

Universidad Mariano Gálvez  
Facultad de Psicología clínica  
Metodología de investigación de tesis  
Dr. Fidelio Swana

**EFEECTO TERAPEUTICO DEL PSICODRAMA EN LA DEPRESION  
EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS**

Salguero Bojórquez, Vivian T.  
072 01 1240  
IX Semestre

Guatemala 24 de noviembre de 2005

## **ABSTRACT**

La siguiente investigación se realiza como un programa de estudio y de ayuda a adolescentes deprimidos institucionalizados en una casa hogar. La muestra se centra en adolescentes institucionalizados de 15 a 17 años que presentan algún nivel de depresión (sea desde un nivel leve hasta un grave), compuesto de un grupo de 15 personas aproximadamente.

El enfoque se hace en la sintomatología y manifestaciones que indican un nivel específico de depresión, empleando técnicas a fin de acercarse al nivel de funcionamiento en el que se encuentran y mejorarlo.

El grado de depresión es medido por medio del test de depresión de Beck, el proceso realizado es aplicando el test “antes y después”, para llegar a comprobar si la técnica utilizada en los adolescentes deprimidos es eficaz.

El tratamiento se realiza utilizando la técnica del Psicodrama, siendo una forma de psicoterapia consistente en la representación (dramatización) por parte del adolescente de acontecimientos pasados, futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, llegando a una catarsis que le permite darse cuenta de sus pensamientos, sentimientos, conductas y relaciones inadecuadas debido a la depresión que ha llevado.

El programa de este tratamiento se realizó en 10 sesiones, una vez por semana, con una sola medición en donde se comprobó que la técnica del psicodrama con orientación psicoanalítica es efectiva para disminuir los niveles de depresión presentados por los adolescentes tratados.

Es una investigación que recomienda la aplicación de este tipo de programa en las instituciones de niños huérfanos que presentan manifestaciones de depresión. También de relevancia a nivel social y abrir un campo para que realicen más estudios al respecto.

## Eficacia de un programa de tratamiento para la depresión

En la actualidad uno de los problemas sociales a los que nos enfrentamos en nuestra ciudad es el aumento de niños y adolescentes abandonados por sus padres o familias dejándolos a la intemperie, en donde algunos corren con la suerte de ser parte de una institución que les aporta lo necesario para subsistir; sin embargo no llegan a obtener un desarrollo integral.

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad que persiste e interfiere con las capacidades y acciones de una persona (Moreno, 1917). Un alto riesgo de sufrir depresión se encuentra en los adolescentes que han experimentado una pérdida importante, tanto de seres queridos como de cosas o situaciones esenciales para ellos. Muchos de los adolescentes deprimidos tienen sentimientos hostiles o de cólera intensos y al momento de expresarlos reducen su nivel de depresión.

Es importante seleccionar a la población de adolescentes institucionalizados deprimidos con los no deprimidos, ya que no necesariamente todos padecen de algún nivel de depresión. Para definirla es necesario aplicar a cada uno de los adolescentes el Test de depresión de Beck.

Posteriormente se elaboró un programa de tratamiento en base de una técnica de participación activa creada por J.L Moreno, llamada Psicodrama siendo una forma de psicoterapia consistente en la representación (dramatización) por parte del adolescente de acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, llegando a una catarsis que le permite darse cuenta de sus pensamientos, sentimientos, conductas y relaciones inadecuadas debido a la depresión que ha llevado. El psicodrama pone al adolescente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos autores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento (Moreno, 1917).

La técnica del psicodrama se dio posteriormente con una terapia de grupo de orientación psicoanalítica (siendo éste el grupo experimental), en donde se expone que las personas depresivas son dependientes en exceso debido a que están fijados en la etapa oral y también por el duelo no superado, por la pérdida de sus padres. El tratamiento es alcanzar una catarsis y superar el duelo.

Al finalizar el programa se comprueba que el tratamiento, la utilización de la técnica psicodramática orientada al psicoanálisis, **es efectiva** para disminuir los distintos niveles de depresión en los adolescentes institucionalizados.



## Indice

1. Introducción
2. Marco teórico
  - 2.1 Depresión
    - 2.1.1 Definición de depresión.
    - 2.1.2 Clasificación de la depresión
    - 2.1.3 Causas de la depresión: influencias biológicas, sociales y psicológicas (pérdida del objeto y pérdida por separación).
    - 2.1.4 Características y síntomas de la depresión
    - 2.1.5 Diagnóstico: pautas para el diagnóstico de episodios depresivos
  - 2.2 Técnica del Psicodrama
    - 2.2.1 Reseña histórica y definición del psicodrama
    - 2.2.2 Elementos básicos del psicodrama
    - 2.2.3 Reglas fundamentales para realizar un psicodrama
    - 2.2.4 Técnicas psicodramáticas
    - 2.2.5 Distintos métodos psicodramáticos
    - 2.2.4 Descripción de un psicodrama típico
    - 2.2.5 Principios y peligros latentes del psicodrama
  - 2.3 Tratamiento con orientación psicoanalítica
    - 2.3.1 Orientación psicoanalítica como proceso psicoterapéutico.
    - 2.3.2 Orientación psicoanalítica y depresión.
    - 2.3.3 Orientación psicoanalítica aplicada al psicodrama.
3. planteamiento de investigación
4. Método
5. Presentación y análisis de resultados
6. Discusión de resultados
7. Conclusiones
8. Recomendaciones

# CAPITULO I

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. Antecedentes

1. **González (1999)** realizó un programa para disminuir la conducta agresiva en niñas institucionalizadas en el Jardín de niños San Jerónimo de Emiliani. La muestra se integró por niñas de 8 a 11 años que presentan algún nivel de agresividad, debido a su orfandad y/o abandono. Midió la agresividad por medio una batería de tests. El primer test es el de escala de impulsividad de Hirschfield, el cuál específicamente mide la impulsividad, indulgencia e impaciencia; el segundo test es el de Escala de la percepción del niño de su autocontrol de Humphery, el cuál mide el autocontrol del niño desde la perspectiva cognitivo-conductual y por último el test de Escala de Nowicki-Strickland de foco de control el cuál mide si el niño cree que el refuerzo viene de él o de la casualidad. El tratamiento se realizó utilizando la terapia de arte, siendo una forma de psicoterapia consistente que dio oportunidad de usar su creatividad como medio de expresión de sentimientos y emociones en beneficio propio y en beneficio de su medio ambiente. En cada una de las sesiones realizadas se establecía una comunicación directa entre los niños y el terapeuta, realizando juegos, dinámicas que permitió sacar su energía en mejor manera, dejando por un lado cierta agresividad. concluyó que la aplicación de este tipo de programa en las instituciones de niños huérfanos que presentan manifestaciones agresivas, no funciona debido al poco tiempo de sesiones o a la terapia de arte aplicada en sí.
  
2. **Posadas y Castañeda (1992)** investigaron acerca de las alteraciones de conducta en adolescentes institucionalizadas, provenientes de hogares desintegrados haciendo uso del Test de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz y el Test de Familia en una muestra de solamente sexo femenino, entre las edades de 10 a 17 años. Concluyeron que una causa predominante se debe a que las niñas y adolescentes provienen de un hogar desintegrado y determinaron que debido a este estado de abandono, muestran grandes alteraciones de conducta y la mayor incidencia es la reacción depresiva, puesto que las reacciones de adaptación se manifiestan conjuntamente con las reacciones de depresión de angustia excesiva y de retraimiento; y que las reacciones fóbicas se manifestaron conjuntamente con la reacción de angustia excesiva. De acuerdo a los resultados de las pruebas comprobaron que las niñas y adolescentes institucionalizadas sí muestran alteraciones de conducta y mayormente muestran varios síntomas que dan lugar a posibles niveles de depresión existentes por lo que deben ser tratados con atención.

3. **Rivas y Matías (1993)** concluyeron en su investigación que los niños y adolescentes del Hogar Huérfano Santa Teresa carentes de familia natural manifiestan estados depresivos que afecten sus relaciones con los demás, comprobándolo por medio del test de la Familia de Louis Corman, test proyectivo, estandarizado y se hizo uso de los datos obtenidos de la ficha de información general de niño y adolescente, en donde aparece el registro de su situación económica y familiar, así como de entrevistas realizadas y personas encargadas de los mismos. La población total fue de 32 internos de sexo masculino, comprendido entre las edades de 7 a 18 años. La población perteneció a un nivel socioeconómico bajo, cuya estructura familiar está desintegrada por varias razones: madres solteras, orfandad de uno o de ambos padres, separación por residencia en Estados Unidos de alguno o de ambos progenitores y abandono. El procedimiento de esta investigación inicialmente fue realizando visitas a la institución; aplicando la prueba individualmente y calificando la prueba de acuerdo a las indicaciones requeridas en los libros de Corman y Koppitz. Finalizó con una elaboración de análisis estadístico de los resultados utilizando la Gráfica de Sectores, permitiendo visualizar las diferencias en frecuencia de los rasgos emocionales. Determinaron que los niños y adolescentes manifestaron a través del dibujo estados depresivos significativos, siendo los más relevantes el retraimiento y la agresividad, los cuales afectan en sus relaciones interpersonales, y todo ello debido a la carencia de una familia natural.
  
4. **Tezen (2002)** comprobó la eficacia de la utilización de la técnica del Psicodrama como tratamiento psicoterapéutico para disminuir los niveles de depresión en adolescentes estudiantes del primer ingreso en una institución educativa con sistema de internado llamado Escuela Nacional Central de Agricultura y Forestal. Específicamente el fin de este tratamiento psicoterapéutico fue reducir la fatiga escolar y los niveles de depresión. Concluyó en la importancia de facilitar el ambiente para el proceso de asimilación y acomodación de conocimientos teóricos y prácticos, promoviendo dentro de la institución la importancia de la orientación Psicológica integral. A través de la experiencia que obtuvo, estableció que el aplicar el psicodrama en adolescentes es de gran relevancia, pues se obtienen grandes beneficios en casos de depresión, en donde el adolescente que podía explorar las dimensiones psicológicas de sus problemas por medio de la representación Real o simbólica de sus situaciones conflictivas tuvo como resultado el solucionar sus problemas y mejorar. Estableció que durante los cuatro primeros meses de actividades, un alto porcentaje de alumnos presentaron signos y síntomas tales como: fatiga, insomnio, trastornos del apetito, baja autoestima, apatía, desesperación, problemas de concentración, deseos de llorar y otros, que sustentan un diagnóstico de Depresión. Utilizó la escala para la auto medición de la depresión índice (EAMD) antes y después, tomando la población completa (192 estudiantes) entre las edades de 14 a 21 años, y comparó los resultados antes de utilizar la

técnica y después observando una disminución notablemente lo que permitió afirmar la eficacia de el psicodrama.

5. **Ralda y Porras (1992)** demostraron que a través de la técnica psicoterapéutica grupal de Psicodrama se llegó a manifestar la dinámica de los problemas que afectaban a los adolescentes con los que se trabajó. La aplicación práctica de la investigación, la realizaron en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con once alumnos de primer año de la jornada vespertina entre 18 y 21 años. Utilizaron una guía de preguntas para realizar la entrevista y anamnesis de cada uno, posteriormente elaboraron una hoja de evolución donde a través de la observación sistemática se anotaron los datos más relevantes, además de utilizar apoyos como audiovisuales y una cámara de video, filmando así cuatro sesiones. El contenido dinámico de las sesiones fue de alto valor, pues lograron conocer la forma de comunicación, las relaciones interpersonales así como los conflictos, como algunos niveles de depresión, que estaban afectando al grupo de jóvenes que participó, gracias a que la técnica del Psicodrama permitió fácilmente conocer y comprender al adolescente en un espacio natural, que le ofreció seguridad y confianza para poder expresarse desde sus temores, tristezas, soledad y vivencias fundamentales. Esta técnica permitió al adolescente a situarse en un pasado, presente o futuro deseado o temido, en donde encontraron en juego una serie de emociones y conflictos, analizarlos y con ayuda tratar de encontrar posibles soluciones para su mejoría.
  
6. **González (1999)** realizó un programa para disminuir la conducta agresiva en niñas institucionalizadas en el Jardín de niños San Jerónimo de Emiliani. Integró la muestra con niñas de 8 a 11 años que presentaron algún nivel de agresividad, debido a su orfandad y/o abandono. Midió la agresividad por medio una batería de tests. El primer test es el de escala de impulsividad de Hirschfield, el cuál específicamente mide la impulsividad, indulgencia e impaciencia; el segundo test es el de Escala de la percepción del niño de su autocontrol de Humphery, el cuál mide el autocontrol del niño desde la perspectiva cognitivo-conductual y por último el test de Escala de Nowicki-Srickland de foco de control el cuál mide si el niño cree que el refuerzo viene de él o de la casualidad. El tratamiento se realizó utilizando la terapia de arte, siendo una forma de psicoterapia consistente que dio oportunidad de usar su creatividad como medio de expresión de sentimientos y emociones en beneficio propio y en beneficio de su medio ambiente. En cada una de las sesiones realizadas se establecía una comunicación directa entre los niños y el terapeuta, realizando juegos, dinámicas que permitió sacar su energía en mejor manera, dejando por un lado cierta agresividad. concluyó que la aplicación de este tipo de programa en las instituciones de niños huérfanos que presentan manifestaciones agresivas, no funciona debido al poco tiempo de sesiones o a la terapia de arte aplicada en sí.



7. **Del Cid y Coloma (1996)** concluyeron que la conducta y los estados emocionales del niño institucionalizado tienen su origen en la falta de afecto que proporciona el núcleo familiar. Determinaron que el niño que se encuentra en un hogar sustituto de alguna manera, refleja conflictos emocionales producto de la privación materna y carencia de afectos en que se encuentra, además del rechazo del cuál han sido objeto, lo cuál se manifiesta a través de su conducta, por medio de estados depresivos, sensaciones de angustia, timidez, aislamiento social, baja autoestima o bien conductas agresivas que afectarán el desarrollo cognoscitivo afectivo y psicomotor de los niños, quienes por cualquier causa, dependa de la institución, tiene efectos negativos dado a la falta de recursos económicos, técnicos, materiales, pues destacará un retraso en su desarrollo y adaptación general del niño. Trabajaron con una muestra aleatoria de 183 alumnos compuesta por hombres y mujeres en el Hogar Elisa Martínez, que es una dependencia de Dirección de Bienestar Infantil y Familiar de la Secretaría Social de la Presidencia. Este funciona como un hogar sustituto en niños y adolescentes. Realizaron el estudio a través de la interpretación de los datos que se obtuvieron por medio de un análisis descriptivo, utilizando la técnica de porcentajes para la presentación cuantitativa y un análisis descriptivo teniendo presente los diferentes parámetros de la depresión que se establecen de acuerdo a los puntajes obtenidos. Utilizaron la escala de automejoría de la depresión del Dr. William K. Zung que indica los diferentes niveles de depresión junto con otras características psicosociales y emocionales de cada institucionalizado, cumpliendo con el fin de la investigación.
  
8. **Asturias (1990)** determinó que uno de los principales factores causantes de depresión infantil y del adolescente es la falta de cariño, la falta de atención y el abandono especialmente por las figuras primarias (en este caso, la madre y el padre) o por sustitutos; además indicó que la poca afectividad de las madres o encargadas de los niños o adolescentes es el rasgo más sobresaliente. De acuerdo al estudio que realizó para medir los niveles de depresión en niños y adolescentes con distintos tests proyectivos, como el de figura humana y el cuestionario DPO- Jiménez Estrada y concluyó que el índice de depresión es más alto en niños y adolescentes que se encuentran dentro de una institución sin familia alguna, que en aquellos que sí viven con una familia.

9. **García (1998)** determinó los distintos grados de depresión que se presentan en adolescentes estudiantes de Secundaria del Instituto Justo Rufino Barrios, zona 21 proporcionando medios de prevención y lograr un equilibrio emocional en cada uno de los adolescentes. Finalizó en que dicha crisis o estado emocional puede situarse en cuatro niveles: indiferenciado, descriptivo, evaluativo e integrativo. El instrumento utilizado para observar los niveles de depresión en dichos adolescentes fue el test de William K. Zung, mostrando que sí gran parte de la muestra presentaban distintos niveles de depresión. Este problema puede afectar el desarrollo psicológico, familiar y social de los sujetos de estudio, por lo cuál al comprobar que sí existe algún grado de ésta, uno de los medios de tratamiento es la aplicación de una psicoterapia psicoanalítica, la cuál da especial importancia a los sentimientos inconscientes, ya que para ésta la causa de las depresiones se fundamentan en la pérdida de algo amado, por lo que la consecuencia de la depresión se debe a la falta de alguno de los progenitores en la primera infancia, en donde el tratamiento está encaminado a modificar las asociaciones que existen entre los pensamientos y sentimientos con el fin de ayudar a que estos se ventilen y así fomentar la esperanza de recuperación.
  
10. **Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo, Lara, Bermúdez, Ramírez, Coronado, López, Miranda, (2001)** investigaron sobre las diferencias en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven. Para la investigación utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para adultos, el cual, fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al encuestado para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación. Sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplica, aplicaron a una población de 68 adolescentes, tanto de sexo femenino como masculino, entre 13 y 17 años, de los cuales 34 viven en la calle y 34 viven con una familia. Crearon dos grupos de 34 personas, donde el primero estaba conformado por adolescentes de clase socioeconómica baja que habita en la calle y el segundo por adolescentes que viven en una familia de nivel socioeconómico medio. Analizaron los resultados utilizando la prueba estadística paramétrica t de Student no relacionada, ya que las puntuaciones fueron medidas en un nivel intervalar. Trabajaron con dos grupos de sujetos: adolescentes que viven en la calle y los que viven en una familia. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas, los adolescentes que habitan en la calle presentan un nivel más alto de depresión, comparados con los que viven con sus familias.

11. **Ritcher, Alvarado y Fend (2001)** evaluaron la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Evaluaron una muestra proveniente de un amplio estudio prospectivo de 5 años, realizado en 1399 adolescentes alemanes, de los cuáles, 45.8% eran hombres y 54.2% mujeres, la edad media fue de 17 años. Todos los estudiantes pertenecían al décimo grado, aún cuando asistían a diversos tipos de escuelas secundarias, algo habitual en el sistema educativo alemán. Determinaron cuidadosamente los factores de riesgo y vulnerabilidad para trastornos depresivos, resultando en la información de un 2.4% de los estudiantes había perdido uno de sus padres en el último año, en tanto que un 3.1 % los había perdido recientemente, pero hacía más de un año. En suma, un total de 5.5% de los sujetos, presentaba la muerte de uno de los padres en un período relativamente reciente. También tomaron en cuenta que en un 11.2% de los casos los padres estaban divorciados, en tanto que en un 1.8% de la muestra, los padres se habían separado en el último año. Además consideraron que un 0.9% se había mudado muy recientemente y que un porcentaje aún mayor (1.3%), aún decía sentirse afectado por la obligada separación de sus amigos. Evaluaron a los estudiantes grupalmente y se utilizaron las indicaciones prescritas para la forma no abreviada del Test de depresión de Beck.. Se procedió así por las diferentes referencias temporales que presentan ambas formas, pues la forma no abreviada remite al sujeto a la evaluación de un estado afectivo más duradero. Desarrollaron un cuestionario destinado a evaluar diferentes aspectos del proceso de desarrollo psicológico, como la capacidad para asumir diversos roles (competencia social), el autoconcepto, la comprensión de la vida política y otros indicadores generales del desarrollo. Concluyeron que dentro de los adolescentes se muestra una elevada prevalencia de depresión psicométrica: un 20% de los estudiantes obtuvo puntajes en el Inventario de depresión de Beck, que los sitúa en el rango de depresión moderada a severa (33% en el estudio control), en tanto que un 22% reconoció ideación suicida al momento de evaluación (35% en el estudio control).
  
12. **Espina y Filgueira (2000)** concluyen en que la técnica del Psicodrama es un efectivo programa para tratar síntomas depresivos y específicamente tratar el duelo en atención primaria. Determinan que La pérdida de rituales agrava y alarga la reacción del duelo. Trabajaron con una muestra de 34 adolescentes ya diagnosticados con ciertos niveles de depresión en un Centro de Salud ubicado en la Ciudad de México. Aplicaron la técnica del Psicodrama en donde un psicoterapeuta articula un equipo terapéutico a su cargo, en éste se incluye al terapeuta que formula la demanda, o quien da todas las instrucciones para llevar a cabo. Inician las sesiones, en realidad la primera será la sesión exploratoria que constituye en realidad la fase de caldeamiento de la sesión de tratamiento. Elaboraron la sesión de tratamiento la cuál consistió en una

entrevista inicial exploratoria, a fin de completar la historia clínica y obtener datos para el montaje de la escena (caldeamiento), para luego trabajar en una situación concreta, a realización de una escena real o imaginaria que represente los conflictos internos del adolescente. Trabajaron durante 20 sesiones y concluyen con que el psicodrama se muestra como una forma útil de recuperar los ritos perdidos, sirve para desbloquear situaciones interrumpidas de duelo y se puede realizar en situaciones de riesgo, como por ejemplo durante el internamiento psiquiátrico. Propusieron un elaborado programa para que los Equipos de Atención Primaria puedan desbloquear situaciones de duelo irresueltas o síntomas depresivos, por medio de esta técnica.

13. **Moreno y Del Barrio (2002)** analizaron la relación existente entre acontecimientos vitales y depresión en sujetos adolescentes. Evaluaron los acontecimientos vitales con el AVIA (Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia) (adaptado por Moreno, Del Barrio, 1992), que tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los AV en la Infancia y Adolescencia. Este inventario está creado a partir de las escalas de Coddington y de Holmes y Rahe, traducido por P. Morató, el cuál consta de un total de 81 elementos, correspondientes a 4 factores distintos: familia, escuela, salud y relaciones y actividades sociales. y la depresión con el CDI (Children's Depression Inventory) (Kovacs, 1992), que se trata de un instrumento de *screening* aplicable a sujetos entre 8 y 17 años de edad, identifica niños y adolescentes con alteraciones afectivas. Consta de un total de 27 elementos, con triple elección de respuesta. Determinaron claramente la relación existente entre el número de acontecimientos vitales negativos y depresión. Trabajaron con una muestra formada por sujetos con un rango de edad entre 14 y 17 años, pertenecientes a 40 Centros públicos y privados de la ciudad de Valencia, España y escolarizados en 1 año de bachillerato, 1 año de formación profesional y últimos cursos de Enseñanza General Básica. El tamaño de la muestra es de 722 sujetos, de los cuales 425 son varones y 297 mujeres, lo que significa un mayor porcentaje de varones (58,86%) frente a un 41,14% de mujeres. Analizaron la relación entre depresión y acontecimientos vitales desde un punto de vista cuantitativo, establecieron tres grupos diferentes en función de la distribución de los sujetos por el número de acontecimientos vitales experimentados. Concluyeron que el número de AV negativos experimentados por los sujetos correlaciona positivamente con niveles de depresión en la población estudiada. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el número de acontecimientos positivos, puesto que los sujetos que han tenido muchas experiencias de este tipo no presentan niveles de depresión más bajos que los que han tenido pocas experiencias positiva.

14. **Coelho y Martins (1998)** evaluaron el el poder discriminatorio del Inventario de Depresión II de Beck (BDI-II) para caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con los TTDD en la adolescencia. Administraron una versión portuguesa del BDI-II y un cuestionario sociodemográfico a 775 adolescentes portugueses (312 varones, 463 mujeres, edad media: 16,9 años); ochenta y tres adolescentes realizaron una entrevista clínica según los criterios del DSM-IV, dentro de una institución educativa. La puntuación total media de la versión portuguesa del BDI-II (BDI-II-P) indicó que las mujeres poseen más síntomas depresivos que los varones. El bajo logro académico, las perturbaciones de sueño y el consumo de alcohol se asociaron uniformemente con los síntomas depresivos para ambos géneros. El consumo más alto de tabaco se asoció significativamente con los síntomas depresivos en la mujeres. Los factores familiares no parecían asociarse con los síntomas depresivos en los varones. Sin embargo, una frecuencia más alta de hermanos, tener los padres separados así como una percepción más extrema del estilo educativo de la madre se asociaban uniformemente con los síntomas depresivos en las mujeres. Concluyeron así que el BDI-II-P mostró poder discriminatorio para caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con los TTDD, especialmente en las mujeres adolescentes y demostraron también que sí es posible que se dé una depresión en la adolescencia, desde una depresión leve hasta una de mayor riesgo.
  
15. **Martínez, Glorimar, Sáenz y Rosell (2003)** concluyeron que la depresión es un problema serio de salud mental entre los adolescentes puertorriqueños. En un estudio epidemiológico hecho en Puerto Rico reveló que la depresión es el tercer trastorno más frecuente en esta población. Determinaron que durante los últimos ocho años, el Proyecto de Depresión en Adolescentes del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, dirigido por la Dra. Jeannette Rosselló, ha realizado investigaciones sobre este tema con el propósito de entender mejor esta condición para prevenirla y tratarla con mayor eficiencia. En este nueva investigación, aplicaron una observación directa en cada uno de los adolescentes, de manera individual y grupal, para luego comprobar sus observaciones aplicando el test de depresión de Beck. Se realizó en una institución educativa con adolescentes mujeres y hombres de edad entre 17 y 21 años, determinaron que las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión son similares a las de los adultos deprimidos e incluyen Psicoterapia y medicamentos antidepresivos. La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres, entre otros. Concluyeron que las mujeres adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión.

## **CAPITULO II**

### **Marco teórico**

#### **2.1 Depresión**

##### **2.1.1 Definición de depresión**

La palabra depresión como un síndrome, se emplea para expresar un estado psicológico, que va desde su forma más simple y transitoria. Se da en cualquier persona pasando por distintos grados o niveles, hasta poder llegar al grado más agudo donde se observa su máxima presentación. La depresión se refiere tanto a un síntoma como un grupo de afecciones que tienen ciertos grados en común. El síndrome depresivo consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta y se observa en el adolescente un deterioro social significativo.

La depresión es un estado afectivo de tristeza, y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos.

Melanie Klein, piensa que la depresión es una regresión a la posición pasiva que tiene lugar en la segunda mitad del primer año de vida. El niño se ve obligado a aceptar que existe una sola madre que frustra y gratifica y se deprime por tener que renunciar al objeto amoroso idealizado.

La depresión constituye una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas físicas y psíquicas (Pancheri, 1993).

La depresión está clasificada dentro de los trastornos afectivos o trastornos de ánimo, la cual forma parte de la salud mental. Existen dos categorías que siempre están presentes en la depresión; la disforia y la falta de interés en el placer y en casi todas las actividades y pasatiempos usuales, también puede observarse trastornos del apetito, del sueño, cambios psicomotores, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para pensar con claridad y para concentrarse; pensamientos frecuentes de muerte o deseos de estar muertos.

El DSM IV , clasifica los trastornos emocionales de la siguiente manera: trastornos que implican episodios maniáticos y depresivos a los cuales se les llama trastorno bipolar cuando es grave, y trastornos ciclotímico si no lo es.

La conducta depresiva sin ningún episodio maniático se divide en tres grupos: si es grave se le califica como un trastorno no depresivo importante, si no es muy grave o incapacitante como un trastorno distímico. Si la depresión es consecuencia de algún evento identificable de la vida y se espera que desaparezca se le clasifica como un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes en nuestra sociedad y en todo el mundo, que puede desarrollarse desde la niñez hasta la edad adulta tardía. Se debe de darle la importancia debida, puesto que al momento de aparecer si ésta no es tratada, puede aumentar su intensidad y llevar a la persona a un estado crónico y por ende llevarle a la muerte.

### **2.1.2 Clasificación de la depresión**

En la psiquiatría el término depresión implica, que se le asignen los siguientes significados: se refiere a un síntoma, a un síndrome y a una entidad noseológica. El elemento semiológico elemental es un aspecto fenomenológico caracterizado por un trastorno, un descenso del humor que termina siendo triste.

Pocas alteraciones psicológicas, han merecido una noseología más variada y confusa que la de los trastornos afectivos. El problema de la clasificación de los estados depresivos es bastante difícil, ya que clásicamente se distinguen las depresiones endógenas y las depresiones neuróticas o reactivas (Ey, 1982).

La primera se manifiesta en que las personas experimentan algún tipo de cambios; comer, dormir, tener problemas en concentración, sufrir pérdidas de energía o de interés por actividades que previamente gustaban, perder todo deseo sexual o buscarlo constantemente. En algunas ocasiones estos síntomas están presentes sin la tristeza, pesar de ello se le diagnostica como depresión. Este tipo de depresión tiende a surgir sin razones aparentes.

La segunda de las depresiones neuróticas o reactivas, son las que se dan como respuesta a algún acontecimiento de la vida de una persona, que sería preocupante para casi todo el mundo; la muerte de un pariente próximo, la pérdida de un empleo o el final de una relación amorosa. Esta clase de depresión tiene un pronóstico mucho mejor que la depresión endógena y el tratamiento para estos tipos de depresión puede ser terapéutico y farmacológico cuando el nivel de depresión es bastante alto.

Las depresiones sintomáticas o somatógenas se caracterizan porque aparecen tras un factor desencadenante orgánico a cualquier edad, sin antecedentes familiares o trastornos afectivos; para éstas el tratamiento es causal y el cuadro clínico tiende a autolimitarse con el tiempo.

Las depresiones larvadas o enmascaradas, son aquellas que se manifiestan por síntomas somáticos; los síntomas afectivos pasan a un segundo plano o incluso pueden estar ausentes. Para este tipo de depresión los síntomas que se pueden observar son: cefaleas, parestesias, vértigos, trastornos gastro intestinales, cardiovasculares, incomodidad de todo tipo y condición, etc.

La depresión está dentro de una clasificación específica a la que se le debe dar la atención debida. Esta clasificación presenta sintomatología característica de su tipo, pero en muchas ocasiones la alteración del estado de ánimo puede estar enmascarado por otros síntomas, como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, etc, pero el común denominador para el diagnóstico de un episodio depresivo de cualquiera de los niveles o clasificación se requiere normalmente a una duración de al menos dos semanas.

### **2.1.3 Causas de la depresión**

Desde la perspectiva psicológica para la orientación psicoanalítica, la depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente, que surge de las dificultades interpersonales y la interacción con el medio, en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos dirigidos a personas que son objeto de una devoción forzada, o hacia personas de quienes depende su propia seguridad, los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo.

#### **Influencias biológicas**

Se considera que la depresión en adolescentes tiene muchas veces influencias genéticas. Los hallazgos referidos a la incidencia de la depresión en la familia constituye la base primordial para establecer la influencia genética en la etiología de la depresión en la adolescencia. El hallazgo de que los adolescentes cuyos padres sufren de un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno, de que un aumento de la depresión entre los miembros de la familia está relacionado con el inicio de la misma antes de los 20 años.

El estudio de la bioquímica de la depresión ha recalcado el papel de neurotransmisores tales como la norepinefrina, la serotonina y la acetilcolina. La hipótesis catecolaminérgica, propone que se producen niveles bajos de norepinefrina debido a un exceso de reabsorción por la neurona que la libera o por una ruptura demasiado eficaz por parte de determinadas enzimas.

#### **Influencias sociales y psicológicas**



Explicaciones socioculturales: según muchos estudios han encontrado que los índices de frecuencia y manifestación de los síntomas varían de manera considerable entre diferentes grupos culturales y sociedades. Factores tales como la cultura, las experiencias sociales y los agentes estresantes psicológicos desempeñan un papel importante en la depresión.

- **Pérdida por separación:** probablemente la explicación psicológica más común de la depresión es la pérdida por separación. Las explicaciones psicoanalíticas sobre la depresión a partir de Freud hacen hincapié en la noción de la pérdida del objeto. La pérdida puede ser real (muerte de uno o ambos progenitores, divorcio) o simbólica. Se piensa que la identificación con el objeto amado perdido, así como los sentimientos ambivalentes hacia el mismo, dan como resultado que el individuo dirija sentimientos hostiles que tienen relación con el objeto amado hacia el yo. Algunos psicodinámicos hacen hincapié en la pérdida de la autoestima y en los sentimientos de desesperanza que se producen por la pérdida del objeto, se vuelve hacia el propio yo. (Kessler, 1988).

- **Pérdida del objeto durante la adolescencia:** la adolescencia es la etapa en la vida en que el individuo deja de ser niño para ser adulto, sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia pueden originarle un período de turbulencia emocional. La pérdida de objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío. Lograr la propia identidad es una de las metas del adolescente; sin embargo no es fácil dejar de depender y de estar protegidos por los mayores, sobre todo cuando es tan poco lo que se tiene que dar a cambio. Al querer probar ante sí mismo y ante el mundo que es un individuo autónomo, el adolescente provoca con frecuencia reacciones antisociales, autodestructivas y extravagantes; y cuando intenta demostrarse que es su “propio jefe”, el adolescente entra en conflicto con sus progenitores o con las autoridades de la comunidad. Es muy frecuente que el adolescente que se siente solo y desamparado (como los que no tienen a ambos progenitores o familia en general) muestre sintomatología depresiva y pocos deseos de vivir, por lo que se le debe poner mucha atención y tratarlo para que no llegue a conductas autodestructivas.

Muchos de los adolescentes en Guatemala se encuentran desamparados, debido a que sus progenitores murieron o son abandonados por los mismos. Algunos de estos adolescentes desde niños fueron criados por enfermeras uniformadas en establecimientos regidos por reglas severas, otros han experimentado una serie de separaciones de personas a las que habían venido sintiendo apego. Estos adolescentes presentan problemas muy especiales, además de no saber establecer relaciones con otras personas, tienen una limitada capacidad para expresarse verbalmente y de tener unas ideas sobre el mundo comúnmente insuficientes para su edad, suelen sufrir, generalmente, trastornos de comportamiento. Entre los adolescentes dentro de estas instituciones son comunes los estallidos agresivos, hurtar y escaparse. Además suelen manifestar tipos obsesivos de comportamiento y síntomas depresivos.

Sadler y Joffe (1993) describieron “como el cuidado de la madre constante e interesado produce y mantiene a la persona desde niño, en un estado afectivo de bienestar. En cualquier etapa del crecimiento, la ausencia, la pérdida o incluso la pérdida imaginaria de las personas de quien el niño o adolescente pueden interrumpir dicho sentimiento de

bienestar afectivo. El adolescente responde a la ausencia del ser querido de la siguiente manera:

- a. protesta en forma iracunda, se muestra agresivo y se rehusa a estar completamente solo.
- b. Niega la pérdida a través de una actitud pasiva.
- c. Invierte sus sentimientos y se comporta como un payaso.
- d. Dirige su dolor contra sí mismo.
- e. Presenta síntomas somáticos.

Beck (1976) descubrió que las personas deprimidas tienen un pobre concepto de sí mismas, se autocritican, se sienten desgraciadas, exageran sus problemas y cobijan ideas de suicidio, el depresivo sufre un trastorno básico del pensamiento, exagera sus fallos, interpreta más las afirmaciones sobre su ser para llegar a creer que es malo, ve el lado negativo de las experiencias ordinarias y ve con pesimismo el futuro.

Existen muchas causas para que se pueda desarrollar un episodio depresivo. Existen factores externos a la persona que precipitan la aparición de ésta, como lo son los factores sociales, culturales, situaciones estresantes, como la muerte o separación de una persona significativa, entre otras. Se debe tomar en cuenta también el aspecto de personalidad, ya que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

### 2.1.5 Características y síntomas de la depresión

Pancheri (1993) La depresión es una enfermedad con alteración del estado de ánimo, una alteración en sentido negativo de tan amplia repercusión que puede transformar la percepción de la realidad. La alteración del estado de ánimo, generalmente es seguida por las formas características en que los cambios del estado de ánimo afectan el curso del pensamiento y la conducta del paciente, como son la minusvalía, sentimientos de culpa cambios vegetativos y el nivel de actividad.

La depresión siempre produce síntomas, que se pueden ordenar como: somáticos, emocionales y psíquicos. Los tres tipos de síntomas están presentes en el deprimido, uno de los tres es el que predomina, enmascara o puede ocultar algunos o todos.

El conjunto de síntomas del paciente y la respuesta particular del mismo a la depresión puede ser influenciados por la edad, sexo, estado físico, estrato social, inteligencia y educación, posición en la familia, religión, ambiente ocupación e incluso por la persona que lo trata, el terapeuta.

- a. **Síntomas Emocionales:** dentro de éstos se encuentran el dolor moral, angustia, sentimientos negativos hacia uno mismo, actitudes anómalas, pérdida o reducción del placer y pérdida de la motivación.
- b. **Síntomas Somáticos:** trastornos del sueño, trastornos y cambios en los hábitos alimenticios, trastornos sexuales, cardiovasculares y padecimientos somáticos generalizados e inexplicables.

- c. **Síntomas Psíquicos:** lentitud psicomotora, agitación, mala concentración, pérdida o alteración de la atención y memoria, ideas suicidas o deseos de morir.

Según Pancheri (1993), los síntomas de la depresión se encuadran en tres grupos:

- a. **Síntomas que se obtienen de la observación del paciente:**  
aspecto general, manera de vestir, agilidad motora, expresión del rostro, el tono de la voz, retraso o ausencia al responder preguntas, estereotipia, incapacidad de concentración, comportamiento pasivo en el grupo.
- b. **Lo que el paciente refiere:**  
Sentimientos de angustia y culpa respecto al pasado, actitudes negativas frente al presente, incapacidad para proyectarse al futuro, pérdida de intereses llegando hasta la pérdida del sentimiento.
- c. **Síntomas somáticos:**  
Trastornos del sueño, sexuales, del apetito y menos frecuente trastornos cardiovasculares. En las depresiones mayores con características psicopáticas aparecen con frecuencia síntomas adicionales:
- Ideas delirantes de persecución: en estas el paciente se siente pecador, culpable y merecedor de castigo
  - Ideas delirantes de tipo somático: en estas las personas creen que les faltan determinadas partes del cuerpo o que éstas no le funcionan.
  - Alucinaciones Auditivas: en estas las personas oyen voces y se da pensamiento desordenado y confuso

Un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente , son de un tiempo mucho mas corto, si no con síntomas como la pérdida del placer, apetito y sueño alterado, baja concentración y caída del ánimo. También se presentan muchos problemas físicos genuinos como indigestión, dolores de cabeza o periodos alterados, frecuentemente van de la mano con la depresión. Esto ocurre tan comúnmente que mucha gente se enfoca en estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión; es importante que a las personas se les eduque y se les informe sobre este problema tan común, para que puedan identificarlo a tiempo y poder tratarlo con rapidez.

### 2.1.5 Diagnostico de depresión

El diagnóstico de la depresión consiste en recopilar y organizar una serie de información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada. Se realiza un examen sistemático en donde se estudian las circunstancias de la aparición del acceso, las predisposiciones de la personalidad mediante el estudio de la personalidad anterior y de los antecedentes hereditarios, los signos y síntomas, un examen médico completo y si es necesario una evaluación neurológica.

En el caso de los adolescentes que padecen patologías orgánicas relacionadas con la edad tienen mayor riesgo que se depriman.

Según el CEI 10, la depresión se puede clasificar de la siguiente manera:

**a. Leve:**

Al menos dos de estos síntomas deben estar presentes, ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad, en este episodio se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno y su duración es por lo menos dos semanas.

**b. Moderada:**

Deben estar dos o más síntomas descritos para la leve. Así como al menos tres de los cuatro preferiblemente de los demás síntomas, dificultad para continuar su actividad social y laboral. En este episodio están presentes las pautas del episodio depresivo moderado y no hay presentes síndromes somáticos, y su duración es por lo menos dos semanas o más.

**c. Grave:**

En este episodio deben estar presentes tres síntomas típicos de los episodios leve y moderado, y por lo menos tres de los de intensidad grave, considerable angustia y agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o culpa, riesgo de suicidio o autoagresión. Su duración es por lo menos de dos semanas, pero si los síntomas son particularmente de la grave de inicio rápido se justifican menos de dos.

El diagnóstico de un episodio depresivo, en cualquiera de sus niveles, se realizará cuando se obtenga una información detallada de la características y complicaciones de la persona, dentro de una ficha clínica.

Como primer paso, se deben conocer los síntomas de la enfermedad (la tríada de expresión de la depresión: somática, emocional y psíquica. Luego, la persona que va a tratar al paciente con episodio depresivo debe aprender cuándo, cómo y dónde debe buscar los síntomas de depresión y por ende, debe saber la manera en que cada uno de los síntomas deben ser tratados para lograr una mejoría en la persona que la está padeciendo.

## **2.2 Técnica del Psicodrama**

### **2.2.1 Reseña histórica y definición del Psicodrama**

Como modalidad educativa tuvo sus orígenes hacia 1911 en Viena. Desde 1908 el doctor Moreno solía llevar a los niños en sus juegos en los jardines y parques de Viena. Notó entonces que los niños ensayaban roles familiares y culturales. Notó que los niños usaban la fantasía presentando roles de mitos o fábulas que más cuadraban a sus necesidades o frustraciones. Con ellos empezó a utilizar la técnica, del juego de roles (role playing) como medio para ampliar o corregir su percepción personal. Moreno aplicó métodos psicodramáticos en su teatro de Espontaneidad, cerca de la ópera de Viena, entre 1921 –

1923. Grupos de actores que trabajaban con él representaban con espontaneidad y sin ensayo temas sugeridos por el público, algunas veces personas del público subían al escenario a representar ciertos papeles de los personajes implicados en el tema. Al igual que los niños, los adultos usaban su imaginación o la representación vicaria de ciertas escenas para acercarse a un problema en el que se sentían involucrados. La representación de ciertos roles servía de satisfacción parcial a necesidades o deseos reprimidos por la educación familiar o por las restricciones sociales y culturales, es de aquí en donde Moreno utilizó el psicodrama como método terapéutico. Para Moreno, fue el drama el que utilizó totalmente con el elemento colectivo para **“Objetivizar las corrientes cruzadas de las almas y los dilemas de la condición humana. Y según Moreno fueron los antiguos Griegos que utilizaron el drama como el ritual para evocar catarsis de grupo”** (Blatner 1980). Y también Moreno encontró en éste teatro una verdadera arma para utilizarse como una psicoterapia, pues afirma que el psicodrama **es una psicoterapia consistente en la representación (dramatización) por parte de la persona de acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, llegando a una catarsis que le permite darse cuenta de sus pensamientos, sentimientos, conductas y relaciones inadecuadas debido a la depresión que ha llevado.**

Sin embargo hace algunas décadas empezó el psicodrama a trabajarse como una verdadera técnica psicoterapéutica. Dentro de las definiciones más aceptables, se encuentra el Dr. Blatner, quien define el psicodrama como: **“Método por medio del cuál se ayuda a una persona a explorar las dimensiones psicológicas de sus problemas, por medio de la representación de sus situaciones conflictivas en sustitución de sólo hablar de ellas”**. (Blatner 1980).

El método psicodramático integra las modalidades de análisis con las dimensiones de inclusión participativa y experimental.

La técnica del psicodrama, es una técnica muy utilizada, más que todo en países desarrollados, como Estados Unidos y Europa, en donde el tratamiento a ciertas patologías puramente mentales, y en este caso un episodio depresivo, no solamente se llevan bajo un tratamiento alto en medicamentos o simplemente una psicoterapia, sino se buscan alternativas de forma creativa, para que la persona a la vez que muestra mejoría en su episodio depresivo, se va encontrando con su mundo, su yo interno y vaya conociendo más de sus capacidades, descubriendo sus aptitudes y encontrando nuevas expectativas de vida, o al mismo tiempo descubriendo ciertos conflictos internos que no conocía y que sabe que debe de trabajar para llegar a sentirse sana mentalmente hablando. En el caso de el Psicodrama, es La actuación dramática un estado interior intermedio, un intermediario entre la fantasía y la realidad que hace que la persona se encuentre, encuentre sus fortalezas y debilidades y trabaje en ellas.

## 2.2.2 Elementos básicos del psicodrama

### - **Términos generales**

- a. **El protagonista**, persona que se representa así mismo en escena, y también, a otras personas que desempeñan un papel en sus conflictos psíquicos.
- b. **el director**, tiene tres funciones; la de director de escena, la de terapeuta y la de analista. Como director de escena tiene que estar preparado para captar toda indicación que ofrezca el sujeto e integrarla en la acción dramática y no dejar que pierda el contacto con el público. Como terapeuta puede a veces confrontar al paciente e interpretar.
- c. **Terapeutas auxiliares o “egos auxiliares”**, con sus explicaciones y tratamientos constituyen un refuerzo para el director de grupo, pero también son muy importantes para el paciente, al representar personas reales o simbólicas para él.
- d. **el público**, éste llena un doble objetivo, puede ayudar al protagonista o puede convertirse él mismo en protagonista. Al ayudarlo se convierte en caja de resonancia de la opinión pública, las reacciones y observaciones del público a propósito de los acontecimientos son tan improvisados como las del protagonista.

### - **Vehículos del psicodrama**

- a. **Escenario**, es el espacio vital y móvil que rodea a los integrantes del grupo. Realidad y fantasía, ya no están ahí en contradicción, sino que se convierten en funciones de una esfera más amplia, la esfera del mundo psíquico dramático de objetos, personas y acontecimientos.
- b. **Objetos de apoyo**, es la escenografía y todos los utensilios necesarios para presentar la actuación.
- c. **Auxiliares básicos**, son el maquillaje, la iluminación y los postizos

### - **Formas principales de representación del psicodrama**

#### 1. **Sociodrama:**

Tiende a aclarar temas de grupo, y puede funcionar como calentamiento para un psicodrama. Sin embargo el sociodrama es suficiente en sí mismo como modalidad para explorar las tensiones involucradas en la interacción con su medio.

#### 2. **Actuar un papel**

Tiende a buscar una alternativa o enfoque más eficaz hacia un problema en general. Su uso es más frecuente en: la industria, escuela o capacitación profesional.

Los elementos del psicodrama son esenciales para que esta técnica sea efectiva en el tratamiento de episodios depresivos en cualquiera de sus niveles. Por ejemplo, el escenario, ese espacio en donde se realizará cada actuación terapéutica debe de llenar ciertos requisitos para que cumpla su función a cabalidad, junto con los auxiliares básicos. El terapeuta debe de organizar bien cada uno de los aspectos importantes para que se realice la técnica y pueda cumplirse con el objetivo de la misma: la mejoría de sus pacientes.

### **2.2.3 Reglas fundamentales del psicodrama**

El psicodrama heredó del teatro de improvisación cuatro reglas fundamentales:

1. El criterio para la continuación y análisis del tratamiento lo dan la totalidad de la producción en una sesión. Los acontecimientos, actividades y diálogos, hayan tenido lugar en el grupo o en el escenario. La producción en el presente es la instancia decisiva. Todo el pasado se expresa en alguna forma en la producción actual.
2. La producción psicodramática se dirige al presente y no al pasado.
3. la regla de la libre asociación es sustituida por la regla de la actuación libre, en la que está incluida la asociación de palabras.
4. El espacio bidimensional del diván psicoanalítico es sustituido por un espacio tridimensional. Cualquier local puede ser empleado, un cuarto, una calle o un jardín, como escenario terapéutico, en que las vivencias interiores se representan y concretizan.

#### 2.2.4 Técnicas psicodramáticas

Las técnicas psicodramáticas son los medios que se vale el director o el psicoterapeuta para integrar a todos los miembros del grupo y movilizarlos hacia una mayor participación, actuación e involucración en los problemas personales. Estas técnicas pueden ser visuales, auditivas o activas. Son mayormente conocidas como métodos de acción, técnicas de encuentro, juegos de teatro, experiencias estructuradas o ejercicios no verbales entre los que se encuentran:

**a. Doble soliloquio, yo múltiple y monograma:**

En éstos el terapeuta utiliza la aplicación, aparte de las exageraciones de las comunicaciones no verbales, junto con las exageraciones de las dimensiones de alto espacio y posición.

**b. Autoconfrontación:**

se ayuda al protagonista a comprender su conducta por medio del uso de videotape, inversión de papeles, a tus espaldas, coro, ejercicios de interacción no verbal.

**c. Tienda Mágica o Proyección del futuro:**

Se usa principalmente para aclarar objetivos y valores.

**d. Construcción del Ego:**

Se utiliza para dar apoyo y uso juicioso de contacto físico, como abrazos y apoyo, en otros términos reforzamiento positivo.

**e. Espectograma y Sociometría:**

Se usa para aclarar temas de proceso de grupo.

**f. Hipnosis y fantasía guiada:**

Se utiliza para coadyuvar en los procesos de orientación.

**- Funciones del Ego auxiliar**

La función específica del Ego auxiliar es ayudar al protagonista a explorar la situación. Evoca una respuesta similar. También estimula al protagonista a tener un papel complementario. Lleva al protagonista hacia la interacción, como si estuviera sucediendo por primera vez el problema o conflicto.

**- Técnicas para la elección del ego auxiliar**

Características: el Ego auxiliar debe ser espontáneo, y debe considerarse el grado de identificación con el grupo, se puede pedir al protagonista que elija, o puede ser seleccionado por el director o terapeuta según considere conveniente. También se puede solicitar voluntarios, o solicitar al grupo que elijan según lo consideren conveniente el ego como público coreando.

**- Selección del protagonista**

Para la selección del protagonista se puede variar según la creatividad del director o del terapeuta. Puede surgir del proceso natural del desarrollo de grupo, voluntariamente o por votación según el criterio de quien dirija la acción.

Estas técnicas son necesarias para crear la unión en el grupo, pues sin ella no se llegaría a crear los lazos de confianza y de entrega desinhibida necesaria para el tratamiento. Estas técnicas llegarán a posibilitar a los adolescentes a crear una relación vincular distinta, que tienda a modificar la ya establecida por sus modelos parentales (tal como la agresividad o inhibición), a través de situaciones dramatizadas, vivenciadas y analizadas por ellos mismos posteriormente por ellos mismos.

### 2.2.5 Métodos psicodramáticos

El número de métodos psicodramáticos es grande, por lo que se describirá sólo algunos. Muchos de los métodos psicodramáticos pueden encontrarse en las costumbres antiguas. Se mencionan en las fábulas y cuentos de hadas de la literatura universal. Así por ejemplo, el método del espejo está descrito ya en Hamlet de Shakespeare, el método del doble en la novela de Dostojevsky El doble, el método del sueño en la obra de Calderón La vida es sueño, el cambio de papeles en los diálogos socráticos.

- a. Métodos de autorrepresentación: el paciente se representa a sí mismo o a su padre, su madre, su hermana, su amada, etc.
- b. Métodos de la realización de sí mismo: el protagonista actúa su propia vida con el apoyo de algunos terapeutas auxiliares.
- c. Métodos de monólogo: es un monólogo del protagonista, una “interrupción” de la actividad normal; el protagonista sale de escena y relata brevemente lo que piensa.



- d. Monólogo terapéutico: es la reproducción de pensamientos y sentimientos secretos mediante diálogos y acciones aparte, que corren paralelos a las escenas y pensamientos de la acción principal. El protagonista permanece en escena. Son las reacciones personales del paciente a su papel principal y revelan en ocasiones sus tendencias enfermizas.
  
- e. Método doble: se emplea para penetrar en la problemática íntima del paciente mediante un ego auxiliar. El ego auxiliar proporciona al paciente algo así como un segundo Yo, actúa como si fuera la misma persona e imita al paciente en cada uno de sus gestos y movimientos. El ego auxiliar duplica al paciente y le ayuda a sentirse a sí mismo, a ver y estimar por sí mismo sus propios problemas.
  
- f. Psicodrama y alucinaciones: el paciente transforma sus alucinaciones en encarnaciones concretas o bien son encarnadas las alucinaciones del paciente por un terapeuta auxiliar.
  
- g. Método múltiples de dobles: el paciente está en escena con varios dobles de su Yo. Cada uno de ellos encarna una parte de su personalidad total: un ego auxiliar representa la personalidad actual del paciente, otro lo representa como niño pequeño y otro como viejo, tal como se lo figura el paciente. Los dobles aparecen bien simultáneamente, bien uno tras otro, esto es, uno continúa cuando el otro ha terminado. Con la ayuda de dos o más dobles se pueden representar en escena vivencias ambivalentes del paciente.
  
- h. Método del espejo: se emplea cuando el paciente es incapaz de representarse a sí mismo con palabras o acciones. Un ego auxiliar se sitúa en el lugar del espacio psicodramático reservado a la representación y el paciente o la paciente se colocan en la parte reservada al grupo. El ego auxiliar empieza a representar al paciente. Imita el modo y manera de comportarse del paciente y le muestra, como un espejo, como lo ven los otros.
  
- i. Método del cambio de papeles: en este método el paciente adopta el papel de su antagonista. Las deformaciones del alma del otro se sacan así a la luz y pueden ser estudiadas y mejoradas en el curso de la acción. En el cambio de papeles entre dos personas A y B, es importante el proceso dinámico. Cuando, por ejemplo, un hijo representa el papel de su padre y el padre el papel del hijo, y en esta interpretación el hijo protesta contra la autoridad del padre, aquel se ve forzado a reproducir el papel del padre autoritario. El objetivo es obtener una representación lo más sincera e intensa del padre por parte del hijo. En el curso de la representación dramática el hijo ha de unir en su propia persona a su padre consigo mismo. Ahora ve al padre no sólo con su propios ojos sino con los del padre. La vivencia interna simultánea de dos papeles opuestos tienen un gran valor terapéutico.

- j. Método de la proyección hacia el futuro: en éste método el paciente muestra cómo se imagina su propio futuro. Todo hombre siente el impulso a imaginarse oscuramente y a través de fantasías y sentimientos, esperanzas y deseos, un futuro especial. Estas fantasías referentes al futuro se dan con máxima fuerza en la juventud. Cuanto más viejo se vuelve el hombre, tanto más débiles se hacen sus proyecciones respecto al futuro: tiene un largo pasado pero no un largo futuro. En esta representación se exige al paciente que represente no sólo sus deseos, sino sus planes realizables. Especialmente importante es hacerle valorar qué es lo que realmente podrá ocurrir en su futuro, hacer de él su propio profeta.
- k. Método de los sueños: en lugar de relatar el sueño, el paciente lo representa. Se acuesta en la cama y se aproxima cada vez más a la condición del durmiente. Cuando se siente capaz de reconstruir el sueño, se levanta de la cama, representa el sueño en acción, utilizando para ello varios egos auxiliares que desempeñan los papeles de los caracteres u objetos del sueño. Este método se utiliza simultáneamente para reeducar al paciente y cuando es posible, para modificar sus sueños surgidos de deformaciones tanto individuales como colectivas. El paciente aprende, mediante la repetición y la incesante corrección de sus sueños, a entrenar su “vida inconsciente” y a sustituir los sueños angustiosos por otros creadores.
- Métodos de realización simbólica: en este método el protagonista convierte en acción los procesos simbólicos, por ejemplo, utilizando el monólogo, los métodos del doble o del espejo o el cambio de papeles.
- l. Método de los mundos auxiliares: el mundo entero del paciente se construye en torno a él, in situ, con la ayuda de egos auxiliares. Este método no es compatible con un espacio cerrado. Tiene que desplegarse en plena realidad.
- m. Terapia de distancia: el paciente es tratado en su ausencia, habitualmente sin que él lo sepa. Lo representa un ego auxiliar que está en contacto diario con él y que es mediador entre el paciente real y el terapeuta director. Este ego auxiliar representa en escena todos los sucesos más importantes que ha vivido el paciente. Se integra en el tratamiento a otros miembros de su entorno.
- n. Métodos de calentamiento: se emplean para espolear al cuerpo a que actúe espontáneamente. Hay diversos métodos para preparar al cuerpo en vistas de una actividad deportiva como correr, saltar, etc. la estimulación del cuerpo tiene especial valor terapéutico en el tratamiento de tics y otras enfermedades psicomotoras. Otra forma de enardecimiento se utiliza para superar las resistencias al público.
- o. Método de la improvisación espontánea: el protagonista interpreta papeles con los que no está identificado, e intenta reprimir su carácter personal y mantenerse tan lejos como le sea posible del papel representado.

- p. Método de la comunidad terapéutica: se le puede definir como una comunidad en que las diferencias entre los individuos y grupos son resueltas mediante la ley de la terapia y no mediante la ley del tribunal.

Al adolescente se le conoce y comprende a través de su experiencia con los otros jóvenes, en un espacio natural, singular y privilegiado que por sus condiciones, lo constituye el grupo de pares (espacio terapéutico grupal), es en este sentido que el grupo de pares se presenta como el lugar donde el adolescente encuentra la seguridad y confiabilidad psicológica necesaria para poder expresarse desde sus carencias y vivencias fundamentales.

El grupo es íntimo y confiable para que ciertos temas tabúes puedan circular libremente en el grupo en el sentido de que un tema traído por un joven pueda ser metabolizado a través de la experiencia común de los otros; estos temas centrales de su existencia no encuentran diálogo en la familia, por la carga natural de prohibición, ni tampoco en sus grupos de pertenencia social donde la aparición de ciertos temas provocaría en ellos la natural herida narcisista, como por ejemplo: la castración, el miedo a la soledad, la muerte, temores sexuales, etc.

Estos son algunos de los cientos de métodos psicodramáticos que pueden ser utilizados como tratamiento a un episodio depresivo. Son de suma importancia conocerlos, analizarlos y poder llevarlos a cabo con un grupo que empezará un tratamiento. En cada uno, cualquiera que se utilice, el adolescente debe sentirse cómodo, confortable y en confianza, para experimentar y tener esta vivencia que le ayudará a salir o mejorar del conflicto en el que se encuentra.

### **2.2.6 Psicodrama típico**

Descripción general de una presentación psicodramática típica

#### **1. Calentamiento**

Quien dirige hace el calentamiento con un juego activo de rompe hielo y/o ejercicios de relajamiento, se discuten metas, papeles, cuotas, arreglos de tiempo, se presentan los miembros entre sí y el director se lleva al grupo con ejercicios de acción para la cohesión que lleva a discutir lo experimentado y se utiliza alguna de las diferentes formas para elegir el protagonista.

#### **2. La acción**

Quien dirige lleva al protagonista al escenario para comentar brevemente el problema, se define el conflicto en términos de un ejemplo en concreto y se le ayuda a describir la escena, y se le instruye para que actúe la escena, el director hace que otros miembros del grupo actúen como Ego Auxiliar, se hace imaginación de la escena inicial, se ayuda a los egos auxiliares para que se aprendan sus papeles y se da inicio a la presentación psicodramática.

#### **3. Técnicas de exploración**

Conforme se desarrolla la presentación, quien dirige debe hacer uso de su creatividad y utilizar una variedad de técnicas para explorar varias facetas de las experiencias del protagonista, que pueden ser desde la perspectiva creativa de quien dirige o utilizar las siguientes:

- La ambivalencia se demuestra explícitamente por medio del uso de varios individuos (auxiliares) en el escenario, cada uno representando una parte diferente de la psique del protagonista.

- La acción puede llevarse hasta el punto en el que el protagonista experimenta una sensación de haber presentado simbólicamente aquellas conductas que hayan sido reprimidas.

- Los sentimientos proyectados o empáticos del protagonista pueden presentarse por medio de la inversión de papeles.

- Las emociones reprimidas del protagonista se facilitan.

- La auto – confrontación del protagonista puede realizarse por medio de la técnica del espejo.

- Se ayuda al protagonista a desarrollar otras respuestas de su conducta y actitud de adaptación hacia lo que se le denomina “trabajando”, y se le divide en tres de las siguientes situaciones:

- a. Repetir la acción del conflicto.

- b. Que haga modelos con otros miembros del grupo, para mostrar cómo ellos tratarían con el problema.

- c. Que haga inversión de papeles entre el protagonista y sus antagonistas.

#### 4 . Cierre

- Siguiendo la acción principal, quien dirige ayuda al protagonista a recibir retroalimentación o apoyo de los otros miembros del grupo.

- Quien dirige procede a utilizar una diversidad de técnicas psicodramáticas de apoyo.

- Se realiza una conversación por parte del grupo.

- Finalmente quien dirige pasa al proceso de calentamiento para otra presentación psicodramática con diferente protagonista o pasa a cerrar el grupo haciendo uso de su creatividad en técnicas de cierre.

### **2.2.7 Principios y peligros latentes del psicodrama**

#### **1. Acción contra la torpeza**

La persona que se encuentra dirigiendo por lo general debe de tratar de que la acción sea continua, sin embargo debe evitar el peligro de tratar de usar demasiado virtuosismo técnico. Si la espontaneidad parece torpe, no importa, puesto que esto intervendrá para ayudar a quien dirige.

#### **2. Contexto de mutualidad**

Esto se refiere al absoluto respeto hacia el cliente, verlo como un ser que está creciendo y explorando a su manera. Dentro del grupo el sentimiento de confianza mutua, solamente se puede desarrollarse con una base de respeto hacia el otro.

### **3. Espontaneidad patológica**

Dentro de el proceso de la psicoterapia con frecuencia se encuentran reacciones de contratransferencia de los terapeutas o directores hacia un protagonista , enojándose y racionalizando su conducta llamándola, “ser auténtico”, “enojo modelador” y otros. Exhibir cualesquiera o todos los impulsos, no es propósito de desarrollar espontaneidad. Cuando este tipo de expresión se usa es llamado espontaneidad patológica.

Como en toda técnica o método que sea un tratamiento, se deben de conocer sus principios con exactitud y los peligros posibles que el uso de la técnica en sí pueden traer. Dentro de esta técnica, es importante tomar en cuenta que no se debe de caer en una rigidez, en algo puramente mecanizado o técnico, porque entonces se estaría perdiendo uno de los más importantes principios de la técnica: la espontaneidad. También se debe reconocer siempre a la persona que está en tratamiento como un igual y respetarlo de manera absoluta, respetando su espontaneidad, su autenticidad, su dignidad como ser humano.

## **2.3 Tratamiento con orientación psicoanalítica**

### **2.3.1 Orientación psicoanalítica como proceso psicoterapéutico**

La psicoterapia con orientación psicoanalítica proporciona al paciente la posibilidad de una experiencia psíquica única y peculiar, la cual no le puede ser ofrecida por ninguna otra clase de relación, ni profesional ni social, y esta experiencia irrepetible es lo que constituye el proceso terapéutico. La psicoterapia se basa en un proceso relacional, pero no es la relación en sí la esencia de este proceso, sino la experiencia intra-subjetiva a que esta relación da lugar.

Este está constituido por los acontecimientos específicos que tienen lugar en el curso de la psicoterapia, a la elaboración mental del paciente y a su experiencia subjetiva cuando explora y expresa sus realidades, tanto internas como externas, y cuando se esfuerza por articular y entender su comportamiento, su self y sus fenómenos mentales. Se refiere también a la introspección, reminiscencia y recopilación, reorganización y reconstrucción. Se apoya, fundamentalmente, en la experiencia de la propia individualidad y autonomía y es también el resultado de las experiencias complementarias de entender y ser entendido. Este proceso es una actividad de autoinvestigación, que se dirige a articular, comprender y descubrir.

La misión básica del terapeuta es la de observar, comprender el funcionamiento mental del paciente y hacerle de dicha comprensión. Este proceso puede ser calificado como una psicoterapia descubridora. Toda su tarea se centra alrededor de un objetivo: descubrir y explicar, obtener mayor comprensión y nuevos conocimientos. El término descubrir se refiere al hecho de llegar a conocer algo que ya existía pero que estaba escondido. Por tanto, sacar a luz las ideas, impulsos, etc, que hasta el momento permanecían inconscientes forma parte de este proceso de descubrir. El acto de descubrir incluye, la reunificación de

elementos psíquicos y de comportamiento, a veces muy dispersos entre sí, en una nueva, coherente y comprensible estructuración.

Esta orientación como proceso psoterapéutico no se utiliza para sugestionar al paciente, sino para evocar recuerdos olvidados y dolorosos. A través ésta, se intenta ayudar a los pacientes y al mismo tiempo recoger los hechos de su psique, para estructurar la personalidad y asimilar el proceso por el cuál la persona pasará para llegar a su mejoría. Durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia. Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse, y esta técnica psicoterapéutica logra que la persona se libere y luche por su misma libertad.

Según esta orientación , todos los síntomas depresivos podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia, empleando métodos específicos para lograr el acceso al inconsciente.

### **2.3.2 Orientación psicoanalítica y depresión**

La explicación psicoanalítica de la depresión se centra sobre todo en dos conceptos: separación y cólera. La separación puede ocurrir cuando un cónyuge, amante, hijo, padre u otra persona significativa muere o se va por una razón u otra. Pero la pérdida (separación) no necesita ser física; también puede ser simbólica. Por ejemplo, el retiro del afecto, apoyo o rechazo (una pérdida simbólica) pueden inducir depresión.

Freid (1917) creyó que los depresivos son personas dependientes en exceso debido a que están fijados en la etapa oral. Ser pasivo y dejar que otros cubran nuestras necesidades (ser alimentado, bañado, vestido, abrazado, etc) da por resultado una dependencia emocional que continua hasta la vida adulta. Para las personas fijadas en la etapa oral, la autoestima depende de otras personas importantes en el ambiente, cuando ocurre una pérdida significativa la autoestima del doliente se derrumba.

Freud también creía que el depresivo muestra una falla en seguir el proceso normal de duelo, la cuál llamó “trabajo de pena o duelo”. En el curso normal del duelo, el doliente evoca de manera consciente y expresa los recuerdos acerca de la persona perdida en un intento por deshacer la pérdida. Además, el dolientes abrumado con dos series intensas de sentimiento: cólera y culpa. La primera, la cuál surge de la sensación de ser abandonado, puede ser muy intensa. El doliente también puede ser abrumado por sentimientos de culpa acerca de pecados reales o imaginados cometidos contra la persona perdida.

Debido a que la depresión no siempre puede ser correlacionada con la pérdida inmediata de un ser querido, Freud usó el constructo de “pérdida simbólica” para explicar la depresión que no resultaba en forma directa de una pérdida.

Muchos pacientes deprimidos tienen sentimientos hostiles o de cólera intensos, y algunos clínicos creen que hacer que los clientes la expresen reduce su depresión. Esta creencia ha llevado a algunos a especular que la depresión es en realidad cólera contra sí mismo (Freud 1917). Freud sugirió que cuando una persona experimenta una pérdida (simbólica o de otro tipo) puede abrigar sentimientos de resentimiento y hostilidad hacia la persona perdida además de los de amor y afecto.

### **2.3.3 La técnica del psicodrama con orientación psicoanalítica**

El psicodrama analítico es una síntesis de psicodrama y psicoanálisis. En el año 1944 se propuso poner en relación el psicodrama con las teorías psicoanalíticas y llamar a ésta síntesis “psicodrama analítico” (Moreno, 1948). En él se presenta psicodramáticamente en escena una hipótesis psicoanalítica, por ejemplo un complejo de Edipo. El protagonista actúa el papel de la madre, el ego auxiliar el del padre. El psicoanalista se sienta con el grupo, observa e interpreta los procesos. En el momento en que el psicoanalista abandona sus papel de observador y co-actúa, desempeñando el papel de analista, se acerca ya el clásico psicodrama.

La meta final ideal de la psicoterapia con orientación psicoanalíticas es el análisis total. Aspira a proporcionar al paciente una visión analítica de sí más profunda de lo que el curso de la vida provocaría espontáneamente en él

El objetivo de la terapia psicodramática es, en cambio, la producción total de vida. Pretende equipar al paciente con más realidad de la que la lucha por la vida le ha permitido hasta entonces. Su meta es una realidad plenamente válida. Esta riqueza de viva experiencia vital ayuda al paciente a ampliar constantemente el control y el dominio de sí y del mundo mediante vivencias y no sólo mediante el análisis.

El psicodrama con orientación psicoanalítica, viene a ser una técnica efectiva al adolescente, puesto que no solamente le da la oportunidad de sacar al exterior los conflictos internos, sino también le ayuda a analizar el conflicto interno o lo que está causando una interferencia en su crecimiento como individuo y sólo por medio de él, sin interferencia de su terapeuta, encontrando el camino apropiado a su personalidad para salir del estado en el que se encuentra. Esta orientación es de las mejores en relación a esta técnica pues permite que los participantes tengan un crecimiento y una mejoría por sus propias fuerzas.

## **Capítulo V**

### **Presentación y Análisis de Resultados**

La aplicación de la investigación se lleva a cabo en la institución Casa Hogar San José ubicada en la zona 2 de la ciudad de Guatemala, dos veces por semana, durante los días martes y jueves, en el horario de 14:00 a 15:30, dando inicio el jueves 11 de agosto de 2005 hasta llegar a terminar el estudio con 10 sesiones de Psicodrama, en las cuáles participan 12 adolescentes huérfanas entre las edades de 15 a 17 años y el terapeuta.

Para realizar el trabajo de investigación se tomó a una población de 25 adolescentes mujeres, entre las edades de 15 a 17 años distribuidas de la siguiente manera:

Cantidad de adolescentes	Edad
11	16
9	17
5	15

A toda la población se le aplicó el Test de depresión de Beck, utilizando la siguiente escala de medición:

#### **Escala para medir la depresión**

- 0 a 9 puntos: tristeza normal
- 10 a 15 puntos: depresión leve
- 16 a 19 puntos: depresión moderada
- 20 a más : depresión severa.

Cuyos resultados obtenidos por intensidad e ítems se describen en el siguiente cuadro:



**Cuadro I**  
**Primera aplicación del Test de depresión de Beck**

Resultados del Índice depresión	Cantidad de estudiantes	Porcentaje
<b>Normal</b>	<b>13</b>	<b>52%</b>
Leve	3	12%
Moderada	3	12%
Severa	6	24%
-----		
Total	25	100

Luego de la aplicación y calificación del test a toda la población se procedió a trabajar únicamente con aquellas adolescentes que presentaran sintomatología depresiva (fuera leve, moderada o severa), reducida a una muestra de 12 adolescentes.

Procedimiento de trabajo

Inicialmente se realizaron visitas a la institución para establecer Rapport con cada una de las adolescentes de la población presente y para obtener la información necesaria de cada una de ellas.

Posteriormente se procedió a la aplicación del test de depresión de Beck a la población (25 adolescentes), quedándose únicamente 12 de ellas para la investigación.

Todas las sesiones de psicodrama se trabajan bajo los siguientes pasos:

- a. **Calentamiento:** Establecimiento de un ambiente a la espontaneidad a través del cuál surge al tema a trabajar.
- b. **Acción:** Dramatización.
- c. **Cierre:** Se lleva a cabo a través de la discusión acerca de lo dramatizado, resumen de lo trabajado y aprendido en la sesión.

## Primera Sesión

Fecha: martes 16 agosto de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: Problemas interpersonales

### Dinámica

Se comienza la sesión con una dinámica rompe-hielo. Leslie cuenta una situación e inmediatamente se dramatiza: “Un día en el hogar, la madre discute hasta llegar a gritar a su hija porque llega a una hora que no habían acordado, llega el padre y la madre se queja con éste. Se utiliza la **técnica del espejo**, Leslie observa y Delia hace el role de hija, Cindy el papel de Padre y Verónica el de madre. La madre le reclama gritando a la hija por llegar tarde a la casa, la hija se queda callada mientras entra el padre y la madre se queja y todos alegan. Se reúnen a discutir, (en ese momento Leslie abandona el salón sin decir nada y verónica la sigue), Leslie dice que así es, tal como lo dramatizaron y comenta que se sintió muy mal al ver la forma en que la madre le gritaba a la hija y le daba mucha cólera que la hija se quedara callada siendo lo que ella hace.

Se vuelve a dramatizar, ahora siendo Leslie la madre, Jacqueline de hija y Abigail de padre. Leslie como madre espontáneamente grita, alega, somata la puerta, no deja hablar a la hija, cuando llega el padre se queja y no deja hablar, Jacqueline solo se queda callada y Abigail también.

Al terminar, Jacqueline menciona que no se sintió bien jugando este role, quedándose callada, quería hablarle a la madre como solía hacerlo cuando vivía con su madre; Leslie dice que se sintió mal en el papel de mala madre, que grita y golpea y que ella no desea ser así cuando sea madre y que le molesta quedarse callada cuando las madres alegan. Abigail sólo dice que se sintió mal.

Se volvió a dramatizar, en esta ocasión se utilizó la **técnica de los dobles**; Leslie hace de hija, Rita es su doble (como si fuera su pensamiento), Alexandra hace de madre y Alicia es su doble, Erica de Padre y Leticia su doble. Alexandra comienza a alegar y gritar, se calla, Alicia dice “cómo quisiera que mi hija viniera temprano, es sumamente peligroso estar en la calle sola y de noche, quisiera que conviviéramos más”; Leslie se queda callada y Rita dice “quisiera que tan sólo por una vez mi madre me escuchara, tengo tantas cosas que hacer que no me da tiempo de llegar temprano a casa”; Erica (el padre) alega que siempre que regresa a casa encuentra pleitos, Leticia dice “cómo me gustaría venir a la casa y que me recibieran con un abrazo y una sonrisa”.

Al terminar el grupo de 12 participantes discute la importancia de saber comunicarse, no solamente en una familia, sino en cualquier lugar en donde nos encontremos con todas las personas, la importancia de saber escuchar y que ellas quisieran algún día tener una familia y ser buenas madres. Leslie dijo que se sintió bien escuchando lo que dijeron los dobles.

## Segunda Sesión

Fecha: jueves 18 agosto de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: Regresando a ser niño

### Dinámica

Esta sesión fue filmada. Se comenzó con una dinámica rompe-hielo. Esta segunda sesión es un psicodrama inducido. Al inicio se les solicitó dramatizar lo siguiente: “Van a cerrar los ojos y van a imaginar que son niños de 4 años y que por primera vez van a asistir a una escuela solos, entran a la escuela y aún no hay maestros”. El **Objetivo principal** fue observar su conducta espontánea y las relaciones interpersonales entre las 12 participantes. El grupo se fue dividiendo en subgrupos de 3 personas: Leslie entra gateando y luego se integra con Jacqueline y Alicia; Cindy juega pelota con Delia y Alexandra, Verónica corre y jale y empuja a Rita y Abigail. Después todas deciden jugar arranca cebollas, ronda y Cindy y Delia se quedan fuera del grupo, platicando. Eugenia entra jugando pelota y quiere jugar con Leslie, pero Alicia no la deja, Eugenia se separa y se queda sola, luego juega en la ronda, pero Delia la rechaza y Erica decide jugar con ella, se ponen a molestar y empujar a las demás. Leslie jugando le pega las dos y comienzan a jugar tenta. Esta actividad duró 13 minutos, luego se les pide que hagan comentarios.

En esta sesión se mostraron muy participativos, aunque en algunas se notaba timidez y descontento, sin embargo en el cierre todos participaron. Eugenia comenta que no le gustó la actividad (por el hecho de haber sido rechazada por varias compañeras) y que quería que la tomaran en cuenta, que le pasa constantemente. Verónica dice que se sintió mal sin saber por qué, Leslie dice que se sintió bien, pero que no sabe porqué le molestaba la presencia de Eugenia. El resto del grupo comentó sentirse bien y que les gustó la actividad.

## **Tercera Sesión**

Fecha: martes 23 agosto de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: ser valiente

### Dinámica

Las 12 participantes acababan de terminar de estar en una jornada prolongada de oración, por lo que no mostraban mucho interés en participar en el drama. Al momento de ver el tema que se dramatizaría, Cindy sugirió el tema “ser valiente”. Se dramatizó entonces una fiesta de cumpleaños, Alicia, Abigail, Eugenia, Erica se mostraron ajenas a la actividad, en cierta forma inhibidas. Cindy, Delia, Alexandra y Leslie se mostraron desinhibidos, bailando y platicando. Leslie decide tomar el papel de hombre y saca a bailar a Alicia.

Después se hicieron comentarios entre ellos, Cindy dice que siente que Rita es tímida, ella dice que no lo es, simplemente es seria. Eugenia le dice a Rita que es tímida porque no platicaba y sólo se quedaba viendo lo que pasaba a su alrededor, y Rita dice que ella no acostumbra a hablar con desconocidos. Por lo que decidieron realizar otra dramatización sobre un encuentro entre dos personas por primera vez en un parque. Rita está sentada en una banca cerca de una fuente y a su lado se sienta Cindy quién intenta hablarle y Rita no le contesta. Al ver que se mostraba intimidada para hablarle al desconocido, se le pidió que pensara que era una persona extrovertida, de muchos amigos y que hiciera el intento de hablar. Lo volvió a dramatizar y esta vez platicó un poco más y trató de ser más amable. En el cierre Rita comentó que se sintió muy bien en el drama, incluso mejor que en la anterior.

En esta sesión se observó falta de confianza entre ellos para hacerse comentarios y tener conversaciones un poco más profundas, así también cierta resistencia en participar y ansiedad a través de mucha risa.

## Cuarta Sesión

Fecha: jueves 25 agosto de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: relaciones interpersonales

### Dinámica

Esta sesión fue filmada. Se realizó una actividad de calentamiento, en donde cada una de las participantes se mostró activa y con muchas ganas de participar. Durante el calentamiento Leticia comenta que de todas las participantes Erica es muy enamorada y que ella había mantenido una relación con un chico de su escuela, pero lo vieron con otra, ella lo negó. Todas las participantes se ríen, excepto Eugenia (su más allegada amiga) y se decide dramatizar la escena Delia, Cindy y Leticia, al terminar Leticia se manifiesta molesta y le dice a Alicia que no se haga ilusiones. Verónica comenta que ella fue quien le dijo a Erica el haber visto a su novio con otra chica y Verónica confiesa ser ella la novia enamorada. Jacqueline le aconseja hablar con él para aclarar las cosas y que ella ya no se sintiera mal y ella le contesta que eso le puede suceder a cualquiera. Delia se manifiesta enojada diciendo que a ella ya le pasó y que los hombres no se merecen que uno les ponga interés. Se dramatiza una situación en donde la novia habla con su novio para aclarar las cosas. Leslie dramatiza de novia y Alexandra de novio y lo realizan de una manera muy tranquila; después Verónica vuelve a dramatizar lo mismo con ayuda del terapeuta, aquí Verónica le pide explicaciones al novio y le grita.

En el cierre Verónica menciona que se siente mejor ahora y que tratará de hablar con él para sentirse mucho mejor.

## Quinta Sesión

Fecha: martes 30 de agosto de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 11  
Tema: Mi futuro

Esta sesión también fue filmada. Se comenzó con una actividad rompe-hielo, en donde después de ésta aún varias de las participantes mostraban cierta resistencia y miraban constantemente a la cámara. Se comenzó con una conversación en donde al momento de intercambiar opiniones, muchas de ellas mostraron preocupación acerca de qué sería de ellas en el futuro. Después de 10 minutos aproximadamente de conversación, se pidió de manera voluntaria que se unieran en dos grupos de 6 personas y pensarán en las preocupaciones acerca del futuro que cada una de ellas tienen, para luego presentarlo a las demás participantes.

El primer grupo presentó que su mayor preocupación es sentirse sola y no llegar a poder formar una familia, o si así fuera, que ésta por problemas se desintegrara. Alexandra hizo el papel de una mujer ilusionada que quería casarse con su novio, el novio (representado por Leslie) era un alcohólico e irresponsable que no trabajaba. La madre de la novia (Alicia) le dice a su hija que ese hombre no le conviene, porque es un vago y no le puede dar un futuro de porvenir y si se casa con él solo será para sufrir. Llegan a casarse y ella resulta embarazada y tiene a Abigail. La dinámica familiar es conflictiva, puesto que el padre llega todos los días borracho y le pega a su esposa y suegra. Ellos llegan a separarse porque la esposa un día entra al cuarto y se da cuenta que su esposo está abusando sexualmente de su pequeña hija Abigail. Aquí al final del drama, varias de las participantes se mostraron muy ansiosas y algunas de ellas lloraron.

El segundo grupo presentó que su mayor preocupación era nunca llegar a hacer nada en la vida, no terminar de estudiar y estar en las calles pidiendo limosna. Representaron la institución en donde se encuentran, Eugenia era la más estudiosa de todas (y por lo mismo no tenía amigas) porque las demás no estudiaban y lo único que querían hacer era pasar el rato. Rita era la líder de las otras y obligaba a Eugenia a realizar todas sus tareas, Cindy era otra compañera que se pasaba todos los días burlándose de Eugenia y llegaba hasta pegarle. Luego pasaron los años y Rita, Cindy, Jackeline se encontraban en la calle pidiendo limosna, cuando vieron pasar a Eugenia en un lujoso carro, bien vestida y ya hecha una profesional.

En esta sesión se observó que existe mucha preocupación acerca de lo que pueda venir en el futuro y también salieron problemas ocultos que causaron ansiedad y tristeza, los cuales se trabajarán más adelante.

## Sexta Sesión

Fecha: Jueves 1 de septiembre de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: Problema social

Se comenzó con una dinámica en donde cada una de ellas tenía que escribir en una hoja en blanco, cuál creía que era el mayor problema social por el que estamos viviendo en nuestra ciudad. Luego de ello, cada una de las participantes pasó a exponerlo y dar su punto de vista. Al finalizar con la exposición, se realizó un resumen y llegar a una conclusión, de cuál era el problema social que más preocupaba y consternaba a las 12 participantes y luego se les pide exponerlo en un drama.

El problema social que se dramatizó fue el de las maras y los delitos que éstas cometen a diario. El grupo se fue dividiendo en pequeños subgrupos, en donde unos representaban a la mara 18 y otras a la mara salvatrucha. Leslie y Jackeline representaban a dos adolescentes muy bien parecidas que iban caminando en la calle de noche, de repente en un callejón se le aparecieron varios hombres (Alicia, Rita, Abigail, Eugenia) que eran integrantes de la mara 18 y las comenzaron a molestar. Ellas sintieron mucho miedo y les dijeron que se podían llevar todas sus pertenencias pero que las dejaran irse, ellos al principio accedieron, pero luego de despojarlas completamente, les dijeron que necesitaban que les dieran más para no matarlas; en ese momento escucharon tres balazos y ellos voltearon, eran los de la mara salvatrucha (Delia, Erica, Cindy, Madizon) y empezaron a pelear, mientras los de las maras peleaban, las dos jovencitas comenzaron a correr para que no les hicieran daño, pero los integrantes de las dos maras se dieron cuenta de eso y las persiguieron hasta llegar a atraparlas. Luego se las rifaron, para ver qué chica se quedaba con qué mara. Empezaron a desvestirlas, cuando llegó la policía (Verónica y Leticia) y arrestaron a todos los mareros y llevaron a las señoritas a un centro asistencial.

En esta sesión se observó que muchas de las participantes tienen miedo acerca de la situación por la que se encuentra nuestra ciudad, y les da mucho miedo salir a la calle por el temor de ser violadas o golpeadas. Erica dice que tiene un familiar que es marero y que le tiene mucho miedo, porque piensa que le puede hacer daño y comenzó a llorar, lo mismo ocurrió con Abigail, Cindy y Alexandra.

## **Séptima Sesión**

Fecha: martes 6 de septiembre de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: Observaciones generales

### Dinámica:

En esta sesión se realizó una actividad distinta a las anteriores. Se observó cada una de las sesiones filmadas, todas las participantes estuvieron muy atentas a el video, se vio como se desenvuelven y dramatizan cada una de ellas. Luego cada una de ellas dio sus comentarios, acerca de las sesiones en sí, de la participación de los demás y sobre ellas mismas. La mayoría de los comentarios fueron acerca de cómo han aprendido a desenvolverse más conforme pasan las sesiones, a tener más confianza entre cada una de ellas y también acerca de su apariencia física.

Luego de ver los videos surgieron varias dudas, acerca del por qué han tenido ciertas reacciones después de dramatizar alguna situación en específico, el por qué de muchos gestos utilizados y cómo podrían cambiar ciertas posturas y reacciones desagradables para ellos.



## **Octava Sesión**

Fecha: jueves 8 de septiembre de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: Como realmente soy

### Dinámica:

Se realizó una actividad para empezar la sesión. Se les explicó que esta sesión iba a ser un poco más complicada, puesto que no se utilizaría una comunicación verbal, solamente una comunicación corporal, como mimos.

Se les dijo que tenían que dramatizar como “realmente son” , las actitudes positivas y negativas que ellas consideran tener, el tema es libre.

Empezaron con una pequeña explicación de el ambiente en donde se iba a realizar la dramatización. Escogieron la institución en donde se encuentran, el área de estudio y se presentaron como realmente son. Eugenia se sentó aislada de todas las demás participantes y comenzó a escribir. Delia y Cindy comenzaron a molestar a todas las demás, hasta llegar a crear un conflicto entre varias de ellas. Leslie empezó a llorar y Alicia y Jackeline se fueron con ella a consolarla. Delia comenzó a burlarse de Leslie y a hacerle señas, Rita se levantó y la empujó , Madizon empezó a aplaudirle a Rita haciendole ver que estuvo bien el que haya empujado a Delia; Leticia se levantó y se paró en un escritorio tratando de llamar la atención de todas y haciendo señas que se calmaran, Alexandra no quiso escucharla y se tapó los oídos. Erica hizo un gesto de gritar y simuló quitarse lágrimas de desesperación. Al final todas se cansaron y decidieron sentarse dándose la espalda una con otra.

Al momento de culminar la actividad, se observó que hay desesperación en las participantes y quisieran poder expresar libremente lo que sienten y desean realizar, pero se sienten cohibidas y saben que así es como deben de mantenerse para no ser castigadas por las autoridades de la institución; sin embargo, expresaron que estas actividades les han ayudado a sacar sus “cargas” y sentirse bien.

## Novena Sesión

Fecha: martes 13 de septiembre de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: lo que realmente me molesta...

### Dinámica:

Se comenzó con una conversación acerca de todo lo que hemos vivido, las experiencias, qué nos ha gustado y qué no y el por qué. Luego de ello, se les explicó que en esta sesión íbamos a exponer lo que realmente les molesta de la vida, de ellas mismas, de su situación. Se organizaron en tres grupos de cuatro personas, para dramatizar y exponerlo a los demás grupos.

El primer grupo integrado por: M adizon, Erica, Eugenia y Rita realizaron una dramatización no verbal. Mostraron que se sentían insatisfechas con la vida, y sentían un gran enojo con sus padres por haberlas abandonado en esa institución. Al culminar con su dramatización, todas ellas mostraron tristeza y comenzaron a llorar, luego entre ellas empezaron a consolarse.

El segundo grupo integrado por: Alexandra, Delia, Leslie y Verónica realizaron una dramatización en donde empezaron a tirar papeles y tirar puñetazos. El ambiente era como una pelea, en donde ellas tenían que defenderse de la maldad de las personas, en especial de sus familiares por no tenerlas con ellos, Verónica comenzó a llorar desenfadadamente y gritaba que no era justo, las demás conmovidas empezaron a llorar, mientras que Alexandra tomaba con más fuerza una almohada y la golpeaba con mucha fuerza.

El tercer grupo integrado por: Jackeline, Alicia, Cindy y Leticia su dramatización fue de representar animales. Estos animales estaban tratando de protegerse en una cueva de una gran tormenta y de los cazadores que habían en el lugar. Entre ellas mantenían conversaciones en donde expresaban que era injusta la vida que les había tocado llevar, que únicamente habían nacido para ser “cazadas” por los hombres a quienes Dios si les dio oportunidades y mayores fuerzas. Éstas a diferencia de las demás no lloraron sino mostraron enojo y resentimiento porque no se explican por qué a ellas les tocó vivir la vida que llevan.

Esta sesión fue muy dura, puesto que se pusieron en manifiesto muchos conflictos no resueltos. Luego de dramatizar, se les dio una platica de motivación y orientación para que se sintieran mejor.

## Décima Sesión

Fecha: jueves 15 de septiembre de 2005  
Hora: 14:00 a 15:30  
No. de participantes: 12  
Tema: Soy única y especial.

### Dinámica:

Al iniciar se conversó acerca de lo que les había parecido cada una de las sesiones pasadas y si creían que les había ayudado en alguna manera contestando de manera afirmativa. Luego se les habló de lo importante que es sentirse bien consigo misma, de aceptarse a sí mismo con sus limitaciones y sus virtudes, y de lo importante que es el superarse y esforzarse para alcanzar lo que uno desea.

El objetivo principal de esta sesión es hacerles ver a cada una de las participantes que no existe ninguna persona perfecta, sino todas las personas tienen debilidades y fortalezas con las cuales deben aprender a vivir y salir adelante.

Realizaron un drama en donde plasmaron sus sueños y realizaciones, lo que quisieran llegar a ser, algunas médico, otras madres con una familia, otras modelo, etc.

Al finalizar las 12 participantes manifiestan que se sintieron muy bien y que en realidad saben que se puede llegar a alcanzar lo que se desea con esfuerzo y dedicación, aún teniendo limitaciones, como el no tener familia y no tener dinero, pero por eso están estudiando para poder llegar a ser alguien importante en la vida.

## 5.2 Descripción de variables evaluadas

### 5.2.1 Relaciones sociales

Estos son los datos manifestados oralmente por ellos en la entrevista que se realizó antes de pasar el test de depresión de Beck. En la evaluación de cada caso aparecen sus relaciones sociales naturales, considerando que éstas son las más vinculadas con los psicodramas trabajados.

### 5.2.2 Asistencia a las sesiones

Se anota su asistencia en las hojas de evaluaciones, ubicándoles dentro de un rango de 0 a 10 en cada sesión.

### 5.2.3 Participación en las sesiones

Se tomó como base los siguientes parámetros:

0: no asistió

1 a 2: sólo habló

3 a 4: dramatizó y habló poco

5 a 8: dramatizó su rol, dramatizó otros roles, hubo identificación, hizo comentarios.

9 a 10: dramatizó su rol, dramatizó otros roles, hubo identificación, hizo comentarios,

buscó soluciones, dramatizó soluciones con dificultad o con éxito.

#### 5.2.4 Identificación ante la dramatización

Llamamos capacidad de identificación del adolescente desde su propia experiencia con la problemática del otro presentada en el psicodrama.

#### 5.2.5 Conducta manifiesta fuera del psicodrama

Se consideró su forma de comunicarse y relacionarse dentro del grupo, fuera de la actividad dramática.

#### 5.2.6 Conducta manifiesta en el drama

Se consideró su forma de comunicarse y relacionarse dentro del grupo y la situación dramatizada.

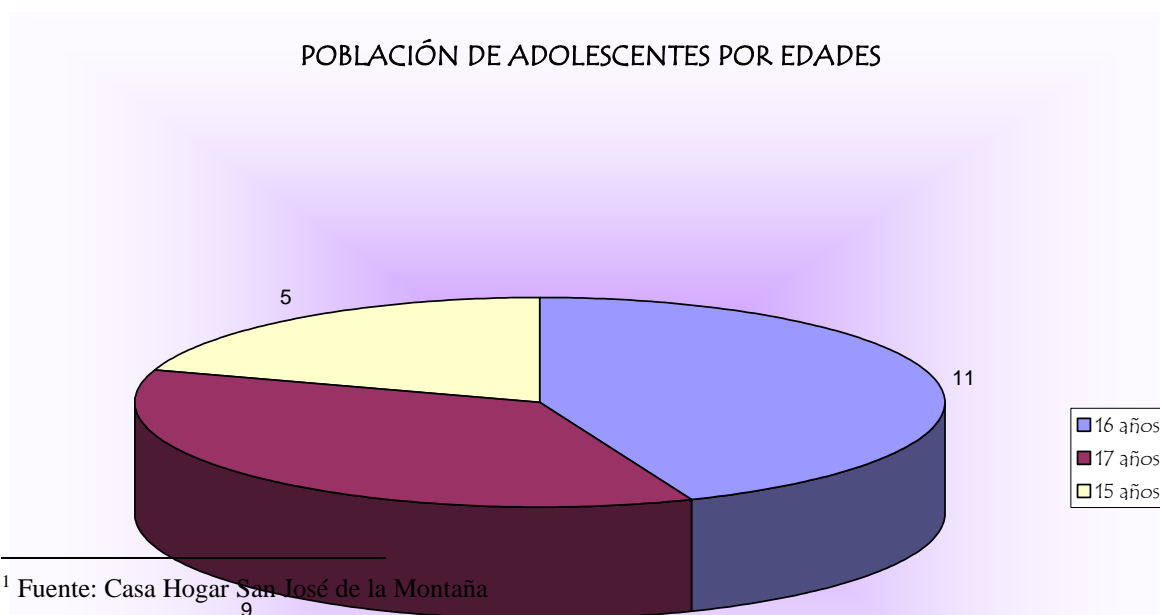
#### 5.2.7 Conflictos manifiestos en el drama

Son todos los posibles problemas que surgen dentro de la dramatización, que en realidad solamente es que desplazan los problemas de la vida real dentro del drama, todos éstos confirmados por ellos mismos.

#### 5.2.8 Conflictos manifiestos oralmente

Son los problemas que ellos manifestaron en la primera entrevista y/o como los comentarios realizados en el cierre del drama.

Gráfica de Población<sup>1</sup>



## **CAPITULO III MARCO METODOLOGICO**

### **3.1 Hipótesis**

Los niveles de depresión, disminuyen en los adolescentes institucionalizados al aplicarles la técnica del psicodrama con orientación psicoanalítica.

### **3.2 Variables**

#### **Dependiente**

Depresión en adolescentes institucionalizados

#### **Independiente**

Utilización del psicodrama con orientación psicoanalítica como tratamiento.

En este estudio se pretende demostrar que con el uso del psicodrama con orientación psicoanalítica como técnica psicoterapéutica, los adolescentes de 15 a 17 años de edad institucionalizados en una casa hogar, podrán abordar los problemas más frecuentes que les afectan, en donde se les permite jugar un papel activo en la búsqueda de soluciones a través de la participación en la dinámica de la técnica. Los adolescentes de la muestra intercambian sus experiencias, dramatizándolas, apoyándose entre ellos con posibles discusiones y aclaraciones al final de la dinámica. Lo más importante es que se ensaya activamente nuevas formas de conducta, como alternativas de cambio a la problemática que afrontan. Los indicadores que permiten determinar la validez de las variables de la hipótesis serán: la participación activa de los adolescentes en cada reunión, la conducta manifestada en general, conducta manifiesta en la dramatización, las mejoras en las relaciones interpersonales dentro del grupo, los conflictos manifestados oralmente, los conflictos dentro de la dramatización, el abordaje a las probables alternativas de solución a los conflictos presentados.

### **3.3 Definiciones de las variables**

**Depresión en adolescentes institucionalizados:** **Kolb (1985)** la depresión es un tono afectivo de tristeza y afeción que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. Sus raíces se encuentran en el inconsciente que surgen de las dificultades interpersonales, y puede surgir de la ambivalencia y la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción o hacia las personas de quienes depende su propia seguridad.

**Psicodrama con orientacion psicoanalitica: Blatner (1988)** El psicodrama es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino, lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Comprobar que la técnica del psicodrama orientado al psicoanálisis en los adolescentes objeto de estudio pueden liberarlos de los conflictos emocionales que interfieren en su conducta, ayudándolos a construir nuevas percepciones y mejorando su estado de depresión existente.

## Presentación y Análisis de Resultados

### Capítulo 5

La aplicación de la investigación se lleva a cabo en la institución **Casa Hogar San José de la Montaña** ubicada en la zona 2 de la ciudad de Guatemala, dos veces por semana, durante los días martes y jueves, en el horario de 14:00 a 15:30, dando inicio el jueves 11 de agosto de 2005 hasta llegar a terminar el estudio con 10 sesiones de Psicodrama, en las cuáles participan 12 adolescentes huérfanas entre las edades de 15 a 17 años y el terapeuta.

Para realizar el trabajo de investigación se tomó a una población de 25 adolescentes mujeres, entre las edades de 15 a 17 años distribuidas de la siguiente manera:

Población	Edad
Cantidad de adolescentes	
11	16
9	17
5	15

A toda la población se le aplicó el Test de depresión de Beck, utilizando la siguiente escala de medición:

#### Escala para medir la depresión

Nivel de depresión	Punteo
Tristeza normal	0 a 9 pts
Depresión LEVE	10 a 15 pts
Depresión MODERADA	16 a 19 pts
Depresión SEVERA	20 o más

Cuyos resultados obtenidos por intensidad e ítems se describen en el siguiente cuadro:

**Cuadro I**  
**Primera aplicación del Test de depresión de Beck**

Porcentaje	Resultados del Índice de depresión	cantidad de estudiantes
52%	normal	13
12%	leve	3
12%	moderada	3
24%	severa	6
	total:	25

**Interpretación**

Dentro de los resultados obtenidos, 13 de las adolescentes, es decir el 52% no presenta ningún signo de depresión, mientras que el resto, el 48% muestra distintos niveles de depresión.

Luego de la aplicación y calificación del test a toda la población se procedió a trabajar únicamente con aquellas adolescentes que presentaran sintomatología depresiva (fuera leve, moderada o severa), reducida a una muestra de 12 adolescentes.

**RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICOS**



## Comparación de la misma muestra medida dos veces

### **Hipótesis**

Los niveles de depresión, disminuyen en los adolescentes institucionalizados al aplicarles la técnica del psicodrama con orientación psicoanalítica.

### **Trabajo con el grupo Experimental y Grupo de control**

#### **Test – Retest**

Escala de depresión de Beck

Test de Depresión de Beck GRUPO EXPERIMENTAL		
ADOLESCENTE	PRE TEST	POST TEST
Abigail	38	23
Erica	32	20
Eugenia	34	18
Rita	31	19
Alexandra	15	10
Delia	30	21
Leslie	14	9
Veronica	14	10
Jackeline	19	12
Alicia	18	13
Cindy	29	17
Leticia	19	10

t-Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances		
	Variable 1	Variable 2
Mean	24.41666667	15.16666667
Variance	75.90151515	25.24242424
Observations	12	12
Hypothesized Mean Difference	0	
df	18	
t Stat	3.186122162	
P(T<=t) one-tail	0.002558084	
t Critical one-tail	1.734063062	
P(T<=t) two-tail	0.005116167	
t Critical two-tail	2.100923666	

## RESULTADO

si hay diferencia estadisticamente significativa  
al 0.05 por ciento ya que la t obtenida es de 3.18  
es mayor que la t a una cola 1.73 a dos colas 2.10

Test de Depresión de Beck GRUPO CONTROL	
PRE TEST	POST TEST
2	2
4	4
3	3
3	3
5	5
0	0
8	8
3	3
7	7
6	6
5	5
2	2
8	8

t-Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances		
	Variable 1	Variable 2
Mean	4.5	4.5
Variance	6.090909091	6.090909091
Observations	12	12
Hypothesized Mean Difference	0	
df	22	
t Stat	0	
P(T<=t) one-tail	0.5	
t Critical one-tail	1.717144187	
P(T<=t) two-tail	1	
t Critical two-tail	2.073875294	

## RESULTADO

No hay diferencia ya que la t obtenida es 0 muy inferior a la t a una cola y a dos colas.

Se tiene suficiente evidencia estadística para confirmar la hipótesis planteada, además de confirmar que el nivel de participación aumentó, en un grupo de adolescentes de 15 a 17 años institucionalizadas en la Casa Hogar San José de la Montaña. Se utilizó un nivel de confianza de 0.05 con 10 grados de libertad.

### 3. Planteamiento de la investigación

Al analizar la problemática social en la ciudad de Guatemala, se observa que existe una serie de elementos determinantes en la salud mental de los adolescentes institucionalizados, producto de la insatisfacción actual a nivel de las principales necesidades que tiene que cubrir el ser humano en las áreas de vivienda, educación, trabajo, salud, recreación; bienestar social, que repercuten directamente en el desarrollo como individuo. El adolescente que encuentra en una institución un hogar sustituto de alguna manera, refleja conflictos emocionales producto de la privación materna y carencia de afectos en que se encuentra, además del rechazo del que han sido objeto, lo cual podría manifestarse a través de su conducta, por medio de estados depresivos, sensación de angustia, timidez, aislamiento social, baja autoestima, o bien conductas agresivas, entre otras, que afectarán el desarrollo cognoscitivo afectivo del adolescente.

Uno de los estados cognoscitivos afectivos que deben de ser tratados para mejorar el estado emocional del adolescente es la depresión. La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitoria o permanente. Un alto riesgo de sufrir depresión se encuentra en los adolescentes que han experimentado una pérdida importante, tanto de seres queridos como de cosas o situaciones esenciales para ellos. También se debe a la pérdida de seguridad por el respaldo social o su erosión derivada de una baja autoestima. Su tratamiento está encaminado a modificar las asociaciones existentes entre los pensamientos y sentimientos con el fin de ayudar a que estos se ventilen y así fomentar la esperanza de recuperación.

La técnica del psicodrama con orientación psicoanalítica ha sido utilizada para el tratamiento de niños, adolescentes y adultos deprimidos, la cuál consiste en técnicas psicodramáticas que pueden usarse en forma efectiva en cualquier campo que requiera cierta exploración de las dimensiones psicológicas de un problema, tales como la educación, la psicoterapia y las relaciones interpersonales. Esta actuación dramática es un estado interior intermedio, un intermediario entre la fantasía y la realidad. La modalidad es ficticia pero la experiencia es muy real. La modalidad ficticia nos permite hacer cosas que aún se encuentran afuera de nuestro alcance en la vida real, tales como expresar emociones temidas, cambiar patrones de conducta o exhibir nuevos rasgos; que ayudará a disminuir o eliminar los niveles depresivos en los que se encuentran los adolescentes.

Los adolescentes institucionalizados generalmente presentan sintomatología depresiva, que llega a afectar su funcionamiento, desarrollo y desempeño como individuos, así como la calidad de vida en la cual se encuentran. Este estado les crea un conflicto interno y una gran incertidumbre acerca de su futuro al sentirse solos y sin ningún tipo de apoyo, lo cuál los lleva a albergar sentimientos de inutilidad, aislarse de los demás, tener conductas inapropiadas, tener un sentimiento de vacío que los lleva a desarrollar una posible depresión, en cualquiera de sus niveles, desde un nivel leve hasta uno grave; por lo que debe brindársele un tratamiento específico para eliminar dicha sintomatología y llevarlo a una vida integral.

## 4. Método

### 4.1 Sujetos

La aplicación práctica de la investigación se realiza en un Hogar de niños y adolescentes huérfanos San José. Los sujetos de estudio están dentro del rango de 15 a 17 años, de ambos sexos, de nivel socioeconómico bajo y deben de estar internados.

La selección de la muestra se realiza dentro de la institución en base a los resultados de el inventario que se les pasará (inventario de Beck), se les explica los objetivos, dinámica, horario y se les solicita su compromiso en la investigación

#### **Población objeto de estudio**

El hogar de huérfanos San José, es una institución que presta servicio a niños y adolescentes provenientes de hogares desintegrados.

La población total es de 49 internos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 7 a 18 años.

#### **Selección de la muestra**

La técnica que se utiliza para seleccionar la muestra es no aleatoria, es decir, que de la población total se escoge a todos los adolescentes de la institución, ya que éstos llenan los requerimientos necesarios para esta investigación como lo es la edad, excluyéndose por tal razón a los niños.

Se investiga una muestra total de 20 adolescentes, cuyas edades están comprendidas entre los 15 a 17 años.

La población pertenece a un nivel socioeconómico bajo, cuya estructura familiar está desintegrada por:

- a. madres solteras
- b. orfandad de uno o ambos padres
- c. separación por residencia en Estados Unidos de alguno de los progenitores
- d. Abandono

#### **Diseño**

El diseño que se utiliza en la investigación es el de pre- test y post-test, con un solo grupo de adolescentes institucionalizados de 15 a 17 años.

### 4.2 Instrumento

El instrumento utilizado es el inventario de depresión de Beck, el cuál fue creado y publicado por Aaron Beck en 1961, con el propósito de medir la intensidad de la depresión y su aproximación al juicio clínico. Al inicio fue desarrollada como una escala de 21 ítems para evaluar la intensidad sintomática, en donde cada ítem contenía frases autoevaluadas

que el entrevistador leía, pero con el transcurso del tiempo se han hecho modificaciones hasta llegarla a hacer una escala autoaplicada.

Actualmente se la utiliza en la investigación clínica de la depresión, para medir el nivel verdadero de la misma el día en que es aplicada, proviniendo su abreviatura (BDI) del inglés: Beck Depression Inventory. Novara, Sotillo y Warton (1985).

El total de los ítems de este instrumento es de 21, cada uno contiene cuatro alternativas perfectamente graduadas, que permiten la valoración de cada uno de los ítems de 0 a 3, y la puntuación total viene determinada por la suma de los valores correspondientes a cada ítem. La puntuación total permite observar los niveles de depresión de estos adolescentes.

### **Cuestionario para determinar el grado de depresión**

#### **a. Estado de ánimo**

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
4. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo. 2.

#### **b. pesimismo**

1. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
2. Me siento desanimado con respecto al futuro.
3. Siento que no tengo nada que esperar.
4. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar. 3.

#### **c. Sentimiento de fracaso**

1. No creo que sea un fracaso.
2. Creo que he fracasado mas que cualquier persona normal.
3. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
4. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

#### **d. Falta de satisfacción**

1. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
2. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
3. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo. 5.

**e. Sentimiento de culpa**

1. No me siento especialmente culpable.
2. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
3. Me siento culpable casi siempre.
4. Me siento culpable siempre.

**f. sentimiento de castigo**

1. No creo que este siendo castigado.
2. Creo que puedo ser castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Creo que estoy siendo castigado.

**g. Odio por sí mismo**

1. No me siento decepcionado de mí mismo.
2. Me he decepcionado a mí mismo.
3. Estoy disgustado conmigo mismo.
4. Me odio.

**h. Autoacusaciones**

1. No creo ser peor que los demás.
2. Me critico por mis debilidades o errores.
3. Me culpo siempre por mis errores.
4. Me culpo de todo lo malo que sucede.

**i. deseos autopunitivos: Importante por las ideas suicidas.**

1. No pienso en matarme.
2. Pienso en matarme, pero no lo haría.
3. Me gustaría matarme.
4. Me mataría si tuviera la oportunidad..

**J. crisis de llanto**

1. No lloro mas de lo de costumbre.
2. Ahora lloro mas de lo que lo solía hacer.
3. Ahora lloro todo el tiempo.
4. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

**k. irritabilidad**

1. Las cosas no me irritan mas que de costumbre.
2. Las cosas me irritan mas que de costumbre
3. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
4. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

**l. retiro social**

1. No he perdido el interés por otras cosas.
2. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.

3. He perdido casi todo el interés por otras personas.
4. He perdido todo mi interés por otras personas.

**m. indecisión**

1. Tomo decisiones casi siempre.
2. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
3. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
4. Ya no puedo tomar decisiones.

**n. Imagen del cuerpo**

1. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
2. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
3. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
4. Creo que me veo feo.

**o. inhibición de trabajo**

1. Puedo trabajar tan bien como antes.
2. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
3. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
4. No puedo trabajar en absoluto.

**p. Disturbios del sueño**

1. Puedo dormir tan bien como antes.
2. No puedo dormir tan bien como solía.
3. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
4. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

**q. fatiga**

1. No me canso más que de costumbre.
2. Me canso más fácilmente que de costumbre.
3. Me canso sin hacer nada.
4. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

**r. Pérdida de apetito**

1. Mi apetito no es peor que de costumbre.
2. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
3. Mi apetito está mucho peor ahora.
4. Ya no tengo apetito.

**s. Pérdida de peso**

1. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
2. He rebajado más de dos kilos y medio.
3. He rebajado más de cinco kilos.
4. He rebajado más de siete kilos y medio.



#### **t. Preocupaciones somáticas**

1. No me preocupo por mi salud mas que de costumbre.
2. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
3. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
4. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

#### **u. Pérdida de la libido**

1. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
2. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
3. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
4. He perdido por completo el interés en el sexo.

#### Operacionalización de Variable Dependiente: **Indicadores de Depresión**

<b>Categoría</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Ítem</b>
Indicadores Cognitivos del Estado de Ánimo	Inventario de Depresión de Beck	-Ítem 6, 8, 9, 12, 13, 14, y 20.
Indicadores de la Expresión Emocional del Estado de Ánimo		-Ítem 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11.
Indicadores Comportamentales del Estado de Ánimo		-Ítem 10, 15, 16, 17, 18, 19 y 21.

#### **ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESIÓN**

- 0 a 9 puntos:     tristeza normal  
10 a 15 puntos:  depresión leve  
16 a 19 puntos:  depresión moderada  
20 a más :       depresión severa.

#### **4.3 Método estadístico**

Dentro de su proceso de desarrollo, se utiliza el método estadístico, de la prueba t de student, en donde se compararan dos muestras que se tomaran del antes y después de la aplicación del test.

## ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Entre las primeras sesiones de la técnica utilizada, el Psicodrama se pudo observar que había mucha ansiedad, resistencia e inhibición de el grupo en general, lo que determinó que la participación no fuera completamente satisfactoria. A partir de la sexta sesión las adolescentes participantes mostraron más seguridad en ellas mismas, más confianza, lo que trajo como consecuencia una participación más activa, positiva y espontánea, en donde se dramatizaban distintos roles, se dio lugar a identificaciones a expresar sus verdaderos sentimientos y sacar a relucir conflictos de los cuales ni siquiera estaban conscientes que existían. En cada una de las sesiones, las participantes mostraron creatividad, imaginación, dramatizando situaciones reales o ficticias que ayudaron a realizar catarsis, para luego hacer comentarios y buscar posibles soluciones de lo que no les había agradado (específicamente al darse cuenta de pensamientos y conductas desadaptativas).

La utilización de esta técnica permite en el participante vivir una experiencia nueva y amplia de su realidad, en donde los participantes pudieron dramatizar distintos roles, el de padres, hermanos, figuras de autoridades, de alumnos, de niños, de sus amigos y hasta de animales u objetos en distintas escenas, lo que permitió el ensayo de nuevas conductas (conductas adaptativas y positivas) nuevas formas de comunicarse, de relacionarse con sus iguales y con las demás personas en general y una mejor comprensión de la realidad.

Cada escena dramatizada permitió a los adolescentes recrear y transformar el contexto en el que se desenvuelven a diario, lo que les molestaba por lo que deseaban vivir o tener, permitió que cada una de las participantes pudiese proyectarse hacia nuevas conductas creadoras, así como a saber que sí poseen la capacidad de encontrar soluciones para sus problemas, por cualquiera que fueran.

El contenido que posee cada sesión en de suma importancia a evaluar, en el sentido en que se logra conocer la comunicación, las relaciones interpersonales, como también los conflictos que estaban afectando al grupo de adolescentes participantes, gracias a que esta técnica con su orientación psicoanalítica permitió conocer y comprender a cada uno en su espacio, en donde se les ofreció seguridad y confianza para poder expresar desde sus experiencias hasta sus peores miedos.

Las doce adolescentes participantes mostraron al principio cierta dificultad, pero con el paso de las sesiones, mostraron una buena capacidad para identificarse (se identificaron proyectivamente, con los personajes, el ambiente, las escenas, el tema) aspectos de su propia persona y plasmarlos vivamente en el drama, lo cuál les ayudó en sobremanera a su recuperación.

Así también, las doce participantes mostraron la capacidad de dramatizar o asumir los distintos papeles o roles que se les establecía y este ejercicio es muy importante, puesto que ayuda a el adolescente a adoptar distintas percepciones de una circunstancia específica, dependiendo de el rol que juega, es un excelente juego, en donde el adolescente muestra su atención en los otros (sentimientos y pensamientos de los demás) para comprenderlos

mejor, crear y poder mantener mejores relaciones interpersonales y dejar a un lado su centrada atención en sus problemas o deficiencias.

Las sesiones tuvieron continuidad desde un inicio y se comprobó que la utilización de esta técnica con la orientación psicoanalítica es efectiva para el tratamiento de estados emocionales, conductas desadaptativas y en general manifestaciones depresivas en adolescentes internos en una institución.

## Bibliografía

1. Calderón G, (1984) **Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento**. 1ª. Edición, Editorial Trillas, México.
2. Polaino L, Martínez R, (1985) **La Depresión**. Primera edición. España
3. Sue D,D,S , (1986) **Comportamiento Anormal**. cuarta edición, Editorial McGrawHill. México
4. Cerdá E, (1973) **Una Psicología de Hoy**. Sexta edición, Editorial Herder, Barcelona
5. Wicks N, Allen I, (1997) **Psicopatología del niño y del adolescente**. Tercera Edición, editorial Prentice Hall, Madrid, España
6. Kaplan H y Sadock B, (1998) **Compendio de psiquiatría**. Tercera edición, Editorial Salvat. México D.F.
7. García M, (1998) **La Depresión y su incidencia en la formación de la identidad del adolescente**. Tesis USAC

8. Golman H, (1996) **Psiquiatría General**. Cuarta edición, Editorial El Manual Moderno. México.
9. Martínez L, (1993) **Efectividad de una Psicoterapia de grupo con triunfo limite para el tratamiento de la depresión en el adolescente**. Escuela de ciencias psicológicas. Tesis USAC
10. Engler B, (1996) **Teorías de la personalidad**. Cuarta edición, Editorial Mv Graw Hill, México.
11. Corderch J, (1990) **Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica**. Segunda edición, Editorial Herder, Barcelona.
12. Craig G, Baucum D, (2001) **Desarrollo Psicológico**. Octava edición, Editorial Prentice may, México.
13. Phares J, (1998) **Psicología Clínica: conceptos, métodos y práctica**. Segunda edición, Editorial El Manual moderno, Colombia.
14. Del Cid D. y Coloma C, (1996) **Características Psicológicas de niños institucionalizados en el hogar Santa Elisa Martínez**. Tesis USAC .
15. Tezen C, (2002) **Eficacia del psicodrama como tratamiento psicoterapéutico en la depresión reactiva**. Tesis USAC
16. Moreno J.L. **Psicoterapia de Grupo y Psicodrama**, Primera edición, 1979
17. Goldfried M, (1995) **De la terapia cognitivo conductual a la psicoterapia de la integración**. Segunda edición, Editorial Desclee de Bower, España.
18. González M, (1999) **Terapia de arte disminuye la conducta agresiva en niños institucionalizadas**. Tesis UMG.
19. Antolin, S, (1980) **Manual de dinámicas de Grupos**. Primera edición, Editorial Fenacoac, Guatemala.

20. Nye R, (2002) **Tres Psicologías**. Sexta edición, Editorial Thompson Learning, México.
21. Director: López Juan – Ibor Aliño. **DSM IV TR Criterios Diagnósticos**. Masson S.A, Barcelona 2002.
22. Krupp y Chalton, M. **Diagnóstico Clínico y tratamiento**. 8va Edición, Editorial El Manual Moderno, México 1973.
23. CIE 10, Décima revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades. **Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico**. Organización Mundial de la Salud, Editorial Meditor. Ginebra, 1992
24. Klausmeier H, Goodwin, W. **Psicología educativa**. Editorial Harla, México, 1980.

## **Antecedentes**

9. **González (1999)** realizó un programa para disminuir la conducta agresiva en niñas institucionalizadas en el Jardín de niños San Jerónimo de Emiliani. La muestra se integró por niñas de 8 a 11 años que presentan algún nivel de agresividad, debido a su orfandad y/o abandono. Midió la agresividad por medio una batería de tests. El primer test es el de escala de impulsividad de Hirschfield, el cuál específicamente mide la impulsividad, indulgencia e impaciencia; el segundo test es el de Escala de la percepción del niño de su autocontrol de Humphery, el cuál mide el autocontrol del niño desde la perspectiva cognitivo-conductual y por último el test de Escala de Nowicki-Srickland de foco de control el cuál mide si el niño cree que el refuerzo viene de él o de la casualidad. El tratamiento se realizó utilizando la terapia de arte, siendo una forma de psicoterapia consistente que dio oportunidad de usar su creatividad como medio de expresión de sentimientos y emociones en beneficio propio y en beneficio de su medio ambiente. En cada una de las sesiones realizadas se establecía una comunicación directa entre los niños y el terapeuta, realizando juegos, dinámicas que permitió sacar su energía en mejor manera, dejando por un lado cierta agresividad. concluyó que la aplicación de este tipo de programa en las instituciones de niños huérfanos que presentan manifestaciones agresivas, no funciona debido al poco tiempo de sesiones o a la terapia de arte aplicada en sí.
10. **Posadas y Castañeda (1992)** investigaron acerca de las alteraciones de conducta en adolescentes institucionalizadas, provenientes de hogares desintegrados haciendo uso del Test de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz y el Test de Familia en una muestra de solamente sexo femenino, entre las edades de 10 a 17 años. Concluyeron

que una causa predominante se debe a que las niñas y adolescentes provienen de un hogar desintegrado y determinaron que debido a este estado de abandono, muestran grandes alteraciones de conducta y la mayor incidencia es la reacción depresiva, puesto que las reacciones de adaptación se manifiestan conjuntamente con las reacciones de depresión de angustia excesiva y de retraimiento; y que las reacciones fóbicas se manifestaron conjuntamente con la reacción de angustia excesiva. De acuerdo a los resultados de las pruebas comprobaron que las niñas y adolescentes institucionalizadas sí muestran alteraciones de conducta y mayormente muestran varios síntomas que dan lugar a posibles niveles de depresión existentes por lo que deben ser tratados con atención.

11. **Rivas y Matías (1993)** concluyeron en su investigación que los niños y adolescentes del Hogar Huérfano Santa Teresa carentes de familia natural manifiestan estados depresivos que afecten sus relaciones con los demás, comprobándolo por medio del test de la Familia de Louis Corman, test proyectivo, estandarizado y se hizo uso de los datos obtenidos de la ficha de información general de niño y adolescente, en donde aparece el registro de su situación económica y familiar, así como de entrevistas realizadas y personas encargadas de los mismos. La población total fue de 32 internos de sexo masculino, comprendido entre las edades de 7 a 18 años. La población perteneció a un nivel socioeconómico bajo, cuya estructura familiar está desintegrada por varias razones: madres solteras, orfandad de uno o de ambos padres, separación por residencia en Estados Unidos de alguno o de ambos progenitores y abandono. El procedimiento de esta investigación inicialmente fue realizando visitas a la institución; aplicando la prueba individualmente y calificando la prueba de acuerdo a las indicaciones requeridas en los libros de Corman y Koppitz. Finalizó con una elaboración de análisis estadístico de los resultados utilizando la Gráfica de Sectores, permitiendo visualizar las diferencias en frecuencia de los rasgos emocionales. Determinaron que los niños y adolescentes manifestaron a través del dibujo estados depresivos significativos, siendo los más relevantes el retraimiento y la agresividad, los cuales afectan en sus relaciones interpersonales, y todo ello debido a la carencia de una familia natural.
12. **Tezen (2002)** comprobó la eficacia de la utilización de la técnica del Psicodrama como tratamiento psicoterapéutico para disminuir los niveles de depresión en adolescentes estudiantes del primer ingreso en una institución educativa con sistema de internado llamado Escuela Nacional Central de Agricultura y Forestal. Específicamente el fin de este tratamiento psicoterapéutico fue reducir la fatiga escolar y los niveles de depresión. Concluyó en la importancia de facilitar el ambiente para el proceso de asimilación y acomodación de conocimientos teóricos y prácticos, promoviendo dentro de la institución la importancia de la orientación Psicológica integral. A través de la experiencia que obtuvo, estableció que el aplicar

el psicodrama en adolescentes es de gran relevancia, pues se obtienen grandes beneficios en casos de depresión, en donde el adolescente que podía explorar las dimensiones psicológicas de sus problemas por medio de la representación Real o simbólica de sus situaciones conflictivas tuvo como resultado el solucionar sus problemas y mejorar. Estableció que durante los cuatro primeros meses de actividades, un alto porcentaje de alumnos presentaron signos y síntomas tales como: fatiga, insomnio, trastornos del apetito, baja autoestima, apatía, desesperación, problemas de concentración, deseos de llorar y otros, que sustentan un diagnóstico de Depresión. Utilizó la escala para la auto medición de la depresión índice (EAMD) antes y después, tomando la población completa (192 estudiantes) entre las edades de 14 a 21 años, y comparó los resultados antes de utilizar la técnica y después observando una disminución notablemente lo que permitió afirmar la eficacia de el psicodrama.

13. **Ralda y Porras (1992)** demostraron que a través de la técnica psicoterapéutica grupal de Psicodrama se llegó a manifestar la dinámica de los problemas que afectaban a los adolescentes con los que se trabajó. La aplicación práctica de la investigación, la realizaron en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con once alumnos de primer año de la jornada vespertina entre 18 y 21 años. Utilizaron una guía de preguntas para realizar la entrevista y anamnesis de cada uno, posteriormente elaboraron una hoja de evolución donde a través de la observación sistemática se anotaron los datos más relevantes, además de utilizar apoyos como audiovisuales y una cámara de video, filmando así cuatro sesiones. El contenido dinámico de las sesiones fue de alto valor, pues lograron conocer la forma de comunicación, las relaciones interpersonales así como los conflictos, como algunos niveles de depresión, que estaban afectando al grupo de jóvenes que participó, gracias a que la técnica del Psicodrama permitió fácilmente conocer y comprender al adolescente en un espacio natural, que le ofreció seguridad y confianza para poder expresarse desde sus temores, tristezas, soledad y vivencias fundamentales. Esta técnica permitió al adolescente a situarse en un pasado, presente o futuro deseado o temido, en donde encontraron en juego una serie de emociones y conflictos, analizarlos y con ayuda tratar de encontrar posibles soluciones para su mejoría.

14. **González (1999)** realizó un programa para disminuir la conducta agresiva en niñas institucionalizadas en el Jardín de niños San Jerónimo de Emiliani. Integró la muestra con niñas de 8 a 11 años que presentaron algún nivel de agresividad, debido a su orfandad y/o abandono. Midió la agresividad por medio una batería de tests. El primer test es el de escala de impulsividad de Hirschfield, el cuál específicamente mide la impulsividad, indulgencia e impaciencia; el segundo test es el de Escala de la percepción del niño de su autocontrol de Humphery, el cuál mide el autocontrol del niño desde la perspectiva cognitivo-conductual y por último el test de Escala de Nowicki-Srickland de foco de control el cuál mide si el niño cree que el refuerzo



viene de él o de la casualidad. El tratamiento se realizó utilizando la terapia de arte, siendo una forma de psicoterapia consistente que dio oportunidad de usar su creatividad como medio de expresión de sentimientos y emociones en beneficio propio y en beneficio de su medio ambiente. En cada una de las sesiones realizadas se establecía una comunicación directa entre los niños y el terapeuta, realizando juegos, dinámicas que permitió sacar su energía en mejor manera, dejando por un lado cierta agresividad. concluyó que la aplicación de este tipo de programa en las instituciones de niños huérfanos que presentan manifestaciones agresivas, no funciona debido al poco tiempo de sesiones o a la terapia de arte aplicada en sí.

15. **Del Cid y Coloma (1996)** concluyeron que la conducta y los estados emocionales del niño institucionalizado tienen su origen en la falta de afecto que proporciona el núcleo familiar. Determinaron que el niño que se encuentra en un hogar sustituto de alguna manera, refleja conflictos emocionales producto de la privación materna y carencia de afectos en que se encuentra, además del rechazo del cuál han sido objeto, lo cuál se manifiesta a través de su conducta, por medio de estados depresivos, sensaciones de angustia, timidez, aislamiento social, baja autoestima o bien conductas agresivas que afectarán el desarrollo cognoscitivo afectivo y psicomotor de los niños, quienes por cualquier causa, dependa de la institución, tiene efectos negativos dado a la falta de recursos económicos, técnicos, materiales, pues destacará un retraso en su desarrollo y adaptación general del niño. Trabajaron con una muestra aleatoria de 183 alumnos compuesta por hombres y mujeres en el Hogar Elisa Martínez, que es una dependencia de Dirección de Bienestar Infantil y Familiar de la Secretaría Social de la Presidencia. Este funciona como un hogar sustituto en niños y adolescentes. Realizaron el estudio a través de la interpretación de los datos que se obtuvieron por medio de un análisis descriptivo, utilizando la técnica de porcentajes para la presentación cuantitativa y un análisis descriptivo teniendo presente los diferentes parámetros de la depresión que se establecen de acuerdo a los puntajes obtenidos. Utilizaron la escala de automecisión de la depresión del Dr. William K. Zung que indica los diferentes niveles de depresión junto con otras características psicosociales y emocionales de cada institucionalizado, cumpliendo con el fin de la investigación.

16. **Asturias (1990)** determinó que uno de los principales factores causantes de depresión infantil y del adolescente es la falta de cariño, la falta de atención y el abandono especialmente por las figuras primarias (en este caso, la madre y el padre) o por sustitutos; además indicó que la poca afectividad de las madres o encargadas de los niños o adolescentes es el rasgo más sobresaliente.

De acuerdo al estudio que realizó para medir los niveles de depresión en niños y adolescentes con distintos tests proyectivos, como el de figura humana y el cuestionario DPO- Jiménez Estrada y concluyó que el índice de depresión es más alto en niños y adolescentes que se encuentran dentro de una institución sin familia alguna, que en aquellos que sí viven con una familia.

9. **García (1998)** determinó los distintos grados de depresión que se presentan en adolescentes estudiantes de Secundaria del Instituto Justo Rufino Barrios, zona 21 proporcionando medios de prevención y lograr un equilibrio emocional en cada uno de los adolescentes. Finalizó en que dicha crisis o estado emocional puede situarse en cuatro niveles: indiferenciado, descriptivo, evaluativo e integrativo. El instrumento utilizado para observar los niveles de depresión en dichos adolescentes fue el test de William K. Zung, mostrando que sí gran parte de la muestra presentaban distintos niveles de depresión. Este problema puede afectar el desarrollo psicológico, familiar y social de los sujetos de estudio, por lo cual al comprobar que sí existe algún grado de ésta, uno de los medios de tratamiento es la aplicación de una psicoterapia psicoanalítica, la cuál da especial importancia a los sentimientos inconscientes, ya que para ésta la causa de las depresiones se fundamentan en la pérdida de algo amado, por lo que la consecuencia de la depresión se debe a la falta de alguno de los progenitores en la primera infancia, en donde el tratamiento está encaminado a modificar las asociaciones que existen entre los pensamientos y sentimientos con el fin de ayudar a que estos se ventilen y así fomentar la esperanza de recuperación.
  
10. **Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo, Lara, Bermúdez, Ramírez, Coronado, López, Miranda, (2001)** investigaron sobre las diferencias en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven. Para la investigación utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para adultos, el cual, fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al encuestado para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación. Sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplica, aplicaron a una población de 68 adolescentes, tanto de sexo femenino como masculino, entre 13 y 17 años, de los cuales 34 viven en la calle y 34 viven con una familia. Crearon dos grupos de 34 personas, donde el primero estaba conformado por adolescentes de clase

socioeconómica baja que habita en la calle y el segundo por adolescentes que viven en una familia de nivel socioeconómico medio. Analizaron los resultados utilizando la prueba estadística paramétrica t de Student no relacionada, ya que las puntuaciones fueron medidas en un nivel intervalar. Trabajaron con dos grupos de sujetos: adolescentes que viven en la calle y los que viven en una familia. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas, los adolescentes que habitan en la calle presentan un nivel más alto de depresión, comparados con los que viven con sus familias.

11. **Ritcher, Alvarado y Fend (2001)** evaluaron la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Evaluaron una muestra proveniente de un amplio estudio prospectivo de 5 años, realizado en 1399 adolescentes alemanes, de los cuáles, 45.8% eran hombres y 54.2% mujeres, la edad media fue de 17 años. Todos los estudiantes pertenecían al décimo grado, aún cuando asistían a diversos tipos de escuelas secundarias, algo habitual en el sistema educativo alemán. Determinaron cuidadosamente los factores de riesgo y vulnerabilidad para trastornos depresivos, resultando en la información de un 2.4% de los estudiantes había perdido uno de sus padres en el último año, en tanto que un 3.1 % los había perdido recientemente, pero hacía más de un año. En suma, un total de 5.5% de los sujetos, presentaba la muerte de uno de los padres en un período relativamente reciente. También tomaron en cuenta que en un 11.2% de los casos los padres estaban divorciados, en tanto que en un 1.8% de la muestra, los padres se habían separado en el último año. Además consideraron que un 0.9% se había mudado muy recientemente y que un porcentaje aún mayor (1.3%), aún decía sentirse afectado por la obligada separación de sus amigos. Evaluaron a los estudiantes grupalmente y se utilizaron las indicaciones prescritas para la forma no abreviada del Test de depresión de Beck.. Se procedió así por las diferentes referencias temporales que presentan ambas formas, pues la forma no abreviada remite al sujeto a la evaluación de un estado afectivo más duradero. Desarrollaron un cuestionario destinado a evaluar diferentes aspectos del proceso de desarrollo psicológico, como la capacidad para asumir diversos roles (competencia social), el autoconcepto, la comprensión de la vida política y otros indicadores generales del desarrollo. Concluyeron que dentro de los adolescentes se muestra una elevada prevalencia de depresión psicométrica: un 20% de los estudiantes obtuvo puntajes en el Inventario de depresión de Beck, que los sitúa en el rango de depresión moderada a severa (33% en el estudio control), en tanto que un 22% reconoció ideación suicida al momento de evaluación (35% en el estudio control).

13. **Espina y Filgueira (2000)** concluyen en que la técnica del Psicodrama es un efectivo programa para tratar síntomas depresivos y específicamente tratar el duelo en atención primaria. Determinan que La pérdida de rituales agrava y alarga la reacción del duelo. Trabajaron con una muestra de 34 adolescentes ya diagnosticados con ciertos niveles de depresión en un Centro de Salud ubicado en la Ciudad de México. Aplicaron la técnica del Psicodrama en donde un psicoterapeuta articula un equipo terapéutico a su cargo, en éste se incluye al terapeuta que formula la demanda, o quien da todas las instrucciones para llevar a cabo. Inician las sesiones, en realidad la primera será la sesión exploratoria que constituye en realidad la fase de caldeoamiento de la sesión de tratamiento. Elaboraron la sesión de tratamiento la cuál consistió en una

entrevista inicial exploratoria, a fin de completar la historia clínica y obtener datos para el montaje de la escena (caldeoamiento), para luego trabajar en una situación concreta, a realización de una escena real o imaginaria que represente los conflictos internos del adolescente. Trabajaron durante 20 sesiones y concluyen con que el psicodrama se muestra como una forma útil de recuperar los ritos perdidos, sirve para desbloquear situaciones interrumpidas de duelo y se puede realizar en situaciones de riesgo, como por ejemplo durante el internamiento psiquiátrico. Propusieron un elaborado programa para que los Equipos de Atención Primaria puedan desbloquear situaciones de duelo irresueltas o síntomas depresivos, por medio de esta técnica.

13. **Moreno y Del Barrio (2002)** analizaron la relación existente entre acontecimientos vitales y depresión en sujetos adolescentes. Evaluaron los acontecimientos vitales con el AVIA (Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia) (adaptado por Moreno, Del Barrio, 1992), que tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los AV en la Infancia y Adolescencia. Este inventario está creado a partir de las escalas de Coddington y de Holmes y Rahe, traducido por P. Morató, el cuál consta de un total de 81 elementos, correspondientes a 4 factores distintos: familia, escuela, salud y relaciones y actividades sociales. y la depresión con el CDI (Children's Depression Inventory) (Kovacs, 1992), que se trata de un instrumento de *screening* aplicable a sujetos entre 8 y 17 años de edad, identifica niños y adolescentes con alteraciones afectivas. Consta de un total de 27 elementos, con triple elección de respuesta. Determinaron claramente la relación existente entre el número de acontecimientos vitales negativos y depresión. Trabajaron con una muestra formada por sujetos con un rango de edad entre 14 y 17 años, pertenecientes a 40 Centros públicos y privados de la ciudad de Valencia, España y escolarizados en 1 año de bachillerato, 1 año de formación profesional y últimos cursos de Enseñanza General Básica. El tamaño de la muestra es de 722 sujetos, de los cuales 425 son varones y 297 mujeres, lo que significa un mayor porcentaje de varones (58,86%) frente a un 41,14% de mujeres. Analizaron la relación entre depresión y

acontecimientos vitales desde un punto de vista cuantitativo, establecieron tres grupos diferentes en función de la distribución de los sujetos por el número de acontecimientos vitales experimentados. Concluyeron que el número de AV negativos experimentados por los sujetos correlaciona positivamente con niveles de depresión en la población estudiada. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el número de acontecimientos positivos, puesto que los sujetos que han tenido muchas experiencias de este tipo no presentan niveles de depresión más bajos que los que han tenido pocas experiencias positiva.

14. **Coelho y Martins (1998)** evaluaron el el poder discriminatorio del Inventario de Depresión II de Beck (BDI-II) para caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con los TTDD en la adolescencia. Administraron una versión portuguesa del BDI-II y un cuestionario sociodemográfico a 775 adolescentes portugueses (312 varones, 463 mujeres, edad media: 16,9 años); ochenta y tres adolescentes realizaron una entrevista clínica según los criterios del DSM-IV, dentro de una institución educativa. La puntuación total media de la versión portuguesa del BDI-II (BDI-II-P) indicó que las mujeres poseen más síntomas depresivos que los varones. El bajo logro académico, las perturbaciones de sueño y el consumo de alcohol se asociaron uniformemente con los síntomas depresivos para ambos géneros. El consumo más alto de tabaco se asoció significativamente con los síntomas depresivos en la mujeres. Los factores familiares no parecían asociarse con los síntomas depresivos en los varones. Sin embargo, una frecuencia más alta de hermanos, tener los padres separados así como una percepción más extrema del estilo educativo de la madre se asociaban uniformemente con los síntomas depresivos en las mujeres. Concluyeron así que el BDI-II-P mostró poder discriminatorio para caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con los TTDD, especialmente en las mujeres adolescentes y demostraron también que sí es posible que se dé una depresión en la adolescencia, desde una depresión leve hasta una de mayor riesgo.
15. **Martínez, Glorimar, Sáenz y Rosell (2003)** concluyeron que la depresión es un problema serio de salud mental entre los adolescentes puertorriqueños. En un estudio epidemiológico hecho en Puerto Rico reveló que la depresión es el tercer trastorno más frecuente en esta población. Determinaron que durante los últimos ocho años, el Proyecto de Depresión en Adolescentes del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, dirigido por la Dra. Jeannette Rosselló, ha realizado investigaciones sobre este tema con el propósito de entender mejor esta condición para prevenirla y tratarla con mayor eficiencia. En este nueva investigación, aplicaron una observación directa en cada uno de los adolescentes, de manera individual y grupal, para luego comprobar sus observaciones aplicando el test de depresión de Beck. Se realizó en una institución educativa con adolescentes mujeres y hombres de edad entre 17 y 21 años, determinaron que las opciones

terapéuticas para los adolescentes con depresión son similares a las de los adultos deprimidos e incluyen Psicoterapia y medicamentos antidepressivos. La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres, entre otros. Concluyeron que las mujeres adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión.

## CUADRO DE PORCENTAJES Y PROMEDIOS Por participación en las sesiones de Psicodrama

Participantes	No. 1	No. 2	No. 3	No. 4	No. 5	No. 6	No. 7	No. 8	No. 9	No. 10	% participación de persona en sesiones	promedio de participa- ción por persona
Abigail	5	6	3	6	6	7	8	7	7	8	63%	6.3
Erica	4	5	4	6	5	8	8	6	7	7	60%	6.0
Eugenia	3	3	4	6	4	5	7	8	9	8	57%	5.7
Rita	7	6	8	8	5	8	7	7	7	7	70%	7.0
Alexandra	4	7	7	6	7	8	8	7	9	7	70%	7.0
Delia	3	7	6	7	6	8	8	7	7	9	68%	6.8
Leslie	9	8	8	8	7	7	9	9	9	9	83%	8.3
Verónica	4	9	7	6	7	7	8	9	8	9	74%	7.4
Jacqueline	7	6	6	7	0	7	7	7	8	7	62%	6.2
Alicia	7	7	5	7	6	6	8	7	9	8	70%	7.0
Cindy	5	5	7	6	7	8	8	9	8	6	69%	6.9
Leticia	7	8	7	7	7	6	8	7	8	6	71%	7.1
PROMEDIO de participaciones del grupo por Sesión	5.4	6.4	6	6.67	5.58	7.08	7.83	7.5	8	7.58		

**(\*) Parámetros de participación:**

- O = No asistió
- 1 a 2 = sólo hablo
- 3 a 4 = dramatizó y habló poco
- 5 a 8 = dramatizó su rol, otros roles, tuvo actividad lúdica  
hizo comentarios, hubo identificación.
- 9 a 10 = dramatizó su rol, otros roles, tubo actividad lúdica  
hubo identificación, hizo comentarios, buscó soluciones  
dramatizó soluciones con éxito o dificultad.











