibida de control del medio. En relación a este factor, Doherty (1983), ha señalado que, los sucesos negativos y tensiones persistentes en los roles, pueden llevar a una disminución de este sentimiento de control, lo que conduciría a la desvalorización del sujeto ante sí y los demás. Analizando los elementos ya mencionados:

"El tener una buena relación con la pareja, un trabajo propio y no tener exceso de trabajo doméstico en casa, puede ser interpretado pluridimensionalmente así: el sujeto tiene y autopercibe una capacidad de control exitoso del medio; se forma expectativas normales de actuación congruente con su capacidad autopercebida; se autoevalúa satisfactoriamente y se auto refuerza; tiene una buena autoestima y autoimagen de sí positiva. Eventuales fracasos serían amortiguados por el soporte social y por las capacidades de enfrentar al medio. Estos fracasos serán explicados específicamente, se atribuirán a causas externas inestables que se pueden superar-evidentemente estos esquemas dependen de la experiencia social, y los fracasos repetidos o tragedias irreparables los pueden alterar" (Páez, D. 1986, p.162-163)

Es en este sentido que, la ausencia de confidente y/o relación de pareja, el no tener trabajo fuera de casa y el trabajo de tener niños pequeños; son experiencias que cuestionan de manera importante la capacidad de controlar el medio de la sujeto. Si ésta se siente que controla poco el medio, un suceso de vida problemático la conducirá a la conclusión que no es capaz de superarlo y por lo tanto caerá en la desesperanza.

En el planteamiento de Darío Páez (1986), se considera relevante indicar que los sucesos negativos, amenazantes, importantes e incontrolables que aparecen de manera imprevisible son los que están asociados a la depresión. Así un medio con estas características, puede llevar a la sujeto a percibir sus expectativas de actuación y de competencias bajas; lo que favorecería un estado de autopercepción alterado, llevando a la inactivación del procesamiento de información positiva de sí.

De este modo, los sucesos dramáticos y el fracaso, quiebre o desgaste en la actuación de un rol importante en la vida de la sujeto, la pueden conducir a la depresión; ya que por un lado no puede seguir actuando acorde con ese rol y por otro los demás abandonan las interacciones esperadas. Esto no sólo estaría vinculado con el control de las recompensas sociales; sino que

con el sentido que le dan a la vida del sujeto esta serie de relaciones.

Por lo tanto, son aquellos sucesos o situaciones insatisfactorias en las relaciones sociales, los que destruyen significados centrales en la vida de las personas; encontrándose éstos estrechamente asociados a la depresión.

Sintetizando todos los elementos anteriormente descritos tenemos por un lado lo siguiente; una autoestima elevada junto con una capacidad percibida de control del medio, disminuyen el sentido amenazante de los acontecimientos de vida no deseados.

Por otro lado, la capacidad de controlar el medio y una autoevaluación positiva, están asociados a la clase social y al rol sexual.

En base a este planteamiento y dado que en las clases bajas y en las mujeres la frecuencia de estres o sucesos vitales estresantes es más elevada; que los recursos y el soporte social es menor; que la forma de enfrentar los problemas son menos eficaces y que la capacidad de control y autoestima es más baja, se explicaría la mayor vulnerabilidad de las mujeres de las clases populares a la mayor frecuencia de síntomas y trastornos psicológicos. Esto unido a las bajas expectativas de actuación y

a la aparición de sucesos severos o los déficit en las relaciones sociales pueden generar un estado de disforia y una autoimagen negativa, conduciendo a las sujetos a la depresión.

2.3 Modelos teóricos en el estudio de la salud mental

Así como existen distintas concepciones en salud mental, existen diferencias entre los modelos teóricos desde los que se pretende explicar las causas de los trastornos emocionales. Los enfoques referidos a continuación se centran en la salud mental, antes que en trastornos psicóticos o de personalidad, y se sitúan en un espacio diferenciado del modelo médico de la psiquiatría tradicional.

El modelo teórico de Warr(1987) concibe que la salud mental se integra de cinco componentes diferentes como son: el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Las personas que muestran un deterioro en su bienestar psicológico muestran déficit en cada una de estas dimensiones de salud mental.

Así mismo, Warr(1987) muestra a la salud mental como el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos a los que dan lugar dichas características y ciertos atributos personales. Entre las características personales que afectan a la salud mental, se incluyen variables de carácter sociodemográfico como la edad, el género y el estatus socioeconómico, valores personales y habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales.

En resumen, el modelo presentado por Warr esta centrado en el estudio de los determinantes del medio social sobre la salud mental. La inclusión en el modelo de características personales, como características mediadoras del impacto del medio sobre la salud mental hace que la perspectiva adoptada por este autor tenga un carácter integrativo y claramente psicosocial.

En cuanto al modelo de causación social presentado por Mirowski y Ross(1989), el deterioro de salud mental se expresa en un estado subjetivo de malestar caracterizado por la depresión y ansiedad, junto a sus correlatos fisiológicos o emocionales.

Este modelo, pretende establecer un vínculo entre las condiciones sociales objetivas en que viven las personas y su



salud mental. En este sentido las diferencias en la posición social, la alienación, autoritarismo y desigualdad, explican finalmente la presencia de síntomas depresivos y ansiosos. Lo que unido a la falta de control personal y de flexibilidad cognitiva, hacen que las personas más desfavorecidas socialmente no posean recursos instrumentales, motivacionales y cognitivos necesarios para afrontar con éxito los acontecimientos estresantes. Este enfoque no está orientado al diagnóstico, sino que pretende explicar las diferencias, en distintos grupos sociales y su método de investigación es epidemiológico frente al experimental. (Mirowski y Ross, 1989)

La teoría de la indefensión y atribución de causalidad, en su intento explicativo de la depresión, plantea según Seligman (1975), que cuando no hay contingencia entre una conducta y su refuerzo, se produce un aprendizaje que tendrá diversos efectos. En lo conductual, se tiende a disminuir el número de conductas encaminadas a la obtención de los resultados esperados, en lo cognitivo se creerá que dicho resultado es independiente de la conducta y en el plano emocional tendrá lugar un proceso depresivo. La depresión propuesta por este psicólogo no consiste en un pesimismo generalizado, sino en la creencia en la ineficacia de nuestra conducta para obtener resultados esperados.

En 1978 Seligman, junto a autores como Abramson, Seligman y Teasdale realizaron una reformulación del concepto de desesperanza e indefensión. Estos autores sugieren que:

"Existen diferencias individuales en los estilos atributivos, de manera que se puede indicar hay personas con estilos atribucionales depresivos caracterizados por atribuir a los eventos aversivos e incontrolables a factores internos, estables y globales, es decir lo que se denomina como estilo atributivo pesimista de causalidad". (Abramson, Seligman y Teasdale, 1986, p.389)

En este sentido los autores proponen que son las atribuciones las que juegan un papel decisivo en las percepciones de los sujetos. Así la atribución que los sujetos hacen para la no contingencia entre sus actos y sus resultados en el aquí y ahora, determinan sus expectativas de no contingencias futuras y éstas a su vez determinan la generalidad, cronicidad y tipos de síntomas de desamparo.

Según estos autores el proceso sería el siguiente:

"En una primera etapa tiene lugar, objetivamente, una no contingencia entre la conducta del sujeto y sus consecuencias. Seguidamente, el sujeto percibe las no contingencias presentes y pasadas, y las atribuye a algún tipo de causas. Tras ese paso, elabora expectativas de futuras no contingencias que serían, finalmente, responsables de la aparición de los síntomas de desesperanza" (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978, p.14-18)

Para validar estas hipótesis, se han realizado numerosos estudios en los que se compara los estilos atributivos de los depresivos y no depresivos. "Es así como esta teoría cognitiva ha contrastado clínicamente que los depresivos tienden a atribuir los eventos negativos a causas internas y globales; mientras los eventos positivos son atribuidos a causas externas inestables y específicas. Por el contrario los no depresivos, muestran en sus atribuciones un sesgo, que es posible denominar como egoreforzante que consiste en atribuir eventos negativos a factores externos, inestables y específicos; y los eventos positivos son atribuidos a factores internos, estables y globales". (Barnett y Gottlib, 1988, p.390)

El modelo teórico de Beck, propone que el sustrato de la depresión, esta en el tipo de cogniciones que la persona realiza ante las circunstancias del medio.

Según Beck(1983), la persona depresiva tiene una imagen negativa de sí misma, de su futuro y del mundo(tríada cognitiva).Siendo su pensamiento sobre la realidad negativo, recurrente y se caracteriza por la utilización de sesgos cognitivos. Recientes investigaciones en las que se ha evaluado las diferencias entre sujetos deprimidos y normales avalan la teoría de Beck en lo referido a los sesgos cognitivos de los primeros(Bas y Andrés, 1996, p.391).

El presente estudio, referido al "Diseño, Aplicación y Evaluación de un taller para adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva del Consultorio del Adolescente de Valparaíso"; se ha utilizado como marco de referencia a la teoría psicológica propuesta por Beck, la cual ha permitido una comprensión desde una perspectiva cognitiva-conductual de la depresión, la que será revisada en mayor profundidad, en los apartados que siguen.

3. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1 Enfoque cognitivo conductual desde la perspectiva de Beck

"La terapia cognitivo conductual, es un procesamiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas por ejemplo depresión. Su supuesto teórico se basa en que los afectos y conductas de un individuo están determinados, por el modo que tiene esa persona de estructurar el mundo" (Beck, 1976, p.13).

Las conceptualizaciones de mundo que las personas realizan, se desarrollan a partir de las experiencias de vida anteriores de cada uno.

La terapia cognitiva da importancia e investiga empíricamente las experiencias internas (mentales) de los pacientes, tales como los pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.

Los supuestos generales de la terapia cognitiva, se refieren a que :

"(a) La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.

(b) Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.

(c) El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).

(d) Estas cogniciones constituyen la "corriente de la conciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración acerca de sí misma, su mundo, su pasado, su futuro.

(e) Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.

(f) Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

(g) La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica". (Beck, 1983, p.17)

El enfoque cognitivo-conductual se basa en el hecho que los procesos cognitivos son fundamentales en el desarrollo, mantención y modificación de la conducta alterada. La técnica básica utilizada por este planteamiento es la reestructuración cognitiva que apunta a corregir patrones erróneos de pensamiento.

Así el objetivo de las técnicas cognitivas-conductuales es delimitar y poner a prueba las falsas creencias, junto a los supuestos desadaptativos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas, dirigidas a enseñar las siguientes operaciones :

1. Controlar los pensamientos automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias". (Beck, 1983, p.13)

3.2 Metodología grupal desde el enfoque cognitivo conductual

Los modelos conductuales, quizás mejor expresados en función de la teoría del aprendizaje social, proponen diversos elementos para la inducción de cambio; como son el incremento y reducción de la actividad, modelado, reestructuración cognitiva etc.

Además es importante destacar la existencia de capacidades grupales que son necesarias tener en cuenta a la hora de influir

en la experiencia terapéutica del cliente. Según Lieberman M.A, Lakin M y Whitaker D.S (1993) son las siguientes:

- (a) Capacidad del grupo para desarrollar cohesión o sentimientos de pertenencia.
- (b) Capacidad del grupo para controlar (recompensar o castigar) la conducta.
- (c) Capacidad para definir la realidad del individuo.
- (d) Capacidad para inducir y eliminar sentimientos intensos (contagio emocional)
- (e) Capacidad del grupo para proporcionar un contexto de comparación social.

Otro aspecto importante del sistema de inducción de cambio en el grupo, tal como lo señala Lieberman, es el "paquete" de acontecimientos o mecanismos de modificaciones, tales como hacer manifestaciones personales, obtener feedback; a partir de los cuales se espera se produzcan alteraciones en los sentimientos, pensamientos o conductas de los miembros. Las condiciones del grupo deben ser tales que los miembros no se sientan ansiosos y puedan dejar de emplear maniobras defensivas habituales, al menos en relación a algunos acontecimientos que tengan lugar en el grupo.

4. DEPRESIÓN

4.1 Depresión desde una perspectiva cognitiva

Para abordar el concepto de la depresión, nos referiremos en primer lugar, a la conceptualización y sintomatología de éste estado afectivo, posteriormente veremos el modelo cognitivo de la depresión de Beck y finalmente señalaremos aportes de otros autores respecto al tema, desde una perspectiva psicosocial.

La depresión, según el enfoque cognitivo conductual, sería un modo peculiar y negativo que tiene el individuo de verse a sí mismo, sus experiencias y su futuro. Su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. (Beck 1983).

Referente a la sintomatología de la depresión, Beck (1983), señala la presencia de cambios en cinco áreas:

1. Síntomas afectivos: Generalmente son, tristeza, períodos de llanto incontrolables, infelicidad y culpa. Así mismo sentimientos de cólera, vergüenza y ansiedad.

2. Síntomas motivacionales: Pérdida del interés o ausencias en la motivación, incremento de la tendencia a la evitación y excesiva dependencia en la realización de actividades cotidianas. Posibles ideas suicidas.

3. Síntomas cognitivos: Incluye autoconcepto negativo, autocrítica, pesimismo, una visión obstinada del entorno y una percepción pesimista del presente y del futuro. Además de una constante indecisión y percepción que los problemas son abrumadores, pensamiento absolutista, esto es del todo o nada y dificultades de memoria o concentración.

4. Síntomas conductuales: Existe una disminución en las tasas de actividad conductual y una mayor latencia en las respuestas. Así mismo pasividad, inercia y lentitud psicomotriz.

5. Síntomas fisiológicos: Alteración del sueño y apetito, además de la pérdida del interés por el sexo.

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1983). De acuerdo a este modelo los

conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión serían:

1. La triada cognitiva
2. Los esquemas
3. Los errores cognitivos, o errores en el procesamiento de información

1. "La triada cognitiva, consiste en los patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático". (Beck, 1983, p.19)

El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psicológico, moral o físico. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva se refiere a la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Al paciente depresivo le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar

sus objetivos. Las interacciones con el entorno son interpretadas en términos de derrota o frustración.

El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, el que en general, suele verse sin esperanzas, y el sujeto tiende a creer que la situación presente con sus dificultades y sufrimientos continuará indefinidamente.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

2. Los esquemas, designan patrones cognitivos estables que regulan las interpretaciones de un conjunto de situaciones.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, entendidas éstas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico. Así el esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo.

En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de estos individuos acerca de determinadas

situaciones se distorsiona de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamientos y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

3. Errores en el procesamiento de información, son los que en el pensamiento depresivo mantienen la creencia y validez de conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria; los errores cognitivos suelen ser de seis tipos:

a) Abstracción selectiva, donde el sujeto conceptualiza la situación partiendo de un detalle o un conjunto de detalles sesgados y a veces de tal forma que la situación se adecua a esquemas preexistentes.

b) Inferencias arbitrarias; el sujeto se adelanta a situaciones sin la evidencia necesaria o disponible.

c) Generalización excesiva, el sujeto elabora una regla general a partir de un conjunto de credos limitados y con frecuencia

sesgada. Luego la regla se aplica a situaciones que guardan o no relación con la situación original.

d) Maximización y/o minimización, el sujeto magnifica sus errores y los éxitos de los demás, describiéndolos frecuentemente en términos absolutos.

e) Personalización, consiste en verse a si mismo como la causa de los sucesos externos desafortunados o desagradables.

f) Pensamiento dicotómico, consiste en la utilización de una o dos categorías opuestas para clasificar la experiencia.

En resumen para Beck (1983, p.22),

"Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales de los acontecimientos que afectan sus vidas. Sus contenidos de pensamientos tienen gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. En este tipo de pensamiento, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y conductas humanas se reducen a unas pocas categorías."

En cuanto a los autores, desde la perspectiva psicosocial, como Rose y Becker (1975), Brown (1983), Oatley y Bolton (1984), han asociado la depresión a:

- (a) Circunstancias exteriores negativas y difíciles de controlar.
- (b) Pocas relaciones sociales significativas y una gama de actuaciones reducidas.
- (c) Una crisis dramática deteriora un rol significativo, que es difícil de reemplazar o superar para el sujeto.
- (d) Un pequeño número de significaciones de esquemas de acción limitados y rígidos.

La conceptualización teórica de la depresión, desde la epistemología de Beck y los aportes psicosociales es la que utilizaremos a lo largo del presente estudio.

4.2 Depresión desde el DSM IV

Para efectos de esta investigación, se presentarán los criterios diagnósticos de la sintomatología correspondiente al "trastorno adaptativo con ánimo depresivo", pues en el centro de salud donde se realizó la intervención, las adolescentes embarazadas que allí concurren, han sido evaluadas clínicamente en base al DSM IV, dentro del diagnóstico antes mencionado. Así mismo es relevante señalar que los criterios diagnósticos del DSM IV son ampliamente utilizados en nuestro país.

Pichot (1995), plantea que la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresante (Criterio A). La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior a lo esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional y/o académica) (Criterio B). Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I (por ejemplo trastorno de ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente una exacerbación preexistente del Eje I o del Eje II (Criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante. El diagnóstico del trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D).

Por definición el trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo los

síntomas pueden persistir por un período de tiempo prolongado (por ejemplo más de seis meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con repercusiones importantes.

El subtipo con ánimo depresivo, es utilizado cuando las manifestaciones predominantes son del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

5. MUJER ADOLESCENTE DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL DE GÉNERO

Desde la década de los 80, hasta nuestros días se ha fortalecido la idea que la identidad sexual y de género es producto de los conceptos de esquema y de las cogniciones sociales.

Cohl(1983) plantea que los niños aprenden cosas acerca del género por medio de la actividad práctica y que los cambios en la conducta interpersonal están relacionados con los progresos en su construcción de las categorizaciones sociales.

Se cree que el bebé asimila la significación posible de su dimorfismo sexual aparente y el de todos los sujetos que lo rodean, este proceso de asimilación es activo. Entre los 0-2 años existe una serie de fenómenos circulares, en donde los adultos presentan comportamientos diferentes según el sexo del bebé, a la par que los niños tratan de obtener placer o refuerzo al acomodarse a las distintas expectativas que los adultos tienen para cada sexo. Paulatinamente los procesos cognitivos van a ir desarrollándose, tal que el bebé irá discriminando mundos correspondientes a cada uno de los sexos y el conjunto de situaciones, conductas y eventos que aparecen unidos a cada sexo.

Debido a este paso de discriminación el bebé a los 2 o 3 años de edad podrá clasificarse a sí mismo y a los demás dentro del correspondiente grupo sexual, a la par que intentará comportarse de conformidad a las demandas sociales de cada sexo.

A los 3 a 7 años, los niños están preparados para poder llevar a cabo una correcta identidad sexual, como también una identidad con todo aquello que la sociedad considere como deseable para uno u otro sexo.

Se ha estudiado que el desarrollo continua a lo largo de toda la vida y se desarrolla con las distintas etapas y roles que al ser humano le toca vivir (Pastor, 1996).

Cada uno de nosotros tiende a clasificar mentalmente a los individuos en hombres y mujeres y la bipolarización en categorías de masculino-femenino, tiene su anclaje en el sustrato biológico, ceñido básicamente a la función reproductora diferencial. Desde este supuesto se han añadido presuntas diferencias biológicas y sociales.

"Durante largo tiempo la categoría de sexo se constituyó en la explicación de las diferencias, garante del equilibrio social y personal, hasta que el surgimiento y desarrollo del concepto de género ha permitido articular la significación social del sexo, disolviendo el reduccionismo biológico y abriendo un camino de comprensión de la construcción de la identidad del sujeto sexuado y de las relaciones intersexuales" (Unger y Crawford, 1992, p. 254)

El desarrollo cognitivo-afectivo, exige el establecimiento de los límites entre el yo y el otro. La construcción de la propia imagen se convierte necesaria para la identidad. El proceso de la formación de la identidad se produce en el continuo de la socialización y es el lenguaje el que provee las representaciones, transmitidas por la cultura, desde él, el sujeto simboliza la realidad.

El proceso de la socialización supone la inscripción del individuo en lo social, a través de la asunción de roles entre los sexos. De esta forma, los roles instalan a los sujetos en el marco de una evolución reglada socialmente. El escenario social se organiza sobre el cumplimiento de ciertas reglas. La procreación y la producción son funciones alrededor de las cuales se recrean diferentes normas que rigen los intercambios sociales.

El trabajo, matrimonio y la familia constituyen estructuras sociales que vinculan a los sujetos a través del tiempo, introduciéndoles en el juego social gracias a su participación activa en el desempeño de los roles prescritos según la edad y el sexo.

Los sujetos según sea su sexo, incorporan diferentes actitudes a través de las cuales van a percibir la realidad circundante y generan expectativas que movilizan su acción.

En relación a la adolescente embarazada se puede decir que las categorizaciones sociales en torno a la sexualidad, no son iguales para hombres y mujeres; lo permitido y lo prohibido, lo deseable para los sujetos de ambos géneros se define casi siempre por oposición.

"El lenguaje expresivo de las representaciones simbólicas habla de 'madre soltera', no existiendo casi la expresión de 'padre soltero'" (Palma, 1991,p.25-27).

Según Irma Palma (1991) , el embarazo en la adolescencia será entonces la consecuencia natural de las transgresiones hechas por la mujer en su sexualidad. Para ella está prohibida la práctica sexual premarital, siendo tarea suya evitar la preñez.

El embarazo precoz puede ser planteado como un conflicto que se convierte en el punto de intersección de tres formas de dominación y postergación social: en cuanto mujer, ser joven y en relación a su pertenencia de la clase social popular.

"En tanto mujeres, les define lugares específicos en la división sexual de funciones y roles; en tanto adolescentes las ubica en un grupo etario definido transicional entre la niñez y el mundo adulto; en tanto populares les asigna posiciones subordinadas e la estructura social y en tanto embarazadas las define en una alteración drástica de su biografía". (Palma, 1991,p.25)

- Mujeres: La condición de mujeres connota discriminación y desigualdad. Las mujeres participan de un orden social en el cual ocupan posiciones subordinadas respecto de los hombres, con funciones y roles definidos sexualmente.

- **Adolescentes:** Son concebidos por su edad en una condición de transición, de paso del hogar a la sociedad. En tanto grupo subordinado de la sociedad se les define desde afuera, estando excluidos de la participación social, pues este grupo es pensado en función del futuro y generalmente en situaciones de crisis sociales es más vulnerable a sus efectos, (ej. desempleo, represión).

El grupo de jóvenes (incluyendo a hombres y mujeres), al igual que las mujeres de todas las edades, se ubican en una condición de subordinación social; sin embargo en las mujeres este estado es permanente y para los hombres es transitorio. Los varones al llegar a la adultez superan la oposición joven adulto y son integrados socialmente, en cambio las mujeres continúan en una situación de minoría de edad. Por lo tanto, la condición de mujer joven connota una situación de mayor vulnerabilidad social.

- **Clase popular:** Las adolescentes que experimentan la maternidad en nuestro país, pertenecen mayoritariamente al segmento social popular. Pertenecer a la clase popular, en lo fundamental, conlleva una situación de subordinación y dominación. En la experiencia cotidiana de los sujetos significa ser marginal, carecer de poder y una precaria participación en la distribución de recursos en la sociedad. (Palma, 1991, p.26)

Para la mujer de clase popular en particular significa una situación extrema de subordinación e inferioridad, implicando una alta dependencia del Estado como posibilidad de apoyo para su realización personal más allá del ámbito doméstico.

De acuerdo a lo anterior, podemos concluir que la embarazada adolescente, pertenece a una categoría de vulnerabilidad social, tal como señala Darío Páez (1986) en su modelo, por ser mujer y perteneciente al nivel socio económico bajo. Esto se retroalimenta al ser el embarazo un suceso de vida estresante de acuerdo a normas tradicionales donde existen patrones culturales, que expresan una respuesta social caracterizada por la censura social frente a este evento vital estresante.

5.1 Maternidad y afectividad en el embarazo adolescente

Para referirse a las adolescentes embarazadas de sectores urbano populares, es necesario vincular el tema al lugar que ellas ocupan en la sociedad en tanto mujeres y según la pertenencia a una clase social determinada. Estos aspectos se potencian mutuamente en función de la situación de subordinación

a que se ven sometidas y hace más drástica su carencia de poder y participación.

Para la mujer adolescente embarazada, el agente de socialización con más peso es la familia y dentro de ésta, la madre, que es la que transmite los roles tradicionales. Sin embargo, la mujer adolescente esta sujeta a la autoridad paterna y su actuar es subordinado: es un ser de interiores, mujer de su casa perteneciente al ámbito de lo doméstico.

Por temor a un posible embarazo a la joven de clase popular se le restringen los espacios para discutir y construir una identidad nueva y distinta. Junto con ello la sociedad no le ofrece una alternativa distinta y se ve obligada a vivir sola sus dudas, inseguridades y búsqueda de identidad; introyectando los valores adultos (de su madre). Lo anterior implica recibir una imagen desvalorizada y desigual del ser mujer, lo cual se va a manifestar en un futuro rol de esposa y madre, reforzándose así estos roles tradicionales como modelos válidos en su socialización (Raczynski y Serrano, 1986, en Hamel 1993).

La maternidad precoz no se puede considerar como un acontecimiento aislado, sino que reflejan problemas generalizados como los derivados de actitudes negativas hacia la sexualidad

femenina, inadecuada educación sexual, faltas de roles y oportunidades alternativas para la mujer(Atkin, 1989 en Hamel 1993).

La mujer joven, salvo en la escuela y el trabajo no sale no participa, respondiendo justamente a su socialización en roles sumisos, conciliadores, tiernos, de postergación personal, de ser para otros, de servicios y resignadas. Desde la adolescencia se les plantea un proyecto de nueva dependencia: casarse y hacer otro hogar en el que será mantenida.

En resumen las características generales de vida de la adolescente urbano popular pobre están constreñidas por las escasas alternativas de desarrollo socioeconómico que se le ofrece y la presión que se ejerce para que continúe ejerciendo los roles tradicionales para la mujer. Existe una relación directa entre la baja condición social de la mujer, el embarazo y la maternidad precoz.(Zeidenstein, 1989 en Hamel 1993)

La joven generalmente recibe la información de que el sexo es malo, peligroso, la menstruación es un castigo y una desventaja de la mujer. Se les dice verbalmente que no deben embarazarse, pero no se les dice como.

La adolescente intenta adquirir un estatus que le entregue una identidad a través de la relación afectiva, pues se les

construye socialmente para los afectos y contenedoras de la emotividad de otros, y de la sexualidad. Vive la ilusión de crecer como mujer y de alcanzar un rol adulto y autónomo, al vivir su sexualidad y embarazarse; pero el ser madre la deja aún más dependiente de su familia y de otros.

En la adolescente el ejercicio de la sexualidad esta más ligado a la búsqueda de afecto que al placer y la iniciación sexual ha tenido más bien un carácter de rito de iniciación, ya sea para acceder a una vida adulta o para complacer el rito de otro. De la búsqueda por resolver la carencia afectiva, resulta el primer embarazo y los siguientes. Necesitan ser como suponen que son las otras, y vivir relaciones que imaginan plenas de sensaciones gratificantes.

Esta no materialización de los afectos y la dependencia, indispensable para la posterior independencia, moviliza a estas adolescentes hacia a una búsqueda incesante, no explícita, no consciente, por vivenciar esa necesidad incumplida.

El embarazo adolescente del sector popular urbano es el resultado de una interdependencia de estos elementos. Influyen principalmente las condiciones económicas de las clases sociales

más pobres (ocupaciones de bajo estatus, bajos ingresos, barreras de ingresos laboral, hacinamiento, marginalidad etc.)

También se relaciona el lugar de discriminación social que ocupa la mujer y especialmente la mujer joven, atrapada en el rol reproductivo, como posible alternativa frente a una sociedad que le da pocas oportunidades de acceder a un rol productivo, con mejores probabilidades de desarrollo personal y proyección al futuro.

Por tanto la superposición del elemento pobreza y género, entendido este como el resultado del proceso de construcción de identidad sexual y dependencia afectiva, condicionan el embarazo en adolescentes pobres, pues la suma de desigualdades que supone el ser mujer en estas condiciones limita las posibilidades de visualizar y desear cambios culturales que modifiquen los roles genéricos. La reproducción del sistema patriarcal es asumida sin mayores objeciones por ambos sexos en relación con la vida y el "destino" de las mujeres. (Salazar, Matamala, 1992, p.157-159)

La vivencia real de la maternidad de las mujeres jóvenes y pobres es un proceso cargado por "naturales" sufrimientos y "castigos" sociales que aluden a la práctica de la sexualidad. El

sufrimiento, es validado como inherente a la maternidad, es vivido en el embarazo en soledad, en el parto, en las dificultades de crianza. Se debaten entre esa obligación maternal y su deseo por vivir experiencias juveniles. Su cumplimiento al rol es estereotipado y obligado.

6. FUNDAMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Con lo anterior expuesto en relación al desarme social que sufre la adolescente embarazada y sus síntomas depresivos asociados, consideramos atingente para este grupo una propuesta de tratamiento que contemple una intervención directa sobre los factores psicológicos asociados a la depresión, pues éstos mediarían el impacto de los factores de vulnerabilidad y gatillantes de este malestar. En este sentido, nuestro estudio considera importante trabajar sobre las cogniciones asociadas a los estados de malestar y sufrimiento humano, como es el caso de la depresión; tal como lo demuestran las investigaciones realizadas por Paéz y Cols(1986), quienes retoman los supuestos teóricos de la depresión propuestos por Beck.

Desde este punto de vista hemos considerado trabajar con elementos de la cognición, especialmente de procesamiento o transformación de la información, por ejemplo con las ideas irracionales involucradas en este problema. En este sentido, "el enfoque cognitivo-conductual, plantea que en el caso de las personas depresivas, según el modelo de Beck presentarían alteraciones cognitivas por distorsiones en el procesamiento de la información recibida del medio, o pensamientos negativos recurrentes, la ayuda terapéutica debe ir orientada en primer término a la reestructuración cognitiva, siendo luego de gran utilidad incorporar otras estrategias como es la resolución de problemas, cuando se emiten conductas que no son adecuadas para reducir el estrés derivado de los acontecimientos negativos". (Caballo, 1991, León y Jarana, 1992, p.402)

Por otra parte, la intervención se ha enmarcado en un formato grupal, debido a la naturaleza educacional o didáctica de la terapia cognitiva-conductual. Además como la terapia cognitiva-conductual requiere que la persona tome conciencia de sus cogniciones inadaptativas, el terapeuta puede ser ayudado por comentarios y sugerencias de los miembros del grupo.

De igual forma, la importancia que tiene el apoyo social que brinda el grupo en la salud mental de sus integrantes, permite amortiguar, en alguna medida, los acontecimientos vitales estresantes. Pues "el grupo en su rol de apoyo promueve el sentimiento psicológico de comunidad; ésto significa que a través de los procesos de comparación social que emergen al interior del grupo, se disminuyen las autoevaluaciones negativas, convirtiéndose la crisis personal en experiencia social. A ésto se une que el grupo estimula a experimentar nuevas soluciones, apoya a los miembros ante cualquier fracaso, reforzando incluso los más pequeños éxitos. A su vez el grupo proporciona, una red de relaciones sociales no fácilmente asequibles de otra forma para las personas que enfrentan una crisis vital".(Levin y Perkins, 1987, p.227)

En síntesis, las actividades en las que los sujetos participan de una experiencia de grupo, se caracterizan porque tienden a desarrollarse como un microcosmos social, contexto que permitiría el ensayo de conductas alternativas a su estado actual.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El presente estudio pretende evaluar la disminución de las respuestas depresivas en adolescentes embarazadas, por medio de la asistencia a un taller que entrenará en estrategias cognitivo conductuales.

2. DEFINICIÓN DE VARIABLES RELEVANTES

Definición Operacional de la Variable Dependiente

Nivel de Depresión: Consiste en los puntajes en que se ubica un sujeto al contestar la escala autoaplicada de depresión de Beck (I.D.B). Esta escala está graduada cuantitativamente según rangos de intensidad del síntoma en: (a) depresión ausente o mínima, (b) depresión leve, (c) depresión moderada y (d) depresión grave.

Para efectos de este estudio consideramos los puntajes contenidos entre los rangos de depresión leve y moderada.

Algunos aspectos que se miden para este efecto son:

(a) estado de ánimo, (b) pesimismo, (c) sentimientos de fracaso, (d) sentimientos de culpa, (e) sentimientos de castigo, (f) insatisfacción, (g) odio a si misma, (h) impulso suicida, (i) aislamiento social y otros.

Definición Operacional de la Variable Independiente

Taller para adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva.

Para efectos de este estudio, hemos utilizado un set de técnicas cognitivas-conductuales: relajación, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. La progresión de relajación a reestructuración y resolución de problemas en este taller resulta adecuado pedagógica y lógicamente.

A nivel pedagógico esta secuencia progresa desde el aprendizaje de competencias menos difíciles de enseñar a aquellas

más difíciles. A nivel lógico, la secuencia sigue un esquema progresivo de autoayuda sencilla a otras más complejas.

Es importante destacar que se implementó la técnica de reestructuración cognitiva, antes de la técnica de resolución de problemas debido al síntoma depresivo de la muestra, pues desde una perspectiva clínica es fundamental trabajar primero sobre los pensamientos distorsionados, para luego y en base a esto incorporar el método de resolución de problemas.

A continuación se detallan las técnicas utilizadas:

1. TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON: Ésta consiste en enseñar a identificar los músculos tensos para así relajarlos y experimentar una sensación opuesta a la tensión. Se enseña la relajación haciendo que ponga tenso ciertos músculos del cuerpo y después los relaje, así al aprender a tensar dichos músculos conseguirá identificarlos cuando estén tensos y después aprenderá a relajarlos.

2. TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Se enseña al paciente, formas alternativas de pensar, como medio para combatir los problemas derivados del estado de ánimo y los trastornos

conductuales. Una vez identificados los pensamientos distorsionados, se enseña a las participantes a desafiar sus pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por respuestas más racionales.

3. TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se enseñó a las adolescentes formas distintas de enfrentar sus situaciones problemáticas en base a una serie de pasos que son los siguientes:

- Identificación del problema.
- Formulación de las metas.
- Generar alternativas.
- Evaluar alternativas.
- Toma de decisiones.
- Verificación.
- Preparación para la implementación.
- Implementación y resultados.

3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis 1:

"Si se aplica el taller propuesto en este estudio a un grupo de adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva, pertenecientes al Consultorio Integral del Adolescente de Valparaíso, se observarán cambios significativos en los puntajes arrojados por el del IDB".

Hipótesis 2:

"Si se comparan los promedios obtenidos en la evaluación realizada antes de la aplicación del taller por el grupo experimental con los obtenidos por el grupo control, no se hallarán diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes alcanzados por ambos grupos".

Hipótesis 3:

"Si se comparan los promedios obtenidos por el grupo control en la evaluación realizada antes de la aplicación del taller con los obtenidos por el mismo grupo en la evaluación realizada después de aplicado el taller no se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el puntaje obtenido por el IDB".

Hipótesis 4:

"Si se comparan los promedios obtenidos por el grupo experimental en la evaluación realizada antes de la aplicación del taller, con los obtenidos por el mismo grupo en la evaluación realizada después de aplicado dicho taller, se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el puntaje del instrumento aplicado".

Hipótesis 5:

"Si se comparan los promedios obtenidos en la evaluación realizada después de la aplicación del taller por el grupo experimental, con los obtenidos por el grupo control, se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente a favor del grupo experimental".

Hipótesis 6:

"Si se comparan las diferencias entre los promedios de las evaluaciones pre y post del grupo control con las evaluaciones pre y post del grupo experimental se encontrarán diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental, el que mostrará una disminución en los puntajes del IDB".

4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivo general:

Estudiar y analizar la efectividad de la aplicación de un taller en adolescentes embarazadas en la disminución de los puntajes del IDB.

Objetivos Específicos:

1. Disminuir los puntajes obtenidos en el IDB en adolescentes embarazadas a través de la asistencia y participación al taller ya mencionado.
2. Establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los puntajes, entre el grupo experimental y el grupo control, como resultado de la aplicación del taller a favor del grupo experimental.
3. Disminuir los puntajes en el grupo experimental de manera significativa, en relación al grupo control.

4. Aportar elementos de análisis a la realidad del embarazo adolescente, a partir de una experiencia particular.

5. CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación, constituye un estudio de tipo cuasi experimental, y está enfocado a indagar en qué medida, un taller basado en estrategias cognitivo conductuales para adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva, se puede disminuir los puntajes obtenidos en el IDB. Se utilizó un grupo control y un grupo experimental a los cuales las sujetos fueron asignadas aleatoriamente por medio de la técnica de grupos igualados por los niveles de depresión. A estos grupos se les aplicó una medición pre y post en relación a la intervención realizada.

La medición pre, consistió en la aplicación de la escala de depresión de Beck; la cual sirvió como criterio de selección para estos grupos.

Desde el punto de vista de alcance temporal, no hubo seguimiento sistemático de este grupo después de la medición

post. Luego se realizó una sesión post taller transcurridos 20 días, donde se revisó un contrato conductual que permitió realizar una evaluación cualitativa del proceso grupal.

6. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

6.1 Características de la muestra

Se trabajó con una muestra intencionada de dieciséis adolescentes embarazadas, quienes constituyeron el grupo experimental y dieciséis que conformaron el grupo control, que acuden regularmente a los servicios que presta el Consultorio Integral del Adolescente dependiente del SSVSA.

En cuanto a las edades de estas jóvenes, se encuentran entre los 12-16 años, con una edad gestacional de 12 a 23 semanas. Todas viven en la comuna de Valparaíso y su nivel educativo comprende entre Séptimo a Tercer año de Educación Media. Aún cuando en la actualidad la mayoría ha desertado del sistema formal de educación, seguidas de un grupo menor de jóvenes que permanece en su establecimiento habitual y sólo una minoría recurrió al sistema de educación nocturno.

La totalidad del grupo no se encuentra trabajando fuera de la casa, siendo inexistentes los antecedentes laborales. Con respecto a sus antecedentes médicos podemos decir que no existen pérdidas o abortos previos, y que no participan de experiencias psicológicas individuales o grupales durante este período. Además este grupo no presenta antecedentes premórbidos de depresión lo que ha sido confirmado por las fichas clínicas-sociales del Consultorio del Adolescente, lo que corresponde a evaluaciones permanentes por parte del equipo multidisciplinario, que se compone de matrona, enfermera, psiquiatra y psicólogos. El criterio clínico de experto (psicóloga de la institución) ha ubicado a estas jóvenes, en base al DSM IV dentro del trastorno adaptativo con ánimo depresivo.

La presente investigación aplicó, así mismo, el criterio de selección del IDB (Inventario de depresión de Beck) en base a los rangos de depresión leve-moderada. Por otra parte se seleccionó a jóvenes que carecen de participación en un grupo juvenil organizado o institución formal juvenil presente en la comunidad y a su vez que vivan en la actualidad con sus padres o con algún familiar directo.

La mayoría de las características de esta muestra, da cuenta del deterioro en la calidad de las redes de apoyo social con las que la adolescente cuenta, pues no existe ninguna fuente de apoyo concreto, excepto la familia. A su vez este apoyo no es percibido como tal por las jóvenes, por las constantes recriminaciones a nivel conductual y verbal de los padres por haber quedado embarazadas en este período de la vida.

6.1.1 Distribución de la muestra

A continuación, en las siguientes tablas, se comentará la distribución de las adolescentes que participaron en esta investigación, por los Rangos de Depresión ⁴ que presentaron al inicio del estudio, según edad, gestación, tipo de familia y nivel de educación respectivamente.

⁴ Ver pág.100

Tabla 1.- DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES, POR RANGOS DE DEPRESIÓN INICIAL, SEGÚN EDAD.

EDAD	RANGO DE DEPRESIÓN INICIAL		
	Depresión Leve	Depresión Mediana	Total
12 a 14 años	7	1	8
15 a 16 años	21	3	24
Total	28	4	32

Del universo de esta muestra, se puede observar que 28 adolescentes (87,4%) se concentraron en un nivel de depresión leve, de las cuales 21 se ubican entre los 15 y 16 años de edad.

También es importante destacar que sólo una joven (3,1%) presenta depresión mediana entre los 12 y 14 años. Lo anterior nos hace inferir que es importante intervenir en el grupo de las adolescentes entre 15 y 16 años de edad, pese a la creencia habitual de que por ser mayores estarían más preparadas para aceptar su embarazo; es en estas jóvenes donde el entorno realiza mayores críticas respecto de este evento. Esta inferencia la podemos extraer de la observación directa con las jóvenes, al igual que en las adolescentes de menor edad puede suponerse que

cuentan con mayor apoyo afectivo que actuaría como un factor de protección a la depresión.

Tabla 2.- DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES, POR RANGO DE DEPRESIÓN INICIAL, SEGÚN SEMANA DE GESTACIÓN.

SEMANA DE GESTACIÓN	RANGO DE DEPRESIÓN INICIAL		Total
	Depresión Leve	Depresión Mediana	
12 a 17	8	2	10
18 a 23	20	2	22
Total	28	4	32

Podemos observar que entre las 18 y 23 semanas de gestación se concentran el mayor número de casos de depresión (70,3%).

También se puede observar, en los puntajes totales, que existe un menor número de jóvenes con depresión en los inicios del embarazo. Estos resultados se pueden deber a dos factores principalmente, primero que las jóvenes inician su control de embarazo alrededor de los 4-5 meses y en segundo lugar que es en este momento que comunican a su entorno su situación, lo que produciría el aumento de los cuadros depresivos.

Tabla 3.- DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES, POR RANGO DE DEPRESIÓN INICIAL, SEGÚN TIPO DE FAMILIA.

TIPO DE FAMILIA	RANGO DE DEPRESION INICIAL		Total
	Depresion Leve	Depresión Mediana	
Sólo con 1 padre	1	0	1
Nuclear	11	2	13
Nuclear+ Allegados	7	1	8
Con 1 padre y hermanos	9	1	10
Total	28	4	32

Esta tabla nos permite leer que de un total de 32 adolescentes, una de ellas vive con un padre y el resto de la muestra vive con más de 3 personas, con las cuales tiene un lazo de consanguinidad directa.

Tabla 4.- DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES, POR RANGO DE DEPRESIÓN INICIAL, SEGÚN SISTEMA EDUCACIONAL.

SISTEMA DE EDUCACION	RANGO DE DEPRESION INICIAL		Total
	Depresión Leve	Depresión Mediana	
Deserción	19	3	22
Colegio tradicional	7	0	7
Sistema informal	2	1	3
Total	28	4	32

En esta tabla podemos observar que las jóvenes al inicio del estudio en su mayoría habían desertado del sistema escolar, seguidas de un grupo menor que aún asiste al sistema tradicional escolar; y solo una minoría al sistema informal (vespertino).

Del total observado(32), se puede apreciar que solo 7 de las niñas se encuentran en contacto diario con la red ofrecida por el sistema escolar. Así mismo se observa que el mayor número de casos de depresión se encuentra dentro del grupo que ha desertado del colegio.

6.2 Características generales de la intervención

El taller que contempló esta investigación, es una forma breve de terapia cognitivo-conductual en grupo, en la que se enseña una variedad de técnicas cognitivas-conductuales con el fin que puedan utilizarse para disminuir la depresión y así enfrentar de una forma eficaz los problemas de la vida diaria. Se diseñó un taller estructurado de aprendizaje social con una metodología eminentemente psicoeducativa (Costa y López (1986), Sank y Shaffer (1989), Upper y Ross (1980))

Este tipo de intervención se caracteriza porque el concepto de enfermedad entendido desde una perspectiva de características personales invariantes, se cambia por otra concepción más operativa, que se refiere al comportamiento aprendido y al aprender. El énfasis y la atención se traslada desde lo problemático a las posibles soluciones que pueden ponerse en práctica y resolver las dificultades. Se cambia el rol de paciente, persona pasiva y desconocedora, por el de persona que aprende a resolver las dificultades.

Antes del inicio del taller se realizó un taller piloto, con una muestra de características similares a las estipuladas en

este estudio, en el que se puso a prueba el programa a aplicar, así como las destrezas de las monitoras en la metodología cognitivo conductual.

Luego de un período inicial de evaluación y selección, que fue llevado a cabo la semana anterior a la intervención; se dio inicio al taller que tuvo una duración total de seis sesiones, donde cada sesión comprendió dos horas aproximadamente.

6.3 Formulación de objetivos de la intervención

6.3.1. Objetivos generales

(a) Disminuir el puntaje del IDB en el grupo de adolescentes embarazadas.

(b) Entregar al grupo de adolescentes embarazadas recursos cognitivos-conductuales.

6.3.2. Objetivos específicos

- (a) Aprender a relajarse.
- (b) Incorporar técnicas de reestructuración cognitiva y resolución de problemas.
- (c) Conocer elementos de análisis respecto del ser mujer y sus características.
- (d) Incrementar la programación y realización de actividades placenteras.
- (e) Favorecer que el grupo actúe como una red de soporte social.

6.4 Contenidos de la intervención

Los módulos que se presentan a continuación recogen los contenidos que se trabajaron con las mujeres, adolescentes, embarazadas.

(a). Módulo Introdutorio:

- Saludo.
- Presentación del taller.
- Presentación de objetivos de sesión.
- Presentación de las monitoras.
- Dinámica de presentación : Juegos de confianza.

(b). Módulo de Reestructuración cognitiva:

- Entrenamiento en registros de autoobservación.
- Identificar la relación entre pensamiento, emoción y conducta.
- Identificar los pensamientos negativos y procesos cognitivos erróneos.
- Desafiar los pensamientos negativos y

procesos cognitivos erróneos.

-Entrenamiento en estrategias para debatir y corregir pensamientos negativos.

-Búsqueda de pensamientos positivos racionales alternativos.

(c). Módulo de Relajación:

-Discriminar entre tensión y relajación.

-Aprender la utilidad de la relajación.

-Realizar ejercicios de tensión y distensión muscular.

-Realizar ejercicios de relajación muscular profunda, por sugestión y visualización de imágenes agradables.

(d). Módulo de Resolución de problemas:

-Definir lo que es un problema.

-Identificar adecuadamente sus problemas cotidianos.

-Formular sus problemas adecuadamente.

-Generar nuevas alternativas de respuestas.

- Toma de decisiones y valorización de resultados.
- Diseñar planes y acciones.

(e). Módulo de Sensibilización de Identidad femenina⁵ :

- Identificar características psicológicas y sociales femeninas.
- Distinguir las características psicosociales femeninas de las masculinas.
- Valorar las características psicosociales femeninas, en el enfrentamiento de los problemas.

6.5 Evaluación

6.5.1 Fases de la intervención

El proceso general de evaluación comprendió las siguientes fases:

⁵ Ver pág. 87

(1) selección de la muestra , (2) evaluación pre-tratamiento, (3) evaluación durante el tratamiento, (4) evaluación pos-tratamiento, (5) evaluación de seguimiento.

En la primera fase mediante la revisión de fichas clínicas-sociales y el criterio clínico de experto; se recogieron los antecedentes necesarios para seleccionar que jóvenes compartían las características del grupo definidas anteriormente. Para luego continuar con la segunda fase pretratamiento que se realizó mediante la aplicación de una medida de autoinforme: "Inventario de Depresión de Beck"

(I.D.B.).

En base a los datos obtenidos en esta segunda fase, se constituyó un grupo definitivo de 16 personas al que se le aplicó finalmente el taller. La tercera fase consistió en una evaluación continuada durante la aplicación del taller, donde se realizó una observación y registro detallado de cada sesión, con el fin de optimizar el desarrollo de la siguiente sesión, junto con el análisis de las tareas que generalmente se efectuó al inicio de cada sesión. El análisis de las tareas o ejercicios entre sesiones permitió una evaluación continua: a) Del nivel de adquisición de las habilidades y/o estrategias que se fueron

aprendiendo en el taller, b) de las dificultades y ventajas que las participantes del grupo encontraron en su ejecución.

En la cuarta fase se efectuó una evaluación post-tratamiento, donde al culminar la aplicación del taller se pidió a las jóvenes que realizaran un informe subjetivo libre en el que valorarán esta experiencia. Además se aplicó nuevamente el cuestionario inicial o medida de autoinforme (IDB). Finalmente la quinta fase corresponde al período de seguimiento, donde las monitoras entrevistaron a las jóvenes, transcurrido 20 días finalizado el taller, principalmente para revisar y registrar la asignación de la última tarea dada en el taller: contrato conductual.

6.5.2 Descripción del instrumento

El inventario de depresión de Beck (IDB), es uno de los test de autoevaluación o instrumentos más utilizados en el estudio de los trastornos depresivos. Permite evaluar la severidad de la depresión por medio de un análisis de sus síntomas; lo anterior es independiente de factores como: edad, sexo, CI y diagnóstico previo del sujeto.

Se dispone de diversas versiones y traducciones de este test; así como de una forma abreviada y otra normal. La forma abreviada consta de 13 ítems o afirmaciones, con 4 opciones de respuesta en cada una de ellas. El sujeto tiene que elegir una de dichas opciones. Los ítems se evalúan en una escala de 0 a 3 puntos y la correlación de esta forma corta con la forma original de 21 ítems es de 0.96.

La forma normal consta de 21 ítems, los cuales se convierten en un conjunto de manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente, correspondientes a grados de intensidad del síntoma con puntuaciones entre 0 y 3. La suma simple constituye el puntaje total, el que puede oscilar entre 0 y 63. A mayor puntuación en la escala, mayor intensidad de la depresión; valorándose los siguientes rangos cuantitativos de depresión: depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. El rango de depresión ausente registra un puntaje total de 6,7 puntos, depresión leve considera un puntaje total de 18,5, depresión mediana tabula un puntaje total de 24,9 y el puntaje total de depresión grave corresponde a 32,6 puntos

En el presente estudio se utilizó la adaptación castellana de evaluación conductual para la depresión de Beck, realizada en

Madrid por Conde L. y Useros S. en 1974; siendo la escala original de Beck del año 1961.

Según Beck y Beamesderfer en 1974, y Lorents en 1988 este instrumento está diseñado para medir actitudes y síntomas específicos, los que son consistentes con las descripciones de la depresión en la literatura psicológica y psiquiátrica.

En los estudios de presentación del inventario, su consistencia interna fue demostrada por Beck en 1961; obteniendo resultados significativos en la correlación entre cada ítem y la puntuación total. También se encontró un índice de confiabilidad de 0.93, determinado a través del método de división en mitades de una muestra de 97 pacientes psiquiátricos.

En cuanto a la estructura factorial del IDB y consistencia interna de sus factores, diversos estudios ofrecen apoyo sobre la validez del instrumento en tanto medida de sintomatología depresiva en categorías de síntomas. Welch, Hall y Welkey en 1990 identificaron 4 categorías de síntomas en sus análisis de factores. En 1991 Vásquez y Sanz encontraron también 4 factores interrelacionados en una muestra de 1.393 estudiantes universitarios de España. En estas investigaciones, estos

factores dicen relación con actitudes negativas, factores cognitivo conductuales, biológicos y somáticos.

También se han encontrado numerosas investigaciones tanto a nivel nacional e internacional donde se observan asociaciones significativas entre el IDB y la evaluación clínica de la depresión. Estas investigaciones se han hecho en países como Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico entre otros; con diferentes grupos etarios, diagnósticos y actividad⁶. En nuestro país se han realizado estudios como los de Alvarado R. y Cols.(1992, p. 1168-1176), Lolas F.(1988, p.22-25), Rojas G. y Cols.(1993,p. 24-25), entre otros. Estos trabajos han utilizado distintos tipos de muestras como: grupos de senescentes, adolescentes, embarazadas y puérperas.

Existen estudios donde se ha informado de asociaciones significativas entre el IDB y otros instrumentos para evaluar depresión, según lo señalan Davis, Burrows y Payton en 1975.

Así en 1967 Metcafe y Goldman, Johnson y Heather en 1974 han mostrado la sensibilidad al cambio del IDB; esto fue realizado en un estudio de validación de la escala siguiendo a 37 pacientes con diagnóstico de depresión severa desde su ingreso hasta que

⁶ Ver Ref. Bernal y Cols.

fueron dados de alta. El inventario se reveló sensible para reflejar los cambios operados en el estado de dichos pacientes; así como su independencia de factores como edad, sexo y CI del paciente.

Tras 25 años de investigación con este instrumento se ha informado que posee buenas propiedades psicométricas con muestras anglosajonas y españolas, tal como lo señalan los estudios realizados por Reynolds W. y Gould J. en 1981, Gallagher, Nies y Thompson en 1982, Beck A.T., Steer R.A y Garbin M.C. en 1988; Vásquez C. y Sanz S. en 1991 entre otros.

En España Conde y Useros (1974. p. 85-90) han llevado a cabo la adaptación castellana de la escala, encontrando puntuaciones más altas pero significativas en las mujeres, y más altas y significativas en los adultos de más de 60 años en relación con los de 20 y 29 años. El estado civil no pareció influir en los resultados.

En nuestro país investigadores como Alvarado R. y Cols. (1993, p.135-141) han llevado a cabo estudios sobre el comportamiento de este inventario para cuadros depresivos durante el período de embarazo y puerperio. En ambas situaciones la escala muestra una elevada capacidad de discriminación de los

casos, junto a una buena consistencia interna. Lo que se pudo observar al estudiar los siguientes análisis: item-item, item-escala, confiabilidad, comparación de resultados en la escala de ambos grupos y análisis de validez y rendimiento.

CAPITULO 4



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El presente capítulo tiene como objetivo proporcionar el análisis estadístico realizado a partir de una experiencia realizada con dos grupos (experimental y control) de 16 adolescentes embarazadas pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

Al inicio de la experiencia, a cada grupo se les administró el inventario de depresión de Beck (IDB); posteriormente sólo el grupo experimental fue sometido a un tratamiento (taller para adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva). Al finalizar la intervención, a ambos grupos se les aplicó nuevamente el instrumento antes mencionado.

A continuación se presentan algunas medidas descriptivas de los puntajes del IDB obtenidos por las 32 mujeres que participaron en este estudio, antes y después del tratamiento.

Los promedios y desviaciones estándar se muestran en la tabla 5 ; mientras que la tabla 6 ilustra la variabilidad .

TABLA 5. PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE PUNTAJES IDB EN EL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

		INICIAL	FINAL	DIFERENCIA (inicial-final)
GRUPO CONTROL	PJE. PROMEDIO	11.2500	11.9375	-0.6875
	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	4.04145	4.43424	2.60048
GRUPO EXPERIMENTAL	PJE. PROMEDIO	10.6875	6.8125	3.750
	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	4.14276	3.01593	2.36291

En el grupo control el mínimo y máximo puntaje individual previo a la intervención fue 7 y 20 pts respectivamente, mientras que los correspondientes puntajes al término del período de estudio fueron 6 y 23 pts. Para el grupo intervenido los puntajes individuales mínimos y máximos iniciales fueron 7 y 20 pts, observándose post intervención 2 y 14 pts respectivamente. Estos valores corresponden a los obtenidos por distintos sujetos de estudio, por tanto se consideran sólo a título descriptivo y sin fines de comparación.

TABLA 6. VARIABILIDAD PRE Y POST TRATAMIENTO EN LOS PUNTAJES IDB.

PUNTAJES IDB	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N°	%	N°	%
Aumenta	8	50%	1	6.25%
Se mantiene	4	25%	0	0.0%
Disminuye	4	25%	15	93.75%
Total	16	100%	16	100.00%

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a los puntajes de depresión, tanto en el grupo control como en el experimental de las mediciones pre y post, se utilizó la prueba de T de student; ya que es apropiada para contrastar puntajes y promedios en grupos pequeños. Para esto se realizaron diversos contraste de hipótesis, los cuales se abordarán en el siguiente apartado

1.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

En relación a la primera hipótesis planteada en esta investigación:

"Si se aplica el taller propuesto en este estudio a un grupo de adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva, pertenecientes al consultorio integral del adolescente de Valparaíso, se observaran cambios significativos en los puntajes arrojados por el IDB".

Se encontraron diferencias en las mediciones pre y post de ambos grupos, tal como se puede observar en la tabla N° 5.

Con el fin de determinar, si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de depresión, se realizaron los siguientes contrastes de hipótesis, con un α de 0.05:

Hipótesis 2: "Si se comparan los promedios obtenidos en la evaluación realizada antes de la aplicación del taller por el grupo experimental con los obtenidos por el grupo control, no se

hallarán diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes alcanzados por ambos grupos".

En este sentido al comparar el grupo control con el experimental, en relación a los puntajes iniciales podemos entender la hipótesis 2 en función de las siguientes hipótesis:

Ho: "Los puntajes medios del IDB del grupo control y del grupo experimental en su medición pre son los mismos".

$$\{m(\text{control}) - m(\text{experimental}) = 0\}$$

H1: "Los puntajes medios del IDB del grupo control y del grupo experimental, en su medición pre, son diferentes.

$$\{m(\text{control}) - m(\text{experimental}) \neq 0\}$$

Estas hipótesis fueron contrastadas mediante el T de student para muestras independientes (Tc)

En este caso, para los puntajes iniciales, la regla es:

Se rechaza Ho, a un nivel de significación de

$$\alpha, \text{ si } |Tc| > T_{1-\alpha/2} (30) \text{ (valor } p < \alpha \text{)}.$$

Los resultados obtenidos son:

	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
Pje inicial	-0.39	0.7	No se rechaza Ho

En base a ésto se acepta la H_0 , certificando que son grupos equivalentes en su medición pre.

Hipótesis 3: "Si se comparan los promedios obtenidos por el grupo control en la evaluación realizada antes de la aplicación del taller, con los obtenidos por el mismo grupo en la evaluación realizada después de aplicado el taller no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en el puntaje obtenido por el IDB".

En este caso podemos especificar la hipótesis 3 en:

H_0 : "Los puntajes medios del IDB, del grupo control al inicio y al final de la intervención realizada, son los mismos"

$$\{m(\text{inicial}) - m(\text{final}) = 0\}$$

H_1 : "Los puntajes medios del IDB del grupo control al inicio y al fin de la experiencia realizada, son diferentes"

$$\{m(\text{inicial}) - m(\text{final}) \neq 0\}$$

Lo anterior fue contrastado con el análisis estadístico del T de student para muestras dependientes ($T'c$); siendo la regla de decisión para el grupo control:

Se rechaza H_0 , a un nivel de significación

$$\alpha, \text{ si } |T'c| > T_{1-\alpha/2} \quad (30) \quad (\text{valor } p < \alpha).$$

Los resultados son:

GRUPO	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
CONTROL	-1.06	0.307	NO SE RECHAZA H_0

Por lo tanto se acepta la H_0 , y verifica que no existe diferencia estadísticamente significativa en el puntaje arrojado por el IDB en el grupo control.

Hipótesis 4: "Si se comparan los promedios obtenidos por el grupo experimental en la evaluación realizada antes de la aplicación del taller, con los obtenidos por el mismo grupo en la evaluación realizada después de aplicado dicho taller, se encontrarán diferencias estadísticamente significativa en el puntaje del instrumento aplicado".

Para comparar, en el grupo experimental, los puntajes medios iniciales y finales, nos planteamos las siguientes hipótesis a modo de simplificar el análisis estadístico.

Ho : "Los puntajes medios del IDB del grupo experimental, al inicio y al fin de la experiencia son los mismos".

$$\{m(\text{inicial}) - m(\text{final}) = 0\}$$

H1 : "Los puntajes medios de IDB, del grupo experimental, al inicio y al final de la experiencia son diferentes"

$$\{m(\text{inicial}) - m(\text{final}) \neq 0\}$$

Las cuales se contrastarán a través del estadístico **T de student para muestras dependientes (T'c)**.

En este caso, la regla de decisión es:

Se rechaza Ho, a un nivel de significación α , si $|Tc| > T_{1-\alpha/2}(30)$

(valor $p < \alpha$).

Los resultados obtenidos en este caso son los siguientes:

GRUPO	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
EXPERIMENTAL	6,56	0.000009	SE RECHAZA Ho

Esto nos permite afirmar que el grupo en el que se aplicó el tratamiento presenta una notable disminución en el puntaje del IDB entre la evaluación pre - post tratamiento.

Hipótesis 5: "Si se comparan los promedios obtenidos en la evaluación realizada después de la aplicación del taller por el grupo experimental, con los obtenidos por el grupo control, se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente a favor del grupo experimental".

Para comparar el grupo control con el experimental en relación a los puntajes finales, se pueden traducir esta hipótesis (n° 5), en las siguientes:

Ho: "Los puntajes medios del IDB del grupo experimental y control en su medición post son los mismos".

$$\{m(\text{control}) - m(\text{experimental}) = 0\}$$

H1: "Los puntajes medios del IDB del grupo control y del grupo experimental en su medición post son diferentes".

$$\{m(\text{control}) - m(\text{experimental}) \neq 0\}$$

Estos supuestos fueron contrastados a través de la prueba de significación estadística T de student para muestras independientes (Tc).

Para los puntajes finales, la regla de decisión es:

Se rechaza H_0 , a un nivel de significación

α , si $|T_c| > T_{1-\alpha/2}$ (30) (valor $p < \alpha$)

El resultado obtenido es:

	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
Pje. final	-3.83	0.00031	Se rechaza H_0

Lo anterior significa que existe diferencia entre los puntajes post del grupo experimental y control a favor del primero

Hipótesis 6: "Si se comparan las diferencias entre los promedios de las evaluaciones pre y post del grupo control con las evaluaciones pre y post del grupo experimental, se encontrarán diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental, el que mostrará una disminución en los puntajes del IDB".

Al comparar el grupo control con el grupo experimental, evaluando la diferencia de los puntajes obtenidos en sus

mediciones iniciales y finales, podemos entender, para este supuesto (hipótesis 6), las siguientes hipótesis:

Ho : "La diferencia de los puntajes medios pre y post del IDB en el grupo control y experimental son los mismos".

$$\{(m1-m2)_{control} - (m1-m2)_{experimental} = 0\}$$

H1: "La diferencia de los puntajes medios pre y post del IDB en el grupo control y en el experimental son diferentes"

$$\{(m1-m2)_{control} - (m1-m2)_{experimental} \neq 0\}$$

Las cuales fueron contrastadas a través del estadístico **T de student para muestras independientes**

En este caso, para la diferencia entre el puntaje inicial y el final, la regla de decisión es:

$$\alpha, \text{ si } |Tc| > T_{1-\alpha/2} (30) \text{ (valor } p < \alpha \text{)}$$

El resultado es:

	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
Puntaje (inicial-final)	-5.19	0.0000067	Se rechaza Ho

Luego de la intervención, el grupo experimental muestra una disminución sustancial del puntaje de IDB en comparación al

obtenido por los controles y esta diferencia es estadísticamente significativa con un valor p que tiende a cero.

Por lo anterior, se puede afirmar que con respecto al nivel de depresión, medido a través de IDB, no existen diferencias entre los grupos, al inicio del estudio. Sin embargo al final de la experiencia, el grupo control presenta un puntaje medio significativamente mayor que el grupo experimental. Este hecho se refleja en el análisis de las diferencias de puntajes, a través de la cual se infiere que las diferencias de los puntajes obtenidos en el IDB inicial y final de las mujeres del grupo control es significativamente menor que las del grupo experimental. Lo anterior demuestra que no se presenta una disminución significativa en las respuestas depresivas, para el grupo control, encontrándose puntajes similares en su medición pre y post. Esto no se aprecia en el grupo experimental, donde las diferencias pre y post son marcadamente significativas, lo que se constató a través del análisis de las diferencias entre el puntaje inicial y final de ambos grupos.

Todo esto permite confirmar que la intervención realizada en el grupo experimental propició un cambio cognitivo conductual que

favoreció la disminución de la depresión para esta muestra de adolescentes embarazadas.

Los contrastes de hipótesis se sintetizarán en las tablas 7 y 8.

TABLA 7 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 3 Y 4

	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
Experimental	6.56	0.000009	Se rechaza H_0
Control	-1.06	0.307	No se rechaza H_0

En el grupo experimental hay evidencia suficiente para concluir que el puntaje IDB después de aplicada la intervención propuesta es significativamente distinto al inicial, con un nivel de significación menor del 5% (valor $p = 0,000009$). No obstante en el grupo control no hay suficiente evidencia estadística para decir que los promedios iniciales y finales difieren, por lo tanto se puede concluir que los puntajes en este grupo se conservan.

TABLA 8 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 2, 5 y 6

	ESTADÍSTICO T	VALOR P	DECISIÓN
Pje. inicial	-0.39	0.7	No se rechaza Ho
Pje. final	-3.83	0.00031	Se rechaza Ho
Puntaje (inicial-final)	-5.19	0.0000067	Se rechaza Ho

La comparación de los puntajes iniciales entre el grupo control y experimental no muestra diferencia estadísticamente significativa, por lo que se puede considerar que ambos grupos presentaron puntajes comparables al inicio del estudio.

En el grupo experimental hay evidencia suficiente para concluir que el puntaje IDB, después de aplicada la intervención propuesta, es significativamente inferior al promedio final del grupo control, por tanto esta diferencia no se debe al azar lo que se ve apoyado con un valor de $p = 0,00031$, esto permite suponer que la intervención realizada influye en esta diferencia estadística. Lo anterior se puede confirmar aún más a través de la comparación de las diferencias iniciales y finales de los promedios de los puntajes del IDB entre los grupos experimental y control. (valor $p \ll 0,05$)

Con el fin de estudiar en forma más específica la acción del Taller Experimental, se realizó un análisis estadístico a los puntajes correspondientes a los distintos factores que constituyen el IDB, y que se definen en la Tabla 9. Las Tablas 10 y 11 siguientes, muestran los resultados obtenidos al realizar el contraste de las hipótesis ya descritas, pero considerando como variable bajo estudio al puntaje correspondiente a cada factor.

Tabla 9.- DEFINICIÓN DE FACTORES

FACTOR	DEFINICIÓN
• <i>Actitudes negativas</i>	Sentimientos tales como: tristeza, pesimismo, fracaso, castigo, autodecepción y culpa.
• <i>Cognitivo Conductual</i>	Percepciones tales como: indecisión, pobre imagen corporal, incapacidad laboral y desinterés social.
• <i>Biológico</i>	Manifestaciones corporales de alteraciones relativas a: insomnio, desinterés por el sexo, pérdida de apetito y de peso.
• <i>Somático</i>	Preocupación o valoración autorreferente del estado de salud.

Tabla 10.- GRUPO CONTROL VERSUS GRUPO EXPERIMENTAL, POR FACTOR.

Puntaje IDB, (estadístico t_c , valor p y decisión, por variable)

FACTOR	Variable	t_c	valor p
ACTITUDES NEGATIVAS	Puntaje Inicial	-0.51	0.61
	Puntaje Final	2.08	0.045
	Ptje. Inicial - Ptje. Final	-2.41	0.022
COGNITIVO CONDUCTUAL	Puntaje Inicial	0.61	0.547
	Puntaje Final	3.69	0.00089
	Ptje. Inicial - Ptje. Final	-3.63	0.001
BIOLÓGICO	Puntaje Inicial	0.44	0.667
	Puntaje Final	1.94	0.061 ⁷
	Ptje. Inicial - Ptje. Final	-2.12	0.042
SOMÁTICO	Puntaje Inicial	0.86	0.397
	Puntaje Final	0.26	0.79
	Ptje. Inicial - Ptje. Final	0.52	0.61

⁷ Este valor es significativo con $p < 0.07$

Tabla 11.- PUNTAJE INICIAL VERSUS PUNTAJE FINAL, POR FACTOR

Puntaje IDB (estadístico t'_{c} , valor p y decisión, por grupo)

FACTOR	Grupo	t'_{c}	valor p
ACTITUDES NEGATIVAS	Control	-0.92	0.37
	Experimental	2.64	0.019
COGNITIVO CONDUCTUAL	Control	-0.42	0.68
	Experimental	4.59	0.00035
BIOLÓGICO	Control	-0.38	0.71
	Experimental	3.47	0.00345
SOMÁTICO	Control	0.44	0.67
	Experimental	-0.32	0.75

La tablas 10 y 11 permiten concluir que no existen diferencias entre el Grupo Control y el Grupo Experimental, respecto al Puntaje Inicial de cada uno de los Factores. En lo que se refiere al Puntaje Final, existen diferencias entre los Grupos, cuando se consideran los Factores **Actitudes Negativas, Cognitivo-Conductual y Biológico.**

2. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA INTERVENCIÓN

2.1 Descripción cualitativa en función de los objetivos

La evaluación cualitativa del taller se realiza en función del cumplimiento de los objetivos planteados, del proceso grupal experimentado por las participantes y de una evaluación subjetiva que ellas mismas enuncian al finalizar el taller.

En relación al cumplimiento de los objetivos planteados, estos pueden ser evaluados mediante indicadores de participación en las actividades propuestas a las jóvenes, incorporación de las técnicas y entrega de contenidos por parte de las monitoras.

De esta manera se observa que las jóvenes aprenden a relajarse, ya que por una parte practican durante la sesión la relajación muscular profunda, y por otra parte realizan ejercicios de tensión y distensión muscular en su casa intersesión, pues cuando se evalúa esta práctica se observa claramente que han incorporado esta técnica, rescatando su utilidad específica según una joven expresa: "sirve para relajarse, cuando tengo el cuerpo apretado y puedo usarla como ejercicio de preparación para el parto". Al igual que se entregaron, cabalmente los contenidos planteados para esta técnica.

Con respecto al módulo de reestructuración cognitiva, se entregaron los contenidos de identificar la relación entre pensamiento emoción y conducta, frente a lo cual las participantes ejemplificaron esta relación mediante situaciones personales, y así mismo identificaron de estas situaciones, los procesos cognitivos erróneos lo que les permitió el desafío de estos pensamientos.

Las participantes principalmente desarrollaron y aplicaron la técnica de reestructuración cognitiva (REC) a situaciones de tipo afectivo, donde reestructuran algunos pensamientos distorsionados respecto a las relaciones familiares, como por ejemplo, una joven expresa: "la situación es que me peleé con mi hermana, porque no quería que saliera de noche, mi emoción fue de pena y el pensamiento es que no quiere que lo pase bien y porque no me quiere. La idea racional es que era muy tarde y hacia frío, ella me quiere cuidar y proteger, por lo que creo que ella me quiere".

El entrenamiento en resolución de problemas es presentado a las jóvenes junto a cada paso que incluye este método. Es importante hacer notar que las jóvenes participan activamente en su aprendizaje, llamándoles específicamente la atención que frente a una situación conflictiva se pueden generar numerosas alternativas y que antes eran impensadas. Es así, como las jóvenes incorporaron este método de resolución de problemas a

situaciones específicas, como continuar los estudios después del embarazo, esto es continuar en la red de apoyo social brindada por el sistema escolar. Las mismas jóvenes expresan que este método les ha ayudado a resolver algunos problemas cotidianos e inesperados para ellas.

Los contenidos pertenecientes al modulo de sensibilización de identidad femenina correspondieron a identificar las características psicológicas y sociales femeninas, distinguir las características psicosociales femeninas de las masculinas y valorar las características psicosociales femeninas en el enfrentamiento de los problemas; dichos contenidos son acogidos por las adolescentes y es posible observar que existe un nivel de participación y reflexión importante en lo que respecta a la identidad femenina; pudiendo realizar un análisis crítico de la imagen de mujer que es entregada por los medios de comunicación.

Así mismo el grupo de jóvenes, demuestra un interés y participación importante en la programación de actividades placenteras, existe por parte de ellas una valoración significativa y positiva en programar y realizar actividades que son agradables para si mismas. Las actividades placenteras que ellas programaron en general se caracterizan por permanecer en compañía de alguien significativo en términos afectivos o bien realizar actividades de diversión o esparcimiento.

2.1 Descripción cualitativa del proceso grupal

El taller de adolescentes embarazadas, fue programado en 6 sesiones que se enmarcaron en un formato de carácter grupal. Lo anterior fue decidido así por las monitoras, para que se desarrollara un microcosmos social, donde se aprendan y ensayen conductas alternativas.

Al evaluar el proceso grupal de las adolescentes, podemos decir que fue adecuado para lograr que el grupo sea una red de apoyo social para cada una de las integrantes.

Se aprecia una evolución en el comportamiento social de las adolescentes; actuando de manera más retraída al inicio y mejorando paulatinamente en el nivel de participación; siendo posteriormente más espontáneas, activas y Las adolescentes, cuando llegaron al grupo lo hicieron de una forma muy tímida y solas y a medida que se fue avanzando en temas y sesiones, fueron siendo más participativas, más espontáneas, más protagonistas.

También se fueron dando cuenta qué existía gente que estaba o está pasando por las mismas experiencias y frente a esto se notaba ganas de poder compartir lo vivido para desahogarse o para ayudar a la compañera que lo esta recién viviendo. Esta preocupación por la otra fue muy evidente, cuando se conversaba

sobre los sentimientos que produjo saber que se estaba embarazada y como después el hijo fue ganando su afecto con sus movimientos. Lo anterior fue factor fundamental para la unión del grupo pues se realizó adentro de una atmósfera de cariño y empatía.

Las adolescentes al final del taller comenzaban a ser un grupo de soporte social que quizás no estaba formalmente conformado, pero si funcionando plenamente. Es por eso que se decidió volver a juntar al grupo 20 días después de terminado el taller, para que tengan la posibilidad de volver a encontrarse y quizás evaluar la posibilidad de ser un grupo formal.

En la primera sesión las jóvenes llegaron lenta y aisladamente. Se observó rasgos de timidez en sus acciones. La primera actividad (refranes y presentación cruzada), fue la responsable de romper el hielo y ayudó a dar cuenta a las jóvenes que su situación de vida era similar a las demás participantes.

Al definir lo que era para ellas un problema, las monitoras pudieron darse cuenta como estaban percibiendo su situación de vida, que para todas en general era algo sin solución, difícil de alcanzar y que produce sufrimiento. Hay que destacar el comentario de 3 integrantes que dijeron:

- "es algo que nos pone incómodas, que nos tiene con preocupación, pero que tiene solución".
- "son cosas que están en la vida, pero que siempre tienen solución".
- "bueno para mí es algo que siempre tiene solución y la vida no termina con ellos, existen muchas opciones para solucionarlo y seguir adelante".

Estos comentarios, son importantes pues ellas estaban igualmente depresivas que las demás, pero vislumbran una solución en su vida. Estas adolescentes van a ser importantes en el proceso grupal, por su forma particular de ver su futuro y por apoyo que daban a sus compañeras.

Otro momento importante en esta y todas las sesiones fue el momento de recreo, donde se compartió unas galletas y leche; pues acá se conversaba de lo que para ellas era importante (principalmente la evolución del embarazo). Esta actividad estimuló el compañerismo y empatía entre las adolescentes. En la primera sesión hay que destacar el gesto de una de las jóvenes que mostró las fotos de la ecografía de su hijo.

En la segunda sesión, cuando las adolescentes llegaban, se observó que ya iban reconociendo caras y nombres, como también gente con la cual pueden ser amigas. El primer momento, el juego,

ayudó a las jóvenes a soltarse y crear un clima de alegría y confianza. En el desarrollo del tema central se observó la cooperación entre las adolescentes para que todas realizaran las actividades.

En la tercera sesión, se comienza a mostrar claramente, cuales son los pequeños subgrupos de amigas y que todas las jóvenes se reconocen por su nombre. En el desarrollo del juego se observó la participación de las niñas, como también fueron capaces de mencionar que el juego se realizara de otra forma a la explicada por la monitora.

En el tema central hay que destacar como las adolescentes colaboraron en el desarrollo de la sesión Ej: cuando la monitora comienza a decir en un role playing, que está preocupada porque tiene que disertar y que cree que no sabe nada y por eso se siente que es una tonta, floja, las jóvenes espontáneamente empiezan a reestructurarla. Lo anterior contribuyó importantemente en la enseñanza de desafiar a los pensamientos automáticos, como también para reforzar al grupo, por las capacidades para salir adelante.

En la cuarta sesión, creemos que se ha conformado un grupo de amigas, pues comentan que se han encontrado en los controles y han estado juntas cosa que antes no realizaban.

Además se observa que se sientan juntas, se van juntas y piden esperar a las que faltan. En el juego participan con ganas, pero no le dan un carácter de competencia. En el tema central, participan activamente en la enseñanza de la resolución de problemas, ayudan a la monitora y compañeras en la generación de alternativas. En el tema de identidad femenina, se sienten identificadas y al ser todas mujeres se crea implícitamente una nueva característica que las hace unirse y apoyarse mutuamente.

En la quinta sesión se trabajó en un collage, lo referente a su proyecto de vida. La mayoría coincide en poder formar una familia feliz, ser profesional, continuar con su pareja y tener una casa bien formada. Luego las participantes comenzaron a trabajar en la práctica de la técnica de resolución de problemas personales.

Las dos actividades anteriores fueron muy importantes para crear un clima de mucha confianza grupal, en donde las jóvenes contaron aspectos personales y muy íntimos de sus vidas, como por ejemplo los sentimientos hacia su hijo en un comienzo del embarazo o sus dudas sobre el futuro.

Las monitoras evaluamos esta sesión como una de las más positivas para la conformación del grupo como un soporte social,

pues fueron capaces de escuchar, preguntar, comprender y dar soluciones a cada uno de los problemas de cada una.

La sexta sesión fue la dedicada a la evaluación del grupo cualitativamente y con el inventario de depresión de Beck (IDB).

En la primera evaluación la mayoría de las adolescentes coincide en que el taller fue muy corto en el número de sesiones y duración de las sesiones y que con él habían aprendido a enfrentar de nueva forma sus conflictos personales. Se acordó volver a juntarse en 3 semanas, para evaluar el contrato hecho por las jóvenes en relación a dar solución a un problema pendiente, el cual será evaluado por una de sus compañeras.

2.3 Descripción cualitativa en función del informe subjetivo libre

En el análisis del informe subjetivo libre las jóvenes indican que la experiencia de participar en este taller les ha servido para:

1. Reducir las dificultades de relación con los demás, en el lenguaje de las adolescentes esto es expresado como:

"no me cuesta tanto como antes comunicarme con mi pareja...ahora converso los problemas y no me cierro en mi misma y lloró un poco menos".

2. Compartir sus experiencias con otras personas y comprobar que otras adolescentes también tienen dificultades.

"saber que no soy la única que tengo problemas...sentir que uno no está sola".

"tratar los problemas de cada una, ver que son parecidos a los de las demás niñas y el poder hacerme amiga de ellas"

3. Aprender a escuchar y a comprender sus dificultades.

"aprendí a escuchar y comprender mejor las cosas... me gustó que el grupo supiera escuchar y que fueran sinceras"

4. Sentirse más seguras, con más confianza en sí mismas y por lo tanto, más autónomas.

"me siento más realizada, mejor , más tranquila y he notado que puedo solucionar más fácilmente".

5. Aumentar su autoestima (mayor sentimiento de utilidad y valía personal.

"me siento mejor ahora conmigo misma, no me cierro tanto y me doy cuenta que puedo hacer cosas y que puedo solucionar mis problemas".

6. Todas valoraron positivamente el haber participado de este taller y señalaron que habían aprendido a enfrentar y solucionar sus problemas de un modo más adecuado y sencillo.

Un número importante de participantes (80%) propuso aumentar el tiempo dedicado a esta experiencia, ya sea a cada reunión, así como a la duración total del taller.

"le agregaría más horas, que las horas fueran más largas...porque cuando uno lo pasa bien, el tiempo pasa volando".

CAPITULO 5



CONCLUSIONES Y ALCANCES DE ESTE ESTUDIO

En el presente apartado se abordan las principales conclusiones de esta investigación. Primero en base a los objetivos generales y específicos propuestos en este estudio; estos objetivos han sido evaluados mediante el análisis estadístico, la observación del desarrollo de la intervención y su impacto. En segundo lugar se integran elementos de análisis teórico a los resultados obtenidos para así presentar una lectura psicosocial de las posibles causas de la depresión en la adolescente embarazada. Continuando con las implicancias y alcances de este estudio que surgen con respecto a futuras investigaciones.

En relación al objetivo general, planteado en la investigación el que se refiere a: "estudiar y analizar la efectividad de la aplicación de un taller en adolescentes embarazadas en la disminución de los puntajes del IDB", podemos señalar que los resultados indican una disminución de respuestas depresivas a favor del grupo intervenido. Esto

también se puede corroborar en la observación directa con las jóvenes, pues el correlato conductual demuestra la incorporación de recursos cognitivos que permiten sugerir que las adolescentes estarían utilizando de manera más efectiva sus competencias a la hora de enfrentar situaciones vitales estresantes.

A su vez los objetivos específicos aseguran aún más los resultados significativos del grupo estudiado, es así como el objetivo específico referido a la: "disminuir los puntajes obtenidos en el IDB en adolescentes embarazadas a través de la asistencia y participación al taller ya mencionado", es alcanzado por un 93,75% de las jóvenes⁸. La simple observación de los resultados hace clara la eficacia de las técnicas utilizadas para la intervención; más aún la tabulación de los puntajes mostró una proporción decididamente a favor del grupo intervenido.

Esta baja en los puntajes del IDB se puede apoyar en como de desarrolló el proceso grupal de las jóvenes, lo que se observó en distintas dimensiones, como fue en la percepción que ellas realizan de si mismas, por ejemplo en

⁸ Ver Tabla 6 Variabilidad pre y post tratamiento en los puntajes IDB (pág.117)

torno a su cuerpo, lo cual evidencia un cambio en una mejor percepción de sí o autoafirmación. En otra dimensión como es en las relaciones sociales, se puede observar que las jóvenes cambiaron o modificaron sus percepciones entorno a sus redes sociales más próximas, como la familia y la pareja, ésto se puede extraer del informe subjetivo libre.

En cuanto al objetivo: "establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los puntajes, entre el grupo experimental y el grupo control, como resultado de la aplicación del taller a favor del grupo experimental", podemos indicar en base a los resultados obtenidos por el análisis estadístico del t de student, que al finalizar la experiencia se observaron diferencias significativas entre los grupos, siendo el puntaje medio en el IDB significativamente mayor en el grupo control que en el experimental. Esto se ve avalado a través del análisis de las diferencias entre el puntaje inicial y final de ambos grupos; lo que permite sugerir que la intervención realizada en el grupo experimental propició la existencia de un cambio, en base a los postulados planteados en la teoría de la depresión de Beck(1983).

En base a lo anterior hemos podido corroborar las hipótesis planteadas para esta intervención, dado que el taller desarrollado ha resultado ser efectivo para este tipo de jóvenes; pues les ha permitido un aprendizaje de estrategias específicas y puntuales que les ha facilitado un mejor manejo en la solución de sus problemas.

El objetivo de :“ aportar elementos de análisis a la realidad del embarazo en adolescentes, a partir de una experiencia particular”, fue abordado en la elaboración del marco teórico formulado en esta investigación; el cual ha intentado explicar la depresión en adolescentes embarazadas desde un modelo psicosocial de salud mental, un modelo cognitivo conductual de la depresión y de una perspectiva de socialización de género.

En base a lo anterior es relevante destacar que la sintomatología depresiva de las adolescentes embarazadas, que fue tratada en este estudio, no fue concebida en términos del modelo médico de la psiquiatría tradicional que según Alvaro y Cols.(1996) funciona en base al etiquetado; sino desde una óptica psicosocial que dice relación con la salud mental, como referida a un bienestar subjetivo y no a la

ausencia de malestar; tal como lo planteó Brehm(1984) el constructo de salud mental se refiere a la balanza positiva de los afectos, en la que los afectos positivos sobrepasan a los negativos. En este sentido Páez(1986) en su modelo psicosocial constata que el fenómeno de salud mental es una realidad socialmente construida en base a ciertas realidades subjetivas, frecuentes y denegadas.

Es así como la muestra de adolescentes estudiada en esta investigación visualiza su bienestar psicológico en relación a sus interacciones, refuerzo social positivo y estados afectivos asociados. De este modo las cogniciones que las jóvenes expresan acerca de su malestar, se vieron recurrentemente referidas a la percepción que tienen de sus redes sociales. En este sentido fue fundamental trabajar sobre las cogniciones de las jóvenes junto a sus distorsiones, siendo esencial en este caso la técnica de reestructuración cognitiva, esta práctica ha permitido reestructurar información, aprendiendo la instrumentalización de conductas más adecuadas para enfrentarse a situaciones conflictivas; favoreciendo de este modo su desempeño en la vida diaria. Del mismo modo la utilización del método de

resolución de problemas resultó una medida específica frente a las demandas de las jóvenes.

Al mismo tiempo que las técnicas antes mencionadas fueron abordadas en un formato grupal, se trabajaron en función de las demandas individuales, ya que como expresan Gil, León y Jarana (1992) se deduce que las formas de enfrentarse a situaciones estresantes y a la propia situación de deterioro de salud mental dependen de características individuales, pues ciertos sesgos cognitivos difieren de una persona a otra.

Esta investigación abordada desde una perspectiva psicosocial nos ha permitido evidenciar el papel que juegan los factores macrosociales (rol sexual y clase social) y microsociales (experiencia individual, sucesos de vida estresantes y socialización) en la salud mental de las adolescentes embarazadas (Alvaro y cols, 1996). Así el pertenecer a una clase social pobre y el establecer relaciones de género que caracterizan su práctica social, constituyen realidades objetivas que enmarcan y predisponen a vivir condiciones de mayor vulnerabilidad. Esta situación a condicionado de alguna manera, la forma de vivir el embarazo

adolescente. De este modo, la suma de desigualdades que supone el ser mujer en esta realidad, está limitando las posibilidades de visualizar y generar cambios a nivel de roles de género (Hamel, 1993). Además se suman las consecuencias de sus condiciones económicas desfavorables, que aumentan el número de sucesos estresantes que deben enfrentar estas adolescentes; quienes en su mayoría no cuentan con un repertorio adecuado para hacerse cargo de las demandas de la situación que están viviendo.

Esta situación de vulnerabilidad (macrosocial y microsocioal) la hemos observado a lo largo de toda nuestra intervención (diagnóstico y desarrollo del taller). Por ende hemos constatado como esta situación de vulnerabilidad afecta los distintos ámbitos de su vida; así se observa en el estado de bienestar o salud de las jóvenes embarazadas lo siguiente:

- Una relación entre estrés psicosocial y apoyo social. Las jóvenes en su mayoría después de saber de su embarazo, se distancian de sus grupos de pertenencia, disminuyen sus contactos , quedando relegadas al ámbito familiar más directo. Se produce entonces, un alejamiento de sus redes de apoyo social; constituyéndose estos eventos en una causal del comienzo de la depresión, como señala Barrón (1992)

"el desarrollo y/o mantención de la depresión se relaciona con la pérdida de algo o alguien con quien hubiera un lazo estrecho".

- Las jóvenes embarazadas no sólo están expuestas a un mayor número de sucesos estresantes sino que cuentan con menos estrategias de afrontamiento, las cuales muchas veces son inadecuadas y poco exitosas; con lo que el control del medio se hace deficitario. Esto último se pudo evidenciar durante el taller cuando se abordaron las técnicas de resolución de problemas y reestructuración cognitiva.

De lo anterior se puede establecer que el taller desarrollado para adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva, fue pertinente y efectivo. Sus resultados nos mostraron cambios significativos en diferentes niveles:

- A nivel de las cogniciones que las jóvenes realizaban antes sus circunstancias personales y su medio. En este sentido se facilitó el apoyo informacional, lo que permitió que las jóvenes aprendieran estrategias cognitivas para la solución y manejo de problemas. Al mismo tiempo, a través del trabajo con reestructuración cognitiva, las adolescentes pudieron enfrentarse y modificar errores de información a nivel de su procesamiento. Estos errores mantenían la creencia y validez en los sucesos negativos, lo que se relacionaba directamente

con un autoconcepto negativo. De este modo el manejar una estrategia de resolución de problemas las ha involucrado activamente en sus acontecimientos vitales.

- A nivel de su socialización y aprendizajes de los esquemas sociales de género con los que se manejan. Este aspecto en el taller se centró en relacionar roles de género y condicionamiento de estrategias de afrontamiento para desempeñarse en su vida actual. Así se observó una adecuada identificación de su socialización diferencial de género, las estrategias con que contaban y su probabilidad de éxito. De esta manera se trabajó también el discurso de "fatalismo, sufrimientos naturales y castigos sociales" que ha descrito Hamel (1993) como característicos de la vivencia real de la maternidad de las mujeres jóvenes y pobres cuando hacen referencia a la práctica de su sexualidad.

- A nivel grupal, durante el desarrollo del taller se observó un efecto positivo en las relaciones sociales del grupo. De esta manera se cumplió un papel de apoyo emocional subjetivo y apoyo social objetivo (interacciones sociales positivas con otras iguales). La experiencia grupal como apoyo social, disminuyó en parte la ansiedad que genera toda la situación estresante que viven las jóvenes embarazadas; ya que en el grupo han tenido un espacio para compartir y explicitar sus

vivencias tanto positivas como negativas. El grupo generó así, un apoyo para expresión de las emociones; jugando un papel de regulador, permitiéndoles disminuir el desgaste fisiológico y el estrés asociado a la inhibición de la vivencia afectiva.

En esta experiencia grupal con adolescentes embarazadas, sus esquemas sociales de género femenino, tal como lo ha expresado Argyle (1992), han favorecido la intimidad y el apoyo mutuo. El esquema social de género femenino presentaría mayor disponibilidad a conductas de apoyo social, a la preocupación por los demás, la cooperación, etc.; el cual jugó en este trabajo un papel de amortiguador de las situaciones estresantes que las jóvenes estaban viviendo y que repercutían directamente en su estado de salud.

Los resultados de esta investigación en el Consultorio del adolescente de Valparaíso, posibilitan la inserción de este trabajo en el programa de atención de este centro de salud.

La perspectiva del modelo psicosocial nos ha permitido intervenir y hacer una lectura de la salud mental, como ausencia de malestar, como la manifestación de un bienestar subjetivo, como la manifestación de la calidad de vida y como

la presencia de un conjunto de atributos individuales positivo (Páez y Alvaro 1996).

Los resultados de la intervención que nos planteamos con el desarrollo del taller para jóvenes embarazadas con sintomatología depresiva, nos han indicado los siguientes alcances:

(a) Ciertos sesgos cognitivos, déficit en habilidades sociales y ciertas carencias en estrategias de afrontamiento adecuado a las demandas del medio; aunque puedan tener un origen social, difieren de unas personas a otras y para su resolución es necesario una ayuda personalizada, así como integrada a un proceso grupal. En el caso de estas adolescentes embarazadas, es conveniente orientar la ayuda terapéutica hacia una intervención que aborde la reestructuración cognitiva, considerando los esquemas sociales de género.

Toda intervención debe considerar la realidad de los diferentes grupos sociales con los que se trabaje; ya que las demandas varían en los distintos grupos, como por ejemplo, existen poblaciones que tienen un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos como la depresión.

(b) El apoyo social. Se rescata la importancia y necesidad de trabajar estrategias con las redes sociales más directas, como puede ser la familia o pareja. Como también es importante trabajar este tipo de apoyo en la comunidad para insertar intervenciones dentro de un espacio socio comunitario y educativo.

(c) Se evidencia la riqueza de trabajar en equipos multidiciplinarios, para abordar de una manera más adecuada e integral a esta población; función que cumple en gran medida el Consultorio Integral del Adolescente de Valparaíso, lugar donde se desarrollo esta intervención.

(d) Durante el trabajo realizado se visualizó la necesidad de cruzar ejes de intervención (salud y educación) como formas de prevención integradas; desarrollar acciones en que se considere características del medio y procesos individuales (Warr, 1987). Además es importante considerar los componentes de la salud psicológica, referidos a las variables de carácter sociodemográfico como son el género, la edad y el estatus socioeconómico. (Páez y Alvaro, 1996).

El presente trabajo que se ha concluido nos ha permitido una experiencia de aprender a observar, leer y comprender desde la psicología social de la salud en una realidad concreta y específica que es el Embarazo Adolescente.

Hemos conocido como la psicología social puede contribuir a la investigación de las distintas variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas saludables o el abandono de hábitos perjudiciales. Sin dejar de reconocer que no es la única disciplina que ha logrado aportes interesantes. Como bien lo han descrito Rodríguez y García(1996), "los cambios de conductas son función de muchos factores relacionados con el aprendizaje, con las variables biológicas de la persona, con la motivación, etc.El hecho de que el cambio de conducta no se produzca en el vacío social(Tajfel ,1984) contribuye a la dificultad de separar esos factores situacionales y ambientales. El cambio de conducta no es sólo producto de una destreza personal, sino también de la interacción entre la persona y su entorno social".

Conocer diversas experiencias de la aplicación de la psicología social al campo de la salud nos ha permitido comprender como se ha ido produciendo un cambio en el propio concepto y definición de salud. Así esta nueva dimensión

exige nuevas formas de intervención y es aquí donde la disciplina de la psicología social tiene importantes aportes que entregar.



REFERENCIAS

1. Abramson, Seligman y Teasdale (1978), en Tercera escuela de verano de la Universidad Complutense de Madrid. (1989), 14-18.
2. Abramson, Seligman y Teasdale (1978), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986.
3. Alvarado, R y Cols. (1991). Ajuste de tasas por grupo etario para cuadros de depresivos durante la gestación en la población embarazada del servicio de salud sur. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 56(2), 15-21. Santiago.
4. Alvarado, R y Cols. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. Revista de Psiquiatría, 3(4), 1168-1176. Santiago.
5. Alvarado, R y Cols. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 58(2), 135-141. Santiago.
6. Alvarez, P (1985), en Madresolterismo. Editorial Academia. Santiago, 1994.
7. Alvaro, J, Garrido, A y Torregrosa, J. (1996). Psicología Social Aplicada , 382-403. Editorial Mc Graw Hill. España.
8. Arcus y Holman (1987), en Madresolterismo. Editorial Academia. Santiago, 1994.
9. Argyle, M (1992), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España. 1992
10. Argyle, M (1992), en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España. 1996
11. Asún, D (1993). Psicología comunitaria y salud mental en Chile. Santiago.
12. Babblington (1978), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986.

13. Barnett y Gohlib (1988), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España. 1992
14. Barron, A (1992). Apoyo social y salud mental. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 223-231. Editorial SXXI España. 1992
15. Bass y Andres (1992), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España. 1992
16. Beck, A (1961), en Salud mental y Factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, (1986)
17. Beck y Beamesdefer (1974), en Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: IDB y lista de cotejo de síntomas-36. Revista Latinoamericana de Psicología, 27(2), 207-209. Puerto Rico
18. Beck, A (1976), en Terapia cognitiva de la depresión. Segunda edición. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer, (1983).
19. Beck, A (1983), Terapia cognitiva de la depresión. Segunda edición. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer.
20. Beck, A (1983), en Tercera Escuela de verano de la Universidad Complutense de Madrid. (1989). 14-18.
21. Beck, A, Steer, R y Garbin, M (1988) en Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: IDB y lista de cotejo de síntomas-36. Revista Latinoamericana de Psicología, 27(2), 207-209. Puerto Rico
22. Bernal, G y Cols. (1995). Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: IDB y lista de cotejo de síntomas-36. Revista Latinoamericana de Psicología, 27(2), 207-209. Puerto Rico.
23. Brehm, (1984), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI, España. 1992

24. Brown y Harris (1978), en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España, 1996.
25. Brown y Harris (1978), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España. 1992
26. Brown, (1983), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986.
27. Burrows, V y Cols. (1994). Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes. Revista médica de Chile. 122,510-516. Santiago.
28. Caballo, León y Jarana (1992), en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España, 1996.
29. Cahll (1983). Identidad sexual e identificación de género. Varones y mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género, 120. Editorial Pirámide. España, 1996.
30. Castillo, C. (1992). Una aproximación a la conflictiva de la adolescente embarazada. Tesis para optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica. Santiago.
31. Cautela, J y Groden, J. (1985) Técnicas de relajación. Barcelona. Martínez Roca, S.A.
32. CEPAL. (1982) Situación de la mujer joven en cuatro países de América Latina. Documento de Trabajo, 10-16. Santiago.
33. CEPAL. (1992) Embarazo en la Adolescencia, Aspectos Psicosociales y Familiares. Documento de Trabajo. Santiago.
34. CEPAL. (1994) Sistema de atención para adolescentes embarazadas. Documento de trabajo. Santiago
35. CIDE. y CRESALC. (1979) Educación de sexualidad con adultos en la comunidad. Manual para el animador. Santiago. Cide.
36. Cochrane, (1992), en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España, 1996.

37. Cochrane, (1992), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España, 1992.
38. Comité de Servicio Chileno Cuáquero. (1991). El Parto Sin Temor. Santiago.
39. Conde ,C y Useros, E (1974) Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Revista de Psiquiatria y Psicología médica 12 (4), 85-90, (1975).
40. CORSAPS, (1994). Recomendaciones para la salud de la mujer. Documento de trabajo. Santiago.
41. Doherty,H (1983), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986.
42. Florenzano, R y Bobadilla, E.(1981) El Adolescente en Chile. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
43. Florenzano, R, Bobadilla, E y Maddaleno, M (1998). La salud del Adolescente en Chile. Santiago: Corporación de promoción Universitaria.
44. Flores, P y Santelices, M (1993). Evaluación de un taller participativo vivencial para adolescentes madres, realizando una medición de actitudes antes - después. Tesis para Optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile.
45. Frederick.H y Cols.(1993). Como ayudar al cambio en psicoterapia.Editorial Desclee de Brouwer.
46. Fuentes, M y Lobos, L. (1992). Adolescente Embarazada: Programa de Apoyo Emocional. Editorial Universitaria.Santiago.
47. Gallagher, Nies y Thompson. (1982) en Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica:IDB y lista de cotejo de síntomas-36. Revista Latinoamericana de Psicología, 27(2),207-209. Puerto Rico.
48. González, E. (1984). Actitud de la adolescente embarazada,de su pareja y de su familia frente al embarazo. Cuadernos médicos sociales,25 (3), 112-17. Santiago.

49. Guevara, S. (1994). Madresolterismo. Santiago: Academia, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
50. Hamel, P y Asún, D (1981) Adolescentes embarazadas en sectores populares urbano; características sociodemográficas y familiares. Revista chilena de ginecología, 46(4). Santiago.
51. Hamel, P y Vizcarra, B (1988). Programa de salud mental en adolescentes embarazadas en consultorio Barros Luco. Revista chilena de Psicología, 9(1). Santiago.
52. Hamel, P. (1991), en Embarazo en adolescentes, SERNAM-UNICEF, Santiago, 1991.
53. Hamel, P (1993). Crónica de un embarazo anunciado: criterios de riesgo en adolescentes urbanas pobres. Revista de Terapia y Familias, 1(1). Instituto chileno de Terapia Familiar. Santiago.
54. Hewstone, M. Y Cols. (1990). Introducción a la psicología social: Una perspectiva europea. 1(5), 99-119 Editorial Ariel. Barcelona.
55. Hidalgo, C y Abarca, N (1991). Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Santiago: Universidad Católica de Chile.
56. INE, (1993) Anuario de Demografía. Santiago.
57. INE y CELADE (1993). Proyecciones de Población. Santiago.
58. ISIS Internacional (1993). Red de Salud de Las Mujeres de Latino América y del Caribe, 4. Santiago.
59. Iturriaga, M (1994). Niños de Padre Ausente. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago.
60. Johnson y Heather (1974) en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas. 1986
61. Kanzua, G (1993). Estudio de Algunos Aspectos Biopsicológicos y Familiares de La Adolescente Embarazada. Tesis Para optar al Título de Licenciado en Enfermería, Universidad de Valparaíso.

74. Metcafe y Goldman (1967), en Salud mental y Factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986.
75. Milicic, N y Alcalay, L. (1994). Ser mujer hoy y mañana: Programa de desarrollo personal para adolescentes. Santiago.
76. Millan, T Cols. (1995). Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en Ambos sexos, en una comuna de Santiago de Chile. Revista Médica de Chile. 123, 494-502.
77. Mirowski y Rose (1989), en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España, 1996.
78. Mirowski y Rose (1989), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España, 1992.
79. Molina, R y Romero, M. (1985), Resultado de un modelo de atención médica para adolescentes embarazadas. Revista médica de Chile. 113, 154-161.
80. Montecino, S. (1993). Madres Y Huachos. Editorial Cuarto Propio. Santiago.
81. Morin, J y Icaza, B. (1992). Conversemos de Sexualidad, Familia y Escuela Educando Juntos. CIDE. Santiago.
82. Neves, E y Cols. (1993) El IDB en cuadros depresivos del embarazo y postparto. Revista de Psiquiatría, 2(10), 4-13. Santiago.
83. Oatley y Bolton, (1984), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986.
84. OMS y OPS (1992). Salud Reproductiva de las Américas.
85. Páez, D. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas.
86. Páez, D, Adrián, J y Basabe, N . (1992). Balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emociones: una aproximación sociopsicológica a la salud mental. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España.
87. Palma, I (1991). en Revista red de salud de las mujeres de latinoamericanas y el Caribe. Isis. Santiago, 1993.

88. Pastor, R (1996). Realización sexual y de género: implicaciones psicosociales. Varones y Mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Editorial Pirámide. España 1996.
89. Pearlin y Schlaler.(1982), en Salud mental y factores psicosociales. Fundamentos. Caracas. 1986. Páez, D. (1986).
90. Pérez,L CORSAPS y FLACSO (1994). Del Embarazo a la Sexualidad. Sexualidad y Reproducción. 79-85. Santiago.
91. Pichot,P (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV. Editorial Masson S,A. España.
- 92.Reynolds, W y Gould J (1981) en Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica:IDB y lista de cotejo de síntomas-36. Revista Latinoamericana de Psicología, 27(2), 207-209. Puerto Rico
93. Richter,P y Cols.(1992). Pesquisa de la depresión mediante el inventario de Beck en ofensores a la justicia. Revista chilena de Neuropsiquiatría,30(3), 201-205. Santiago.
94. Rojas,G y Cols.(1993). Trastornos psiquiatricos en senescentes consultantes en atención primaria. Revista de Psiquiatría,2(10), 24-26. Santiago.
95. Rose y Becker, (1975). en salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos . Caracas, 1986
96. Rubarth,G y Cols, (1994). La Adolescente Embarazada. Editorial Latinoamericano SRL. Buenos Aires
97. Salazar,G y Matamala,M.(1992). Afectividad, Género y Maternidad en adolescentes. Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. 157-159. Santiago.
98. Sank,l y Shaffer,(1993).Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos. Editorial Bilbao. Desclee de Brouwer.

99. Sarquis y Zegers (1988), en La salud del adolescente en Chile. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1988.
100. Segal y Cols (1980) en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Caracas, 1986
101. Seligman (1975) en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España, 1996.
102. Seligman (1975), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España, 1992.
103. Sepulveda, G y Cols. (1994). Adolescencia y sexualidad: Manual de trabajo en grupo. Santiago. Universidad de Chile. Facultad de ciencias sociales. Departamento de Psicología
104. SERNAM - UNICEF (1991). Seminario: Embarazo en adolescente, Diagnóstico. Documento de trabajo. Santiago.
105. SERNAM - UNICEF (1992). Proyecto Embarazo en Adolescente. Documento de Trabajo. 14. Santiago.
106. SERNAM (1993). Situación de la mujer en la Quinta Región. Documento de Trabajo. Santiago.
107. SERPAJ y Consultorio Adolescente SSVSA. (1994) Primer encuentro de la madre adolescente. Documento de Trabajo. Valparaíso.
108. Silva, M. (1994). Sexualidad y adolescencia, texto del alumno. Santiago. Universidad Católica de Chile.
109. Snyder, R y Cols. (1996). Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. American journal Psychiatry, 153(5), 656-666.
Australia.
110. Tam, W y Cols. (1995). Multicenter, placebo controlled study of fluoxetine in seasonal affective disorder. American journal Psychiatry, 152(12), 1765-1770. Canadá.
111. Townsed, (1980), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos . Caracas, 1986.

112. Turner, (1983), en Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos . Caracas, 1986.
113. Unger y Crawford (1992). Realización sexual y de género: implicaciones psicosociales. Varones y mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género, 254. Editorial Pirámide. España, 1996.
114. Valdez, T. (1993). Vida cotidiana subjetividad y reproducción. Sexualidad, Reproducción y Servicios de salud. Santiago.
115. Valenzuela, J. (1993). La Maternidad Adolescente en Chile. Documento de Trabajo, 206. Centro de Estudios Públicos. Santiago.
116. Valenzuela, S. (1993). Los Adolescentes chilenos. Sexualidad, Reproducción y Servicios de Salud. Santiago.
117. Vasquez, C y Sanz, D. (1991). Fiabilidad y validez factorial de versión española del IDB, en Tercer Congreso de evaluación psicológica en Barcelona. España.
118. Warr (1987), en Psicología Social Aplicada. Editorial Mc Graw Hill. España, 1996.
119. Warr (1987), en Influencias sociales y psicológicas en la salud mental, 10, 192-219. Editorial Siglo XXI. España.
120. Welch, Hall y Welkey (1990) en Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: IDB y lista de cotejo de síntomas-36. Revista Latinoamericana de Psicología, 27(2), 207-209. Puerto Rico

ANEXO 1

Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre.....

fecha.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos. Durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Marque con una cruz la raya que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también (máximo 2). *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza.
 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. No estoy particularmente desalentada acerca del futuro.
 Me siento desalentada acerca del futuro.
 Siento que no puedo esperar nada bueno del futuro.
 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. No me siento como una fracasada.
 Siento que he fracasado más que la mayoría.
 Cuando considero mi vida pasada, todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.
 Siento que soy un completo fracaso como persona.

4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía antes.
 No disfruto de las cosas de la misma manera que solía.
 No obtengo verdadera satisfacción en nada.
 Me siento descontenta o aburrida con todo.

5. No me siento particularmente culpable.
 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 Me siento culpable todo el tiempo.

6. No siento que estoy siendo castigada.
 Siento que puedo ser castigada.
 Espero ser castigada.
 Siento que estoy siendo castigada.

7. No me siento decepcionada o desilusionada de mi misma.
 Me siento decepcionada o desilusionada mi misma.
 Siento aversión hacia mi misma.
 Me odio a mi misma.
8. No siento que yo sea peor que nadie.
 Me critico a mi misma por mis debilidades o errores.
 Me culpo continuamente por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que pasa.
9. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 Tengo pensamientos acerca de matearme , pero no lo llevaría a cabo.
 Me gustaría matarme.
 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. No lloro más que antes.
 Ahora lloro más que antes.
 Ahora lloro todo el tiempo.
 Antes podía llorar, pero ahora quiero llorar y no puedo.
11. No estoy más irritada ahora de lo que suelo.
 Me molesto o irrito más fácilmente de lo solía
 Ahora me siento irritada todo el tiempo.
 No me pongo irritada por las cosas que me solían irritar.
12. No he perdido mi interés en otras personas.
 Estoy menos interesadas en otras personas de lo que solía antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
 He perdido todo mi interés en otras personas.
13. Tomo decisiones tan bien como antes.
 Pospongo tomar decisiones más de lo que solía.
 Tengo más dificultades en tomar decisiones que antes.
 Ya no puedo tomar ninguna decisión.
14. No me siento que luzco nada peor de lo que solía lucir.
 Me preocupa que estoy luciendo vieja o poco atractiva.
 Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen lucir poco atractiva.,
 Siento que luzco poco atractiva y fea.
15. Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que esforzarme más que antes para poder empezar a hacer algo.
 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
 No puedo realizar ningún trabajo en absoluto.

16. No puedo dormir tan bien como antes.
 No duermo tan bien como solía.
 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y se me hace difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas más temprano de lo que solía y no puedo volver a dormirme.
17. No me canso más de lo corriente.
 Me canso más fácilmente de lo que solía.
 Me canso al hacer casi cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansada para hacer cualquier cosa.
18. Mi apetito no es peor que antes.
 Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes.
 Mi apetito es mucho peor ahora.
 No tengo ya ningún apetito.
19. Ultimamente no he perdido mucho peso, si es que he perdido alguno.
 He perdido más de 2 kilos.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 6 kilos.
20. No estoy más preocupada por mi salud de lo corriente.
 Estoy preocupada por problemas físicos tales como dolores, indisposiciones de estómago, estreñimiento.
 Estoy muy preocupada cerca de problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupada acerca de mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
21. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesada en el sexo de lo que solía.
 Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora.
 He perdido mi interés en el sexo completamente

ANEXO 2

Ficha de control de salud adolescente

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
ALPARAISO - SAN ANTONIO
CONSULTORIO ATENCION ADOLESCENTES.

N° FICHA
FECHA INGRESO
CARNE IDENTIDAD

U/D.L.N.

FICHA DE CONTROL DE SALUD ADOLESCENTES.

CONTESTAR CON LETRA CLARA (Anotar al lado de cada cuadrado el N° que corresponda según su situación particular)

IDENTIFICACION PERSONAL.

PELLIDOS MATERNO NOMBRE EDAD: SEXO: 1: masc 2: femem TELEFONO:

DIRECCION: SECTOR: COMUNA:

ESTUDIA: 1: si 2: no CURSO: COLEGIO: REPITENCIA: 0: NO
1: 1 año
2: 2 años
3: 3 ó más

COMPORTAMIENTO COMO ESTUDIANTE: 1: normal 2: suspendido 3: condicional GRUPO FAMILIAR: n° pers. ESTÁ COMO COND. ALLEGADOS: 1: si 2: no N° DORMITORIOS: N° CAMAS:

(consignar el último año cursado) ESCOLARIDAD PADRE: ESCOLARIDAD MADRE: OCUPACION PADRE: 1: sin remuneración 2: inestable, cta. propia 3: obrero 4: empleado, FFAA, oficin. 5: profesional depend. 6: jubilado, estudiante 7: otra ocup. superior 8: dueña de casa OCUPACION MADRE: 1: ambos padres 2: madre 3: padre 4: cony. o pareja 5: otros famil. 6: institución 7: otros

¿COMO CONSIDERAS LAS RELACIONES CON TUS FAMILIARES? 1: buenas 2: regular 3: malas RELACIONES PROFESORES: 1: buenas 2: regular 3: malas RELACIONES COMPAÑEROS: 1: buenas 2: regular 3: malas

ESPECTATIVAS FUTURAS: 1: estudiar 2: trabajar 3: ambos 4: no sabe 5: casarse ¿PRACTICAS ACTIVIDAD GRUPAL?: 1: si 2: no COMO TE PERCIBES: 1: normal 2: alegre 3: triste 4: nervioso 5: muy tímido

N° DE HORAS DIARIAS DEDICADAS A:
DEPORTES: JUEGOS: TV:

USO DEL TIEMPO LIBRE

ACTIVIDAD MAS FRECUENTE: CUENTAS CON AMIGOS/AS DE CONFIANZA: 1: si 2: no N° DE ELLOS:

PARA SER CONTESTADA EN CONJUNTO CON EL ENCUESTADOR.

REFERENCIA 1: personal de salud 2: colegios 3: familiares 4: otros MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES NORMALES: 1: si 2: no 3: no sabe CRECIM Y DES NORMAL: 1: si 2: no 3: no sabe ENFERMEDAD CRONICA: 1: si 2: no 3: no sabe ENFERMEDAD INFECTOCON: 1: si 2: no 3: no sabe ACCIDENTES INTOXICACION: 1: si 2: no 3: no sabe USO REMEDIOS O SUSTANCIAS: 1: si 2: no 3: no sabe TRASTORNOS PSICOLOGICOS: 1: si 2: no 3: no sabe MALTRATO: 1: si 2: no 3: no sabe JUDIC: 1: si 2: no 3: no sabe

HABITOS

TABACO: 1: si 2: no N° SEMANA: EDAD INICIO: ALCOHOL: 1: si 2: no TIPO: 1: vino 2: cerveza 3: licor 4: mixto FREQ: 1: ocasional 2: mensual 3: semanal 4: habitual EDAD INICIO:
DROGAS 1: si 2: no TIPO: 1: marihuana 2: neopren 3: pasta base 4: anfetaminas 5: diazepam 6: mixtas FREQ: 1: ocasional 2: mensual 3: semanal 4: habitual EDAD INICIO:

PRECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES

EDAD: 1:hta
 2:dm
 3:epi
 4:pat. mixta

MADRE ENFERMEDAD: 1:hta
 2:dm
 3:epi
 4:pat. mixta

OTROS ENFERMEDAD: 1:hta
 2:dm
 3:epi
 4:pat. mixta

HABITOS: 1:tabaco
 2:alcohol
 3:drogas
 4:otros
 5:mixtos

MADRE HABITOS: 1:tabaco
 2:alcohol
 3:drogas
 4:otros
 5:mixtos

OTROS HABITOS: 1:tabaco
 2:alcohol
 3:drogas
 4:otros
 5:mixtos

PRECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

PARQUIA:

FECHA ULTIMA REGLA:

FLUJOS: 1:normal
 2:alterado

GESTA: 1:si
 2:no

PARA N HIJOS:

ABORTOS: 1:si
 2:no

TIPO: 1:aco
 2:inyectable
 3:preservativo
 4:diu
 5:otros

INICIO VIDA SEX EDAD:

ETS: 1:si
 2:no

N. PAREJAS CON VIDA SEX. ACT:

INTENTO ABUSO SEXUAL: 1:si
 2:no

ANAMNESIS FISICO GENERAL

ALTURA: _____ **PESO:** _____

RELACION P/T: 1:eutrófico
 2:sobrepeso
 3:obeso
 4:desnutrido

RELACION P/E: 1:eutrófico
 2:sobrepeso
 3:obeso
 4:desnutrido

RELACION T/E: 1:promedio
 2:sobre IDS
 3:sobre ZDS
 4:bajo IDS
 5:bajo ZDS

ANAMNESIS NUTRICIONAL INTEGRADO: 1:eutrófico
 2:sobrepeso
 3:obeso
 4:desnutrido
 5:des. crónico compensado
 6:des. crónico severo compensado
 7:des. crónico descompensado

INDICE P/T:

VISION ARTERIAL: - 1:normal
 2:alterada

VISION OD: 1:normal
 2:alterado

VISION OI: 1:normal
 2:alterado

VISION OD:

MEDICION: 1:normal
 2:alterado

MEDICION OI:

MEDICION: 1:normal
 2:alterado

TEMPERATURA (de 1 a 5)

TU: **TG:** **TM:**

ANAMNESIS FISICO SEGMENTARIO (Anote sólo si hay alteración)

CABEZA Y CARA: _____

ENTENDIMIENTO: _____

TRAX: _____

MAMAS: _____

BRAZOS: _____

PIERNAS: _____

ABDOMEN: _____

EXTREMIDADES: _____

GENITALES: _____

DIAGNOSTICOS:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

REFERENCIAS:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

ANEXO 3

Ficha de matrona-ginecólogo

SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO - SAN ANTONIO
DIRECCION ATENCION PRIMARIA
CONSULTORIO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

FICHA INTERNA (Matrona-Ginecólogo)

NOMBRE :

FICHA :

PESO: P/A: TALLA:

MENARQUIA :

CICLOS :

DISMENORREA :

INICIO RELACIONES SEXUALES :

Nº DE PAREJAS :

PAREJA ACTUAL :

USO M.A.C. :

ABUSO SEXUAL : SI / NO

INTENTO DE ABORTO : SI / NO

EMBARAZOS ANTERIORES :

ABORTOS ANTERIORES :

ANTECEDENTES MORBIDOS:

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

F.U.R. :

MAMAS :

TANNER :

EMBARAZO ACTUAL:

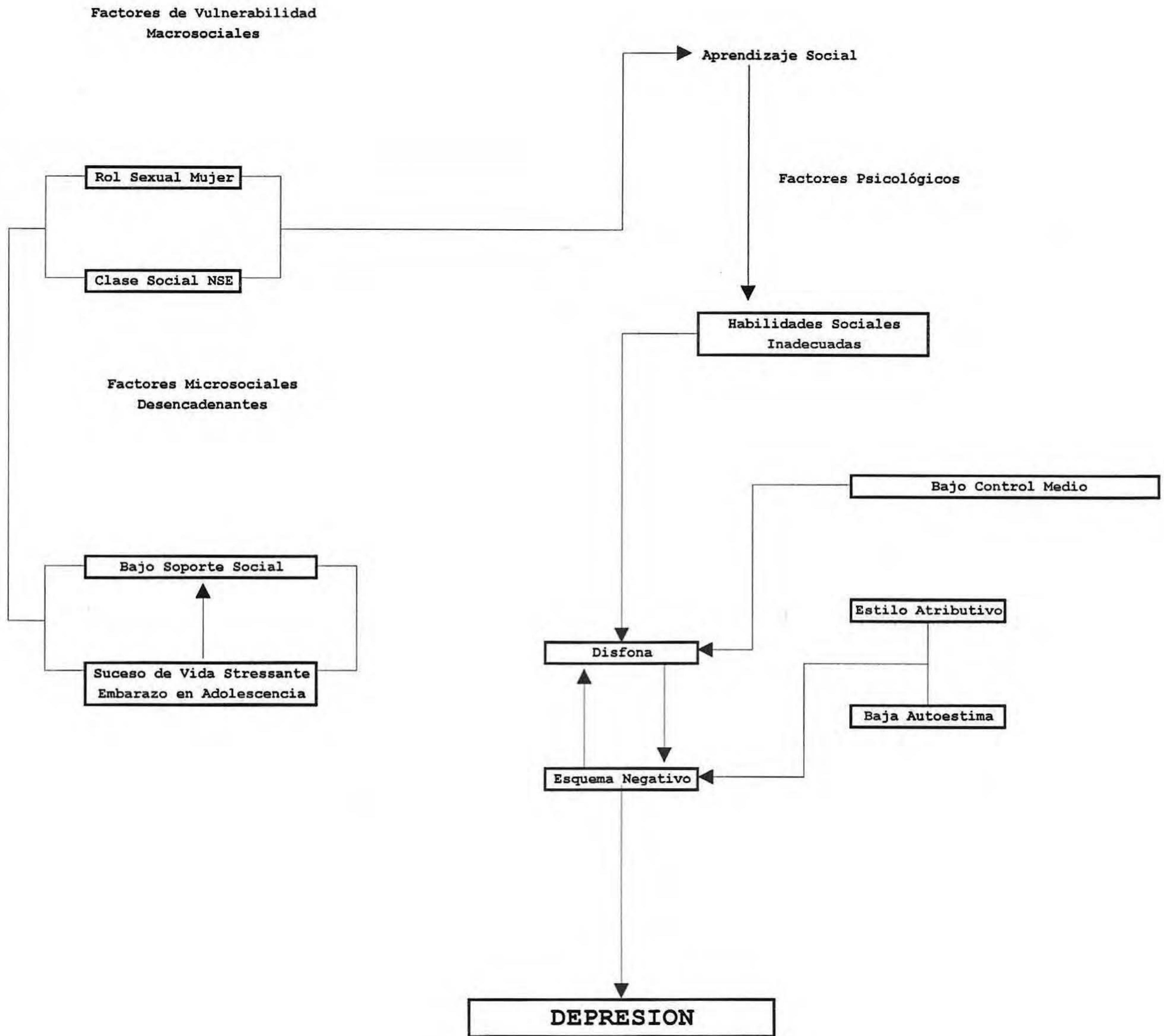
ANEXO 4
Ficha social



ANEXO 5

Esquema del modelo psicosocial

ESQUEMA MODELO PSICOSOCIAL
DARIO PAEZ (1986)



ANEXO 6

Estructura de las sesiones

SESIONES

Sesión 1

- I. Objetivos:
- Lograr el rapport.
 - Presentar el taller.
 - Concretar las quejas más frecuentes de las participantes.
 - Aprender relajación de Jacobson.
 - Registrar actividades placenteras que se realizan, para la siguiente sesión.
- II. Sumario:
- a. Módulo de presentación/ introductorio:
- Tiempo: 25 minutos
- Contenidos:
- Saludo.
 - Presentación del taller.
 - Presentación de las monitoras.
 - Dinámica de presentación: Juegos de confianza.
- b. Módulo de Resolución de problemas:
- Tiempo: 50 minutos
- Contenidos:
- Definición de lo que es un problema.
 - Identificación de los problemas más frecuentes.
 - Formulación adecuada de los problemas.
 - Entrenamiento en definiciones objetivas de los problemas.
 - Evaluación y síntesis.
- c. Módulo de relajación:
- Tiempo: 30 minutos
- Contenidos:
- Discriminación entre tensión y relajación.
 - Utilización de la relajación.
 - Ejercicios de tensión y distensión muscular.
- III. Asignación de tareas:
- Tiempo: 10 minutos
- Practicar relajación al menos una vez a la semana.
 - Registrar actividades placenteras.
- IV. Materiales necesarios:
- Hojas de trabajo.
 - Hojas de registro.
 - Material audiovisual.

Sesión 2

- I. Objetivos: -Aprender como las cogniciones influyen en nuestra situaciones de vida.
-Programar actividades placenteras para la siguiente sesión.

II. Sumario:

a. Módulo de presentación/ introductorio:

Tiempo: 15 minutos

- Contenidos: -Saludo.
-Presentación de los objetivos de la sesión.
-Dinámica : Juego de confianza.

b. Módulo de Reestructuración cognitiva:

Tiempo: 30 minutos

- Contenidos: -Identificación de la relación entre pensamiento, emoción y conducta.
-Entrenamiento en autoobservación.
-Estrategia para debatir los pensamientos negativos.
-Evaluación y síntesis del módulo.

c. Módulo de Relajación:

Tiempo: 30 minutos

- Contenidos: -Revisión del entrenamiento de relajación.
-Ejercicios de relajación muscular profunda.
-Ejercicios de relajación muscular profunda, con la utilización de sugestión y visualización de imágenes agradables.

III. Asignación de tareas:

Tiempo: 15 minutos

- Practicar relajación al menos una vez a la semana.
- Registrar diariamente los pensamientos distorsionados.
- Registrar y programar las actividades placenteras.

- IV. Materiales necesarios: -Hojas de registro.
-Material de apoyo visual.

Sesión 3

I. Objetivos: -Afianzar y/o reforzar competencias en reestructuración cognitiva.
-Identificar las características psicosociales de la identidad femenina.

II. Sumario:

a. Módulo de presentación/ introductorio:

Tiempo: 20 minutos

Contenidos: -Saludo.

-Presentación de objetivos de la sesión.

-Dinámica: Juego de confianza.

b. Módulo de Relajación:

Tiempo: 20 minutos

Contenidos: -Ejercicios de relajación muscular profunda.

-Revisión de la práctica de relajación.

c. Módulo de Reestructuración cognitiva:

Tiempo: 80 minutos.

Contenidos: -Identificar los pensamientos y procesos cognitivos erróneos.

-Desafiar los pensamientos y procesos cognitivos erróneos.

-Estrategia para debatir los pensamientos negativos.

-Búsqueda de pensamientos racionales alternativos.

-Evaluación y síntesis del módulo.

III. Asignación de tareas:

Tiempo: 10 minutos.

-Intercambiar direcciones y teléfonos entre las participantes.

-Registrar diariamente, respuestas racionales alternativas a los pensamientos negativos y evaluar estas respuestas.

IV. Materiales necesarios: -Hojas de registro.

-Hojas de trabajo.

-Material de apoyo audiovisual.

Sesión 4

- I. Objetivos:
- Afianzar competencias de reestructuración cognitiva.
 - Introducir el método de resolución de problemas.
 - Identificar las características psicosociales correspondientes a la identidad femenina.

II. Sumario:

a. Módulo de presentación/ introductorio:

Tiempo: 25 minutos.

Contenidos:

- Saludo.
- Presentación de objetivos de la sesión.
- Dinámica: Juego de confianza.

b. Módulo de Reestructuración cognitiva:

Tiempo: 15 minutos

Contenidos:

- Revisión del registro de pensamientos racionales.
- Evaluación y síntesis del módulo.

c. Módulo de Sensibilización de Identidad femenina:

Tiempo: 15 minutos.

Contenidos:

- Identificación de las características psicológicas y sociales femeninas.
- Evaluación y síntesis del módulo.

d. Módulo de Resolución de problemas:

Tiempo: 80 minutos

Contenidos:

- Explicación del método de resolución de problemas.
- Formulación adecuada de sus problemas.
- Generación de alternativas de respuestas.
- Toma de decisión y valoración de resultados.
- Modelado de la estrategia de resolución de problemas.
- Ejercicios de la estrategia de resolución de problemas.
- Evaluación y síntesis del módulo.

III. Asignación de tareas:

Tiempo: 10 minutos

-Registrar un problema personal aplicando la técnica de resolución de problemas.

-Contactarse con una institución de la comunidad.

IV. Materiales necesarios:

-Material de apoyo visual.

-Hojas de registro.

Sesión 5

- I. Objetivos: -Afianzar las competencias de resolución de problemas.
-Identificar las características psicosociales correspondientes a la identidad femenina.

II. Sumario:

a. Módulo de presentación/ introductorio:

Tiempo: 10 minutos.

Contenidos: -Saludo.
-Presentación de objetivos.

b. Módulo de Resolución de problemas:

Tiempo: 70 minutos.

Contenidos: -Entrenamiento en la estrategia de resolución de problemas.
-Diseño de planes y acciones para la conclusión del método de resolución de problemas.
-Evaluación y síntesis.

c. Módulo de Sensibilización de Identidad femenina:

Tiempo: 20 minutos.

Contenidos: -Identificación de las características psicológicas y sociales femeninas.
-Distinguir las características psicosociales femeninas de las masculinas.
-Valorar las características psicosociales femeninas, en el enfrentamiento de los problemas.
-Evaluación y síntesis del módulo.

III. Asignación de tareas:

Tiempo: 5 minutos

-Registrar un problema personal junto a los planes y acciones necesarios para su solución.

- IV. Materiales necesarios: -Hojas de trabajo.
-Hojas de registro.
-Material de apoyo audiovisual.

Sesión 6

I. Objetivos: -Sintetizar y concluir el trabajo grupal
-Administrar instrumentos diagnósticos.
-Realizar una evaluación cualitativa de lo que ha sido el trabajo grupal.

II. Sumario:

a. Módulo de presentación/ introductorio:

Tiempo: 25 minutos

Contenidos: -Saludo.

-Presentación de objetivos de la sesión.

-Dinámica: Juego de confianza.

b. Módulo de Resolución de problemas:

Tiempo: 20 minutos

Contenidos: -Elaboración de planes y acciones del método de resolución de problemas.

-Contrato conductual.

III. Evaluación:

Tiempo: 40 minutos

Contenidos: -Informe subjetivo libre.

-Evaluación cualitativa de las monitoras.

-Evaluación post-tratamiento.

-Síntesis y despedida.