



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESIÓN EN LAS
MADRES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA HISPANO
AMÉRICA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Ortiz Abril, Diego Fernando

Tutor: Psc, Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Ambato – Ecuador

Diciembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre del tema:

“LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESIÓN EN LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA HISPANO AMÉRICA” de Diego Fernando Ortiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2014.

EL TUTOR

Psc, Mg. Gaibor González Ismael Álvaro

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios, análisis y reflexiones emitidas en la presente investigación “**LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESIÓN EN LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA HISPANO AMÉRICA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2014.

EL AUTOR

Diego Fernando Ortiz Abril

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga con esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Abril del 2014.

EL AUTOR

Diego Fernando Ortiz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESIÓN EN LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA HISPANO AMÉRICA”** de Diego Fernando Ortiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, Diciembre del 2014.

Para constancia firman:

PRESIDENTE

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico primeramente a Dios por ponerme en mi camino una carrera grandiosa , a mis Padres por darme la oportunidad de ser un Profesional , a mi querida esposa y a mi hermoso hijo que son mi fuente de fuerza para cumplir todo lo que me proponga en mi vida profesional , a mi hermana por su cariño sincero y por ultimo a mi Abuelita que en algún espacio del mundo se que esta orgullosa de mi y puedo decirte que e cumplido con una meta que en día que tuviste que partir te prometí que voy a ser un profesional con un éxito incontrolable.

Diego Ortiz

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a mi madre por apoyarme incondicionalmente en mi carrera profesional , a pesar de la distancia me enseñaste que todo es posible y no existe nada que no pueda cumplir , a mi padre por enseñarme la responsabilidad un valor importante que debe tener un profesional, a mi querida esposa por luchar conmigo en todo momento , eres mi apoyo incondicional , me enseñaste que no existen las cosas difíciles , porque hay suficiente energía para convertirlas en sencillas y agradables , a mi hermoso hijo que desde tan pequeño con tus sonrisas y locuras borran días cansados , a mi hermana por apoyarme en momentos difíciles , a mi abuelita sin duda desde tan pequeño soñabas que sea un profesional y ahora lo e cumplido, y por ultimo a mis familiares y a todos mis mentores que con su experiencia me podían compartir su conocimiento.

Diego Ortiz

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1. Contextualización.....	2
MACRO.....	2
MESO:	4
MICRO	6
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO.....	9
1.2.3. PROGNOSIS.....	10
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	10
1.2.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.7. UNIDADES DE OBSERVACIÓN	11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4. OBJETIVOS.....	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2. Objetivos Específicos	12
CAPÍTULO II	13

MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. ANTECEDENTES	13
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	15
2.3. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA	15
2.4. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA	16
2.5. FUNDAMENTACIÓN HEURÍSTICA.....	17
2.6. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	17
2.7. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	18
2.8. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	22
MARCO CONCEPTUAL.....	25
2.8.1. RASGOS DE PERSONALIDAD.....	25
2.8.2. ADOLESCENCIA Y PERSONALIDAD	28
2.8.2.1. <i>Desarrollo evolutivo</i>	32
2.8.2.2. <i>Dificultades en la adolescencia</i>	34
2.8.2.3. <i>Sexualidad y madres adolescentes.</i>	37
2.8.2.4. <i>Bienestar del adolescente</i>	43
2.8.3. LA PERSONALIDAD	44
2.8.3.1. <i>Componentes (Carácter y Temperamento):</i>	46
2.8.4. PERSONALIDAD PATOLÓGICA	49
2.8.4.1. <i>Trastornos de Personalidad</i>	50
2.8.5. LA DEPRESIÓN.....	53
2.8.6. DEPRESIÓN SÍNTOMAS Y POSTULADOS	57
2.8.6.1. <i>Generalidades y tratamiento de la depresión</i>	60
2.8.6.2. <i>Síntomas Cognitivos</i>	62
2.8.6.3. <i>Síntomas Emocionales</i>	63
2.8.6.4. <i>Síntomas Físicos</i>	64
2.8.7. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.....	64
2.8.7.1. <i>Causas Genéticas</i>	65
2.8.7.2. <i>Bioquímicamente (causas).</i>	66
2.8.7.3. <i>Causas Psicológicas</i>	67
2.8.8. TIPOS DE DEPRESIÓN.....	69
2.8.8.1. <i>Trastornos del estado de ánimo según el DSM - IV</i>	70

2.9.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	73
2.10.	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	73
	CAPÍTULO III.....	74
	METODOLOGÍA	74
3.1.	ENFOQUE DE LA MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	74
3.2.	MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN	75
3.3.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	76
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA	77
3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	77
3.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	82
3.7.	PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	87
	CAPÍTULO IV.....	89
	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	89
4.1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	89
4.2.	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	100
	CAPÍTULO V	104
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	104
5.1.	CONCLUSIONES.....	104
5.2.	RECOMENDACIONES	105
	CAPÍTULO VI.....	106
	PROPUESTA.....	106
6.1.	DATOS INFORMATIVOS	106
6.2.	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	106
6.3.	JUSTIFICACIÓN:.....	108
6.4.	OBJETIVOS:.....	108
6.4.1.	Objetivo general	108
6.4.2.	Objetivos específicos.....	108
6.5.	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	109
6.6.	PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.....	109
6.7.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	109
6.8.	MODELO OPERATIVO	113
6.9.	ESTRUCTURACIÓN DEL TALLER	116

6.9.1. DETALLE DEL TALLER	119
ACTIVIDAD 1.....	119
ACTIVIDAD 2.....	120
ACTIVIDAD 3.....	121
ACTIVIDAD 4.....	123
ACTIVIDAD 5.....	124
ACTIVIDAD 6.....	125
ACTIVIDAD 7.....	126
6.10. MARCO ADMINISTRATIVO.....	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: ÁRBOL DE PROBLEMAS	8
GRÁFICO 2: CATEGORÍA FUNDAMENTALES	22
GRÁFICO 3: CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE INDEPENDIENTE.....	23
GRÁFICO 4: CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE DEPENDIENTE.....	24
GRÁFICO 5: RASGOS DE PERSONALIDAD PUNTUACIONES BAJAS.....	89
GRÁFICO 6: INDICADORES DE DEPRESIÓN	91
GRÁFICO 7: RASGO DE PERSONALIDAD ENERGÍA (E) Y DEPRESIÓN.....	92
GRÁFICO 8: RASGO DE PERSONALIDAD AFABILIDAD (A) Y DEPRESIÓN .	93
GRÁFICO 9: RASGO DE PERSONALIDAD TENSIÓN (T) Y DEPRESIÓN	94
GRÁFICO 10: RASGO DE PERSONALIDAD ESTABILIDAD EMOCIONAL (EE) Y DEPRESIÓN	96
GRÁFICO 11: RASGO DE PERSONALIDAD APERTURA MENTAL (AM) Y DEPRESIÓN	97
GRÁFICO 12: RASGO DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN	98
GRÁFICO 13: CONTINGENCIA RASGOS PERSONALIDAD * DEPRESIÓN...	102

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: RASGOS DE PERSONALIDAD	84
TABLA 2: DEPRESIÓN	86
TABLA 3: PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	87
TABLA 4: PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	88
TABLA 5: RASGOS DE PERSONALIDAD PUNTUACIONES BAJAS	89
TABLA 6: INDICADORES DE DEPRESIÓN.....	90
TABLA 7: RASGO DE PERSONALIDAD ENERGÍA (E) Y DEPRESIÓN	92
TABLA 8: RASGO DE PERSONALIDAD AFABILIDAD (A) Y DEPRESIÓN.....	93
TABLA 9: RASGO DE PERSONALIDAD TENSIÓN (T) Y DEPRESIÓN	94
TABLA 10: RASGO DE PERSONALIDAD ESTABILIDAD EMOCIONAL (EE) Y DEPRESIÓN.....	95
TABLA 11: RASGO DE PERSONALIDAD APERTURA MENTAL (AM) Y DEPRESIÓN	97
TABLA 12: RASGO DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN	98
TABLA 13: CONTINGENCIA RASGOS PERSONALIDAD * DEPRESIÓN	101
TABLA 14: PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	103
TABLA 15: MODELO OPERATIVO	115
TABLA 16: ESTRUCTURA DEL TALLER.....	118
TABLA 17: ECONÓMICOS	127

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESIÓN EN LAS
MADRES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA HISPANO
AMÉRICA”**

Autor: Ortiz Abril, Diego Fernando

Tutor: Psc, Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Fecha: Abril del 2014

RESUMEN

El presente estudio investigativo se enfoca en la relación que se establece entre los rasgos de personalidad y la depresión de las madres adolescentes a fin de establecer soluciones oportunas en el ámbito psicológico, promoviendo un estilo de vida saludable en la población adolescente.

La investigación fue realizada en la Unidad Educativa Hispano América de la ciudad de Ambato, dicho colegio cuenta con una mayoría de adolescentes femeninas aunque en estos últimos años la población masculina ha crecido, el principal indicador de esta institución es el porcentaje alto de madres adolescentes, lo cual se tomó en cuenta llegando así a un aproximado de 36 adolescentes. Para la toma de los reactivos se utilizó 2 test, el primero llamado Big Five que mide rasgos de personalidad y el inventario de depresión de A. Beck.

Con estos indicadores se pretendió esclarecer e investigar como los rasgos de personalidad son determinantes e influyentes en la depresión adolescente, llegando a la conclusión que dichos rasgos no poseen su determinismo en relación

a la depresión, sin embargo hay que destacar que a pesar de no relacionarse las variables mediante el Chi-cuadrado, se ha observado que aquellas madres adolescentes que poseen rasgos de personalidad de tipo; Estabilidad Emocional (EE), poseen cierta tendencia a una depresión de tipo leve a moderada, al igual que el rasgo de Afabilidad (A), lo cual sugiere que varias maneras de pensar, comportarse, (personalidad) toman partido de cierta manera leve en la depresión en los adolescentes.

PALABRAS CLAVES: RASGOS_PERSONALIDAD, DEPRESIÓN, ESTABILIDAD_EMOCIONAL, AFABILIDAD, ADOLESCENCIA.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"THE TRAITS OF THE PERSONALITY AND LA DEPRESSION IN THE
MOTHERS ADOLESCENTS OF LA UNIT EDUCATIONAL HISPANO
AMERICA"**

Autor: Diego Fernando Ortiz

Tutor: Psc, Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Date: April 2014

SUMMARY

The present research study focuses on the relationship that is established between personality traits and depression of teenage mothers in order to establish appropriate solutions at the psychological level, promoting a healthy lifestyle in the adolescent population.

Research was performed in the Hispano America educational unit of the city of Ambato, the college boasts a majority of female adolescents although in recent years the male population has grown, the main indicator of this institution is the high percentage of teenage mothers, which took into account thus reaching an approximate 36 teenagers. 2 test, the first call was used for reagents taking Big Five which measures traits of personality and A. Beck Depression inventory.

With these indicators are intended to clarify and investigate as personality traits are decisive and influential in adolescent depression, coming to the conclusion that such traits do not possess their determinism in relation to depression, however it should be noted that despite not relate the variables using

the Chi-square, observed that those teenage mothers who have type personality traits; Stability emotional (EE), have a tendency to depression of type mild to moderate, as the trait of kindness (A), which suggests several ways of thinking, behaving, (personality) to take part in some slight ways on depression in adolescents.

KEYWORDS: TRAITS OF PERSONALITY, DEPRESSION, EMOTIONAL

INTRODUCCIÓN

Una de los temas más discutidos dentro de la psicología es la personalidad, varios teóricos muestran sus posturas en relación a este, el temperamento, carácter, aprendizajes, estilos de vida, entre otros se compaginan para conceptualizar o definir a la personalidad. Otra de las teorías se enfoca en el desarrollo de la personalidad en los diferentes estadios del desarrollo evolutivo del ser humano, en especial la adolescencia, ya que la misma posee componentes interesantes de analizar. La personalidad adolescente se encuentra en proceso de desarrollo de ahí parte la importancia de la identidad, sexualidad, gustos, y un sinnúmero de características que lo forman, sin dejar a un lado las patologías que son muy comunes a esta edad.

Patologías como anorexia, bulimia, alcoholismo, drogadicción, y la más relevante la depresión. La misma se ha hecho muy común en los adolescentes dejando secuelas graves a nivel psicológico y físico e incluso relacionado muy directamente con el suicidio. La provincia de Tungurahua es una de las provincias con mayor índice de suicidios, lo cual no descarta el hecho de una muy preponderante fuerza depresiva en sus habitantes jóvenes. Muchos estudios apuntan al hecho de que es muy común la depresión en la adolescencia siempre y cuando sea manejada con mucha cautela.

Existen diversos enfoques que hablan de los rasgos de personalidad en los adolescentes en su pleno desarrollo y la influencia de estos en los estados afectivos, es decir si algún joven posee rasgos que lo orientan a ser superficial, poco tolerante a la frustración, podría tender a una depresión sea del tipo que sea, no obstante alguien que sea de carácter estable, enérgico, sería menos propenso a desarrollar una depresión.

Por ello la importancia de continuar investigando más a fondo sobre los rasgos de personalidad y la depresión, con el fin, de esclarecer criterios que potencialicen la búsqueda de soluciones, previniendo riesgos futuros en los estados afectivos de los adolescentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

Los Rasgos de la Personalidad y la Depresión en las Madres Adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

MACRO

En un espacio general de estadísticas según la Organización mundial de la salud (OMS), en su artículo web menciona:

“La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana”. (OMS, 2012, p. 1).

Si se trata de la población adolescente los indicadores de una depresión los factores sociales y ambientales entran en juego más si se trata con madres adolescentes que han pasado una etapa de crisis en su estado compaginando además con el apoyo o no de su familia de origen: “La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión”. (OMS, 2012, p.1).

A nivel de Latinoamérica Vicky Camacho Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, (UNFPA) menciona: “Los embarazos adolescentes

representan aproximadamente el 18 por ciento de todos los embarazos en el área andina.” (CONHU, 2009). Así mismo en Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14,7 % al 18%. En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33.507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88% fue primogénito/a.

Con relación al estado de Venezuela, la población adolescente representa el 21% de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21% de las mujeres en edad fértil (Instituto Nacional de estadísticas , 2001), también en Bolivia, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres, de ese modo aquello apuntala al hecho de una tasa de crecimiento alta, que se consideraría como un signo de alerta considerable.

Dichos datos se visualizan variaciones de embarazos adolescentes en relación a los años en los cuales se ha dado dicho fenómeno, es así que en Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1.000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1.000, sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17,4% en 1995, 20% en 2000 y 19% 2010. En Chile, nacen cada año alrededor de 40.300 niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma, en el Ecuador la incidencia de embarazo en la adolescencia es alrededor de 16.16%, cifra muy similar a la de la octava región de 16.20% según reporto el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2000. Específicamente, en el segmento de menores de 15 años, se observa el incremento en países como México y Estados Unidos (Lartigue et al., 1992 y Jaskiewicz & McAnarney, 1994).

Chile posee un valor de 95% de los hijos de mujeres menores de 15 años nacen fuera del matrimonio, mientras que en la población general el porcentaje alcanza el 45% (INE, 2000). A esto se agrega que entre los años 1980 y 1998, el porcentaje de hijos nacidos fuera del vínculo matrimonial en las menores de 15 ha

aumentado de 66, 6% a 95.1% (INE, 2000). Estados Unidos, en un estudio que consideraba madres adolescentes, se encontraron niveles superiores al promedio para depresión en el 53% de las menores (Brage, E. & Campbell-Grossman, 2000).

Complementando todo lo anterior, un estudio realizado en Chile con embarazadas de diversas edades, quienes presentaban mayor sintomatología depresiva eran las adolescentes entre 15 y 19 años (Millán, Yevenez, Galvez & Bahamonde, 1990). El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2007, en Perú se menciona lo siguiente: "La maternidad adolescente en Latinoamérica en general, y en el Perú en particular, ha ido creciendo considerablemente. Entre el censo del 2003 al del 2007 se registró un aumento del 16.8% en las madres adolescentes en el país".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013 manifiesta: " La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en algunos países no reciben esos tratamientos".

MESO:

Los factores que podrían relacionarse directamente con la depresión son varias sin embargo no se descartaría el efecto que podría ser el suicidio:

"A comienzos del siglo veintiuno vuelven a despuntarse las tasas de suicidio en el Ecuador. Así, comienza con el 4,3 en el año 2000, asciende rápidamente a 5.3 en 2003, luego a 6.1 en 2004, a 7.1 en 2005, para caer levemente a 6.7 en 2006". (Betancourt, A. 2008, p. 5).

Mostrando un espacio en relación al embarazo adolescente en el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2011) menciona un registro de 45.708 partos en madres adolescentes constando un porcentaje de 55,3% en costa, el 38% en la sierra, el 6,3% en la amazonia y un 0,14% en Galápagos, lo cual deslumbra una consideración especial a este tipo de datos.

El (INEC, 2011) reporta además ciertos datos importantes, parafraseando los mismos; existen alrededor de más de 7 millones de mujeres, de las cuales 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años), frente a 105.405 madres del 2001. Así mismo un 5,2% de las madres afroecuatorianas son adolescentes, seguidas de las mujeres indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos.

Ampliado los datos en relación a la población femenina de 12 años y más, la provincia con mayor porcentaje de madres es Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%. Según su estado conyugal, el 71% de las madres tiene pareja (casada o unida), mientras que el 29% no tiene pareja, de éstas, el 9% está soltera, de este modo existe un 29% de mujeres que son jefas de hogar, de ellas el 87,1% son madres.

El (Diario la Hora, 2012) menciona que las madres adolescentes son más propensas a volverse a embarazar pronto. El 31% de las mujeres en el Ecuador no van a la escuela, son más propensas a embarazarse porque no están bien informadas. Los hijos de las madres adolescentes son educados por sus abuelos, como un hijo más, el 55% de las emergencias que se atienden en hospitales a adolescentes están ligados a partos. En el Ecuador hay 300 mil abortos anuales, después de Venezuela, Ecuador es el país con más adolescentes embarazadas. Así mismo de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez.

La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9 por ciento corroborado por el documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, realizada en el 2010. La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos (CELADE, 2007). Según el Diario Hoy anuncia que 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido

madre, estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

MICRO

La depresión en los adolescentes es un tema muy discutido aunque no existen datos valederos en la población Ambateña, se extienden datos llamativos en relación al suicidio y la depresión tomando este punto (Betancourt, 2008) menciona: “En general, los grupos más vulnerables son los jóvenes estudiantes/universitarios y las personas adultas. Las jóvenes entre 15 y 19 años y las mujeres de edad media entre 30 y 49 son las más vulnerables al suicidio (...)” (p. 7).

En otro espacio desde el 2012 se registra un promedio de 2 000 chicas embarazadas de entre 10 y 19 años en Tungurahua. Esto según la Estrategia Nacional de Planificación Familiar para Adolescentes (Enipla), el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia (CCNA) detectó en los colegios: Ambato, Hispano y Natalia Vaca suman un promedio de entre 30 y 50 embarazos en cada uno. Estas cifras son la alerta de posibles desfases en educación sexual a nivel de familia e instituciones, lo cual hace posible varios cuestionamientos.

Con estos signos de alerta también se abre el espacio del tratamiento de este problema social, la Fundación Jóvenes para el futuro en Ambato apoya a las niñas y adolescentes embarazadas y madres adolescentes a fin de reincorporarles a un sistema educativo con la finalidad que terminen sus estudios e incentivar sus propios espacios laborales buscando que ellas sean las protagonistas de su progreso personal, económico y social del cual están excluidas.

Según (Diario la Hora, 2012) menciona que en la ciudad de Ambato en una encuesta realizada a adolescentes de colegios, entre los 14 y 19 años, 7 de cada 10 ya ha tenido algún tipo de contacto sexual con su pareja. De ellos tan solo un 30% ha utilizado métodos anticonceptivos al momento de mantener relaciones sexuales.

Los problemas que suscitan a la Provincia de Tungurahua y el Cantón Ambato no solo van desde los embarazos no planificados por parte de los Adolescentes sino con las condiciones de vida de los mismos. En el 2004 el Observatorio social del Ecuador cita lo siguiente: “La provincia ocupa el puesto 8 entre las provincias del país en cuanto a garantizar un mínimo de bienestar a su niñez y adolescencia”. (p. 3). Dichas cifras ponen a juicio lo que hoy en día el Estado Ecuatoriano fomenta en relación al Plan del Buen vivir, en el cual se garantiza la educación, oportunidades, salud en todas sus dimensiones.

ÁRBOL DE PROBLEMAS:

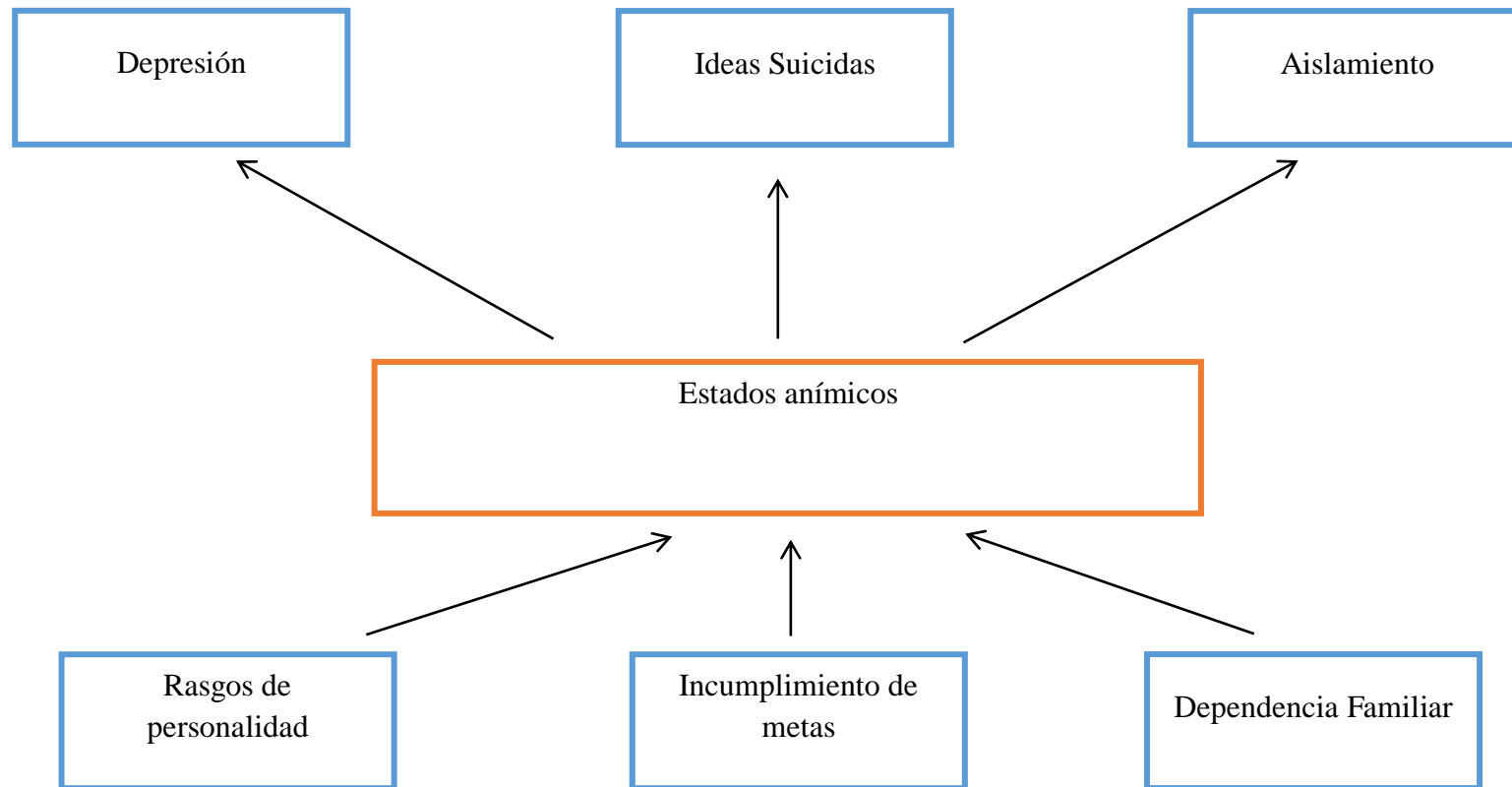


Gráfico 1: Árbol de Problemas

Elaborado por: Diego Ortiz

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Las características de personalidad de los adolescentes tienen como consecuencias multiplicidad de manifestación evidenciándose los diferentes rasgos de personalidad que poseen los adolescentes y sus manifestaciones depresivas en el proceso de formación de su personalidad, los estados anímicos que ejerciera el ambiente familiar hacia los adolescentes será importante ya que les permitirá desenvolverse con normalidad ya sea en el ámbito social, personal y familiar , en cuanto se refiere a la dificultad de clarificar metas o consolidar expectativas de su vida futura será la familia quien tome un rol importante en la decisión de los adolescentes, en algunos casos lo que conlleva a que manifieste deseos de vivir junto a la relación incondicional de los miembros de la familia, sin que le permita tener autonomía resaltando en el comportamiento de los adolescentes el aislamiento o conductas negativas.

El apoyo familiar será indispensable ya que se ha comprobado que cuando un adolescente mantiene buenas relaciones con la familia posee un buen manejo personal , es decir va tomando responsabilidades y a la vez la seguridad en cuanto a tomar decisiones muchas de las veces son benéficas hacia los adolescentes, es complejo cuando los adolescentes no cumplen sus expectativas o metas ya que puede formarse un nivel de frustración hacia el y podrá tener ideas suicidas , estas ideas por lo general estancan al proceso de desarrollo normal de la persona y hace que muchas de las veces tomen decisiones desacertadas o equivocadas.

Al tener cierto grado de frustración hará que haya la dificultad de relacionarse con las demás personas , y puede provocar en los adolescentes ideas de autoeliminación y comportamientos suicidas, determinadas por las manifestaciones depresivas , los adolescentes atraviesan una etapa de transición por lo que es necesario el apoyo del medio, cuando se hagan presentes niveles de depresión , la ayuda del núcleo familiar será un factor importante para mejorar los estados de ánimo que atraviesen los adolescentes.

1.2.3. PROGNOSIS

La estructuración de los rasgos de personalidad de los adolescentes es de vital importancia ya que el conocimiento de su Yo personal le permite de alguna manera tener en cuenta su forma de ser y como puede reaccionar ante el medio en el cual se rodea.

Las madres adolescentes pasan por un periodo de crisis transitorio ya que por su corta edad evolutiva no se sienten muy preparadas para asumir el rol de madre y más si el apoyo de su familia se ha distanciado. Aquellas características de distanciamiento repercuten en el estado de ánimo de las adolescentes sumado a que los rasgos de formas de enfrentar ciertas circunstancias así como el modo de pensar y actuar son parte de la personalidad de las adolescentes, influyen directamente en la toma de decisiones y el manejo del ambiente, sea este estresante o no. Sin embargo mucho tiene que ver todos y cada uno de los estadios del desarrollo evolutivo, de allí parte la importancia de conocer a fondo la dinámica de estas dificultades en la adolescencia.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera los Rasgos de Personalidad influyen en la Depresión de las Madres Adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América, periodo Julio 2013, Febrero 2014?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ✓ ¿Cuál es el rasgo de personalidad predominante en las madres adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de depresión que presentan las madres adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América?
- ✓ ¿Cómo desarrollar un programa para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes?

1.2.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.6.1. Delimitación del contenido:

- ✓ **Campo:** Psicología Clínica
- ✓ **Área:** Psicología Evolutiva
- ✓ **Aspecto:** Psicología del Adolescente

1.2.6.2. Delimitación espacial:

Unidad Educativa Hispano América

1.2.6.3. Delimitación temporal:

El periodo en el que se realizó la investigación corresponde al año lectivo 2013 – 2014 de los meses de Julio / febrero 2014.

1.2.7. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

4,5,6 paralelos, 35 madres adolescentes en el periodo julio...

1.3. JUSTIFICACIÓN

Es de mucha importancia conocer los rasgos de personalidad que poseen las madres adolescentes , ya que por medio de la investigación de podrá llegar a dar a conocer una propuesta para mejorar los estados emocionales de las adolescentes , de igual manera el desarrollo de la investigación fue incentivado por el hecho de que actualmente la educación que reciben las madres adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América tiene un enfoque académico , teniendo en cuenta que están en un proceso de formación de su personalidad donde se

encuentra con mayores conflictos socio afectivos , y por el cambio de etapas como de ser madre a temprana edad.

Por Medio de la investigación podremos medir los estados emocionales por las que están atravesando las adolescentes , si nos referimos a la presencia de los estados depresivos en las adolescentes , estos influirán de manera significativa la adaptación al entorno social, familiar , al rendimiento académico en la institución educativa , de igual manera a las relaciones interpersonales y aceptación de si mismos.

La institución nos brinda el apoyo necesario para la investigación ya que será muy benéfico tanto para las madres adolescentes como a la institución ya que se podrá llegar a brindar la institución más atención y cuidado a las adolescentes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar los rasgos de personalidad que influyen en los estados depresivos de las madres adolescentes de la Unidad Educativa Hispanoamérica

1.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar el rasgo de personalidad predominante en las madres adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América
- ✓ Diagnosticar el nivel de depresión que presentan las madres adolescentes de la Unidad Educativa Hispano América
- ✓ Planificar un programa para eliminar los estados depresivos a través de la psicoterapia cognitiva conductual.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Los antecedentes de la investigación en el cual destacan varios de los siguientes proyectos de tesis con sus respectivas conclusiones dando fundamento al tema planteado. Una de ellas realizadas en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de: El Agustino, departamento de Lima realizado por (Arenas, 2009) con el tema: "Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes" en el que concluye lo siguiente:

- ✓ La percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada. La presencia de depresión y la percepción de los niveles de funcionalidad familiar no se diferencian significativamente entre adolescentes varones y mujeres de la muestra. En cuanto a la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes según sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante la frecuencia de depresión en las mujeres se observó que era mayor que en los varones.
- ✓ Respecto a los niveles de funcionalidad que perciben los adolescentes de ambos géneros no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ya que la mayoría de los evaluados, independiente del género, perciben un nivel de rango medio en la funcionalidad familiar.

En otro espacio se extiende la siguiente investigación realizada en Colegio nacional "Atahualpa" durante el periodo académico 2011 - 2012; ejecutado por: (Dueñas, 2012) con el tema: "Rasgos de personalidad en los adolescentes de 14-15 años, del colegio nacional "Atahualpa" durante el periodo académico 2011 -

2012; Implementación de una guía de orientación metodológica para profesores y estudiantes.” Describiendo así lo siguiente:

- ✓ Para la formación de la personalidad es muy importante una buena relación de los adolescentes y sus padres en el hogar debe ser lo principal para una buena comunicación y poder satisfacer preguntas que hay en la etapa de la adolescencia.
- ✓ La adolescencia una etapa en la que se reafirma la formación de la personalidad y el profesor juega también un rol muy importante no solo debe importarle los contenidos científicos sino más bien el desarrollo como persona de cada uno de los estudiantes.
- ✓ En los adolescentes se pudo apreciar una falta de seguridad en si mismo para poder resolver problemas relacionados a las consecuencias de sus actos en cualquier situación que se les presente en el transcurso de esta etapa.
- ✓ Más de la mitad de estudiantes encuestados consideran que es muy buena la elaboración e implementación de una guía de orientación metodológica para estudiantes y profesores que les ayude a tener más conocimiento de su personalidad.

En la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología investigado por (Bonilla, 2009), acerca de: “Depresión y Factores Asociados en Mujeres Adolescentes Embarazadas y no Embarazadas en Medellín (Colombia)” Se describe y concluye lo siguiente:

- ✓ En el grupo de estudiantes de colegios públicos, se encontró una prevalencia de depresión del 16,8%, similar al que se reporta en los libros de psiquiatría, donde el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia del 15%.³² a quienes encontraron una prevalencia en adolescentes de poblaciones urbanas del 17,9%²³.
- ✓ Hay una mayor prevalencia de depresión en las madres adolescentes atendidas en el HGM en comparación con las adolescentes no embarazadas del colegio Jorge Eliécer Gaitán de Medellín. Se requieren

nuevos estudios para confirmar la magnitud del problema a nivel local y regional.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma utilizado en esta investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales, que permitirán a cuestionar y proponer en cuanto la investigación lo requiera y basar el trabajo en a alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayudara a la interpretación y comprensión de los diferentes rasgos de personalidad y su influencia en los estados depresivos.

El conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevará hacia una positiva asimilación proyectiva de su identidad, en el caso de los adolescentes en especial sobre las madres adolescentes.

De este argumento es imprescindible conocer la importancia de por qué los rasgos de personalidad poseen relación estrecha con la depresión de las madres adolescentes, con lo cual la investigación servirá para entender de mejor la manera los fenómenos psicológicos, la personalidad adolescente y el ambiente social que liga de alguna manera la forma o la manera en la que las personas en este caso los adolescentes toman ciertas actitudes y decisiones.

2.3. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

En la búsqueda de cambios se pretende lograr en la población adolescente formas de afrontamiento a las crisis, y eliminación de pensamientos irracionales que afectan a la salud mental de dichas personas. La depresión es una patología común en la población mundial lo cual hace que los adolescentes no este exceptos del mismo, y de no tratarse a tiempo puede generar alteraciones mayores llegando en casos muy lamentables al suicidio.

La protección gubernamental hacia los menores de edad (esto incluye a los jóvenes adolescentes), valoran y promueven la salud y el bienestar haciendo hincapié en programas vinculares donde se rescate a la población más vulnerable o que está siendo expuesta a riesgos, de esta forma los adolescentes y los niños son prioridades a nivel de países. A todo esto el objetivo de esta investigación es disminuir los niveles de depresión a fin de prevenir ciertos riesgos futuros en la población de madres adolescentes y las secuelas que podrían tener los hijos de las mismas.

Es fundamental priorizar que no solo la intervención psicológica es prioritaria sino que además la familia, autoridades de la institución, y profesionales afines juegan un rol importante, cabe notar que para dichas intervenciones es necesario que las adolescentes quieran ser parte del mismo, asumiendo de manera juiciosa y responsable cada acción de su vida personal y familiar.

2.4. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

Adolescencia, es el término común para describir una etapa de cambios tanto físicos, de comportamiento y de la mente, desde la pubertad que comprende la edad de 11 a 13 años hasta la adolescencia de 14 a 18 años, se desencadena una serie de fenómenos normales y a la vez conflictivos propios de la edad. Dichos acontecimientos se visualizan desde la exploración de la sexualidad, identidad, pensamiento crítico, independencia o autonomía, personalidad, pareja, grupos de pares, amigos, entre otros.

Con dichos puntos no se descarta que en los mismos se generen conflictos como: embarazos no planificados, dificultades personales y familiares, adicciones, promiscuidad, desórdenes alimenticios, alteraciones del ánimo en este caso la depresión. Sin lugar a duda es una etapa difícil, la forma de ser de los adolescentes posee su rol importante en dicho desarrollo ya que podría ser la causa de muchas afectaciones, por ende el desarrollar habilidades de comunicación, sensibilizar y tratar ciertos temas son el eje fundamental para el bienestar y el equilibrio de los adolescentes.

En definitiva cada uno de los aspectos que convergen en la adolescencia son inevitablemente discutibles y analizables de forma que cada uno de los estadios del desarrollo evolutivo merecen su profundo análisis.

2.5. FUNDAMENTACIÓN HEURÍSTICA

La personalidad es un término ampliamente definido por varios investigadores, sin embargo muchos coinciden en que en la adolescencia es cuando dicha personalidad se está formando, cabe notar que en esa etapa de formación ocurren ciertas manifestaciones propias de la edad que dificultan ciertas áreas de la vida cotidiana en especial la identidad.

El conocer los diferentes rasgos de personalidad permite de alguna manera visualizar la dinámica de como las madres adolescentes enfrentan ciertas circunstancias favorables o desfavorables. Esta investigación pretende intervenir en dichos espacios, fortaleciendo las creencias personales, formas de relación, autoestima, acercando de este modo a una intervención completa, logrando cambios de creencias erróneas, disminuyendo potenciales riesgos sensibilizando a las madres adolescentes y su círculo familiar.

2.6. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

Este estudio se basa en la corriente psicológica cognitiva de los autores (Ellis & Beck), la misma que estudia el procesamiento que realizan los seres humanos para organizar su conducta, es una modalidad de intervención clínica psicoterapéutica orientada hacia la búsqueda de una nueva reestructuración conceptual cognitivo - conductual y junto a ello una alianza terapéutica eminentemente colaborativa. La terapia cognitiva explica que ante una determinada, situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno.

La terapia cognitiva tiene gran eficacia en la actualidad en el tratamiento de depresión gracias a sus características prácticas como centrada en el presente, en el problema y en su solución, su carácter preventivo de futuros trastornos, su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta y la importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones acordadas, con el fin de llegar a acuerdos con el paciente acerca de la modalidad en que se va a trabajar en el tratamiento, llegando a la obtención de metas y objetivos a cumplirse durante un periodo. (Mikel, 2010).

Esta intervención cognitiva valida tanto los aspectos de la personalidad así como su posible relación con la depresión de las madres adolescentes sino que además provee un espacio de interacción entre el facilitador y los involucrados sumado a la enseñanza de nuevas herramientas con el fin de generar cambios importantes en la salud y el equilibrio mental de las madres adolescentes y su entorno.

2.7. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

DERECHOS DE PROTECCIÓN.

Dentro del código de protección de la niñez y adolescencia en el año 2003, el Ecuador extiende un sin número de artículos que validan la salud integral y bienestar de los niños/niñas y adolescentes en todas sus esferas.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;

3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas. (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003. p. 4).

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.-
Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
4. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;

6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
7. Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales. (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003. p. 5).

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad. (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003. p. 5).

Art. 50.- Derecho a la integridad personal.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

Art. 51.- Derecho a la libertad personal, dignidad, reputación, honor e imagen.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete:

- a) Su libertad, sin más limitaciones que las establecidas en la ley. Los progenitores y responsables de sus cuidados los orientarán en el ejercicio de este derecho; y,
- b) Su dignidad, autoestima, honra, reputación e imagen propia. Deberá proporcionárseles relaciones de calidez y buen trato fundamentadas en el reconocimiento de su dignidad y el respeto a las diferencias.

Art. 75.- Prevención del maltrato institucional.- El Estado planificará y pondrá en ejecución medidas administrativas, legislativas, pedagógicas, de protección, atención, cuidado y demás que sean necesarias, en instituciones públicas y privadas, con el fin de erradicar toda forma de maltrato y abuso, y de mejorar las relaciones entre adultos y niños, niñas y adolescentes, y de éstos entre sí, especialmente en el entorno de su vida cotidiana.

Las prácticas administrativas, pedagógicas, formativas, culturales tradicionales, de protección, atención, cuidado y de cualquier otra clase que realice toda institución pública o privada, deben respetar los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes, y excluir toda forma de maltrato y abuso.

Art. 148.- Contenido.- La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio, y durante el período de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un período no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal o del niño o niña.

Art. 149.- Obligados a la prestación de alimentos.- Están obligados a la prestación de alimentos el padre del niño o niña, el presunto padre en el caso del artículo 131, y las demás personas indicadas en el artículo 129.

UNICEF, estado Mundial de la Infancia, 2004 en su resumen Ejecutivo citado por Morlacheit, A., cita un artículo de los derechos humanos donde explica que el eje primordial sobre el embarazo adolescente son las normas legales evitando así ciertos perjuicios en la salud de las y los adolescentes: “El embarazo adolescente y la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva reducen las posibilidades de las mujeres adolescentes y jóvenes.”(p. 137).

2.8. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

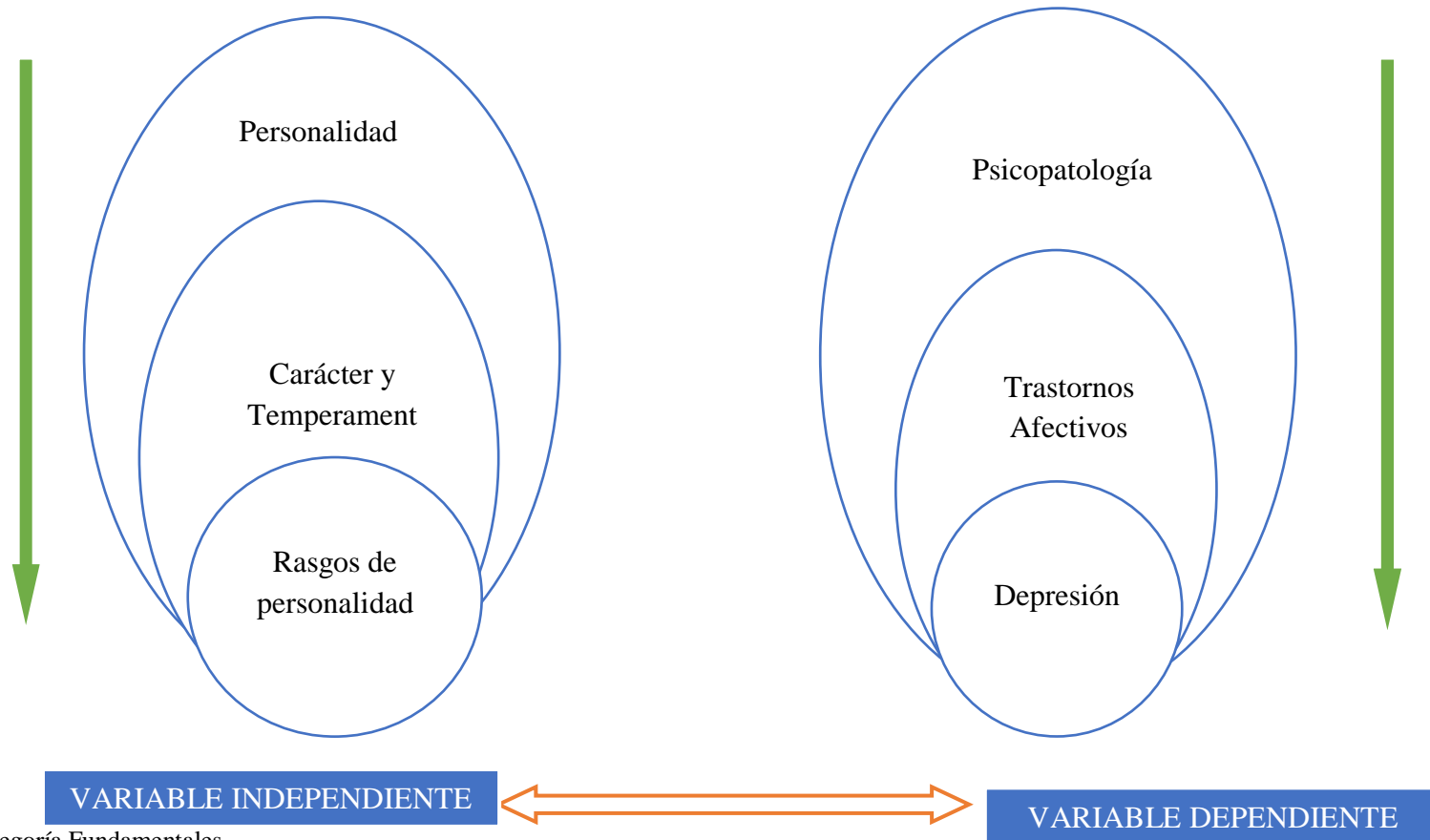


Gráfico 2: Categoría Fundamentales

Elaborado por: Diego Ortiz

CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE INDEPENDIENTE

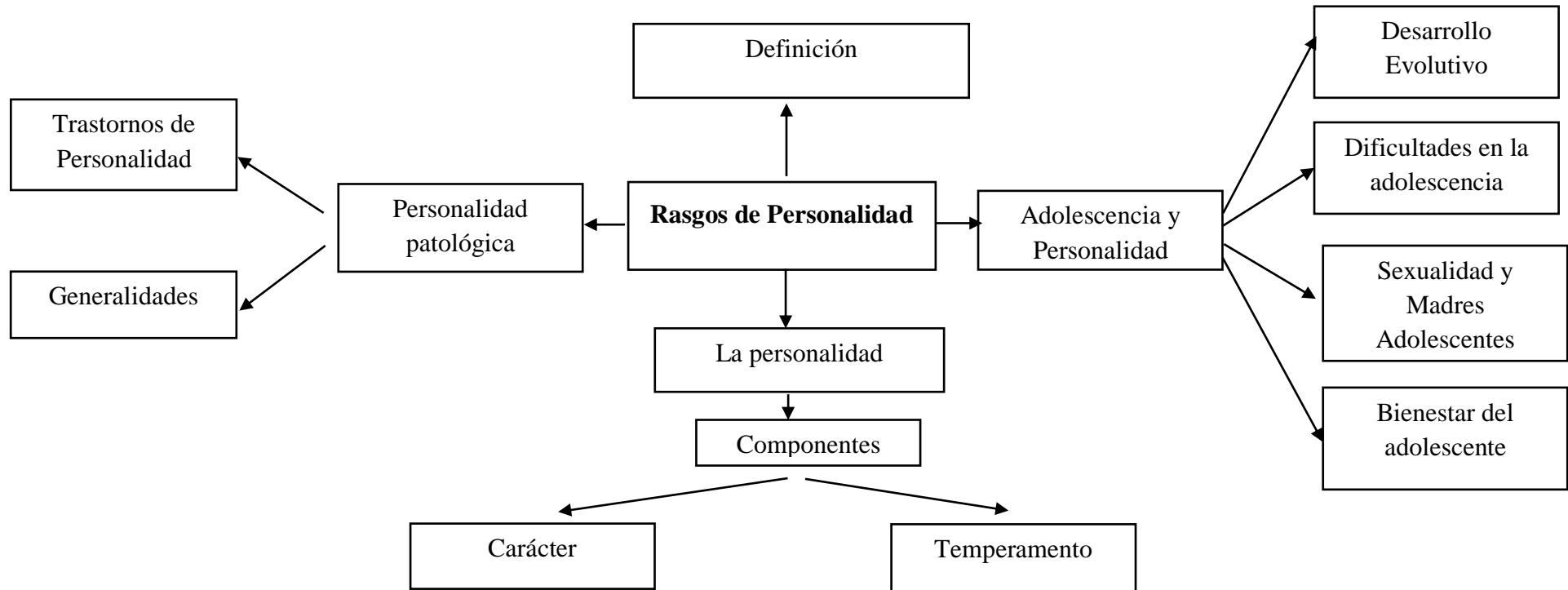


Gráfico 3: Constelación de ideas variable independiente
Elaborado por: Diego Ortiz

CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE DEPENDIENTE

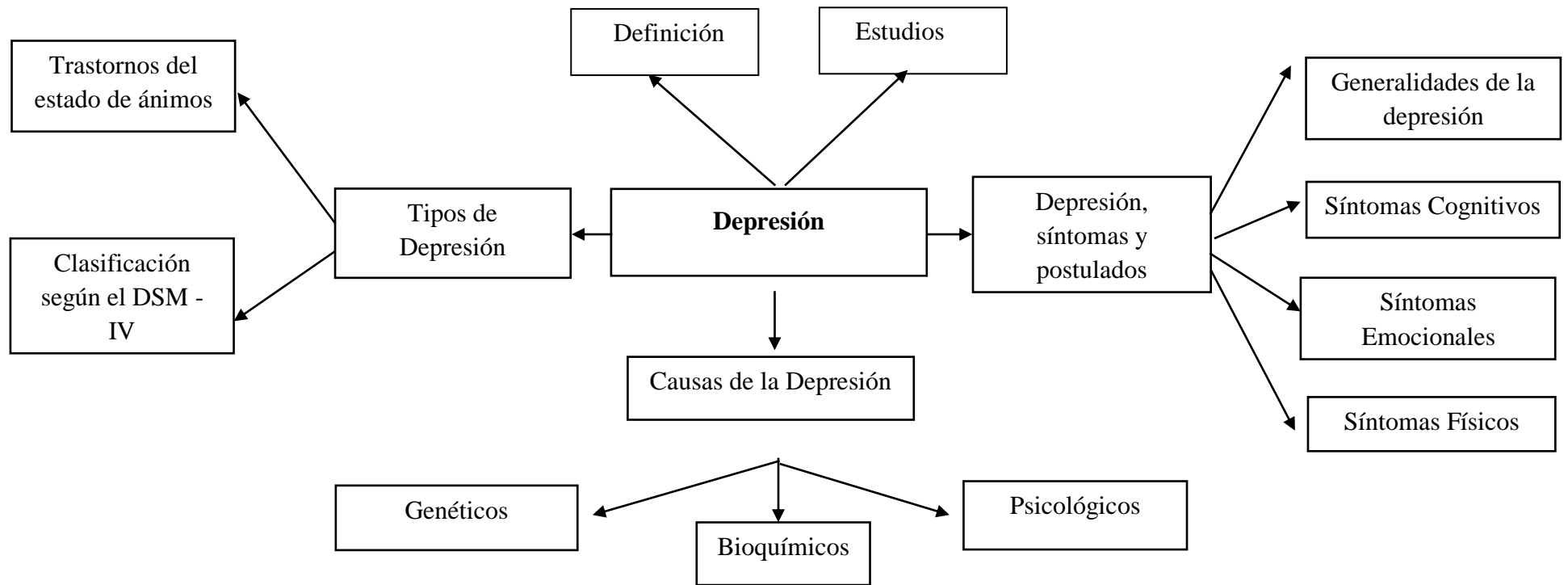


Gráfico 4: Constelación de ideas variable dependiente
Elaborado por: Diego Ortiz

MARCO CONCEPTUAL

2.8.1. RASGOS DE PERSONALIDAD.

2.8.1.1. Definición

La personalidad en toda su extensión se hallan un sinnúmero de postulados y teorías, sin embargo antes de adentrarse a este espacio se visiona un aspecto interesante de los cuales se destaca los rasgos de personalidad. El mismo es un complemento de la personalidad total de la persona.

Un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad. Aunque difieren más ampliamente de lo que en general se reconoce, las teorías de los rasgos en algunas suposiciones básicas.

1. Los enfoques de los rasgos ponen énfasis en las diferencias individuales de las características que son más o menos estables a través del tiempo y de las situaciones
2. Los enfoques de los rasgos ponen énfasis en su medición por medio de test a menudo cuestionarios de autorreporte.
(Cloninger, S., 2002, p. 193)

Dichas diferencias cotejan ciertas caracterizas que son generadoras de conductas, actitudes, y pensamientos, cabe notar que los rasgos de personalidad se miran a lo largo de la vida pero que se en ciertas etapas evolutivas del ser humano se hacen más notorias, (Quintanilla, 2003) menciona: “El que un rasgo sea considerado una dimensión continua hace referencia, sobre todo, a que tal característica se encontrará presente a lo largo de toda la vida del individuo.” (p. 78).

Muchos estudios apuntan a la agrupación y medición de ciertos rasgos de personalidad con la finalidad de poseer un patrón de formas de ser, a fin de investigar y predecir ciertas conductas normales y patológicas del ser humano. Por

ello (Cloninger, 2002) refiere: “La medición de los rasgos ha adoptado diversas formas. Los rasgos singulares propuestos a menudo se basan en observaciones de conductas.” (p. 193). La medición de ciertas conductas y patrones de personalidad son difíciles de enmarcarlos en ciertos parámetros ya que la diversidad de aprendizajes, herencia, culturas, y formas de crianza son decisivos y a la vez difíciles de reducirlos a un estándar de personalidad, (Cloninger, 2002) cita lo siguiente: “Ciertos rasgos han sido propuestos y medidos. El número hace difícil formar una teoría cohesiva de la personalidad. Un enfoque alternativo sería alejarse de los rasgos a favor de los tipos, los cuales son categorías amplias de gente (...)” (p. 194).

Las categorías, tipos de personas o personalidades apuntan no solo a varios postulados o teorías que ahondan este hecho sino que se establecen ciertas distancias entre personalidades individuales y globales:

El bosquejo inicial que hizo Allport del campo de la personalidad ha tenido un gran impacto. (...). Sus ideas acerca de los rasgos de personalidad han proporcionado un foco para el debate creciente (...), la personalidad debería poner énfasis en la identificación de las diferencias individuales o centrarse en los procesos de personalidad. (Cloninger, S., 2002: p.199).

Existen varios autores que explican sobre los rasgos de personalidad como por ejemplo: Allport, sin embargo a la vez que se extienden postulados interesantes otras definiciones y acercamientos de la personalidad propiamente dicha se hacen presentes, (Cloninger, 2002) refiere: “El sentido común nos dice que la personalidad es estable y hace que la gente se comporte de manera consistente a lo largo del tiempo” (p. 200). Varias de estas definiciones ahondan no solo el significado de la personalidad sino la importancia del mismo en la vida del ser humano.

Allport citado por (Cloninger, 2002) refiere; además que los seres humanos poseen dos esquemas importantes, uno, que son consistentes o notablemente reconocibles. “La consistencia empieza temprano: *“desde la*

infancia temprana hay consistencia en el desarrollo de la personalidad” (p. 200). Dicha consistencia hace referencia a un desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida, de modo que la personalidad posee una situación inicial, una de desarrollo, y otra de complemento, por ello los rasgos de personalidad podrían enmarcarse dentro del desarrollo de la personalidad, Allport citado por (Cloninger, 2002) define a la personalidad como: “Personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente.” (p. 200).

Dicha definición se ajusta a ciertos puntos interesantes como lo es la parte genética o hereditaria, y el ambiente que de alguna u otra manera aparecen presentes en la personalidad y que no están desligados de los rasgos de dicha personalidad. Rasgo según Allport citado por (Cloninger, 2002) “Un sistema neuropsíquico generalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente espirituales y para guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva” (p. 204). Sin embargo se extienden varios puntos entre rasgos individuales y rasgos comunes, la clara visión de estos, acaparan el estado biológico y los procesos mentales que figuran su importancia.

Dentro del enfoque cognoscitivo del aprendizaje social, se destaca una postura muy interesante ya que dicho enfoque estudia los procesos mentales y sus efectos en la conducta, es así que la personalidad como lo menciona (Cloninger, 2002) se describe de la siguiente manera: “De acuerdo con esta perspectiva del aprendizaje, no es posible obtener un modelo adecuado de la personalidad si solo se describen las conductas manifiestas de la gente sin prestar atención a lo que está pasando.” (p. 343). Así mismo en otro punto se mantiene cierta postura con relación a la interacción humana y el ambiente (Cloninger, 2002) menciona: “Mantienen que la personalidad se forma mediante la interacción del ambiente, y aceptan que lo que la gente hace está, en gran medida, determinado por el ambiente y es específico a la situación.” (p. 343). Este punto no se podría desligar de lo propuesto por Allport hacia los rasgos de personalidad.

El ambiente juega un rol preponderante en los aspectos de la personalidad y sus rasgos, cabe destacar que según varios expertos la adolescencia es una etapa donde la influencia del ambiente es notoria y significativa de modo que la personalidad en dicha etapa del desarrollo evolutivo se afianza en una normalidad común o en un desajuste.

Los factores sociales determinan, en gran medida, el concepto o la imagen de sí mismo, puesto que la evaluación que uno hace de sí mismo no lo hace en abstracto, sino en conformidad con los criterios y las condiciones de una sociedad en particular. (Aguirre, A., 1994, p. 180).

También en este apartado se reconoce el análisis de otros autores sobre los rasgos de personalidad, (Belloch & Fernandez, 2010) refieren: “En esta personalidad que camina hacia la consolidación de sus rasgos se da una serie de características que no se sabe si peyorativamente o no se han denominado “transicionales”. (p. 654), hablar de transición se potencia el espacio de formación de la personalidad en base a los rasgos.

2.8.2. ADOLESCENCIA Y PERSONALIDAD

Partiendo de la premisa que el adolescente se encuentra en desarrollo y de alguna manera su personalidad está en formación de concordancia con aspectos de identidad, sexualidad, gustos, relaciones sociales etc., no está exenta de dificultades por eso es común ver que varios adolescentes tienden a manejar y superar ciertas crisis propias de la edad, mientras que otras no lo logran, llegando a patologías graves como: trastornos del estado de ánimo, alimentarios, personalidad, somáticos, ansiedad, etc.

Para Sullivan (1953) la esencia de la personalidad son las relaciones interpersonales. En el desarrollo de éstas, existe una energía y un dinamismo integrador o de cambio de esa energía en patrones relativamente estables de relaciones sociales y comportamentales,

saludables e integradores o bien patológicos y debilitantes. (Aguirre, A., 1994, p. 102).

Esta perspectiva afianza el hecho de las relaciones interpersonales en la adolescencia son indispensables e importantes, además de ello Sullivan refiere que la necesidad de intimidad suele comenzar en la adolescencia pero de carácter isofílico, es decir con un miembro del mismo sexo. (Aguirre, 1994): “La adolescencia es una realidad compleja en la que, aparte de los muchos cambios y transformaciones físicos, culturales, familiares..., no se pueden olvidar los cambios realizados en el área de la personalidad.” (p. 173). Dichos cambios en la personalidad son evidentes en la adolescencia ya que muchas actitudes y conductas en esta etapa son preponderantes en la misma y en el futuro adulto.

No se puede dejar aún lado el hecho de que varios adolescentes por diversas circunstancias como por ejemplo; el divorcio de los padres, adiciones, embarazo adolescente, fracaso escolar, abuso sexual, intervienen significativamente en la personalidad del adolescente generando ciertos cambios, ajustes y en muchos casos desajustes en el comportamiento y el pensamiento de los mismos. Pero orientando ciertos aspectos al desarrollo normal de la adolescencia en relación a la personalidad se descubre un abanico de instancias que conforman la forma de ser del adolescente.

El peculiar modo de sentir y de comportarse de la infancia, es seguido de una etapa de grandes cambios psicológicos y sociales que le ponen en situación de tener que constituir su identidad personal, al mismo tiempo que tiene que hacer frente a nuevas formas de vida. (Aguirre, A., 1994, p. 173).

La identidad es un factor esencial en el adolescente, Erikson citado por (Aguirre, 1994) menciona: “El problema clave de la adolescencia es el de la búsqueda de la identidad, o el de saber quién es y cuál es el papel de la sociedad.” (p. 173), dicha búsqueda no se limita a una individuación sino más bien a un acercamiento de relación entre pares y demás, para corroborar esta afirmación, (Aguirre, 1994) cita lo siguiente: “En esta edad el amigo íntimo desempeña el

valor de sostén del yo; o mejor, es otro yo; un yo idealizado que reenvía al adolescente a una imagen aseguradora de sí mismo.” (p. 103). Esta imagen de sí mismo constituye un factor interesante de analizar en cuanto a lo existencial de la persona, pero que sin embargo no elude al concepto de sí mismo, y al pensamiento referencial que posee el adolescente de su persona.

Además de la identidad y las relaciones interpersonales el aspecto social, en este caso la intimidad e independencia de los adolescentes convergen en un estilo único propio de la edad, que no solo visualiza aspectos de su personalidad, sino aspectos del desarrollo evolutivo, (Aguirre, 1994) menciona: “Los adolescentes, pese a sus constantes afirmaciones de autonomía e independencia respecto del medio, son en extremo permeables a las estimulaciones en forma de normas, valores y costumbres sexuales de los diversos grupos sociales a que pertenecen.” (p. 111). Este hecho aclara un sinfín de conductas del adolescente, que varían desde luego de persona a persona, así mismo (Belloch & Fernandez, 2010) citan lo siguiente: “Se espera del adolescente que se encamine hacia una inserción autónoma en el medio social. Ha llegado el momento en que el individuo procura hacer coincidir su identidad con un hacer en el mundo que lo objective y lo proyecte a futuro”. (p. 661).

Otro de los aspectos que se relacionan con la personalidad y su formación en la adolescencia se derivan de las primeras experiencias de la vida cotidiana y a ciertos desenlaces como lo son; el primer empleo, la vida amorosa, el rechazo, el éxito, entre otros, (Aguirre, 1994) cita: “La vida afectiva se desarrolla y se organiza, merced a dos elementos inevitables: la experiencia y el condicionamiento.” (p. 130). Estos aspectos inevitables son parte del crecimiento del adolescente y la forma en que los maneja moldean ciertos rasgos de personalidad, (Aguirre, 1994) refiere: “Las primeras experiencias son fruto del modo de producirse las primeras relaciones: relaciones de acogida, de cuidado, de satisfacción, o de descuido, rechazo y abandono”. (p. 130). A medida que el adolescente crece en todos sus aspectos como ser humano la experiencia es la calve de la personalidad en dicha edad, Aguirre, A. (1994) cita lo siguiente:

“Todos los psicólogos evolutivos coinciden en resaltar la incidencia de estas experiencias afectivas en la posterior construcción de la personalidad.” (p. 131).

Se extienden una serie de crisis en la adolescencia, Aguirre, A. (1994) refiere: “Algunos consideran la adolescencia como periodo específico, con crisis características – por ejemplo, las crisis de originalidad de que habla M. Debesse, la de autoridad.” (p. 132). La adolescencia con todas estas características aprisiona ciertas conductas propias de su personalidad, (Del Campo, 1990) menciona: “Es precisamente en la adolescencia, decíamos, donde se produce esta apertura de la personalidad, que llevará al hombre a darse a los demás.” (p. 53). Es prioritario destacar que la adolescencia y la personalidad están ligadas de modo que no se podría hablar de personalidad sin tomar como eje principal la adolescencia, y es que en este espacio evolutivo los diversos obstáculos son parte formadora de la identidad del adolescente y su forma de ser. (Del Campo, 1990) Cita: “Estas desviaciones de la atención constituyen reacciones frente a los obstáculos por hacer emerger la personalidad, o la imposibilidad de afrontar la realidad sin sufrir.” (p. 53).

Desde la cognición del adolescente en igualdad con el desarrollo evolutivo el mismo emerge como un indicador de una personalidad madura y sana para ello (Aguirre, 1994) “Desde esta perspectiva, estudiar el desarrollo cognitivo de la adolescencia supone enfrentarse a uno de los principales aspectos de la personalidad humana: lo cognitivo, a lo largo de un periodo delimitado y concreto del desarrollo humano: la adolescencia.” (p. 143). Y es que el pensamiento del adolescente es muy diferente al pensar del niño, y concatenando con la personalidad, el mismo hecho del pensamiento formal hace que este oriente al individuo a ciertas actitudes (Pensamiento – Sentimiento – Conducta), Aguirre, A. (1994) menciona: “Con la adolescencia, el ser humano inaugura las formas de pensamiento adulto. El pensamiento del adolescente comienza a ser capaz de liberarse de esa esclavitud a que los receptores sensoriales la han sometido hasta ahora.” (p. 144). De este modo el autor ahonda un poco más sobre el esquema de pensamiento del adolescente de modo que, (Aguirre, 1994) refiere: “El adolescente puede comenzar a pensar ya no sólo sobre los objetos sensibles de los

que ha tenido experiencia, sino también sobre objetos posibles, sobre constructos abstractos, sobre proposiciones elaboradas mentalmente, etc. Sus razonamientos pueden partir de la pura posibilidad.” (p. 144).

2.8.2.1. Desarrollo evolutivo

Partiendo de la definición de adolescente se tiene a (Grau & Meneghello, 2000) que refieren: “La palabra deriva del latín *adolescens* (joven) y *adolescere* (crecer). (p. 654). Varios autores señalan un sinnúmero de características del adolescente en su desarrollo evolutivo, los mismos van desde los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, e incluso patológicos. Partiendo de este hecho se cita a (Redondo, Galdó, & García, 2008) quienes refieren: “La adolescencia es «un periodo crítico del crecimiento» en el que se experimentan notables cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos y hormonales que pueden poner en peligro el equilibrio psicofísico del adolescentes.” (p. 335). Estos aspectos originan cierta normalidad en el desarrollo del adolescente sin olvidar el pensamiento que a esa edad se produce, de modo que el interés de este eje es profundizar dicha dinámica, (Aguirre, 1994) menciona: “El adolescente puede comenzar a operar con las formas del pensamiento adulto propio de una sociedad, que desde ese mismo pensamiento se autocalifica de avanzada y que ha sido capaz de generar una cultura altamente científica y altamente tecnificada.” (p. 144).

Un espacio muy importante en la parte psicológica del adolescente que obviamente va ligado al pensamiento, son las ideas de sí mismo, que marcan cierto valor hacia su persona, para ello (Berger, 2007) refiere: “En los primeros años de la adolescencia, más o menos de los 10 a 13 años, la mayoría de los adolescentes piensan mucho acerca de sí mismos.” (p. 465). Dicha característica da la pauta de una de las tantas características del desarrollo evolutivo del adolescente, y que bien podría ser preponderante en la autoestima y la forma en la cual se toman adecuadas decisiones.

El espacio del pensamiento adolescente posee otras características además de las citadas, que hacen más profunda la dimensión del pensamiento ligado al desarrollo evolutivo, (Aguirre, 1994) cita: “A medida que avanza el desarrollo, se

van complicando, cada vez más, las estructuras cognitivas. Enfrentarse al sistema cognitivo del adolescente supone, por tanto, enfrentarse a la estructura más complicada del desarrollo cognitivo humano.” (p. 148). Por ello es prioritario no solo conocer la fase de cambios físicos en el adolescente sino de cambios psicológicos que poco han sido investigados, a esto se suma lo dicho por (Aguirre, 1994): “El adolescente no está en actitud de huida sino de búsqueda.” (p. 180), y es que la adolescencia es prioritaria no solo para el bienestar de la sociedad sino para las familias directamente involucradas, (Urbano & Yuni, 2005) refieren: “De todos modos, la adolescencia constituye un momento clave del desarrollo evolutivo.” (p. 81).

Ala vez que se descubre ciertos componentes del pensamiento adolescente se extiende además una etapa de cambios afectivos y sociales: (Aguirre, 1994) refiere: “Ello se debe a que los cambios a nivel orgánico, hormonal, sexual, etc., y el cambio en los intereses afectivos y sociales que se producen en este periodo son enormemente llamativos.” (p. 148). En definitiva el desarrollo evolutivo del adolescente esta enmarañado de varias cataduras influyentes, pero que no dejan de ser llamativos, e incluso en su entorno donde se ha desarrollado, (Aguirre, 1994) menciona: “La adolescencia marca también el paso de una vida dependiente y de cuasiparasitismo a una vida autónoma. La adolescencia es el momento de romper amarras y lanzarse a la conquista de una vida diferente de la de niño.” (p. 180). Otro esquema interesante que posee relación con la cita anterior, sumerge al ser adolescente a una unión social, (Belloch & Fernandez, 2010) mencionan: “La elaboración de la fase juvenil está constituida por procesos que afectan al sistema social y demandan una adecuación dinámica.” (p. 662).

Sin dejar a un lado el desarrollo fisiológico del adolescente ya que los desfases hormonales y el cambio físico influyen directamente en el comportamiento y personalidad del adolescente, (Urbano & Yuni, 2005): mencionan: “En la pubertad/adolescencia se produce un aumento de la actividad hormonal que se manifiesta en una serie de modificaciones orgánicas, ligadas a procesos de crecimiento, tales como cambios de tamaño, de peso y en la proporción del cuerpo.” (p. 81). Como se dijo dichos cambios repercuten en el

estado psicológico del adolescente, (Urbano & Yuni, 2005)) citan: “Los cambios corporales influyen en las interacciones sociales, provocando reacciones ambientales en el encuentro con otras personas de su entorno.” (p. 82).

Si se quiere dar aún más importancia al desarrollo evolutivo, la sexualidad del adolescente cobra un rol fundamental, pero que no se puede desligar del aspecto biológico que va de la mano, (Urbano & Yuni, 2005) refieren: “En este momento se produce el advenimiento de la madurez genital y la orientación de estas tendencias sexuales hacia compañeros sexuales.” (p. 82).

2.8.2.2. Dificultades en la adolescencia

Uno de los sucesos trascendentales en el desarrollo de la etapa adolescente son las dificultades que presentan, tanto a nivel familiar, social y personal. Es común ver a adolescentes pasando por ciertas crisis donde la tristeza, ansiedad, y frustración acompañan ciertas conductas, (Perinat, 2003) refiere: “Los recién entrados en la adolescencia se tornan vulnerables. Son frecuentes los estados pasajeros de ansiedad o tristeza.” (p. 225), dichos estados pasajeros no pueden ser tomados a la ligera debido a que los adolescentes son vulnerables a caer en cuadros mayormente patológicos e incluso al suicidio en el caso de una depresión mayor. La importancia de un sostenimiento familiar y profesional es la clave para un adecuado tratamiento en los adolescentes, sin embargo a la vez que surgen cambios en esta etapa del desarrollo, la familia ha cambiado su estructura lo cual dificulta y provoca ciertas conductas patológicas, (Perinat, 2003) cita: “Muchos niños y niñas crecen en familias monoparentales (generalmente a cargo de las madres), ya sea porque sus padres se han divorciado o, con menor frecuencia, porque su madre es soltera y sin pareja.”. (p. 64).

La familia percibe a su hijo adolescente desde varios puntos de vista, lo cual hace que sin lugar a duda se presenten conflictos, (Thase, 1999); “Es evidente que en la vida de una familia la adolescencia es la época en la cual crece la probabilidad de conflictos, ya que los jóvenes se mueven hacia una mayor independencia y experimentación.” (p. 54), esta independencia de los adolescentes no solo muestra una característica propia de la edad, sino que da paso a varias

manifestaciones generadoras de conflicto, muchos padres no comprenden la autonomía de sus hijos adolescentes y tienden a ser autoritarios, (Aguirre, 1994) menciona: “El adolescente inicia su búsqueda de sí mismo gracias a un proceso de distanciamiento y comparación con el entorno familiar, cercano y entrañable hasta el momento y cada vez más extraño. (p. 134), este distanciamiento permite al adolescente explorar y explorarse así mismo.

“Conviene tener en cuenta que la experiencia adolescencial de los modelos adultos no resulta monolítica sino refleja directamente las relaciones familiares y hasta las características personales; si es cercano, en cambio, habrá menos necesidad de distinguir entre valores de grupo y valores iguales”. (Aguirre, A. 1994, p. 136).

Las relaciones familiares juegan un papel importante en la vida de los adolescentes de eso depende la estabilidad de los mismos, y como se enfrentaran a ciertas crisis, (Aguirre, 1994) cita: “El adolescente se encuentra sometido a presiones conflictivas del exterior y las expectativas que sobre él tienen las personas de su entorno inmediato.” (p. 174). Las presiones del entorno y las expectativas de su familia marcan en definitiva ciertos comportamientos del adolescentes, lo que es común ver, es que existen muchos con problemas de conducta, adicciones, promiscuidad, y que constituyen problemas significativamente preocupantes. A la vez que se extienden problemas de consideración en esta etapa, también se extienden dificultades propias del desarrollo, Erickson citado por (Aguirre, 1994) menciona: “La crisis de identidad de la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal del desarrollo con un aumento de conflictividad, caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del ego, así como por un elevado potencial de desarrollo.” (p. 175).

Dichas crisis normativas deben ser manejadas adecuadamente por el entorno familiar, muchos de los conflictos que ocurren a esta edad es por el hecho de que los padres son generadores de los mismos, insultos y demás agresiones opacan el desarrollo normal del adolescente, de este modo la autoestima y ciertos rasgos de la personalidad del adolescente se vulneran de manera significativa:

Igualmente, recientes investigaciones han constatado que los adolescentes manifiestan tendencia a una autoestima más alta y a una autoimagen más estable cuando sienten cerca la atención de sus padres; y que ésta aumenta el nivel de autoestima en la medida en que son objeto de una atención equilibrada y madura por parte de los padres.” (Rosenberg, 1973, citado por Aguirre, A. 1994, p. 180)

Las relaciones familiares desde la infancia y el continuo desarrollo evitan ciertos problemas o conflictos, (Aguirre, 1994) refiere: “De la calidad de las relaciones de la madre es como el niño va elaborando las nociones básicas de confianza con otras personas, así como de las de privaciones materna elabora también los patrones de desconfianza con otras personas.” (p. 185), así mismo los factores externos son generadores de estrés, (Estévez, Jiménez, & Musito, 2007) mencionan: “Estas crisis hacen que la adolescencia y la juventud se puedan presentar como una etapa de ciclo vital especialmente vulnerable al estrés (...)” (p. 98). Muchas veces el adolescente tiende a decidir correctamente que es lo conveniente para él y su entorno, ya que la etapa infantil ha pasado a otro plano, y en esta ocasión, la formalidad del pensamiento posee su particular participación por ello (Aguirre, 1994) refiere: “Cuando el joven se encuentra en un estado de crisis y aún no se ha comprometido. Busca entre distintas alternativas que se le presentan, con la intención de elegir o determinarse por una”. (p. 190).

Y es que el adolescente no solo posee independencia y autonomía sobre sus decisiones, sino que además su círculo social lo acompaña, (Aguirre, 1994) cita: “Esta emancipación de la familia como elemento de la adquisición de la independencia y autonomía personal es quizás el rasgo más destacado de una nueva situación adolescente.” (p. 243), a muchos padres este hecho los asusta ya que su “niño” se vale por sí mismo dejando a un lado su participación de protectores y cuidadores, aun así dicho rol es importante aunque debería ser direccionado correctamente de acuerdo a la edad evitándose discrepancias.

Uno de los conflictos más comunes que se suscitan en las familias con adolescentes, son las reglas y las normas del hogar, que por un lado son muy flexibles, estrictas, o democráticas, (Aguirre, 1994) menciona: “Por lo que se

refiere a la disciplina familiar, las críticas de los adolescentes se centran unánimes en expresar sus deseos de un mayor margen de libertad, así como su oposición a las restricciones.” (p. 251). Las reglas y las normas son generadoras de estrés si la familia desconoce cómo aplicarlas correctamente, (Estévez, Jiménez, & Musito, 2007) citan lo siguiente: “Creemos que estará de acuerdo en que el primero, el que define las normas a partir de acuerdos, es el que más beneficios conjunta donde todos se sientan partícipes.” (p. 131). Las reglas tomadas en conjunto con acuerdos accesibles son indicadores de una adecuada comunicación familiar y de participación, (Estévez, Jiménez, & Musito, 2007) mencionan: “Es necesario tener presente que la comunicación es parte inherente de nuestra relación con los demás, es el telón de fondo de cualquier relación interpersonal.” (p. 132).

No cabe duda que la adolescencia está inmersa en ciertas circunstancias difíciles, por ello es indispensable profundizar sobre dichos aspectos: los trastornos afectivos, alimentarios, de conducta, y adicciones, por ello (Estévez, Jiménez, & Musito, 2007) refieren: “Es decir que las generaciones más actuales pasan más tiempo instaladas en la “categoría de joven” y en los comportamientos de exploración típicamente asociados a esta etapa, como por ejemplo la experimentación con ciertas drogas.” (p. 97).

2.8.2.3. Sexualidad y madres adolescentes.

La sexualidad en los adolescentes es un común denominador de cuestionamientos por parte de varios autores afines al tema, el hecho de la maduración sexual, gustos, e identidad hacen de este un conglomerado de manifestaciones propias de la edad sin dejar a un lado investigaciones, y estadísticas afines, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “El desarrollo sexual es una fibra central de toda la experiencia adolescente, y subyacente a él está la maduración biológica, que comienza al principio de la pubertad.” (p. 106). Dicha maduración sexual está ligada al aspecto psicológico del adolescente, lo cual hace de esta etapa un bagaje de componentes que profundizan la sexualidad adolescente, (Coleman & Hendry, 2003) “Sin embargo, el desarrollo sexual no

sólo implica cambio biológico, sino también crecimiento y maduración en los mundos social y emocional de las personas jóvenes.” (p. 106).

Independientemente del desarrollo biológico tanto los chicos como las chicas sienten deseo sexual y exploran su medio a fin de justificar dichos deseos, esto genera un espacio de identidad pero también ciertos riesgos, (Aguirre, 1994) “(...), su actitud ante el uso de anticonceptivos y preservativos: El 78% de los chicos y 80% de las chicas se declaran a favorables a su uso.” (p. 110), dicho permiso de exploración abre una puerta a las relaciones sexuales entre adolescentes que si bien es hasta cierto punto cuestionable, muchos afirman la normalidad del mismo, varios expertos cuestionan dicho punto de vista ya que las estadísticas de inicio de las relaciones sexuales, la proliferación de enfermedades de transmisión sexual y embarazo adolescente han hecho que se extienda una alarma en cuanto a educación sexual y políticas públicas, (Coleman & Hendry, 2003) mencionan: “Por lo que a EE.UU, se refiere, los datos resumidos en STEINBERG (1996) indican que en la década de 1990 aproximadamente el 33% de los chicos y el 25% de las chicas habían practicado el sexo antes de los 15 años de edad.”(p. 108).

Estas estadísticas de años anteriores va en aumento y Ecuador no se encuentra exento de ello, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “Otro cambio señalado por algunos comentaristas es la posibilidad de que los jóvenes tomen parte actualmente en una gama más amplia de comportamientos sexuales de lo que acontecía en decenios anteriores.” (p. 108). Otro estudio hace relación al comportamiento sexual y el embarazo adolescente, es así que:

Otra perspectiva sobre los cambios en el comportamiento sexual puede obtenerse a partir de las estadísticas sobre las cifras de embarazo adolescente. Sin embargo, estas tasas no nos hablan realmente sobre el nivel de actividad sexual, puesto que el uso, o la falta de uso, de anticonceptivos es claramente el factor determinante aquí. (Coleman, J. y Hendry, L., 2003, p. 109).

Este punto de vista genera preocupación en la salud pública, (Redondo, Galdó, & García, 2008) refieren: “El embarazo y la maternidad durante la adolescencia son un hecho que preocupa a la sociedad en general y a los sanitarios en particular, especialmente a pediatras y obstetras.” (p. 335). La sociedad se encuentra preocupada por los comportamientos sexuales de los adolescentes, ya que las consecuencias de dichos comportamientos no son favorables y repercuten en la salud física y mental, (Redondo, Galdó, & García, 2008) mencionan: “La pubertad no implica madurez psicológica, por tanto, los adolescentes no siempre son capaces de comprender todas las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual.” (p. 337).

Los riesgos que corren los adolescentes son cada vez más preponderantes, generando consecuencias desfavorables en la salud integral, (Berger, 2007) refiere: “Los adolescentes sexualmente activos tienen el riesgo más alto que las personas mayores también por otra razón: la mayoría de los adolescentes tienen varias parejas sexuales antes de elegir una estable.” (p. 452). Estos comportamientos no han sido tratados a tiempo y la educación sexual adecuada, sumado al abordaje de la sexualidad en su totalidad ha sido dejada de lado u orientada incorrectamente, (Aguirre, 1994) cita: “Los comportamientos sexuales no se han modificado, en general. La diferencia con respecto a generaciones anteriores se encuentra en una mayor precocidad”. (p. 137). El tema de la sexualidad hoy en la actualidad se ha tomado a la ligera y los jóvenes dan cuenta de ello:

En primer lugar, actualmente los jóvenes se muestran más abiertos frente a cuestiones sexuales; en segundo lugar, consideran el comportamiento sexual más bien como cuestión de moralidad privada que pública; y, en tercer término, parece darse creciente sentimiento de importancia del sexo asociado a relaciones estables y a largo plazo. (Aguirre, A., 1994, p. 136, 137).

Otra investigación señala un enfoque interesante acerca de las relaciones sexuales en los adolescentes, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “Como hemos señalado antes, pueden ofrecer control y supervisión, ayudando a los adolescentes

a retrasar la participación en la actividad sexual. Por otra parte, pueden dejarles estableces sus propios límites y tomar sus propias decisiones sobre el ritmo de su desarrollo sexual”. (p. 112), sin embargo la presión social sobre los adolescentes constituyen una influencia significativa dejando así experiencias desalentadoras que repercuten en el estado de ánimo, (Coleman & Hendry, 2003) citan lo siguiente: “UDRY ha construido un modelo de la interacción social y biológica. Utilizando este modelo, puede mostrar que los factores sociales ejercen una influencia mucho más importante en que las chicas tengan relaciones sexuales que en los chicos.” (p. 113), las experiencias sexuales tempranas ejercen importancia en la psique humana, y más cuando en esta etapa la personalidad se encuentra en formación:

Las relaciones íntimas de naturaleza sexual durante este estadio del desarrollo provocan un efecto muy fuerte en el ajuste de la persona joven. Como hemos señalado, estas relaciones tienen un papel importante que desempeñar en la construcción gradual, a veces dolorosa, de una identidad coherente. (Coleman, J. y Hendry, L., 2003, p. 115).

Es indispensable prestar atención al comportamiento sexual de los adolescentes ya que constituyen un factor formador en el desarrollo evolutivo, la personalidad e identidad, (Coleman & Hendry, 2003) citan: “En todo caso, no deberíamos subestimar la significación de las relaciones íntimas para los adolescentes.” (p. 116). En relación al género existen ciertas diferencias que acompañan ciertas normativas de formas de ser en cada adolescente, (Redondo, Galdó, & García, 2008) manifiestan: “Entre las chicas, sin embargo, origina sentimientos más vagos y difusos. Ellas son capaces de frenar o reprimir los impulsos sexuales con el fin de conseguir una mejor adaptación psicosocial” (p. 337).

Los comportamientos sexuales son varios pero que poseen un denominar común llamado deseo sexual, (Aguirre, 1994) refiere: “Tres tipos de comportamiento psicosexual son característicos durante la adolescencia: la masturbación, las relaciones homoeróticas o isofílicas y las relaciones heterosexuales.” (p. 98), la identidad cumple también su papel, ya que la

exploración y formas de relación entran en vigencia a la hora en que los adolescentes se conocen a sí mismos, (Aguirre, 1994) refiere: “Aunque de forma leve y transitoria, algunos adolescentes sufren una situación en que no se sienten a sí mismos como miembros de uno u otro sexo”. (p. 189), y con respecto al deseo sexual, muchos jóvenes idealizan a ciertas personas fantaseando y explorando su sexualidad:

La persona hacia quien se orienta el deseo sexual suele ser idealizada. Es decir, tanto los chicos como las chicas, no se fijan en sujetos de la misma edad, sino que su primer deseo lo constituye una persona generalmente mayor e idealizada (actores, profesores, amigos de sus hermanos mayores)”. (Aguirre, A., 1994, p. 104).

Cabe notar que no se podría dejar de lado el aspecto biológico del desarrollo sexual en los adolescentes, y que también ejerce su influencia sobre los aspectos emocionales y comportamentales, (Aguirre, 1994) refiere: “Este estado de tensión o excitación sexual en todo el sistema nervioso provocando por estas hormonas o por el concurso de otros factores, (...)” (p. 97), el alcance de estas manifestaciones harán que el desarrollo psicosexual sea integrador, (Aguirre, 1994) cita: “Para el adolescente alcance un desarrollo psicosexual completo no basta con haber alcanzado una maduración genital correcta. Es necesario que esta genitalidad se haya integrado en un desarrollo emocional (erótico) también correcto.” (p. 97).

Con respecto a los embarazos adolescentes las consecuencias biológicas y psicológicas se hacen presentes ya que el riesgo de un embarazo producto de una relación sexual a temprana edad se consolida en consecuencias prematuras de adaptación, y que con llevan a un salto significativo de una etapa a otra, (Redondo, Galdó, & García, 2008) refieren: “La OMS denomina embarazos en adolescentes a todos aquellos producidos en mujeres menores de 19 años.” (p. 335), por lo general cuando se habla sobre embarazos a edad temprana, la situación se vuelve confusa y crítica no solo para la adolescente y el adolescente sino también para la familia de los involucradas, a esto se suma el tema del aborto, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “El número de interrupciones del embarazo

ha aumentado gradualmente con los años, de manera que actualmente el 50% de las concepciones de jóvenes menores de 16 años llevan a la maternidad.” (p. 109).

En el caso de que el aborto no sea una opción para los adolescentes, el asumir la maternidad y paternidad es un proceso que implica ciertas dificultades, (Coleman & Hendry, 2003) manifiestan: “Explícita o implícitamente, la gran mayoría de las investigaciones sobre esta materia adoptan lo que se podría llamar un “modelo de déficit” de la paternidad adolescente.” (p. 121), estos déficits generan comportamientos poco éticos, pero a la vez decisivos en el continuo de la vida cotidiana, (Coleman & Hendry, 2003): “Como hemos indicado anteriormente, algunas corren más riesgo de maternidad no deseada que otras y, entre este grupo, algunas continuarán con el embarazo, mientras que otras decidirán ponerle fin.” (p. 122).

Las madres adolescentes poseen ciertas actitudes de cambio en su forma de tratar su estado y su participación como madre, para muchas la negligencia en el cuidado se da por falta de enseñanza y falta de apoyo familiar, Osofsky y col (1993) citado por (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “Por tomar un ejemplo, el trabajo de OSOFSKY y sus colaboradores ha mostrado que las madres jóvenes están más deprimidas, son más variables en su afecto y están menos inclinadas emocionalmente hacia sus bebés que las madres mayores”. (p. 123), este suceso de maternidad y paternidad adolescente ha sido poco estudiado y que merece atención, (Coleman & Hendry, 2003) citan: “El origen familiar de los progenitores adolescentes ha recibido menos atención, en términos relativos, que otros asuntos en este campo.” (p. 123).

Una de las cosas que suscitan cuando se ha producido un embarazo adolescente, es que la familia puede o no tomar partido de este acontecimiento, lo que conlleva a que los adolescentes tomen ciertas decisiones riesgosas o a su vez se sientan desamparadas, lo cual incurriría en un problema emocional serio, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “investigaciones más recientes han evidenciado el hecho de que el ambiente familiar multigeneracional puede no servir necesariamente de apoyo para la joven madre o para su bebé.” (p. 124).

2.8.2.4. Bienestar del adolescente

Es preponderante que los adolescentes sean intervenidos de forma multidisciplinaria a fin de prevenir ciertas conductas de riesgo o en el mayor de los casos tratar ciertas afecciones psicológicas. Muchos jóvenes crecen en situaciones favorables, mientras que otras poseen ciertas dificultades ya sea por salud, falta de oportunidades, entre otras, (Coleman & Hendry, 2003) mencionan: “Muchas personas jóvenes experimentan la transición a la edad adulta con relativa facilidad, pero algunas son obstaculizadas por fuerzas económicas y estructurales que hacen muy difícil su paso a la posición adulta.”(p. 130), las relaciones e interacciones personales son particularmente enriquecedoras de salud mental en los adolescentes ya que proveen de estabilidad y motivación, (Coleman & Hendry, 2003) citan: “Como los adultos, los adolescentes adoptan a menudo comportamientos en la creencia de que serán de ayuda para alcanzar algún fin deseado, como dar placer o ganar la aceptación de los compañeros.” (p. 130).

Los adultos no suelen comprender ciertas necesidades de los adolescentes, el afecto, la comprensión, el diálogo, son varios de los aspectos importantes que deberían estar presentes en una familia con hijos e hijas adolescentes:

En el estudio de HENDRY y cols. (1998), se expresó frecuentemente la opinión de que los adultos en general – no comprendían necesariamente cuáles eran las inquietudes de los jóvenes en relación a la salud, ni lo importantes que son algunas experiencias para fortalecer o dañar la autoestima (...)” (Coleman, J. y Hendry, L., 2003, p. 139)

Salud integral y sobre todo salud mental es el principal eje de tratamiento y prevención en la edad adolescente, en ella se manifiestan múltiples crisis y desajustes que deben ser intervenidos, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “Se informa que la mayor parte de los problemas de salud mental diagnosticados tienen comienzo en la adolescencia (Kosky, 1992; D. Steinberg, 1987). (p. 141), los problemas de salud mental en adolescentes son signos de alerta, varias de las manifestaciones patológicas, como trastornos de la personalidad y demás poseen su inicio en la adolescencia, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: “Los

adolescentes más vulnerables social y psicológicamente son los que tienen posibilidades de experimentar este periodo como difícil, lo que se puede manifestar en perturbaciones psicológicas (Leffert y Petersen, 1995)". (p. 141).

La intervención profesional es clave para un sinnúmero de tratamientos, la depresión, ansiedad son una de las perturbaciones más comunes a esta edad, (Coleman & Hendry, 2003) refieren: "Como hemos señalado, el 10% al 20% de los jóvenes experimentará algunos problemas de salud mental en un año cualquiera, aunque la mayoría no necesitará ayuda profesional especializada (Williams, 1996). Dichos indicadores a la vez poseen un común denominador, para ello (Coleman & Hendry, 2003) citan: "La depresión aumenta durante la infancia y la edad adulta joven, y se encuentra una depresión mayor entre el 2% y el 8% de los jóvenes, hallándose un predominio de los casos entre las mujeres." (p. 141, 142). Es necesario que los adultos en especial la familia y las instituciones educativas provean de recursos y comprendan la importancia del bienestar y salud integral en los adolescentes, pero sin embargo poca comprensión sobre estos espacios ha sido definida, (Coleman & Hendry, 2003) "la sociedad adulta a menudo aporta a los adolescentes mensajes contrapuestos y conjuntos diferentes de expectativas sobre los comportamientos de salud." (p. 146).

2.8.3. LA PERSONALIDAD

Una vez comprendido los rasgos de personalidad, la personalidad adolescente, y el desarrollo evolutivo con todos sus componentes, es indispensable conocer la personalidad y su patología en la edad temprana, ya que son la base de varias manifestaciones y comportamientos que hacen del mismo un referente potencial para entender de mejor manera como el adolescente que se convertirá en adulto se encuentra inmerso y vulnerable a ciertas presiones y circunstancias que se hacen manifiestas en el espacio emocional y psicológico de la persona.

La personalidad posee varias definiciones, que varían según autores, teorías y postulados, sin embargo lo que resalta de dichas definiciones es la

importancia de la personalidad a lo largo de la vida, de ello dependerá como la persona se comporta, piensa y percibe el medio que lo rodea y sobre su mismo ser, todas y cada de las personas posee diversas formas de enfrentar ciertos retos o situaciones que variaran según la personalidad o características, Justiniano, B. (2004) refiere: “En la Psicología del Desarrollo de la Personalidad se percibe que las características generales psicológicas sólo existen cuando se evidencian en cada persona.” (p. 229). Otra de las definiciones muy acertadas sobre la personalidad es la que resalta el medio circundante y la forma de ser, Cattell, 1972 citado por (Polaino, Cabanyes, & Del Pozo, 2003) menciona: “(...) la personalidad como « aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada»” (p. 227).

Varios teóricos enfatizan el hecho de que la personalidad varía de persona a persona dichas definiciones aclaran y profundizan los aspectos más íntimos del ser humano, (Martínez & Perez, 1997) refieren: “La personalidad hace referencia al conjunto de rasgos individuales que se poseen y se diferencian a unas personas de otras.” (p. 66), la forma en que las personas, piensan, sienten, perciben y se comportan engloba la personalidad, (Martínez & Perez, 1997): citan: “La personalidad explica nuestra forma habitual de comportarnos y engloba toda la estructura psicológica, es decir tanto los aspectos intelectuales como los motivacionales y afectivas.” (p. 66), una de las cosas muy importantes en relación a la personalidad son los rasgos que se perfilan como constructoras de una personalidad, para ello (Polaino, Cabanyes, & Del Pozo, 2003) manifiestan: “La personalidad se medirá y definirá en función de un conjunto de rasgos y estados de ánimo tal y como son manifestados por la persona en el momento de su evaluación.” (p. 227).

El crecimiento humano en especial en la etapa de la adolescencia figura entre las primeras características para el desarrollo de una personalidad, no obstante este crecimiento podría tener fluctuaciones, (Del Campo, 1990) menciona: “La personalidad, así entendida, viene a ser el resultado de un largo, lento y complejo proceso de maduración, fruto de un laborioso, personal y cotidiano esfuerzo.” (p. 47), cuando se habla de un crecimiento, los que

intervienen en ello, son desde luego el círculo donde se está siendo parte, es decir la familia, sociedad, Gessel citado por (Del Campo, 1990) refiere: “(...) la familia es “decisiva en cuanto a la organización de la personalidad del niño, y no tiene reparo en afirmar que la organización básica de la personalidad está en buena forma decidida en los cinco primeros años de vida.” (p. 48), el énfasis en relaciones familiares sanas son clave en el desarrollo de una personalidad estable.

Dentro de las múltiples componentes de la personalidad, se deriva un enfoque que describe a la personalidad como dinámica, generadora de aspectos psicológicos interesantes, (Del Campo, 1990) refiere: “La personalidad sigue un desarrollo dinámico, que no es lineal sino que puede expresarse en círculos concéntricos: la corporalidad, el sentimiento y el pensamiento.” (p. 49). Allport habla de disposiciones que configuran una estructura de forma de ser dinámicamente estable:

Ello supone que en vez de considerar la personalidad como un «estado», es decir como algo estable, persistente e inmodificable, se ha entendido más bien como un conjunto de disposiciones, más o menos estables, que constituyen el fundamento del comportamiento y configuran las características que distinguen en concreto a la persona.” (Polaino, A. y col, 2003, p. 225)

Obtener un patrón común de personalidad es una tarea titánica e infinita, pero que sin embargo en base a test, e investigaciones se las puede agrupar dependiendo en caso en rasgos comunes, al igual que se agrupan algunos trastornos como los de la personalidad, Justiniano, B. (2004) cita: “tipos básicos de personalidad son conjuntos de rasgos comportamentales agrupados. Es una tentativa de clasificar a las personas en determinados comportamientos.” (p. 230).

2.8.3.1. Componentes (Carácter y Temperamento):

La personalidad se compone de varios elementos entre ellos lo referente al carácter y el temperamento, sin embargo a la personalidad se la toma como una unidad, (Quintanilla, 2003) menciona: “La personalidad, es la expresión total de un individuo, o dicho de otra manera, es la conformación total del hombre, unitaria, que forma una estructura común con las peculiaridades que distinguen a un individuo de otro.” (p. 72), dichas peculiaridades distintivas están inmersas en los componentes mencionados.

El temperamento relacionada con la herencia de comportamientos de las generaciones pasadas son parte de una personalidad que más adelante posee otras influencias como las del ambiente, que desde luego poseen su participación, (Quintanilla, 2003) cita: “La personalidad está compuesta por el temperamento (lo orgánico o personalidad fisiológica) y el carácter, que es el modo de reaccionar de cada individuo.” (p. 71). Existen además otras definiciones y acercamientos que enriquecen la definición del temperamento, que es de suma importancia al hablar de la personalidad, (Quintanilla, 2003) refiere: “El temperamento se considera como una predisposición hereditaria, y por ello, difícil de modificar.” (p. 71), otras definiciones guardan relación con ciertas manifestaciones psicológicas del individuo Justiniano, B. (2004) menciona: “Temperamento: corresponde a los comportamientos que responden a estímulos emotivos.” (p. 231).

La influencia hereditaria del temperamento es un factor determinante a la hora de observar a una persona y su historial de vida, las formas naturales en las cuales la persona percibe y toma decisiones, se orienta a la comprensión de una normalidad individual y una patológica, Justiniano, B. (2004) menciona: “El estilo de temperamento depende de influencias hereditarias, de funciones metabólicas (que producen mayores o menores descargas hormonales y reacciones bioquímicas de la persona).” (p. 231), para concluir este espacio, (Quintanilla, 2003) cita el siguiente enunciado: “El temperamento sería lo más orgánico o somático de la personalidad, mientras que el carácter, como hemos señalado, hace referencia a las características espirituales.” (p. 71).

El carácter por otra parte es la manifestación externalizada de forma de ser, el ambiente, modelos de crianza toman su parte en este componente de la

personalidad, aunque existen influencias positivas y negativas, el carácter toma partido considerable en este espacio, (Quintanilla, 2003) menciona: “Carácter es la personalidad en su manifestación externa; en su actividad objetivable y que presenta de manera repetitiva.” (p. 71), algunos otros autores toman el eje de lo moral y los aprendizajes para definir de mejor manera al carácter, que si bien es cierto canaliza ciertos comportamientos, y más cuando el sujeto está en un estadio de desarrollo como lo es la adolescencia, Justiniano, B. (2004) refiere: “(...) según W. Reich. La definición de carácter también es sinónimo de valores morales de la persona. Son los aspectos de la personalidad que constituyen el ego y diferencian a las personas unas de otras (...)” (p. 230)

Algunos autores toman pautas de las cuales se deriva la personalidad, como por ejemplo aspectos como las actitudes del ser humano, Justiniano, B. (2004) cita: “Las actitudes son tipos de respuestas afectivas aprendidas en la convivencia con personas que son cercanas, con la cultura de donde se vive, con los ideales y valores recibidos y desarrollados.” (p. 231). En definitiva podemos decir que la personalidad se compone de carácter y temperamento, ésta está sujeta a diversas variaciones a lo largo de la vida, pero que en su esencia es distintivo una de otra, (Quintanilla, 2003) menciona: “El término personalidad se utiliza de modo general para referirse al *“estilo distintivo que tiene una persona, o a un patrón de pensamiento, emociones, adaptación y conducta.”*”(p. 72).

Tanto los rasgos y la personalidad propiamente dicha permiten a quienes trabajan en la esfera psicológica, profundizar no solo la evolución normal de formas de ser, sino además las alteraciones que en ella suscitan, obviamente teniendo en claro, que es, la personalidad:

En resumen, los rasgos (o tendencias) de personalidad son, según definición de la Asociación Americana de Psiquiatría, *“pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en una amplia gama de contextos personales y sociales.* (Quintanilla, B., 2003, p. 73).

Cuando se describen ciertas características de personalidad se está validando aspectos de suma importancia que describen a breves rasgos formas en las cuales las personas se comportan de tal o cual manera, (Quintanilla, 2003) cita lo siguiente: “Así cuando afirmamos, por ejemplo, que una persona es emotiva, ordenada, buena, alta o baja, paciente o estudiosa, etcétera, hacemos referencia, sin saberlo, a los rasgos de personalidad que la distinguen, por el modo de agruparse, de otras personas que conocemos.” (p. 77).

2.8.4. PERSONALIDAD PATOLÓGICA

Hablar de patología en la personalidad no es nada nuevo, pero lo que sí tiene consideración es que muchas de ellas se hacen evidentes en el inicio de la adolescencia e incluso muchos hablan que su base se encontraría en la infancia, para corroborar estas informaciones, (Grau & Meneghello, 2000) refieren: “En el excelente trabajo de Rey y col. se citan ciertos porcentajes de trastornos en la infancia que desembocan específicamente en determinados tipos de trastornos de la personalidad de la vida adulta.” (p. 694).

Pero para el estudio de la patología varios autores se adentran en la personalidad normal y natural del ser humano, (Martínez & Perez, 1997) refieren: “Sin embargo, sí parecen coincidir en la psicología de la personalidad estudia al individuo, las diferencias y las analogías entre individuos.” (p. 67). En tanto se hacen evidentes ciertas comparaciones entre una personalidad sana y una patológica es claro que de por sí, las características de la personalidad son observables e influyentes en el comportamiento, lo que las hace incluso medibles, (Martínez & Perez, 1997): “Las características de personalidad pueden afectar a comportamientos que son fácilmente observables y que están intercorrelacionados, pero sin formar ningún factor común; son los rasgos superficiales.” (p. 73).

En relación a los aspectos que conforman ciertos comportamientos disfuncionales, existen estudios que corroboran estos puntos, (Rodríguez, 1998) refiere: “Un mayor número de electroencefalografías en pacientes con trastornos

obsesivo – compulsivos se han encontrado tanto en adultos como en adolescentes.” (p. 598). Otro de los puntos importantes es que los manuales diagnósticos de enfermedades mentales codifican un sinnúmero de signos y síntomas que aclaran de mejor manera el patrón general de un desorden psicológico:

(...) como dice el DSM – IV, en un deterioro funcional, un malestar interno en forma de patrón que se aparta manifiestamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se expresa en por lo menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de las relaciones interpersonales o del control de los impulsos. (Grau, A. Meneghello, J., 2000, p. 693).

2.8.4.1. Trastornos de Personalidad

Los trastornos de personalidad se hacen manifiestos en la edad adulta, cuando la persona posee una estructura de personalidad definida pero disfuncional en todas sus áreas, aun así muchas de estas manifestaciones patológicas se hacen evidentes en edades tempranas como en la adolescencia, el Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM – IV), realiza varias clasificaciones de los trastornos de la personalidad es así que se tiene:

Los trastornos que describe la actual clasificación son: Grupo (A) (excéntricos): los paranoides, los esquizoides, los esquizotípicos; grupo (B) (dramáticos): los antisociales, los límite (border line), el histriónico, el narcisístico; Grupo (C) (ansiosos): el trastorno por evitación, el trastorno por dependencia, el obsesivo – compulsivo y los no especificados.” (Grau, A. Meneghello, J., 2000, p. 693).

Los trastornos de personalidad (TP), afectan significativamente la vida de las personas, y es que el patrón de creencias irracionales son aún demasiado exagerados que difícilmente pueden ser cambiadas o modificadas, por ello no se habla de una cura, sino más bien de un tratamiento.

Los TP provocan disfunciones en todos o en la mayoría de los sistemas, procesos, o funciones que nos identifican o caracterizan: en el ámbito de la regulación de los efectos y las emociones, en el de las relaciones con los demás, en los modos en que elaboramos la información que recibimos (generando, por ejemplo, creencias y valoraciones distorsionadas sobre el mundo), y en cómo nos comportamos y actuamos en la vida cotidiana. (Belloch & Fernández, H., 2010, p. 25).

Para dejar aclarado los trastornos de personalidad de manera general, se podría decir que no es suficiente con entender la dinámica con la que el trastorno se presenta sino como cada individuo interactúa y toma partido de su estado, el reconocimiento de ciertos comportamientos disfuncionales podría ser clave para un tratamiento con alta probabilidad de mejora:

En definitiva, si como antes decíamos que la personalidad es algo más que la suma de sus partes que la forman, los TP se caracterizan precisamente por su globalidad, de tal modo que buscar el núcleo del problema en uno o dos de los subsistemas o partes que la componen (por ej., en la presencia extrema de tal o cual rasgo), sin tener en cuenta las relaciones complejas que mantienen con el resto, (...)” (Belloch & Fernández, H., 2010, p. 25)

Según el DSM – IV existen 10 tipos de trastornos de personalidad que a continuación se resumen:

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación.

- ✓ El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

- ✓ El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
- ✓ El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- ✓ El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- ✓ El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
- ✓ El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
- ✓ El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- ✓ El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- ✓ El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- ✓ El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. (DSM – IV, 1995, p. 645)

En este apartado también se extienden los criterios diagnósticos según el manual y que acompañan ciertas aclaraciones en cuanto al diagnóstico de personalidad.

Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y des adaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las

expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: (DSM – IV, 1995, p. 646)

- ✓ (Criterio A) Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- ✓ (Criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ✓ (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta
- ✓ (Criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental.
- ✓ (Criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia
- ✓ (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).
- ✓ (Criterio F). También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección. (DSM – IV, 1995, p. 646)

Estos criterios diagnósticos y demás componentes, profundizan los aspectos de la personalidad patológica y hacen un acercamiento de como el ser humano se maneja con ciertos comportamientos normales y patológicos y que entraría en relación con el desarrollo evolutivo y demás instancias psicológicas.

2.8.5. LA DEPRESIÓN

En la adolescencia existe un común denominador por decirlo así - la depresión – este estado patológico posee varios síntomas que pueden repercutir en la salud mental y física de las personas, sin embargo no todos los adolescentes posee esta enfermedad, la mayoría se encuentra desanimado, triste y agobiado por situaciones de la vida cotidiana pero aun así no se las puede tomar a la ligera, (Redondo, Galdó, & García, 2008) refieren: “La crisis de originalidad juvenil

podía explicar la aparición de algunos síntomas depresivos frecuentes en esta edad sin llegar a constituir un cuadro patológico establecido.” (p. 277), como se ha citado, el hecho de encontrarse en el estadio del desarrollo evolutivo adolescente es base suficiente para que aparezcan ciertas dificultades en el estado anímico de la persona, (Nicolson & Ayers, 2001) mencionan: “Es posible que los adolescentes deprimidos tengan unas relaciones negativas con sus padres (en especial, de rechazo), hermanos y compañeros.” (p. 111).

Otro hecho son los factores que desencadenan ciertas alteraciones del ánimo que nada tienen que ver con la percepción de sí mismo, (Nicolson & Ayers, 2001) citan: “Divorcio y conflictos conyugales: Estas situaciones pueden llevar al adolescente a una grave depresión.” (p. 111), este indicador no es el único, existen otros como el maltrato que incluso acompañan otros cuadros psicológicos, (Nicolson & Ayers, 2001) refieren: “Cuando los adolescentes sufren estos maltratos, corren el riesgo de deprimirse, además de presentar otros problemas, como ansiedad, culpabilidad, vergüenza y agresividad.” (p. 111), la falta de apoyo y de contacto familiar dificulta y agrava aún más el sentir de los adolescentes, de allí parte la importancia de una adecuada y saludable relación familiar, (Nicolson & Ayers, 2001) mencionan: “Refuerzo operante (Skinner): La falta o el bajo nivel de refuerzo positivo de las respuestas de una persona la lleva a sentirse deprimida, situación que puede exacerbarse si carece de las habilidades sociales necesarias para conseguir recompensas.” (p. 111).

La prevalencia de las alteraciones del estado de ánimo es un indicador considerable de como la depresión está tomando cada vez más terreno en la población adolescente, contrastando además con las estadísticas de suicidio como causa de una depresión, (Redondo, Galdó, & García, 2008) mencionan: “Su prevalencia, del orden del 5% en la adolescencia, hace que la patología depresiva sea una de las más frecuentes en este periodo de la vida con importantes repercusiones: riesgo de suicidio, (...), dificultades escolares, de problemas familiares, de aislamiento social.” (p. 278). Sin importar la edad en la que la aparición de los síntomas depresivos los mismos son signos de alarma, y que podrían repercutir enormemente en el desarrollo normal del adolescente y en

muchos casos a inicios del mismo, (Chinchilla, 2008) cita: “En este sentido, hay autores que han descrito que hasta un 80% de los afectados de depresión a los 18 años ya presentaban síntomas de depresión mayor a los 11 y 14 años.” (p. 63).

Los cuadros depresivos por lo general no aparecen solos, sino que los acompaña ciertos desajustes que agravan aún más dicho cuadro, (Redondo, Galdó, & García, 2008) mencionan: “Además de esto, la depresión del adolescente raramente se muestra aisladamente, desde el punto de vista sintomático, siendo muy frecuente la aparición de la ansiedad y problemas conductuales que incluso sobreviven al propio proceso depresivo.” (p. 278), a la depresión se la define desde varios puntos de vista, muchos marcan a la depresión como humor depresivo, que casi no tiende a ser patológico, (Redondo, Galdó, & García, 2008) citan lo siguiente: “Podemos distinguir hasta tres usos técnicos del término de depresión. El primero es el «humor depresivo», definido como un estado psicológico no patológico y frecuente en la adolescencia.” (p. 278).

Existen un sinnúmero de síntomas que acompañan a la depresión, los mismos van desde alteraciones físicas y psicológicas, para ello, (Redondo, Galdó, & García, 2008) mencionan: “Los síntomas más frecuentes son un sentimiento de tensión psíquica y física acompañado de manera variable de trastornos neurovegetativos como en las situaciones de ansiedad (...), disneas, palpitaciones, (...), sensaciones de ahogo, impresión de pérdida de conciencia, etc.” (p. 282). Aunque las manifestaciones de la depresión son numerosas, no se puede dejar de lado un factor muy importante llamado autoestima, esta percepción de sí mismo en cuanto a valía y reconocimiento se encuentra vulnerado:

La baja autoestima y el sentimiento de inferioridad que se deriva son comunes a cualquier depresión sea cual sea la edad, pero las vicisitudes de la estima de uno mismo en la adolescencia hace de estos sujetos, a esta edad, particularmente vulnerables y sensibles a este tipo de depresión. (Redondo, C & Col., 2008, p. 282).

Al hablar de depresión convergen en ella muchos fenómenos, entre la ya mencionada baja autoestima, y otros como la ideación suicida, el acto suicida, que

derivan de este hecho, (Chinchilla, 2008) refiere: “La prevalencia a lo largo de la vida de tentativa de suicidio en adolescentes oscila entre el 3 y el 7.1%. Actualmente el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los 10 y los 19 años.” (p. 63), la importancia de conocer sobre la depresión y sus consecuencias son preponderantes a la hora de llevar a cabo un tratamiento, mucho tiene que ver en ese espacio sobre el historial familiar, ya que por lo general existe predisposición familiar en cuanto a la patología depresiva, e intento suicida, (Chinchilla, 2008) menciona: “Como factores de riesgo de suicidio en adolescentes encontramos, además de la propia psicopatología del sujeto, los antecedentes familiares de trastornos afectivos, (...), muerte o abandono de progenitores, (...), alcoholismo, historia de abusos sexuales (...),” (p. 64).

Varios son los factores que acompañan a la depresión, según distintos autores también se extienden una lista de clasificados de dicha patología, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) refieren: “el estado de ánimo y la presencia de una «doble depresión» (es decir, la superposición de una depresión mayor sobre una distimia ya existente) han resultado estar significativamente asociados con la conducta suicida en adolescentes.” (p. 35), una de las claves generadores de depresión se encuentra en la forma en la que la persona piensa sobre sí mismo, y el mundo que lo rodea, por lo general la persona está llena de pensamientos irracionales y creencias disfuncionales, Rotheram, Trautman, Dopkins y ShROUT, 1990, y Cole 1992 citados por (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) citan lo siguiente: “También se ha descubierto asociaciones entre la depresión y atribuciones disfuncionales de eventos positivos y negativos, así como con determinados estilos cognitivos y con la desesperanza.” (p. 35), este hecho ahonda lo que la psicología reflexiva o cognitiva refiere.

Una de las contribuciones más importantes es la relación que existe entre la depresión y los trastornos de personalidad, muchas formas en las cuales la persona piensa, siente y actúa, en base a sus aprendizajes serán decisivos en el momento de resolver ciertas crisis, manejar situaciones cotidianas, enfrentarse a una enfermedad, resolver problemas y asumir consecuencias:

Existen estudios sobre la relación entre depresión y trastornos de personalidad. Estas investigaciones muestran que al menos un 60% de adolescentes deprimidos han podido presentar un trastorno de personalidad. Lo más frecuente de tipo borderline (30% de trastornos de la personalidad se asocian con una depresión). (Redondo, C & Col., 2008, p. 286).

Los trastornos de personalidad poseen un historial de depresión, pero con relación a los rasgos y ciertas formas en los cuales los adolescentes enfrentan ciertas circunstancias propias de la edad e incluso otras muy difíciles, dichos rasgos permitirían enfrentar la depresión si se diera el caso, o que los mismos rasgos sean generadores de ciertas manifestaciones disfuncionales del estado de ánimo.

2.8.6. DEPRESIÓN SÍNTOMAS Y POSTULADOS

Los síntomas de la depresión son diversos, pero cada uno conlleva a un estado grave si no es tratado a tiempo, (Chinchilla, 2008) menciona: “El paciente deprimido se nos puede presentar con facies triste, con disminución del contacto visual, como apático o vacío, con pena (...)” (p. 109), esta desconcentración y vacío emocional son comunes en las personas que padecen depresión, no obstante se estima que la población más vulnerable son las mujeres, esto incluye desde luego a las jóvenes adolescentes.

La mayoría de los estudios transversales revelan que existe una mayor proporción de depresión en mujeres (alrededor del 10%) en comparación con los hombres (alrededor del 6%), pero las tasas de prevalencia parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil. (Rosas, M., López, E., 2011, p. 11)

Por otro lado los adolescentes por su edad son más vulnerables a sobresalir de la depresión más si el apoyo familiar e institucional está ausente, y es que cuando se habla de depresión el riesgo suicida es evidente, (Buendía, Riquelme,

& Ruiz, 2004) refieren: “Además, la depresión parece que está relacionada muy directamente con la ideación suicida (Lester y Gatto, 1989).” (p. 36), otra de las formas en la que aparece la tristeza profunda es la desesperanza por ello, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) citan lo siguiente: “Beck define la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro.” (p. 36), sin embargo existen una naturalidad de reacción en los estados anímicos propios de la edad adolescente, (Melgosa, 1997) refiere: “Los grandes cambios biológicos de la edad, la creciente sexualidad, la incertidumbre por el futuro, las relaciones personales, las nuevas capacidades, así como las exigencias y expectativas del entorno, ejercen una fuerte presión sobre el adolescente.” (p. 112).

Uno de los postulados interesantes sobre la depresión son las creencias irracionales y pensamientos disfuncionales que hacen a la persona asumir ciertas percepciones erróneas de si mismo y del mundo que lo rodea, Aron. Beck y Col. (2006) mencionan: “En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.” (p. 21), varios son los pensamientos irracionales que se encuentra en la depresión uno de ellos es la generalización excesiva que suele ser rígida y sus conclusiones son desordenadamente patológicas, por ello Aron. (Beck & Col, 2006) citan lo siguiente: “Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas”. (p. 222).

Los síntomas más generales de la depresión se encuentran comprendidos en varias conjuntos esquemas así:

Síntomas del Síndrome depresivo

Alteraciones emocionales:

- ✓ Tristeza patológica

- ✓ Ansiedad
- ✓ Intranquilidad
- ✓ Malhumor

Alteraciones del pensamiento:

- ✓ Dificultad de concentración.
- ✓ Desesperanza
- ✓ Ideas de culpa
- ✓ Indecisión
- ✓ Ideas de ruina
- ✓ Preocupación
- ✓ Hipocondría
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Ideas de suicidio
- ✓ Pesimismo

Alteraciones somáticas

- ✓ Sueño
- ✓ Fatiga
- ✓ Apetito
- ✓ Peso
- ✓ Dolores
- ✓ Menstruación
- ✓ Trastorno intestinal.

Alteraciones de ritmo.

- ✓ Cicariato
- ✓ Menstrual
- ✓ Estacional
- ✓ Ritmos propios

Alteraciones del Comportamientos

- ✓ Llanto
- ✓ Lentificación
- ✓ Agitación
- ✓ Aislamiento. (Retamal, P., 2005, p. 32)

2.8.6.1. Generalidades y tratamiento de la depresión

Se ha tomado a la depresión desde la perspectiva del desarrollo evolutivo, en este caso los adolescentes, sin embargo es prioritario indagar sobre ciertas generalidades a fin de profundizar y dar paso a los aspectos más particulares. Existen antecedentes familiares de depresión y con relación a la edad de inicio, lo cual genera cierta especulación sobre como la depresión está comprendida en ciclos y como consecuencia de factores desencadenantes, Aron. Beck y Col. (2006) refieren: “Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento. (Schuyler y Katz, 1973). ” (p.11), sin lugar a duda la intervención psicológica es una de las herramientas muy utilizadas para el tratamiento de la depresión, (Melgosa, 1997): “El adolescente depresivo necesita ayuda para acudir al profesional.” (p. 114)

El pensamiento disfuncional y ciertos aprendizajes son generadores de depresión, sin dejar a un lado los sucesos traumáticos como: el abuso sexual, el duelo, maltrato, entre otros, (Grau & Meneghello, 2000) mencionan: “Algunos autores como (Beck, 1979); Bennett – Coleman, 2002; Rush y Beck, 2000) sostienen que los individuos que padecen de depresión son influidos por esquemas de información emocional negativa cuando evalúan los eventos del medio.”(p. 15), dicho postulado enmarca cómo la influencia de la cognición humana desencadena alteraciones del estado de ánimo, el suicidio así como derivados del mismo son de valoración y protección prioritarios en el profesional tratante, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) refieren: “Respecto a la valoración de los recursos psicológicos de la conducta suicida, el apoyo social es quizá el factor de protección más importante (Blumenthal & Kupfer, 1990).” (p. 40).

Muchos adolescentes carecen de dicha protección social, para ello, (Berger, 2007) cita lo siguiente: “Algunos adolescentes carecen del apoyo y la guía de su familia, los amigos o la escuela y pierden la confianza en su futuro.” (p. 521), de este hecho parte la importancia del tratamiento de dichas afecciones. Existen un sin número de terapias con diversos modelos o enfoques, pero con las investigaciones más recientes se ha podido percibir que la terapia cognitiva conductual es muy relevante en tratar dichas alteraciones del estado de ánimo, (Thase, 1999) refiere: “La terapia de la conducta cognitiva (TCC) es la forma más ampliamente estudiada de psicoterapia para la depresión.” (p. 59), dicho enfoque está estructurado de forma que su duración es normativa y práctica, (Thase, 1999) menciona: “La TCC es un modelo estructurado de psicoterapia, limitado en el tiempo, que se aplica generalmente en un período de entre tres a seis meses.” (p. 59).

La terapia cognitiva se centra en el cambio de pensamientos disfuncionales por pensamientos adaptativos funcionales, en este caso, hacer que la persona deprimida cambie su cognición a fin de eliminar ciertos sentimientos de indefensión y minusvalía, (Grau & Meneghello, 2000):”La suposición básica de la terapia cognitiva es que el sistema cognitivo de los pacientes con desordenes emocionales puede ser modificado a través de manipulaciones conductuales y verbales para obtener reajustes emocionales (...).” (p. 17). Otro postulado refiere:

La TCC se centra en torno a la comprensión de las relaciones funcionales entre los procesos del pensamiento, el contenido del pensamiento, (...) perturbaciones del estado de ánimo, y la ayuda a los pacientes para aprender a usar mejor los recursos necesarios para el manejo de la depresión. (Thase, M., 1999, p. 60).

Varios de los tratamientos según el caso son tratados con psicofármacos pero que no deben estar distanciados de la terapia psicológica ya que el tratamiento más óptimo y que logra resultados son aquellos que se manejan multidisciplinariamente:

Hay tres tipos de medicamentos que se utilizan ampliamente en el tratamiento de las depresiones:

- antidepresivos tricíclicos,
- inhibidores de la monoaminoxidasa,
- sales de litio. (Melgosa, J., 1997, p. 115).

2.8.6.2. Síntomas Cognitivos

Distintos síntomas cognitivos están ligados al pensamiento o cognición que en este caso están relacionados a la depresión, Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974, citado por (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) refieren: “La desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir.” (p. 36). Dichos pensamientos hacen a la persona caer en un cuadro patológico y grave, la desesperanza es el desencadenante de muchas más manifestaciones clínicas, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) menciona: “Beck (1967) identificó la desesperanza como un importante predictor de la ideación y conducta suicida.” (p. 37).

Otro de los síntomas cognitivos se enfocan de manera general y poseen un contenido orgánico y psicológico como el siguiente esquema:

Pensamiento – Cognición:

- Pensamiento enlentecido, contenidos monotemáticos de tonalidad negativa.
- Anomalías cognitivas centrales en la memoria, la atención y la concentración.
- Pérdida de insight, y en especial en las melancolías psicóticas.
- Alteraciones del contenido del pensamiento: ideación delirante congruente o no con el estado de ánimo, Los temas delirantes más frecuentes son de perjuicio y persecución, culpa, haber cometido pecado e ideación de referencia.(Chinchilla, A., 2008, p. 114):

Otro de los puntos importantes es el hecho de como los adolescentes asumen y disciernen ciertos pensamientos, Beck, (1976) citado por (Nicolson & Ayers, 2001) mencionan: “Esquemas depresógeno (...) Este esquema puede llevar a la depresión cuando las personas tienen una visión pésima de sí mismas, del mundo y del futuro.” (p. 112).

2.8.6.3. Síntomas Emocionales

Dentro de los síntomas emocionales se encuentra un factor muy importante que se refiere a la autoestima, sin olvidar que el esquema cognitivo enmarca tres formas básicas: pensamiento, sentimiento y conducta, (Berger, 2007) menciona: “Una pérdida de la autoestima no los conduce a una actitud realista sino más bien hacia la depresión clínica, un sentimiento abrumador y persistente de tristeza y desesperanza que perturba todas las actividades regulares y normales.” (p. 521). Dichos síntomas se agudizan en este caso los emocionales con la falta de apoyo social y familiar, (Berger, 2007): “Algunos adolescentes carecen del apoyo y la guía de su familia, los amigos o la escuela y pierden la confianza en su futuro.” (p. 521).

Las pérdidas son una de las tantas formas en las cuales los síntomas emocionales se hacen presentes:

Las relaciones personales que se han quebrado, a menudo dan como resultado cambios en el estado de ánimo y aunque el quiebre de las relaciones no son las mismas necesarias y suficientes para producir depresión clínica, las dificultades interpersonales usualmente son asociados con la enfermedad (además de provocar aflicción normal). (Retamal, P., 2005, p. 29)

Restaurar el espacio emocional es una tarea difícil, los sentimientos se manifiestan en larga duración, el desánimo, apatía, distimia, culpabilidad, irritabilidad, sentimiento de abandono e indefensión, son comunes en la depresión sin embargo cabe notar que los vínculos afectivos son relevantes a la hora de enfrentar dichos sentimientos, esto es aclarado por, (Retamal, 2005) quien refiere: “Las emociones humanas intensas (amor, odio, envidia, rivalidad, etc.) están

asociadas con la formación, mantención, quiebre y renovación de los vínculos afectivos. En general, los individuos son más vulnerables a la depresión cuando los vínculos afectivos están rotos.”(p. 30).

2.8.6.4. Síntomas Físicos

El estado físico de quien padece de depresión ocasiona riesgos inmediatos y futuros, muchos con secuelas graves recaen en una depresión mayor, mientras que otros el suicidio se convierte en una alternativa, entre los síntomas físicos según, (Chinchilla, 2008) son los siguientes: “Cefaleas, algias varias, estreñimiento, sequedad de la boca, palpitaciones, anorexia y pérdida de peso.” (p.114).

Existen otras a más de las mencionadas que contribuyen a un malestar significativo:

Alteraciones somáticas

- ✓ Sueño
- ✓ Fatiga
- ✓ Apetito
- ✓ Peso
- ✓ Dolores
- ✓ Menstruación
- ✓ Trastorno intestinal. (Retamal, P., 2005, p. 32)

Cabe aclarar que los síntomas físicos entran en relación con los psicológicos.

2.8.7. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

Muchas son las causas generadoras de depresión una de ellas ya mencionadas por, Aron. Beck y Col. (2006) que refieren: “En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a

esquemas inadecuados prepotentes.” (p. 21), otra de los postulados están relacionados con la forma en la que las personas miran su situación, (Grau & Meneghello, 2000) : “Algunos autores como (Beck, 1979); Bennett – Coleman, 2002; Rush y Beck, 2000) sostienen que los individuos que padecen de depresión son influidos por esquemas de información emocional negativa cuando evalúan los eventos del medio”.(p. 15).

Otro punto de vista marca la baja autoestima como influyente directo de la depresión, sin dejar a un lado que la personalidad juega un rol muy importante, (Nicolson & Ayers, 2001): “Los adolescentes que tienen distorsiones cognitivas tienden a una autoestima más baja, desesperanza y ser menos capaces de recordar acontecimientos positivos.” (p. 112), esto conlleva al hecho de que mayor y adecuados son los pensamientos de la persona menor riesgo de padecer un trastorno del estado de ánimo, y perturbaciones en la personalidad.

Como se ha visto muchas de las causales poseen un desencadenante, por ello es común pensar que las alteraciones sean por decirlo así numerosas:

Sobre la base de las experiencias psicoterapéuticas con adolescentes de las más diversas patologías, incluyendo (...), “los trastornos de la personalidad”, cuadros neuróticos y psicopáticos, así como episodios psicóticos en la línea de las patologías afectivas más claras como también en las serias alteraciones cognitivas y del pensamiento, (...) (Grau. A, Meneghello, J. (2000, p. 737).

2.8.7.1. Causas Genéticas.

La predisposición genética es un determinante a la hora de indagar sobre la presencia de trastornos mentales, esto desde luego incluye a la depresión, mucho tiene que ver la crianza y las creencias que la persona a adquirido a lo largo de la vida, (Berger, 2007) refiere: “Aunque los signos y las causas de la depresión clínica anteceden a la adolescencia e incluyen la vulnerabilidad genética y una madre depresiva que fue la cuidadora primaria del adolescente cuando era pequeño (Cicchetti y Toth, 1998), (...)” (p. 521), no cabe duda que la influencia

hereditaria marca el proceso de como la persona enfrenta ciertos momentos de la vida cotidiana.

Existen varios estudios que fundamentan que la depresión posee una causal genética, esto podría tomarse como una causal importante a la hora de conocer

Los estudios con gemelos univitelinos entregan fundamento a la contribución hereditaria de la depresión. En ellos la concordancia sería más alta que el 50%, es decir de cien parejas de hermanos gemelos univitelinos (correspondientes a 200 personas), a lo menos 50 (100 personas) son concordantes respecto a la presencia de la enfermedad en ambos hermanos. (Retamal, P., 2005, p. 21).

Sin lugar a duda, los indicadores que apuntan a la depresión se encuentran en el historial familiar, y es que no solo la depresión como enfermedad posee sus antecedentes sino otras patologías para ello, (Nicolson & Ayers, 2001) citan lo siguiente: “Con frecuencia, los adolescentes deprimidos provienen de familias con elevados niveles de depresión y otros trastornos.” (p. 112).

2.8.7.2. Bioquímicamente (causas).

El cerebro humano posee varios órganos que ejecutan ciertas funciones, como por ejemplo el Sistema Límbico encargado de la parte emocional, y memoria. Cada una de las transmisiones neuronales poseen un componente eléctrico y químico, este último compuesto por: dopamina, serotonina, adrenalina, etc., en la depresión dichos elementos no son receptados adecuadamente generando de esta manera problemas en la transmisión sináptica, conllevando a la persona a padecer ciertas disfunciones a nivel cerebral, es por eso que muchos antidepresivos y demás medicamentos psicofarmacológicos actúan en la adecuada recaptación de dichos elementos y ayudando a la producción de los mismo, (Grau & Meneghello, 2000) mencionan: “Serotonina o 5- hidroxitriptamina (5 – HT). Es una monoamina química (...). Su adecuado funcionamiento mantiene la normalidad en el apetito, la temperatura, el sueño, los estados de vigilia y la actividad sexual.” (p. 20), como se aprecia esta amina cumple una función muy importante, no obstante cabe recordar que la disminución de sueño, y la libido,

son uno de los síntomas de la depresión por ello al encontrarse un decremento en la serotonina el cuerpo tiende a estas reacciones.

Otro de los neurotransmisores es la dopamina que cumple una función preponderante, (Grau & Meneghello, 2000) refieren: “La dopamina. Es la monoamina química que está asociada con la obtención de placer del placer, y cuya alteración parece relacionarse con problemas de la atención, motivación, apatía y estado de alerta entre otros.” (p. 21), en la depresión la falta de atención, motivación y anhedonia son el común denominador por ello al disminuir la función dopaminérgica, el estado de ánimo sufre serios cambios.

Numerosos son los neurotransmisores que acompañan ciertos déficits que alteran el estado de ánimo de la persona, (Grau & Meneghello, 2000) menciona el siguiente: “La noradrenalina o norepinefrina. Este neurotransmisor también es una monoamina química que se localiza en el cerebro, cuya función impacta, como en el caso de la serotonina, los cambios de humor, los impulsos de ira y el placer sexual, (...)” (p.21), los cambios de humor y la irritabilidad hacen a la depresión una enfermedad peligrosa, (Retamal, 2005) refiere: “De acuerdo con todo lo anterior en la depresión existe una hiperactividad de los diversos sistemas neuroendocrinos.” (p. 25), muchas de las prescripciones de medicamentos que combaten la depresión son profundamente analizados ya que sus efectos secundarios son relativamente peligrosos, no obstante la función química en el cerebro es clave para la comprensión de cómo la depresión actúa en todas sus áreas.

2.8.7.3. Causas Psicológicas

Dentro de las causas psicológicas que se ligan a la depresión se podría decir que son numerosas pero que en la adolescencia son aún más relevantes más si los mismos están pasando por ciertas crisis y responsabilidades propias de la edad o no, (Retamal, 2005) refiere: “Se ha establecido una relación entre traumas precoces (abuso físico y sexual, cuidados negligentes e insuficientes, pobre soporte emocional, pérdidas parentales) y el desarrollo de depresión en años posteriores.” (p. 23), estos indicadores son precursores de un sinnúmero de

manifestaciones que alteran el estado de ánimo de la persona, al mismo tiempo el autor argumenta y profundiza lo siguiente manera: (Retamal, 2005) cita: “Entre las experiencias de la niñez que se consideran ligadas al desarrollo ulterior de psicopatología en la vida adulta están la pérdida de un padre (muerte, separación geográfica, distancia emocional), sobreprotección, abuso infantil o negligencia en los cuidados.” (p. 30).

Cuando se habla de depresión otros componentes, como la baja autoestima y el suicidio se hacen presentes, por ello, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) mencionan: “En adolescentes con trastornos del estado de ánimo, la desesperanza y la baja autoestima parecen estar en relación con la presencia de ideación suicida grave (Brent et al., 1990).” (p. 37).

Otra de las formas en las cuales se proyecta la depresión en la adolescencia como causas psicológicas son el mismo periodo del desarrollo eso lo certifica, (Parolari, 1995) quien menciona: “Las irregularidades y desajustes del período de desarrollo del adolescente repercuten internamente en su psiquismo y se traducen en desórdenes exteriores.” (p. 138), dichos desordenes pueden ser muy comunes como por ejemplo la decepción amorosa, malas calificaciones etc., aunque parezcan leves son importantes y serias a la hora de tratarlas, ya que para el adolescente son significativas, (Melgosa, 1997) cita: “A raíz de un desengaño amoroso surgen casi invariablemente dudas en cuanto a la autoestima. El joven o la muchacha en estas circunstancias necesita toda suerte de mensajes que destaquen sus cualidades y valores.” (p. 111).

El apoyo familiar y social son indispensables para que las emociones y la autoestima se equilibren inhibiendo de esta manera pensamientos irracionales, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) menciona: “Respecto a la valoración de los recursos psicológicos de la conducta suicida, es apoyo social es quizá el factor de protección más importante (Blumenthal y Kupfer, 1990).” (p. 40).

Algunos de los conflictos familiares ahondan ciertas manifestaciones depresivas y que conllevan al suicidio, (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) refieren: “Entre los problemas familiares que contribuyen al suicidio en

adolescentes resaltan la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación del adolescente con respecto a la familia, así como amor, afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la familia (Dukes & Lorch, 1989).” (p. 38), es prioritario que tanto los adolescentes como los padres de familia conozcan sobre la depresión y sus consecuencias, así como también la personalidad de sus hijos a fin de establecer relaciones duraderas y sanas, (Parolari, 1995) menciona: “Es fundamental que los padres conozcan los principales problemas o alteraciones de la conducta del adolescente, con el propósito de ayudarlo a prepararse para la vida adulta con seguridad y tranquilidad.” (p. 143), existe un muy buen componente que aclara de mejor manera la participación de la familia en relación a prevenir ciertos desajustes del estado de ánimo y de conducta, (Parolari, 1995) cita: “Cuando mayor sea la comprensión de los padres y la aceptación de sus ideas, menor será la posibilidad de que el joven busque soluciones fuera de casa.” (p. 155).

2.8.8. TIPOS DE DEPRESIÓN

Los manuales de diagnóstico psicológico citan tipos de desórdenes depresivos, los mismos están suscritos con diversos signos y síntomas para poder diferenciarlos y tratarlos. Es necesario que en un principio se conozca la prevalencia en porcentajes de los mismos, para ello (Chinchilla, 2008) citan lo siguiente: “Estudios de seguimiento a cinco años estiman que un 20 – 40% de los adolescentes que sufren depresión mayor evolucionan a trastorno bipolar 1 en la edad adulta.” (p. 63), otro de los indicadores sugieren una combinación de trastornos, (Redondo, Galdó, & García, 2008) “Los trastornos depresivos del adolescente, el episodio depresivo mayor y la distimia, raramente parecen de forma aislada.” (p. 285), estas alteraciones en la adolescencia pueden no ser tan frecuentes e incluso aisladas de la patología como tal, lo minucioso del asunto es que los profesionales discernan un diagnóstico correcto, (Grau & Meneghello, 2000) refieren: “Considero que la depresión indudable, e inevitablemente, va a acompañar a toda la adolescencia. Entretanto, es importante discriminar que este sustrato depresivo no es una depresión patológica, pero que sí interesa tenerlo en cuenta para no incurrir en errores diagnósticos (...)” (p. 738).

Existen otros trastornos que acompañan a la adolescencia causando un malestar significativo con secuelas graves, (Chinchilla, 2008) cita: “El trastorno afectivo estacional, la depresión atípica y el trastorno disfórico premenstrual emergen durante la adolescencia.” (p. 63), aunque estas anomalías aparezcan en la adolescencia existe una muy común en el ámbito clínico que ha sido de difícil tratamiento, (Melgosa, 1997) menciona lo siguiente: “La depresión clínica o depresión mayor es un trastorno afectivo con efectos profundos y prolongados sobre el funcionamiento físico y psicológico del sujeto.” (p. 112).

2.8.8.1. Trastornos del estado de ánimo según el DSM - IV

Los trastornos del estado de ánimo acompañan criterios diagnósticos que los diferencian unos de otros, a fin de establecer un diagnóstico preciso y el adecuado tratamiento:

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. (DSM – IV, 1995, p. 323)

Otra clasificación prescribe otras alteraciones, que de igual forma poseen sus criterios diagnósticos en tiempo y frecuencia:

La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes. (DSM – IV, 1995, p. 323).

Las formas que en el manual se especifican es la diferencia entre trastornos, muchos de ellos se parecen en síntomas pero difieren en historial, frecuencia, e inicio del mismo:

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. (DSM – IV, 1995, p. 323).

A continuación se describen cada una de las clasificaciones de los trastornos del estado de ánimo según el DSM – IV:

- ✓ El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- ✓ El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ✓ El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo

mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

- ✓ El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- ✓ El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- ✓ El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ✓ El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- ✓ El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- ✓ El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- ✓ El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda). (DSM – IV, 1995, p. 323, 324).

Todos y cada uno de los trastornos mencionados sugieren varios criterios para su diagnóstico, el tiempo, frecuencia, e inicio de la aparición son necesarios para diferenciarlos e indagar sobre su pronóstico y aplicación clínica, cabe

destacar que la adolescencia es un indicador que sugiere vulnerabilidad a dichos trastornos del estado de ánimo.

2.9. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

2.9.1. Hipótesis alterna, HI o H1:

Los rasgos de la personalidad repercuten en la depresión de las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América

2.9.2. Hipótesis nula H0:

Los rasgos de la personalidad no repercuten en la depresión de las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América

2.10. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

- ✓ **Variable independiente:** Rasgos de personalidad
- ✓ **Variable dependiente:** Depresión

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizaba en la Unidad Educativa Hispano América

3.1.ENFOQUE DE LA MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación posee un indicador cuantitativo y cualitativo, este último se enmarca en la recolección de información en relación a la depresión, ya que de esta manera se hará contacto interpersonal con los involucrados y permitirá el análisis de la investigación así como también una clara comprensión del comportamiento humano.

Por otra parte el estudio comprende una fase cuantitativa, la misma permitirá obtener información clara y precisa sobre las variables presentadas, de este modo dando cifras de como dicha problemática, de este modo se dará paso a la contestación de las interrogantes, corroborar hipótesis. Tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo se sumergen en datos validados en relación a los rasgos de personalidad y la depresión en madres adolescentes.

Una vez relacionado las variables esta metodología apunta a la comprensión de los datos obtenidos a fin de dar paso a una propuesta de solución que en este caso está orientado al tratamiento de la depresión que sin lugar a duda prevendrá consecuencias futuras, dicha metodología además está basada en componentes acercados lo más posible a la cultura y realidad de las adolescentes involucradas lo cual favorece a la investigación y enriquece los datos a obtenerse.

3.2. MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Bibliográfica o documental

✓ Fuentes primarias

La principal fuente de información esta recolectada en base a los reportes de madres adolescentes, y entrevista con las mismas, dichos reportes fueron proporcionados por el departamento de consejería estudiantil, al mismo tiempo, el diálogo directo con las estudiantes permitió profundizar ciertos comportamientos y actitudes que dieron paso a la relación de las variables y al tema propuesto como tal.

✓ Fuentes secundarias

Esta investigación fue sustentada en base a estudio de textos, libros, documentos online, test relacionados al tema, que poseen validación y certificación científica.

✓ De campo

La tesis expuesta relaciona los rasgos de personalidad generadora de depresión en las madres adolescentes, habiendo encontrado estos indicios en la población, dio paso a que la investigación se realizara en la Unidad Educativa Hispano América, la misma posee un número considerable de estudiantes del sexo femenino así como también de embarazo adolescente. Dicha población está comprendida en los años de bachillerato dándose así una globalidad muy importante para la toma de reactivos y exploración de campo.

La toma de los reactivos estas compuestas cada una con su respectiva variable, así: la variable independiente que se refiere a los rasgos de personalidad está estandarizada por el Cuestionario Big Five, que mide dichos rasgos, este reactivo está diseñado por G.V. Caprada, C. Barbaranelli, L. Borgogni, (2007) adaptación española, lo que proyecta datos cuantificables. En relación a la variable dependiente se ha tomado el Inventario de Depresión de Beck, con su última revisión (2011) adaptación española. Cada variable está analizada en relación a los datos obtenidos de los reactivos, lo cual proporcionara datos cuantificables e información valedera, dando la apertura para un análisis

cualitativo. Dicha información recabada posibilita la confirmación de la hipótesis planteada y la intervención oportuna.

Enfoque de la Investigación

El trabajo de investigación tendrá un enfoque crítico propositivo; propositivo de carácter cuantitativo y cualitativo dentro de la investigación. Cuantitativo porque se recogerá información de los niveles de depresión que será sometida a un análisis matemático y Cualitativo porque estos resultados porcentuales pasarán a la criticidad con soporte del Marco Teórico.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Investigación exploratoria

El presente proyecto de investigación explora minuciosamente las variables propuestas, recopilando información científica que sustenta la hipótesis o la descarta. La información necesaria y actual en libros y revistas científicas dan una visión explícita y profunda dando se lugar a postulados y teorías que proporcionan a esta investigación la confiabilidad y validez necesaria para ser considerada útil a la ciencia practica psicológica.

3.3.2. Investigación asociación de variables

En este espacio la comprensión de las variables independiente y dependiente es fundamental y necesaria, siendo los rasgos de personalidad la variable independiente y la depresión la variable dependiente. La perspectiva es relacionar estos indicadores a fin de comprender y sacar beneficios dando una solución. Una de las formas en las cuales esta relación se hace presente es que tanto los rasgos de personalidad son influyentes en el estado depresivo de las madres adolescentes, de esta manera provocando alteraciones a un más significativas en la persona y su entorno.

3.3.3 Investigación explicativa

La metodología aplicada y la contestación a las interrogantes planteadas ofrecen una visión dinámica a la investigación sumado obviamente a la relación entre las variables expuestas. Para el logro de esta comprensión metodológica es indispensable la participación de test psicológicos y recolección de datos valederos que sustenten la investigación y que inmiscuyen favorablemente a la población adolescente.

Mediante los resultados en base a los test y teorías científicas y psicológicas, se pretende intervenir en la población vulnerable a fin de prevenir desajustes, no obstante la verificación de la hipótesis es fundamental para la investigación y el proceso de intervención. Cave notar además que la comprensión de las variables ayuda a enriquecer la ciencia psicológica y sus componentes.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La investigación contara con una población de adolescentes mujeres en el rango de edades 16 a 18 años de edad, siendo alrededor de 36 personas las involucradas.

Por lo que no se requerirá de cálculo de muestra siendo $N= n$

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la investigación en relación a la variable independiente se toma el Cuestionario “Big Five” de los autores: G.V. Caprada; C. Barbaranelli y L. Borgorni, dicho reactivo posee una revisión en el año 2007 (4ta edición), con adaptación española, su aplicación puede ser tanto individual como colectiva, en población adolescente y adulta, el tiempo estimado es de entre 20 y 30 minutos. Su fiabilidad consta de 5 dimensiones y 10 subdimensiones de la personalidad y una escala de Distorsión, el material consta de un manual y un cuadernillo de respuestas, (Bermúdez, J., 2007, p. 7).

Cada una de las escalas está compuesta por 12 elementos, a los que el sujeto contestara en una escala tipo Likert de cinco puntos. Cada uno de estos elementos puede ser considerado como un mini-instrumento de medida, su unidad más simple. Con respecto a la escala de distorsión, la misma mide la deseabilidad social, ese estilo de respuesta que el sujeto puede poner en juego para mostrar unos aspectos favorables de su personalidad y eludir los menos favorables, esa deseabilidad social no afecta por igual a todas las variables del BFQ, (Bermúdez, J., 2007, p. 19, 29).

Las puntuaciones centiles se distribuyen en una escala ordinal que va desde 1 a 99, tienen su valor promedio centil 50, normalmente se expresan en valores enteros y vienen a indicar el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en el rasgo apreciado por la variable. (Bermúdez, J., 2007, p. 35).

Interpretación de las dimensiones y subdimensiones, ENERGÍA (E), la persona que alcanza una dimensión alta tiende a describirse como muy dinámica, activa, enérgica, dominante y locuaz, por lo contrario si hay puntuación baja, la persona se describe como: poco dinámica y activa, poco enérgica sumisa y taciturna. La misma está definida por las subdimensiones Dinamismo (Di) y Dominancia (Do). AFABILIDAD (A), si existe puntuación alta en esta dimensión la persona se describe como cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa, empática. Por lo contrario, la persona con puntuación baja se describe como poco cooperativa, poco cordial, poco generosa y poco altruista. Esta dimensión se define por las subdimensiones de Cooperación/Empática (Cp) y Cordialidad/Amabilidad (Co).

TENCIÓN (T), de existir puntuación alta en esta dimensión la persona se describe como muy reflexiva, escrupulosa, ordenada, diligente y perseverante. Por lo contrario, la persona con puntuación baja posee la descripción de poco reflexiva, poco escrupulosa, poco ordena, poco diligente y poco perseverante. La misma posee subdimensiones Escrupulosidad (Es) y Perseverancia (Pe). ESTABILIDAD EMOCIONAL (EE), la persona que posee puntuación alta tiende a describirse como poco ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e

irritable. Por lo contrario, la persona con puntuación baja tiende a describirse como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable. Esta dimensión se define por las subdimensiones de Control de emociones (Ce) y Control de los impulsos (Ci).

APERTURA MENTAL (AM), la persona que posee puntuación alta se describe así mismo como muy culta, informada, interesada por las cosas y experiencias nuevas, dispuesta al contacto con culturas y costumbres distintas. Por lo contrario si posee puntuaciones bajas la persona se describe como poco culta, poco informada, poco interesada por las cosas y experiencias nuevas y refractaria al contacto con culturas y costumbres. Esta dimensión viene definida por las subdimensiones de Apertura a la cultura (Ac) y Apertura a la experiencia (Ae). (Bermúdez, J., 2007, p. 38, 39, 40).

Para la calificación e interpretación se toma en cuenta los adjetivos de grado. El adjetivo de grado (adjetivo 1°) está relacionado con la puntuación empírica en una escala de cinco categorías, desde un grado (muy bajo) a un grado (muy alto), (Bermúdez, J., 2007, p. 42). Se extienden además Perfiles que corresponden con los seis factores, el primero, el Perfil 1 Realista: este tipo tiende a ser concreto, práctico, con pocos intereses culturales, prefiere trabajar con los objetos. Perfil 2 Tipo Investigador: este tipo tiende a ocuparse de áreas científicas, está interesado en trabajar sobre las ideas, los símbolos, las palabras; agudo, intelectual, con interés diversos y una clara predisposición para el conocimiento. (Bermúdez, J., 2007, p. 44, 45).

Perfil 3 tipo Creativo: este tipo muestran inclinación e interés hacia las artes y prefieren trabajar en ámbitos en los que sea posible expresar la propia creatividad. Son independientes socialmente, volubles y nerviosas, poco interesadas en la precisión por encima de todo. Perfil 4 tipo Social: tipo de personas amistoso y popular, se relaciona bien con las personas, le gusta estar con los demás, es bastante realista, sereno y optimista. (Bermúdez, J., 2007, p. 46, 47).

Perfil 5 tipo dirigente: este tipo está orientado a convencer, influir y guiar a las otras personas; es enérgico, comprensivo, entusiasta, tolerante al estrés y

seguro de sí mismo. Perfil 6 tipo Convencional: este tipo prefiere aquellas tareas en las que los objetivos y los procedimientos para su logro están bien definidos. (Bermúdez, J., 2007, p. 47, 49).

Dicho cuestionario mide los rasgos de personalidad en secciones y su calificación está basada en un máximo y un mínimo, del cual el rasgo más significativo y con valor numérico será el que determine a que tipo corresponde.

El segundo reactivo es el Inventario Depresión de Beck (1996), evalúa la gravedad del cuadro depresivo, el número de ítems son 21 en su versión completa, y su administración es auto aplicada, en cuanto a la descripción del reactivo se tiene:

El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

- ✓ Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.
- ✓ Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. (Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 2002., p. 45)

Para la correlación e interpretación se toma en cuenta el número de preguntas relacionadas entre si, sumado al total con sus respectivos indicadores, así:

En la versión de 21 ítems el valor de cada uno de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).

- ✓ Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima...).
- ✓ Ítem 2: 1-2-0-2-3.
- ✓ Ítem 3: 3-1-2-0-2.

- ✓ Ítem 4: 2-1-1-0-3.
- ✓ Ítem 5: 1-2-2-3-0.
- ✓ Ítem 6: 1-3-0-2-3.
- ✓ Ítem 7: 1-1-2-2-0.
- ✓ Ítem 8: 0-2-3-2-1.
- ✓ Ítem 9: 1-2-2-3-2-0.
- ✓ Ítem 10: 0-3-2-1.
- ✓ Ítem 11: 0-1-2-3.
- ✓ Ítem 12: 3-1-0-2.
- ✓ Ítem 13: 1-0-3-2.
- ✓ Ítem 14: 1-3-0-2.
- ✓ Ítem 15: 0-1-3-2-1
- ✓ Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3.
- ✓ Ítem 17: 1-2-0-3.
- ✓ Ítem 18: 3-1-2-0.
- ✓ Ítem 19: 0-1-2-3.
- ✓ Ítem 20: 2-1-0-3.
- ✓ Ítem 21: 1-3-2-0. (Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 2002., p. 45).

De esta manera los resultados se obtienen de la siguiente manera:

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- ✓ Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- ✓ Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- ✓ Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- ✓ Depresión grave: puntuación media de 30 puntos. (Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 2002., p. 46).

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

V.I: Rasgos de personalidad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES O CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMES BÁSICO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad. Aunque difieren más ampliamente de lo que en general se reconoce, las teorías de los rasgos en algunas suposiciones básicas. (Cloninger, S., 2002, p.	✓ Energía (E).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinamismo, dominancia ✓ Dinámica enérgica, dominante y locuaz. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creo que soy una persona activa y vigorosa. ✓ Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas más que condescender con ellas. 	Cuestionario “Big Five” de Rasgos de personalidad. Autores: G.V. Caprada; C. Barbaranelli y L. Borgorni, año 2007 (4ta edición),
	✓ Afabilidad (A)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cooperación empática, cordialidad amabilidad. ✓ Cooperativa, cordial, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un comedido. ✓ Creo que todas las personas tienen algo de 	

193)		altruista, amigable, generosa empática.	bueno.	
	✓ Tensión (T)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escrupulosidad , perseverancia ✓ Reflexiva, escrupulosa, ordenada, diligente, diligente perseverante. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suelo cuidar las cosas en sus mínimos detalles. ✓ Llevo a cabo las decisiones que he tomado. 	
	✓ Estabilidad emocional (EE)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de emociones e impulsos, ✓ Poco ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normalmente no reacciono de modo exagerado ni siquiera ante las emociones fuertes. ✓ No suelo perder la calma 	

		impaciente e irritable.	
	✓ Apertura mental (AM)	✓ Apertura a la cultura y a la experiencia. ✓ Culta, informada, interesada por las cosas y experiencias nuevas, dispuesta al contacto con culturas nuevas y costumbres distintas	✓ Estoy siempre informado sobre lo que sucede en el mundo. ✓ Toda novedad me entusiasma.

Tabla 1: Rasgos de personalidad

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Operacionalización de la variable independiente

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

V. D: Depresión

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES O CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICO	INSTRUMENTO
Podemos distinguir hasta tres usos técnicos del término de depresión. El primero es el «humor depresivo», definido como un estado psicológico no patológico y frecuente en la adolescencia.(Redondo, C y col., 2008, P. 278).	✓ Depresión ausente o mínima.	✓ Ausencia de sentimientos de desesperanza.	✓ No me siento triste ✓ No he perdido el interés por los demás	Inventario Depresión de Beck (1996), evalúa la gravedad del cuadro depresivo
	✓ Depresión leve.	✓ Presencia leve de síntomas depresivos. ✓ Ideas depresivas.	✓ Me he sentido algo triste y deprimido. ✓ Ahora lloro más de lo normal	
	✓ Depresión moderada	✓ Presencia considerable de	✓ Me siento culpable de	

		<p>síntomas depresivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desesperanza, ideas depresiva. 	<p>todo lo que ocurre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ya no puedo tomar decisiones en lo absoluto. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión grave 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ideas depresiva. ✓ Melancolía, síntomas físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No puedo trabajar en nada. ✓ Me odio. ✓ Tengo planes decididos de suicidarme. 	

Tabla 2: Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Operacionalización de la variable dependiente

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Preguntas básicas	Explicación
¿Para qué?	Para la comprobación de la hipótesis y aplicar la intervención necesaria
¿De qué personas u objetos?	Constituida por una población de 36 adolescentes
¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Rasgos de personalidad Variable dependiente: Depresión
¿Quién lo va hacer?	El investigador Diego Ortiz, estudiante de la carrera de Psicología Clínica, UTA
¿A quién?	Adolescentes estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América
¿Cuándo?	Periodo Julio 2013 – Febrero 2014.
¿Dónde?	Unidad Educativa Hispano América
¿Cuántas veces?	Una sola vez
¿Con qué técnicas de recolección de la información?	Psicométrica
¿Con qué instrumento?	Cuestionario de Rasgos de Personalidad Big Five, G.V. Caprada y col. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI)

Tabla 3: Plan de procesamiento de la información

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Procesamiento de la información

PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Preguntas básicas	Explicación
¿Para qué?	Para la comprobación de la hipótesis y aplicar la intervención necesaria
¿De qué personas u objetos?	Constituida por una población de 36 adolescentes
¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Rasgos de personalidad Variable dependiente: Depresión
¿Quién lo va hacer?	El investigador Diego Ortiz, estudiante de la carrera de Psicología Clínica, UTA
¿A quién?	Adolescentes estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América
¿Cuándo?	Periodo Julio 2013 – Febrero 2014.
¿Dónde?	Unidad Educativa Hispano América
¿Cuántas veces?	Una sola vez
¿Con qué técnicas de recolección de la información?	Psicométrica
¿Con qué instrumento?	Método estadístico: Chi cuadrado

Tabla 4: Plan de procesamiento de la información

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Procesamiento de la información

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Resultados finales de la muestra

Tabla N. 5 Rasgos de Personalidad Puntuaciones bajas.

Rasgos de Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
ENERGÍA (E.)	4	11%
AFABILIDAD (A)	6	17%
TENSIÓN (T)	4	11%
ESTABILIDAD EMOCIONAL (EE)	21	58%
APERTURA MENTAL (AM)	1	3%
TOTAL:	36	100%

Tabla 5: Rasgos de Personalidad Puntuaciones bajas

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

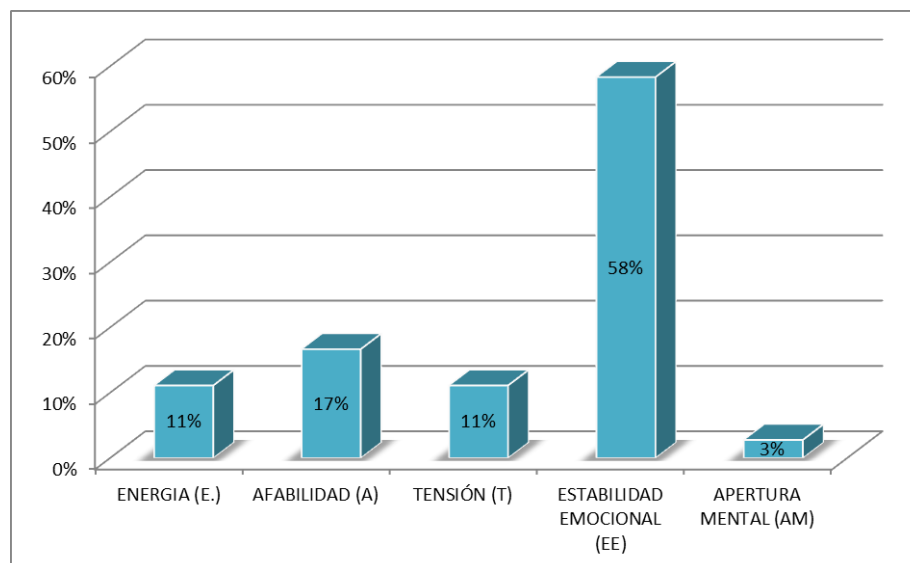


Gráfico 5: Rasgos de Personalidad Puntuaciones bajas

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

Con los datos obtenidos se tuvo que la mayoría de la población 58% poseen el rasgo referente a Estabilidad emocional, seguido por un 17% correspondiente a Afabilidad, a su vez, tanto el rasgo de Energía y Tención poseen puntajes similares del 11%, y por último con el 0% Apertura mental.

Interpretación

De los datos obtenidos se tuvo que la mayoría posee un rasgo de; Estabilidad Emocional eso significa que dicha persona se muestra ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable, a su vez el rasgo con puntaje menor pero considerable se encuentra la Afabilidad que posee un 17% y comprende a aquellas adolescentes que son poco cooperativas, poco cordiales, poco altruista, poco generosa, poco empática. De allí parten otros criterios como el de Energía y Tensión que poseen puntajes similares y se comprenden de personas que son poco reflexibles, poco ordenadas, poco diligentes, poco dinámicas, poco energías y locuaz. Por último lo que corresponde a Apertura mental los puntajes están ausentes por lo cual no se evidencian datos significativos.

Tabla N. 6 Indicadores de Depresión

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión ausente o mínima	8	22%
Depresión leve	23	64%
Depresión moderada	4	11%
Depresión grave	1	3%
Total:	36	100%

Tabla 6: Indicadores de Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

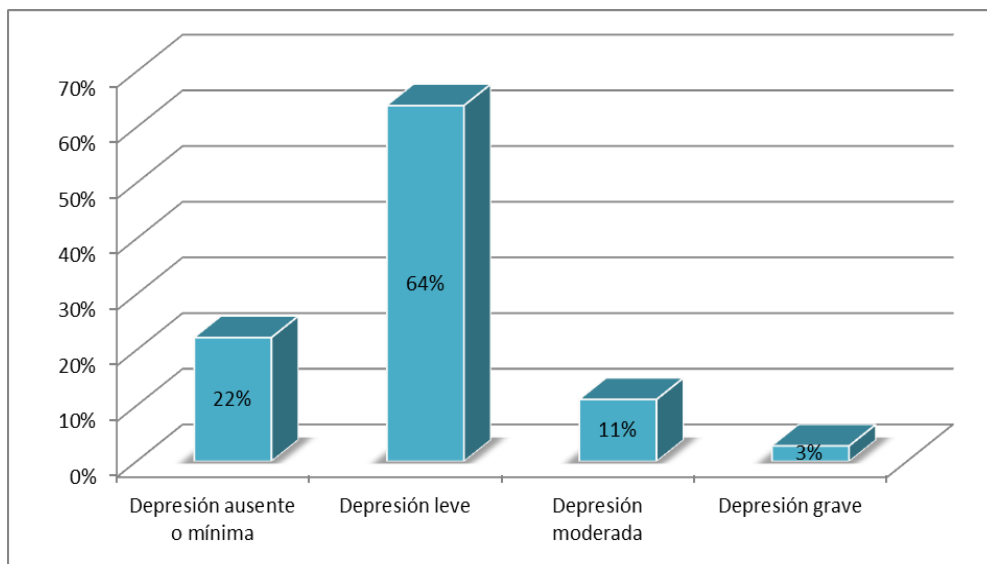


Gráfico 6: Indicadores de Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

De la población adolescente el 64% posee una depresión de tipo leve seguida por un 22% con depresión ausente o mínima, de esos datos el 11% de dicha población adolescente posee depresión moderada, y un 3% con depresión grave.

Interpretación

Con respecto a los resultados obtenidos se tuvo que la población adolescente posee una tendencia a poseer una depresión de tipo leve sin embargo existe un 22% que carece de este tipo de depresión. Cabe notar que un porcentaje mínimo pero a su vez significativo engloba a la población con un tipo de depresión moderada y que la misma se adiciona con una depresión de tipo grave. Estos indicadores muestran que la mayoría de la población adolescente se encuentra con signos depresivos y que los mismos podrían agravarse.

Tabla N. 7 Rasgo de Personalidad Energía (E) y Depresión

Rasgos de Personalidad y Depresión				
INDICADORES	Depresión ausente	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
ENERGIA (E.)	5%	3%	3%	0%

Tabla 7: Rasgo de personalidad Energía (E) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

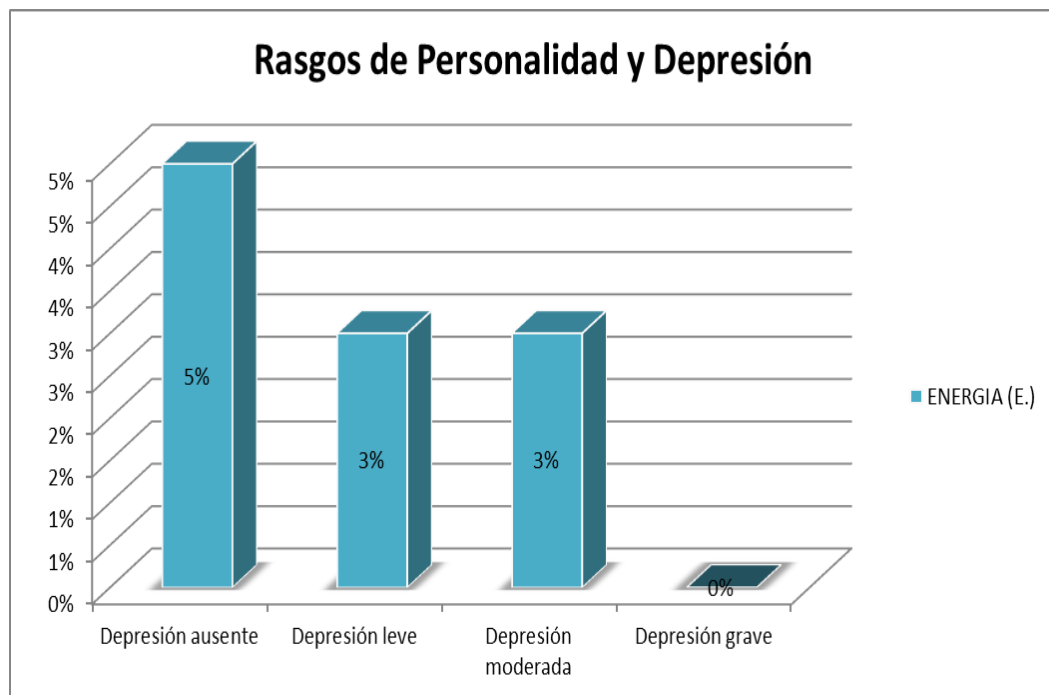


Gráfico 7: Rasgo de personalidad Energía (E) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

Con relación al rasgo de personalidad Energía (E) se observa que dicho rasgo apunta a un 5% con ausencia de depresión ausente, seguido por porcentajes similares de 3% en depresión leve y moderada, y con el 0% a una depresión grave.

Interpretación

De los datos arrojados se obtuvo que quienes poseen rasgo: Energía (E), que son aquellas personas que se describen como poco dinámicas, sumisas, taciturnas, poseen ausencia de depresión aunque sus puntuaciones son bajas su relación se compagina con el resultado, así mismo la depresión leve y modera también acompañan a este rasgo en menor porcentaje.

Tabla N. 8 Rasgo de personalidad Afabilidad (A) y Depresión

Rasgos de Personalidad y Depresión				
INDICADORES	Depresión ausente	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
AFABILIDAD (A)	6%	11%	0%	0%

Tabla 8: Rasgo de personalidad Afabilidad (A) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

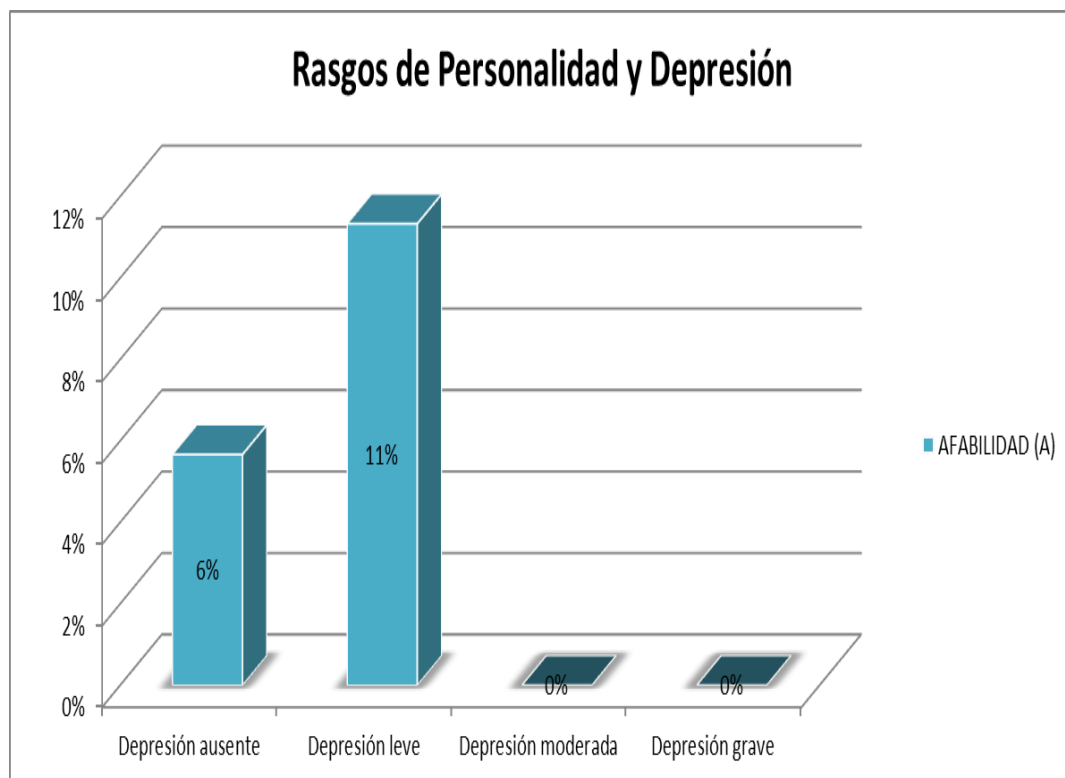


Gráfico 8: Rasgo de personalidad Afabilidad (A) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

Quienes poseen el rasgo de personalidad Afabilidad poseen un 11% que corresponde a una depresión leve, seguida de un 6% de una depresión ausente o mínima, y con 0% en depresión moderada y grave.

Interpretación

Con los resultados obtenidos quienes puntuaron con el rasgo de personalidad Afabilidad que posee características de: poco cooperativa, poco cordial, poco altruista, poco amigable, poco generosa y empática tienen un porcentaje mínimo de 11% a una depresión leve seguidas por un indicador de ausencia de depresión, así mismo dicho rasgo no muestra signos de depresión moderada o grave.

Tabla N. 9 Rasgo de personalidad Tensión (T) y Depresión

Rasgos de Personalidad y Depresión				
INDICADORES	Depresión ausente	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
TENSIÓN (T)	3%	5%	3%	0%

Tabla 9: Rasgo de personalidad Tensión (T) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

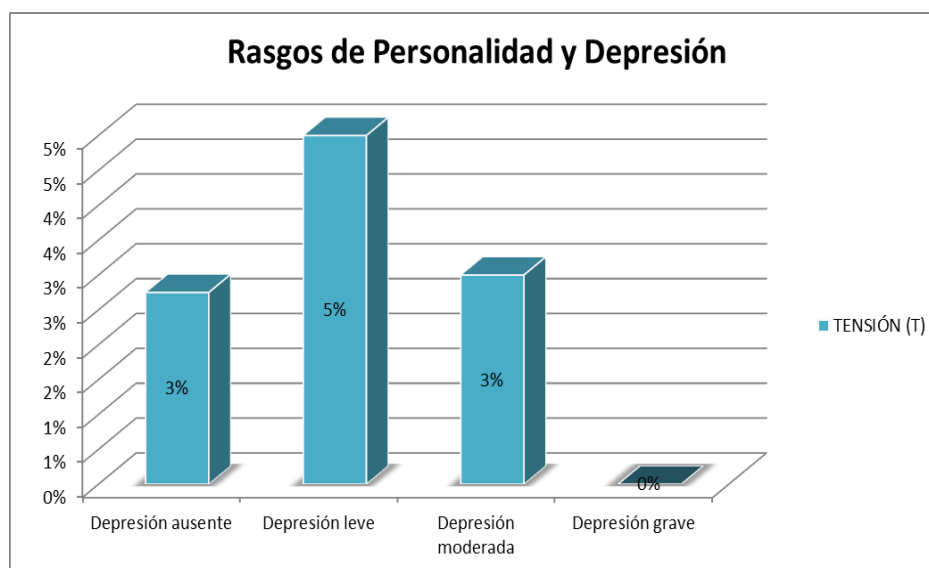


Gráfico 9: Rasgo de personalidad Tensión (T) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

El rasgo de personalidad Tensión posee indicadores de depresión, es así que con un 5% se asocia a una depresión de tipo leve, 3% con una depresión ausente, y un 3% con una depresión de tipo moderada, por último 0% en depresión grave.

Interpretación

De los resultados obtenidos el rasgo de personalidad Tensión que posee características tales como: poco reflexiva, poco altruista, poco ordena y diligente, se enlazan con un porcentaje mínimo de depresión leve (5%), así mismo con valores mínimos iguales una depresión ausente y una de tipo moderada que acompañan a este rasgo.

Tabla N. 10 Rasgo de personalidad Estabilidad Emocional (EE) y Depresión

Rasgos de Personalidad y Depresión				
INDICADORES	Depresión ausente	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
ESTABILIDAD EMOCIONAL (EE)	8%	41%	6%	3%

Tabla 10: Rasgo de personalidad Estabilidad Emocional (EE) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

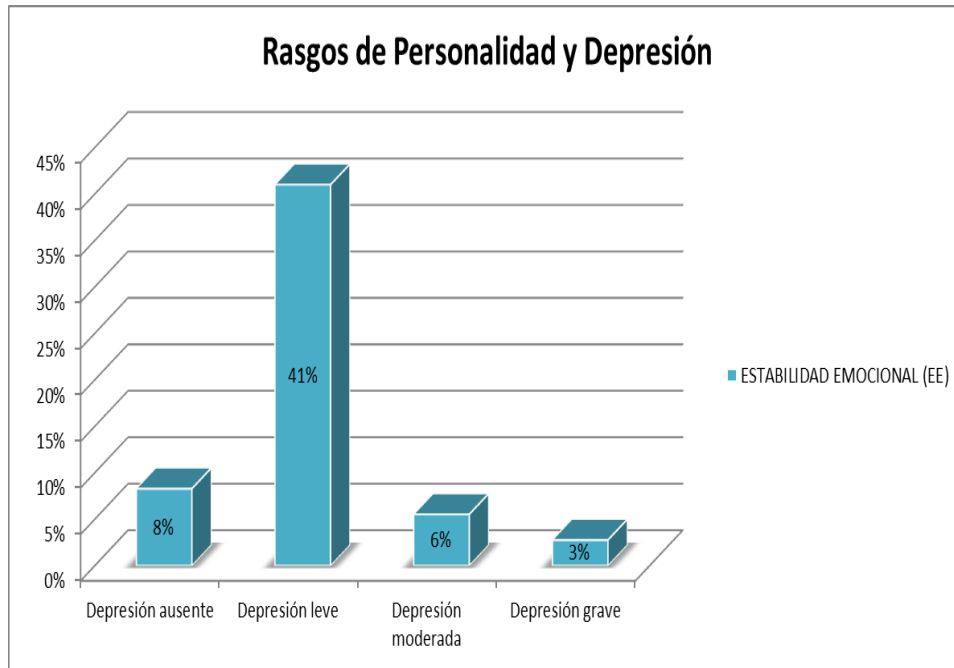


Gráfico 10: Rasgo de personalidad Estabilidad Emocional (EE) y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

Con los resultados obtenidos el rasgo de Estabilidad emocional posee indicadores de depresión, de modo que con una mayoría del 41% está marcado por una depresión leve seguida de un mínimo de 8% con depresión ausente, 6% con una depresión moderada y un 3% con una depresión grave.

Interpretación

De los resultados obtenidos el rasgo de Estabilidad emocional de la personalidad comprende las características de: ansiosa, vulnerable, emotiva impulsiva, impaciente e irritable, de estos rasgos un porcentaje mayor de 41% corresponde a una depresión de tipo leve, aunque existe un porcentaje mínimo de ausencia de depresión existen otros indicadores de depresión moderada y grave que se asocian a dicho rasgo, de modo que éste, tiende a tener una relación directa con la depresión.

Tabla N. 11 Rasgo de personalidad Apertura Mental (AM) y Depresión

Rasgos de Personalidad y Depresión				
INDICADORES	Depresión ausente	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
APERTURA MENTAL (AM)	0%	3%	0%	0%

Tabla 11: Rasgo de personalidad Apertura Mental (AM) y Depresión
Elaborado por: Diego Ortiz
Fuente: Investigación de Campo

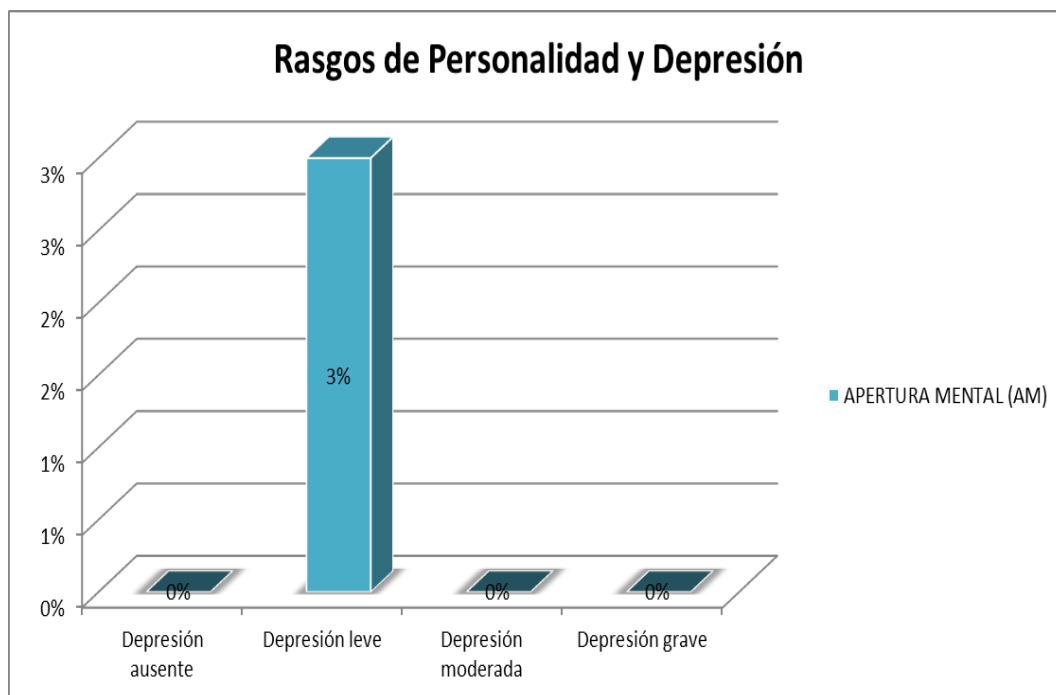


Gráfico 11: Rasgo de personalidad Apertura Mental (AM) y Depresión
Elaborado por: Diego Ortiz
Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

El rasgo de personalidad Apertura mental posee indicadores de depresión, de modo que se obtuvieron los siguientes resultados: 3% de depresión leve,, seguidos por 0% en depresión ausente, modera y grave.

Interpretación

Con los resultados obtenidos el rasgo Apertura mental de la personalidad comprende un porcentaje mínimo que se asocia a una depresión de tipo, sin

embargo tanto la depresión moderada como grave no presentan indicadores significativos por tal motivo esta exentos de valores indicativos.

Tabla N. 12 Valores de Rasgos de personalidad y Depresión

Rasgos de Personalidad y Depresión							
INDICADORES	(E) Energía	(A) Afabilidad	(T) Tensión	(EE) Estabilidad emocional	(AM) Apertura mental	(F) Frecuencia	(P) Porcentaje
Depresión ausente	5%	6%	3%	8%	0%	8	22%
Depresión leve	3%	11%	5%	41%	3%	23	63%
Depresión moderada	3%	0%	3%	6%	0%	4	12%
Depresión grave	0%	0%	0%	3%	0%	1	3%
Total:	11%	17%	11%	58%	3%	36	100%

Tabla 12: Rasgo de personalidad y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de Campo

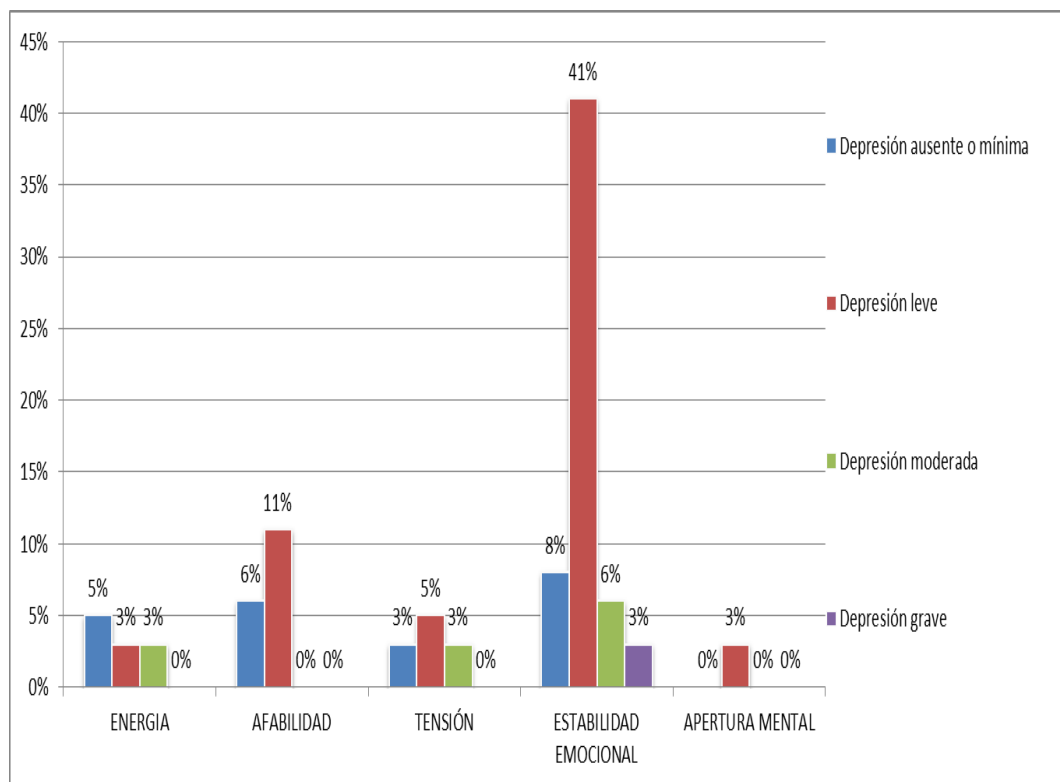


Gráfico 12: Rasgo de personalidad y Depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis de resultados

Dentro de los resultados arrojados se puede apreciar que el porcentaje más alto en cuanto rasgos de personalidad es el rasgo de Estabilidad emocional con un porcentaje global del 58% y que en el mismo se refleja una cantidad sugerente del 41% de depresión leve, 8% depresión ausente, 6% depresión moderada, y 3% con depresión grave. El segundo rasgo predominante es el rasgo de Afabilidad con 17% en la población general adolescente el mismo posee indicadores de depresión de: 11% en depresión leve y 6% en depresión ausente. El tercer y cuarto rasgo comprenden Tensión y Energía con porcentajes similares de 11% los mismos están involucrados con puntajes de depresión del 5% y 3% en depresión leve, ausente y moderada. Por último se tiene al rasgo de Apertura mental con un 3% en la población total y que se asocia con un valor similar equivalente a una depresión leve.

Interpretación

Los resultados que se han arrojado comprenden dos parámetros importantes: los rasgos de personalidad y la depresión. De la población general la mayoría posee el rasgo de personalidad de Estabilidad emocional seguido por el rasgo de Afabilidad, dichos rasgos están ligados a la depresión leve que posee un porcentaje mayoritario, de allí parten otros como la Tensión, Energía, y Apertura mental. Otro de los indicadores importantes son los correspondientes a la depresión que con sus valores su presencia mayoritaria se encuentra en la depresión leve, seguida de la ausente, moderada y por último la grave. En resumen aquellas personas que poseen características como: ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente, irritable, poco cooperativa, poco cordial, poco altruista, poco amigable, poco generosa y poco empática son más propensas a una depresión de tipo leve, moderada e incluso grave. Aun cuando existen rasgos como Tensión, Energía, y Apertura mental que también poseen tendencia a la depresión no son tan significativas como los rasgos antes mencionados, la energía,

perseverancia, optimismo, organización son algunas de las características que impiden el desarrollo de una depresión.

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

En cuanto a la comprobación de las hipótesis se utilizó la prueba estadística de Chi- Cuadrado, la aplicación del mismo está enmarcada en los resultados de los reactivos tomados a las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América

Paso 1: Planteamiento de Hipótesis

Hipótesis Alterna, HI o H1:

Los rasgos de personalidad repercuten en la depresión de las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América

Hipótesis Nula u Ho:

Los rasgos de personalidad no repercuten en la depresión de las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América

Paso 2: Nivel de Significa y grados de libertad

La prueba de verificación de hipótesis se ejecuta teniendo en cuenta el nivel de significancia de 0.05 y grados de libertad 12

Nivel de significancia (α)

$$\alpha = 0.05 \quad x^2_{\alpha} = 21,0261$$

Donde $x^2_{\alpha} = 16.9190$ se tomó de la tabla de números de Chi-Cuadrado, a nueve de grados de libertad con el 0.05 que marca el nivel de significancia.

Grados de Libertad

Grados de libertad = gl

$$gl = (f-1) (c-1)$$

Dónde:

f= Número de filas

c= Número de columnas

Así:

gl= (4-1) (5-1)

gl= (3) (4)

gl= 12

Tabla de contingencia rasgos de personalidad * Depresión

Recuento

		Depresión				Total
		ausente	Leve	moderado	grave	
Rasgos de personalidad	Energía	2	1	1	0	4
	Afabilidad	2	5	0	0	7
	Tensión	1	2	1	0	4
	estabilidad	3	15	2	1	21
Total		8	23	4	1	36

Tabla 13: contingencia rasgos personalidad * depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Análisis.- De las adolescentes que tienen como rasgo menos predominante la energía el 50% no tienen depresión, el 25% tienen depresión leve y el 25% moderada.

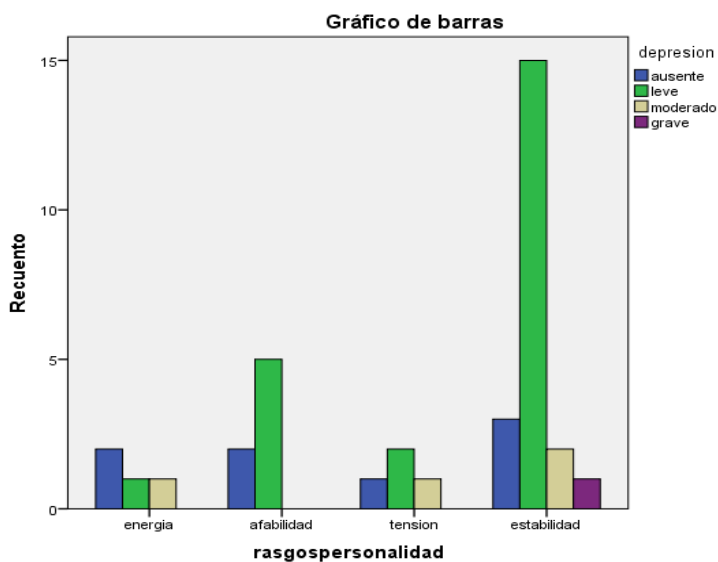


Gráfico 13: contingencia rasgos personalidad * depresión

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

Interpretación.- La depresión es más marcada en quienes tienen menor estabilidad

VERIFICACION DE HIPOTESIS

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,370 ^a	9	0,702	0,681		
Razón de verosimilitudes	7,144	9	0,622	0,747		
Estadístico exacto de Fisher	8,759			0,46		
Asociación lineal por lineal	1,457 ^b	1	0,227	0,265	0,139	0,047
N de casos válidos	36					

Tabla 14: Pruebas de chi-cuadrado

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación de campo

- a. 15 casillas (93,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.
- b. El estadístico tipificado es 1,207.

Decisión y Conclusión

Una vez obtenido los valores e indicadores correspondientes a: $\chi^2_{\alpha} = 21,0261 \neq \chi^2_{\alpha} = 6.$, dichos datos entre rasgos de personalidad y depresión hace que éste rechace la Hipótesis alterna (H1), ya que no cumple con el parámetro estadístico de: $21,0261 = 0.05$, dando lugar a la Hipótesis nula (Ho) que con un valor mayor a 0.05 lo certifican y que a su vez han sido analizados y verificados en la tabla general de Chi – cuadrado.

Con ello se concluye que el Los rasgos de personalidad No repercuten en la depresión de las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América, en el año lectivo 2013 – 2014 entre los meses de Julio 2013 / Febrero del 2014.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Dentro de la investigación realizada se encontró que la mayoría de las madres adolescentes poseen rasgos de personalidad de Estabilidad Emocional (EE), seguidos por el rasgo de Afabilidad (A), lo cual sugiere que existen características como ansiedad, agresividad, impulsividad, vulnerabilidad, escasas de empatía y cooperación, que sugiere un indicador alarmante para el desarrollo de la depresión y otras enfermedades psicológicas. No obstante tanto los rasgos como Tensión (T), Energía (E), Apertura Mental (AM), poseen indicadores bajos que no sugieren una depresión propiamente dicha pero que sin embargo son sugerentes en cuanto a sus indicadores de menor y mayor grado.

Una de las relaciones que se marcó en el estudio es si los rasgos de personalidad repercuten en la depresión de las madres adolescentes, y con los valores obtenidos se aprecia que el rasgo de Estabilidad Emocional (EE) posee mayor número de indicadores de depresión leve, seguidos por una ausencia, una depresión moderada y una grave. Estos indicadores revelan que una persona con características ansiosas, impulsivas, agresivas, emotivas, irritables, e impacientes tienden a una depresión de tipo leve.

En cuanto al segundo rasgo predominante que es la Afabilidad (A), la mayoría de sus indicadores poseen depresión leve, lo cual sugiere que las personas con características como: poco altruista, poco amigable, poco generosa, poco cooperativa, y poco empática son en menor grado vulnerables a una depresión leve pero que no estarían lejos de caer en una moderada y hasta una grave depresión.

En cuanto a la relación de las variables se ha aplicado en método estadístico del Chi – Cuadrado el cual en base al análisis y cálculos respectivos se tuvo que los rasgos de personalidad no poseen relación directa con la depresión de las madres

adolescentes, aquello significa que todos y cada uno de los rasgos no son determinantes en relación a la depresión. Es claro que no existe relación entre las variables sin embargo esto no quiere decir que ciertas características personales no sean desencadenantes a una depresión ya que el porcentaje es significativo.

Para concluir la investigación se tuvo que la mayoría posee depresión leve con características de personalidad impulsiva, emotiva, vulnerable, ansiosa, esto sugiere la base y la temática del estado emocional de las madres adolescentes, sin olvidar cada uno de los indicadores de los niveles de depresión y los rasgos predominantes en cada sección que son signos de alerta en la población.

5.2. RECOMENDACIONES

- Desarrollar un taller psicoeducativo donde se informe sobre la depresión y sus consecuencias a fin de mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y prevenir futuros riesgos.
- Fomentar un estilo de vida saludable en las adolescentes previniendo e informando sobre los generadores de estrés y depresión a fin de priorizar la estabilidad emocional.
- Concienciar a las madres adolescentes mejorando su salud mental y la de su familia previniendo futuros riesgos y fomentando las habilidades sociales.
- Brindar herramientas a las adolescentes para enriquecer su salud mental y la de su familia, evitando riesgos, previniendo de esta manera la depresión y futuros recaídas en este aspecto.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Tema:

Taller psicoeducativo orientado a mejorar la estabilidad emocional de las madres adolescentes del bachillerato aplicando un modelo cognitivo conductual.

6.1.2. Institución ejecutora:

Unidad Educativa Hispano América

6.1.3. Beneficiarios:

Directos: Madres adolescentes estudiantes

Indirectos: Padres de familia y la Institución

6.1.4. Ubicación

Salón General

6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución:

1hora diaria (Dos días a la semana) por un periodo de un mes

6.1.6. Equipo técnico responsable

Coordinadora del Departamento de consejería Estudiantil

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

El modelo cognitivo brinda un espacio óptimo y adecuado para la intervención en los estados emocionales de las personas, cabe notar que la población investigada posee indicadores de depresión. Por ello dicho modelo de

intervención brinda las herramientas necesarias para la intervención a esto se suma lo dicho por (Coleman & Hendry, 2003) quienes refieren: “Los adolescentes más vulnerables social y psicológicamente son los que tienen posibilidades de experimentar este periodo como difícil, lo que se puede manifestar en perturbaciones psicológicas (Leffert y Petersen, 1995)”. (p. 141), y en cuanto a la depresión los mismos autores citan: “La depresión aumenta durante la infancia y la edad adulta joven, y se encuentra una depresión mayor entre el 2% y el 8% de los jóvenes, hallándose un predominio de los casos entre las mujeres.” (p. 141, 142). También el modelo cognitivo posee sus propias definiciones sobre la depresión es así que (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004) citan lo siguiente: “Beck define la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro.” (p. 36)

Para la utilización del modelo cognitivo o Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Thase, 1999) ase, M. (1999) refiere: “La terapia de la conducta cognitiva es la forma más ampliamente estudiada de psicoterapia para la depresión.” (p. 59), con ello se puede notar la eficacia y el orden en los tratamientos de depresión, cambiando los pensamientos irracionales generadores de emociones naturales (Grau & Meneghello, 2000) citan: “La suposición básica de la terapia cognitiva es que el sistema cognitivo de los pacientes con desordenes emocionales puede ser modificado a través de manipulaciones conductuales y verbales para obtener reajustes emocionales (...)” (p. 17). De esta forma existen otras maneras de dar explicación a este enfoque:

La TCC se centra en torno a la comprensión de las relaciones funcionales entre los procesos del pensamiento, el contenido del pensamiento, (...) perturbaciones del estado de ánimo, y la ayuda a los pacientes para aprender a usar mejor los recursos necesarios para el manejo de la depresión. (Thase, M., 1999, p. 60).

Para finalizar la terapia cognitiva conductual ofrece una intervención ordenada y accesible en el tiempo priorizando el bienestar emocional de las

madres adolescentes previniendo secuelas graves mejorando el estado de ánimo actual.

6.3. JUSTIFICACIÓN:

Una vez obtenidos los resultados y ubicada el modelo de tratamiento, se estima que dicha intervención obtendrá resultados positivos. La depresión y la forma en que se manejará el tratamiento de la misma hacen de esta propuesta sobre su originalidad, fomentando la salud mental y emocional así como la eliminación de factores que desencadenen disfunción en la persona previniendo riesgos futuros. Sumado a que el modelo cognitivo conductual ofrece resultados prácticos y profundos para el tratamiento e intervenciones similares ya que de esta manera se cumple un manejo adecuado profesional de tipo psicológico beneficiándose la población de madres adolescentes.

6.4. OBJETIVOS:

6.4.1. Objetivo general

Propiciar estados emocionales en las madres adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Hispano América.

6.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Informar sobre las causas y las consecuencias de la depresión.
- ✓ Realizar un taller psicoeducativo con el fin de eliminar pensamientos irracionales que son generadores de depresión.
- ✓ Brindar un espacio interactivo y generar conciencia en las madres adolescentes sobre los riesgos de la depresión.

6.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Para la intervención se pretende psicoeducar a la población de madres adolescentes y brindar herramientas de autoayuda a la vez de generar participación activa en las mismas implicando así un abordaje dinámico y eficaz.

6.6. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Este procedimiento posee un componente de taller con psi coeducación basados en el modelo cognitivo conductual donde la intervención tomara puntos tales como: Apertura de bienvenida, información, identificación, eliminación de pensamientos automáticos irracionales, técnicas cognitivas, tareas de casa tipo ensayos y cierre.

6.7. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

6.7.1. Introducción

Para los sustentos teóricos se puede destacar el avance de la terapia cognitiva en cuanto al tratamiento de la depresión y su intensidad en las personas, más aun cuando se trata de la edad adolescente donde los estados de ánimo fluctúan y se dan una serie de alteraciones psicológicas entre la ya mencionada depresión Aron. Beck y Col. (2006) refieren: “En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.” (p. 21).

La depresión es una de las enfermedades más comunes hoy en día y que está directamente relacionada con los índices de suicidio, lo cual lleva su importancia y delicadeza a la hora de tratar los síntomas y sus consecuencias. Además de existir factores como los pensamientos irracionales que generan conflictos internos la percepción del mundo y de sí mismo cooperan a dicha disfunción, (Grau & Meneghello, 2000): “Algunos autores como (Beck, 1979);

Bennett – Coleman, 2002; Rush y Beck, 2000) sostienen que los individuos que padecen de depresión son influidos por esquemas de información emocional negativa cuando evalúan los eventos del medio”.(p. 15). Sin olvidar desde luego la edad adolescente que es fundamental para el tratamiento y los demás aspectos psicológicos (Nicolson & Ayers, 2001) “Los adolescentes que tienen distorsiones cognitivas tienden a una autoestima más baja, desesperanza y ser menos capaces de recordar acontecimientos positivos.” (p. 112). Con ello se destaca la importancia de la intervención en depresión con adolescentes.

6.7.2. Principales conceptos teóricos

Psicoeducación

Dentro de los aspectos de la psicoeducación se destaca el brindar información, instruir, capacitar, prevenir futuros riesgos y demás alteraciones, por ello esta propuesta busca estos estándares para poder llegar a las madres adolescentes e intervenir adecuadamente, certificando lo mencionado, (Pujals, 2009) refiere: “Se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a la enfermedad, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar.”(p. 3). De este modo la psicoeducación se potencia para una intervención correcta y beneficio para la población adolescente.

Identificación de pensamientos automáticos

Una de las formas en que se basa el modelo de Beck es el énfasis en instruir a la persona a que sea hábil en identificar sus pensamientos automáticos para poder modificarlos y generar emociones más equilibradas y por ende un comportamiento saludable, para ello (Beck, 2000) cita lo siguiente: “El terapeuta cognitivo les enseña a identificar su pensamiento disfuncional, y luego, a evaluarlo y modificarlo.” (p. 123), esta posición marca la pauta de un abordaje cognitivo estructurado sin olvidar que se trata de un proceso (Beck, 2000) refiere: “El proceso comienza con el reconocimiento de pensamientos automáticos específicos en situaciones determinadas.” (p. 123).

Modificación de pensamientos automáticos disfuncionales

Una de las pautas interesantes del modelo cognitivo son las evaluaciones para generar cambios en los pensamientos automáticos disfuncionales de tal modo que el terapeuta pone en tela de duda los pensamientos inadecuados y disminuir su significado, (Beck, 2000) refiere: “El Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD) (...), es un formulario que ayuda al paciente a combatir más eficazmente sus pensamientos disfuncionales y, por lo tanto, a disminuir su disforia (...)” (p. 159). Otra de las formas de modificación son la evaluación de las creencias una vez modificados los pensamientos automáticos, verificar las ventajas y desventajas es una ayuda interesante y oportuna (Beck, 2000) menciona: “En ocasiones, les resulta útil analizar las ventajas y desventajas de mantener una determinada creencia. El terapeuta se esfuerza por minimizar o descartar las ventajas y enfatizar y reforzar las desventajas.” (p. 187).

Técnicas Cognitivas:

Cuestionario Socrático:

En este apartado se describe una de las técnicas muy importantes para la modificación de pensamientos irracionales como lo es el cuestionamiento socrático y que se acompaña de preguntas muy estructuradas a fin poner a juicio y modificación los pensamientos irracionales, (Beck, 2000) menciona: “Sus preguntas son más persuasivas y menos imparciales que cuando la ayuda a evaluar cogniciones más maleables, como en el caso de los pensamientos automáticos.” (p. 192), en el caso del cuestionamiento mencionado.

Continuum Cognitivo

Otra de las técnicas que se utilizan en el abordaje de los pensamientos disfuncionales es el Continuum cognitivo que según varios autores permite mirar el significado y el arraigo de una creencia con el fin de poder modificarla de modo que se establezca un pensamiento más adaptativo y funcional (Beck, 2000) refiere: “Esta técnica resulta útil para modificar tanto pensamientos automáticos como creencias que evidencian un pensamiento polarizado.” (p. 194), otro de los

postulados referente a esta técnica es que la persona al hacer la exploración se da cuenta del origen irracional de sus pensamientos, (Beck, 2000) menciona: “La construcción de un continuum cognitivo para el concepto en cuestión hace que el paciente pueda reconocer la existencia de puntos intermedios, (...)” (p. 194).

Utilizar a otras personas como punto de referencia para la modificación de creencias.

Esta técnica es muy útil para que la persona reflexione una situación externa y poder aplicarla a su realidad, de modo que percibir las incoherencias modifica el pensamiento irracional a uno más llevadero o adaptativo,:

Cuando los pacientes reflexionan sobre las creencias de otras personas, muchas veces logran establecer una distancia psicológica respecto de sus propias creencias disfuncionales. Comienzan entonces a percibir una incoherencia entre lo que es verdadero para ellos y lo que ven más objetivamente en otras personas. (Beck, J., 2000, p. 199).

Actuar como si

En cuanto a la última técnica cognitiva de actuar como sí se le pide al paciente actúe como si creyera lo contrario de pensamiento irracional para de este modo desestabilizar dicho pensamiento y modificarlo, (Beck, 2000) menciona: “Los cambios en las creencias a menudo llevan a cambios equivalentes en el comportamiento y, estos, a su vez, corresponden a cambios en las creencias.” (p. 202). Este argumento solidifica el hecho de que es posible cambiar o modificar los pensamientos irracionales y tener a cambio pensamientos más razonables flexibles y adaptativos, otro de los argumentos que menciona la autora son los siguientes (Beck, 2000) refiere: “Además, una vez que el paciente comienza a cambiar su comportamiento, la creencia se atenúa (y eso facilita la persistencia del nuevo comportamiento, que a su vez disminuye la creencia y así sucesivamente, generándose una positiva espiral ascendente).” (p. 202).

6.8. MODELO OPERATIVO

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS
Introducción	Inaugurar el taller psicoeducativo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar la bienvenida y familiarizarse con las participantes 	(Día 1 semana 1)	Proyector Laptop Parlantes
			1 hora	
Apertura	Establecer el modelo de trabajo del taller	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar sobre el modelo del taller. ✓ Designar normas y reglas de la intervención tiempo y duración del mismo. 		
Contenido	Brindar información acerca de la depresión (Causas y Consecuencias)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyección de diapositivas en función del tema. ✓ Charla sobre la depresión ✓ Receptar preguntas de las participantes 		

Contenido	Introducir a las participantes al modelo cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bienvenida ✓ Dar a conocer que es el modelo cognitivo y los beneficios de la terapia 	(Día 2 semana 1)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas ✓ Esferos
			1 hora	
Información	Informar sobre cómo identificar los pensamientos automáticos de contenido irracional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar a conocer la estructura de como los pensamientos influyen en las emociones. ✓ Llegar a un acuerdo de realizar ensayos en casa 		
Apertura y Contenido	<p>Dialogo directo con las estudiantes.</p> <p>Modificar pensamientos irracionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de tareas ✓ Utilización de técnicas cognitivas para modificación de pensamientos irracionales 	(Día 1 semana 2)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas ✓ Esferos
			1 hora	

Apertura Contenido	y	Aplicación de técnicas cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dialogo con las estudiantes. ✓ Modificación de pensamientos y creencias irracionales 	(Día 2 semana 2)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas ✓ Esferos
				1 hora	
Apertura Contenido	y	Aplicación de técnicas cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de tareas ✓ Dialogo con las estudiantes. ✓ Modificación de pensamientos y creencias irracionales 	(Día 1 semana 3)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas ✓ Esferos
				45 minutos	
Apertura Contenido	y	Aplicación de técnicas cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dialogo con las estudiantes. ✓ Modificación de pensamientos y creencias irracionales 	(Día 2 semana 3)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas ✓ Esferos
				45 minutos	
Cierre		Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diálogo con las participantes. ✓ Sesión de cierre 	(Día 1 semana 4)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguno
				1 hora	

Tabla 15: Modelo Operativo
Elaborado por: Diego Ortiz
Fuente: Beck, J. (2000)

6.9. ESTRUCTURACIÓN DEL TALLER

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DETALLE	TIEMPO	RECURSOS
1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generar un ambiente de confianza, dialogo y presentación personal. ✓ Informar sobre la depresión causas y consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación hacia los participantes. 	(Día 1 semana 1)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyector ✓ Laptop ✓ Parlantes
			10 minutos	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plantear reglas y normas claras. ✓ Introducción sobre el taller e información. 	15 minutos	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Charla sobre la depresión: “Depresión un mal Creciente” 	35 minutos	
2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un ambiente de confianza. ✓ Identificar pensamientos automáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bienvenida 	(Día 2 semana 1)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas ✓ Esferos
			5 minutos	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar a conocer que es el modelo cognitivo y los beneficios de la terapia 	10 minutos	

		✓ Identificar pensamientos disfuncionales	20 minutos	
		✓ Realizar un registro de pensamientos irracionales y alentar a las participantes a realizar la tarea llamada: “ En que pienso? ”	25 minutos	
3	Modificar pensamientos irracionales.	✓ Revisión de tareas.	(Día 1 semana 2)	✓ Hojas ✓ Esferos
			15 minutos	
		✓ Utilización de técnicas: Cuestionario socrático, y continuum cognitivo	45 minutos	
4	Modificar pensamientos irracionales.	✓ Revisión de tareas.	(Día 2 semana 2)	✓ Hojas ✓ Esferos
			15 minutos	
		✓ Utilización de la técnica: Utilizar a otros como punto de referencia	45 minutos	
5	Modificar pensamientos	✓ Diálogo con las estudiantes.	(Día 1 semana 3)	✓ Hojas

	irracional.		15 minutos	✓ Esferos
		✓ Utilizar la técnica actuar como sí.	15 minutos	
		✓ Enviar tarea a casa llamada: “Mirando desde otra perceptiva”	15 minutos	
6	Estructuración de pensamientos funcionales y adaptativos.	✓ Diálogo con las estudiantes.	(Día 2 semana 3)	✓ Hojas ✓ Esferos
			15 minutos	
		✓ Formar pensamientos alternativos funcionales adaptativos	30 minutos	
7	Realizar una retroalimentación del taller	✓ Diálogo con las estudiantes de forma para resumen del taller.	(Día 1 semana 4)	Ninguno
			15 minutos	
		✓ Preguntas y diálogo personal.	40 minutos	
		✓ Cierre	5 minutos	

Tabla 16: Estructura del Taller

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Beck, J. (2000)

6.9.1. DETALLE DEL TALLER

ACTIVIDAD 1

Objetivo:

- ✓ Generar un ambiente de confianza, dialogo y presentación personal.
- ✓ Informar sobre la depresión causas y consecuencias

Detalle:

- ✓ El terapeuta inicia su diálogo principal hacia las adolescentes y plantea las normas y reglas del taller como la puntualidad, el respeto y confidencialidad dentro del taller y grupo, así mismo el apagado de celulares, y la prohibición de salir del taller cuando este aún no ha finalizado. Se informa además de la duración del taller que es de un mes comprendidos en 2 días a la semana contenidos en una hora aproximadamente.
- ✓ Una vez puesto las reglas se dialoga con las adolescentes y se les sugiere que se presenten individualmente con el fin de entablar relación directa y conocer a las mismas, además se les pide que se pongan en círculo para que todas puedan participar.
- ✓ Luego del espacio de presentación el terapeuta inicia con el tema: “Depresión un mal Creciente” donde se toman tópicos como: causas y consecuencias de la depresión, estadísticas, vulnerabilidad, tratamiento. Con ello se pide a las participantes tomar notas del taller, y traer una libreta y esfero para la próxima sesión.
- ✓ La sesión del taller finaliza cuando el terapeuta termina su charla.

Tiempo: 1 hora

Materiales: Proyector, Laptop, Parlantes

Tamaño de grupo: 36 personas

ACTIVIDAD 2

Objetivo:

- ✓ Crear un ambiente de confianza.
- ✓ Dar a conocer el modelo cognitivo y sus beneficios.
- ✓ Identificar pensamientos automáticos a fin de que las estudiantes se familiaricen con la intervención.

Detalle:

- ✓ El terapeuta inicia dando la bienvenida a las estudiantes y empieza hablando sobre la terapia cognitiva y como los pensamientos influyen en los afectos o emociones de las personas, y que existe la manera de poder identificar pensamientos irracionales que hacen a la persona sentirse decaída, triste, y demás manifestaciones.
- ✓ Además en el mismo diálogo el terapeuta alienta a las adolescentes a percibir que identificar pensamientos automáticos irracionales es una habilidad y que necesita de una dedicación particular. Por ello sugiere que anoten pensamientos que les hayan venido en el día antes de venir al taller y que los anoten en su libreta con la consigna: ¿Qué es lo que pasaba por mi mente en ese momento?
- ✓ Una vez realizada la consigna el terapeuta pide la colaboración de sus participantes para que indiquen un sinnúmero de pensamientos irracionales a fin de mirar el común de los mismos e indicar si son o no son válidos para analizar.
- ✓ Una vez concluida la tarea se pide a las participantes que hagan preguntas con el fin de aclarar dudas y poder proseguir con la explicación de cómo surgen los pensamientos automáticos y cómo afecta si son estos irracionales.
- ✓ Concluido el taller, el terapeuta manda a realizar para el siguiente taller un Registro de Pensamientos Irracionales con el tema: “En que pienso?”, con la consigna de preguntarse cada vez : ¿Qué es lo que pasaba por mi mente

en ese momento?, para generar conciencia de lo que en el día están pensando y generar habilidad en identificar ciertos pensamientos.

Tiempo: 1 hora

Materiales: Hojas, esferos

Tamaño de grupo: 36 personas

ACTIVIDAD 3

Objetivo:

- ✓ Revisar las tareas de casa para crear disciplina y tomar la seriedad del taller.
- ✓ Modificar pensamientos irracionales.

Detalle:

- ✓ El terapeuta da la bienvenida a las estudiantes y pide que tomen sus lugares respectivos, una vez asentados en el taller, se pide a las adolescentes indiquen las tareas encomendadas, en el caso de que alguien no haya cumplido con la tarea se le sugiere que lo intente por segunda vez y que para la próxima tarea debe hacer la anterior y la actual, también se les informa de forma general a las estudiantes la importancia de realizar las tareas con el fin de seguir con el proceso y ayudarles a tener una vida más llevadera y equilibrada.
- ✓ Una vez dada las informaciones respectivas el terapeuta solicita a las estudiantes informar sobre sus pensamientos irracionales, el mismo apunto las más comunes y relevantes a fin de poder ponerlas a juicio y modificarlas, para ello utiliza el cuestionario socrático con preguntas como: ¿Cuál es la evidencia a favor de ese pensamiento?, ¿Cuál es la evidencia en contra de ese pensamiento?, ¿Hay alguna otra explicación?, ¿Qué es lo peor que podría pasar?, ¿Podrías soportarlo?, ¿Cuál es el efecto de creer en eso?, ¿Si algún_____ pensara en ello que le dirías?

- ✓ Con esas preguntas el terapeuta pide que las anoten en sus libretas con el fin de poderlas utilizar más adelante. Una vez puesto en evidencia y debate dichos pensamientos irracionales, se sugiere a las adolescentes como tarea seguir registrando sus pensamientos automáticos y cuando estén anotados realizar las preguntas que el terapeuta ejecuto en el taller. De esta forma las adolescentes tendrán más habilidad para evaluar y modificar sus pensamientos disfuncionales.
- ✓ Una vez informado y realizado las preguntas, el terapeuta profundiza sobre el origen de dichos pensamientos y utiliza la técnica de continuum cognitivo, para poder mirar el significado de muchos de los pensamientos que poseen las adolescentes, una vez aplicada la técnica con preguntas como: ¿Qué significa eso para ti?, ¿Qué dice de ti lo que piensas?, ¿En qué momento de tu vida creíste en ello?, ¿Qué tanto crees en ello?, etc. Al realizar dichas interrogantes el terapeuta informa sobre las creencias disfuncionales y como las mismas repercuten a lo largo de la vida alterando el estado de ánimo y el comportamiento.
- ✓ El taller finaliza cuando el terapeuta ha explicado sobre las creencias disfuncionales y ha aclarado dudas.

Tiempo: 1 hora

Materiales: Hojas, esferos

Tamaño de grupo: 36 personas

ACTIVIDAD 4

Objetivo:

- ✓ Revisar las tareas de casa para crear disciplina y tomar la seriedad del taller.
- ✓ Modificar pensamientos irracionales que aun sigan persistiendo.

Detalle:

- ✓ El taller empieza con la revisión de tareas y preguntando a las mismas si ha habido alguna dificultad para hacerlas, de existir el terapeuta pregunta cuales son las dificultades y trata de explicar la manera adecuada de realizarlas.
- ✓ Una vez finalizado el anterior espacio, se sugiere que las adolescentes tomen nota del taller, el terapeuta inicia proponiendo a cada una decir algunos pensamientos irracionales que a un siguen persistiendo y para ello anota varios de ellos, luego utiliza la técnica: Utilizar a otros como punto de referencia. Él mismo toma la pregunta de: ¿Si algún _____ estuviera pasando por esa misma situación como actuarios y que es lo que le dirías?,
- ✓ Realizada la pregunta el terapeuta pide la participación de la misma persona y de otras para lograr mirar alternativas adecuadas y desde luego modificar el pensamiento irracional, además de ello se pide de forma general aplicar dichas alternativas a cada una de las situaciones personales para lograr un cambio.
- ✓ El taller finaliza cuando se hayan aclarado las dudas y se haya dado un sin número de ejemplos con la técnica.

Tiempo: 1 hora

Materiales: Hojas, esferos

Tamaño de grupo: 36 personas

ACTIVIDAD 5

Objetivo:

- ✓ Modificar pensamientos irracionales.
- ✓ Realizar un ensayo conductual

Detalle:

- ✓ El taller da su inicio con un diálogo abierto con las adolescentes preguntando si han tenido dificultades con las tareas, identificar y modificar pensamientos y creencias irracionales.
- ✓ Aclarada las dudas el terapeuta alienta a las participantes a seguir con el taller y motivarles a seguir intentado cambiar dichos pensamientos irracionales, además de recordarles los beneficios y las consecuencias futuras favorables si se logra poseer herramientas y adquirir habilidad con relación a los pensamientos disfuncionales.
- ✓ Finalizada la información se sugiere a las estudiantes que pasaría si actuaran como si no creyeren en un determinado pensamiento disfuncional, se anota cada una de las sugerencias que hacen las adolescentes y se las motiva para que cada una tenga algunos objetivos claros y poder ponerlos a prueba en la vida cotidiana.
- ✓ Se propone una tarea en la cual las chicas actúan como si creyeran lo contrario de un determinado pensamiento irracional y anoten las consecuencias favorables de ello.
- ✓ El taller finaliza una vez aclaradas las dudas con respecto a la técnica de: actuar como si, y la tarea a realizar la próxima sesión.

Tiempo: 45 minutos

Materiales: Hojas, esferos

Tamaño de grupo: 36 personas

ACTIVIDAD 6

Objetivo:

- ✓ Revisión de tareas y aclaración de dudas para poder establecer puntos fuertes y débiles del taller.
- ✓ Estructuración de pensamientos funcionales y adaptativos.

Detalle:

- ✓ Iniciando el taller el terapeuta revisa los apuntes de la tarea encomendada, y aclara dudas que surgen, pregunta además si la tarea fue beneficiosa y como se sintieron actuando de determinada manera, además de motivar a las estudiantes a proponerse objetivos claros para lograr un cambio de actitud y de comportamiento.
- ✓ Ya terminada la explicación el terapeuta sugiere a las adolescentes mencionar algunos pensamientos irracionales más comunes que están en la vida cotidiana de cada una, y las anoten en una columna, luego se les pide a las mismas poner en otra columna con relación a su pensamiento irracional un pensamiento más realista y funcional.
- ✓ Una vez hecha la actividad en el taller se pide a las estudiantes anoten dichos pensamientos funcionales de forma clara amplia, llamativa y las lleven en su bolso o cartera, con el fin, de que las saquen cada vez que sientan y piensen en algo negativo o disfuncional.
- ✓ El taller culmina cuando el terapeuta haya aclarado todas las dudas, y cada una tenga escrito sus pensamientos funcionales.

Tiempo: 45 minutos

Materiales: Hojas, esferos

ACTIVIDAD 7

Objetivo:

- ✓ Finalizar el taller psicoeducativo
- ✓ Realizar una retroalimentación del taller

Detalle:

- ✓ El taller da su inicio con un diálogo abierto con las adolescentes preguntando si han tenido dificultades en creer en los pensamientos funcionales, y presta atención a dichos comentarios, aclara dudas.
- ✓ En segunda instancia alienta a las participantes a seguir poniendo en juicio de valor varios pensamientos que surjan y motivarles a ensayar intentado cambiar dichos pensamientos irracionales, además de recordarles los beneficios y las consecuencias futuras favorables si se logra poseer herramientas y adquirir habilidad con relación a los pensamientos disfuncionales.
- ✓ El terapeuta da un resumen de todo el taller, los puntos fuertes y débiles surgidos y dialoga con cada una de las adolescentes proponiendo den su opinión y los benéficos que el taller a presentado.
- ✓ El taller se cierra con un diálogo personal y la despedida con todo el grupo de madres adolescentes.

Tiempo: 45 minutos

Materiales: Ninguno

Tamaño de grupo: 36 personas

6.10. MARCO ADMINISTRATIVO

6.10.1. Recursos físicos o institucionales

Unidad Educativa Hispano América: Salón general Auditorio

6.10.2. Recursos humanos

Investigador: Diego Fernando Ortiz

Psicóloga de la Institución:

6.10.3. Materiales

Materiales de oficina

- Hojas
- Esferos

Equipo informático

- Laptop
- Proyector digital
- Parlantes

6.10.4. Económicos

MATERIAL	PRECIO
Materiales de oficina	30,00
Adquisición de equipo electrónico: <ul style="list-style-type: none">• Laptop• Proyector• Parlantes	1500,00
Transporte	30,00
Imprevistos 5%	78,00
TOTAL	1.638,00

Tabla 17: Económicos

Elaborado por: Diego Ortiz

Fuente: Investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ángel Aguirre, A. (1994), Psicología de la adolescencia. Editorial Boixareu Universitaria: Barcelona – España.
- Bass, J. compilaciones Thase, M. (1999), Tratamiento de la depresión. Ediciones Granica S.A. España.
- Beck, A., John, R., Shaw, B., Emery, G. (2006). Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial Desclée de Bro Wer S.A. España.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y profundización. Editorial Gedisa. Barcelona España.
- Belloch, A., Fernández, H. (2010). Tratado de Trastornos de Personalidad. Editorial Síntesis. Madrid España.
- Berger, K. (2007), Psicología del desarrollo infancia y adolescencia. Séptima edición. Editorial Médica Panamericana. España.
- Buendía, J., Buendía Vidal, J., Riquelme, A., Ruiz, J. (2004), El suicidio en los adolescentes, Factores implicados el comportamiento suicida. Editorial Universidad de Murcia. España.
- Chinchilla, A. (2008), La depresión y sus máscaras. Editorial Médica Panamericana. España.
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003), Psicología del adolescente. Cuarta Edición. Editorial Morata S.L. España.
- Del Campo, J. (1990), La personalidad del adolescente. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.
- Estévez, E. Jiménez, T, y Musito, G. (2007), Relaciones entre padres e hijos adolescentes. Editorial Nau Llibres. Valencia.
- Grau, A., Meneghello, J. (2000), Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Editorial Médica Panamericana. Argentina.
- Martínez, V. (1997), Los adolescentes ante el estudio causas y consecuencias del rendimiento académico. Editorial Fundamentos. España
- Melgosa, J. (1997), Para adolescentes y padres. Editorial Safeliz. España.
- Nicolson, D. & Ayers, H. (2001), Problemas de la adolescencia. Narcea Ediciones. España.

- Parolari, F. (1995), *Psicología de la adolescencia despertar para la vida*. Editorial San Pablo. Colombia.
- Pedroso, M. (2004), *El adolescente y su psicología*. Editorial San Pablo. Colombia.
- Perinat, A. (2003), *Los adolescentes del siglo XXI*. Editorial UOC. España
- Polaino, A., Cabanyes, J., Del Pozo, A. (2003), *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*, Ediciones Rialp. España.
- Quintanilla, B. (2003), *Personalidad Madura temperamento y carácter*. Editorial Publicaciones Cruz O., S.A., México.
- Redondo, C., Galdó, G., García M., (2008), *Atención al adolescente*. Editorial Universidad de Cantabria. España.
- Retamal, P. (2005), *Enfermedad depresiva guía para el paciente y la familia*, Editorial Mediterráneo, Buenos Aires Argentina.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicología del niño y el adolescente*. Segunda Edición, Editorial Universidad de Sevilla. España
- Rosas, M., López, E. (2011), *Herramientas Psicoterapéuticas*. Editorial Trillas. México
- Salvador A. (2006), *Teoría del rasgo único de personalidad*, Editorial universidad politécnica de valencia. España.
- Susan C. Cloninger. (2002), *Teorías de la personalidad*. Tercera Edición. Editorial Pearson Pretince Hall. España.
- Thonson, W. (2005), *Psicología del adolescente*, Décima Edición, Editorial Dennis Coom, Barcelona.
- Urbano, C & Yuni, J. (2005), *Psicología del desarrollo Enfoques y perspectivas del curso vital*. Editorial Brujas. Argentina.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

EBRARY. Etchegoyen, R. (2012). *Fundamentals on Psychoanalytic Technique* (208). Editorial Karnac Books. Tomado el: 23 de julio de 2013. Disponible en: site.ebrary.com.

EBRARY: Requena, E. (2003). Obtenido de:
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=100406038&p00=depression%20embarazo>

GALEGROUP. Fonseca-Pedrero, E.; Paino, M.; Santarén- Rossell, M.; Lemos-Giráldez, S. (2013). Patrones desaptativos de la personalidad Cluster A en población no adolescente no clínica. Tomado el: 23 de julio de 2013. Disponible en: go.galegroup.com. Colegio Oficial de Psicologías de Principado de Asturias.

LINDHEIMER, M., De Roberts, J., & Gary. (julio de 2011). Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10486038&p00=embarazo>

LINKOGRAFÍA

Betancourt, A. (2008) “El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en asenso”. Fracaso sede Ecuador. Recuperado de:
<http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2350/1/04.%20El%20suicidio%20en%20el%20Ecuador%20E2%80%A6%20%20Andrea%20Betancourt.pdf>

Código de la niñez y la adolescencia (2003), Recuperado de:
http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf

Moralachettit, A. (1999). “Hacia la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes”. OMS, Recuperado de:
<http://www.corteidh.or.cr/tablas/a22087.pdf>

UNICEF. “Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes” Recuperado de:
http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf