

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica Dirigida para optar por el  
grado de Licenciatura en Psicología

**INSERCIÓN PROFESIONAL EN LA CLÍNICA DE ADOLESCENTES EN EL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR.  
RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA, DESDE LA PSICOLOGÍA  
CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**Nombre de la sustentante:**

Gloriana Giusti Mora

Carné: B22782

**Comité asesor:**

Director: Ronald Ramírez Henderson, PhD.

Lectora: Dra. Ana María Jurado Solórzano.

Lector: MSc. Carlos Araya Cuadra.

Asesora técnica: MSc. Elena Alvarado Rodríguez

**Mayo, 2018**

**Tribunal Examinador**

Defensa de práctica dirigida: “Inserción profesional en la Clínica de Adolescentes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia desde la Psicología Clínica y de la Salud”

---

Ronald Ramírez Henderson, Ph.D  
(Director)

---

Dra. Ana María Jurado Solórzano  
(Miembro del Comité Asesor)

---

MSc. Carlos Araya Cuadra  
(Miembro del Comité Asesor)

---

Rolando Pérez Sánchez, Ph.D  
(Profesor Invitado)

---

MSc. Lucía Molina Fallas  
(Presidente del Tribunal Examinador)

---

Bach. Gloriana Giusti Mora  
(Sustentante)

## Resumen

El presente Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica Dirigida, consistió en la inserción profesional durante 6 meses a tiempo completo, en la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Durante este tiempo se realizaron las funciones propias de un profesional en Psicología que labora en dicha institución. La población atendida en esta clínica son mujeres adolescentes entre los 11 y 19 años de edad, que asisten por alguna condición ginecológica u obstétrica.

A lo largo de la práctica se llevaron a cabo distintas actividades, a saber: Atención psicológica, evaluación psicológica, asistencia y facilitación de sesiones clínicas, asistencia, planeamiento y facilitación de talleres, aplicación y análisis de encuestas, visitas intrahospitalarias, revisiones bibliográficas, supervisiones y otras labores.

Las tareas anteriores giraron en torno a las temáticas de salud sexual y reproductiva, dificultades de la conducta alimentaria, depresión en general y durante el embarazo y post-parto, dificultades de la conducta alimentaria y el uso de redes sociales e internet en la adolescencia. Las intervenciones realizadas se basaron en un abordaje integral de la salud en la adolescencia, así como en los principios de la terapia cognitivo conductual, de la medicina conductual y la psicología de la salud.

Durante la práctica se pudo apoyar a aproximadamente 305 personas beneficiarias directas, a través de la atención psicológica, la evaluación, la psicoeducación y las capacitaciones realizadas. Como practicante, se adquirieron destrezas conceptuales asociadas con el trabajo en ginecología y obstetricia con adolescentes, además se reforzaron conocimientos a nivel clínico que ya se tenían y se obtuvieron nuevas competencias de relevancia para la labor profesional en esta área.

Se pudo evidenciar la necesidad de que el trabajo con adolescentes se realice con apertura a las diferentes situaciones y contextos, que se base en sus propias necesidades, que

se lleve a cabo con sensibilidad, que se tome en cuenta a las familias, que se fomenten los espacio de participación, aprendizaje y recreación y que preste atención a los riesgos y factores protectores con los que interactúan en su cotidianidad. Todo lo anterior con el fin de brindar una atención de calidad a esta población y asegurar el papel de la psicología como potenciadora de experiencias positivas, de toma de decisiones informadas, de resguardo de la seguridad y apoyo ante las dificultades.

**Palabras clave:** terapia cognitivo conductual, adolescencia, medicina conductual, psicología de la salud, salud sexual y reproductiva, depresión prenatal y post-parto, dificultades de la conducta alimentaria, uso de redes sociales e internet

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Marco referencial e institucional/organizacional .....	4
Antecedentes .....	4
Nacionales .....	4
Internacionales .....	13
Contexto institucional .....	18
Marco de referencia teórico-conceptual .....	20
Marco conceptual.....	20
Abordaje Integral de la Salud en la Adolescencia.....	20
Medicina Conductual .....	22
Psicología de la Salud .....	23
Terapia Cognitivo Conductual .....	26
Áreas de intervención .....	29
Salud Sexual y Reproductiva .....	29
Dificultades de la conducta alimentaria e imagen corporal .....	36
Depresión .....	41
Impacto del uso del internet en la adolescencia .....	46
Problematización .....	62
Objetivos.....	64
Generales .....	64
Específicos .....	64
Metodología.....	65
Características de la población .....	65
Generalidades de la práctica dirigida.....	68
Actividades realizadas de acuerdo con los objetivos específicos propuestos.....	69
Labores realizadas.....	72
Horas dedicadas a cada labor .....	90
Consideraciones ético-legales.....	91
Precauciones .....	91
Roles .....	92
Supervisiones .....	92
Evaluación e informes .....	93

Resultados.....	94
Aporte profesional y personal de la práctica dirigida.....	125
Limitaciones .....	126
Discusión .....	128
Conclusiones.....	134
Recomendaciones .....	137
Referencias .....	139
Anexos.....	157
Anexo 1. Carta de finalización de la práctica dirigida.....	157
Anexo 2. Entrevista de “caso nuevo” .....	158
Anexo 3. Escala de depresión post natal de edimburgo y factores protectores y de riesgo evaluados.....	161
Anexo 4. Instrumento sobre uso de redes sociales e internet .....	163
Anexo 5. Presentación digital sobre “redes sociales e internet en la adolescencia”. 165	
Anexo 6. Sesiones creadas para el taller de autocuidado.....	167
Anexo 7. Presentación digital sobre “autoconcepto y autoestima” .....	202
Anexo 8. Sesión para el curso de preparación para el parto .....	204
Anexo 9. Folleto sobre depresión durante el embarazo y post-parto.....	205
Anexo 10. Guías de facilitación y material para taller MEP-CCSS .....	207
Anexo 11. Presentación con resultados de sondeo de uso de redes sociales e internet .....	213
Anexo 12. Presentación con resultados de sondeo de depresión durante el embarazo y post-parto .....	216
Anexo 13. Gráficos sobre datos de “casos nuevos” del año 2017.....	219
Anexo 14. Separadores de libro para actividad de prevención de la violencia.....	223

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Labores realizadas por objetivo específico propuesto .....	69
<b>Tabla 2.</b> Labores realizadas por nuevos objetivos planteados .....	70
<b>Tabla 3.</b> Tareas o productos específicos por área temática .....	71
<b>Tabla 4.</b> Resumen de sesiones de atención psicológica como terapeuta individual .....	95
<b>Tabla 5.</b> Síntesis de sesiones de evaluación psicológica asistidas .....	100
<b>Tabla 6.</b> Síntesis de sesiones de taller de autocuidado asistidas .....	105
<b>Tabla 7.</b> Síntesis de sesiones del curso de preparación para el parto asistidas .....	107
<b>Tabla 8.</b> Variables, indicadores y medidas del instrumento sobre uso de redes sociales e internet .....	114

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Número aproximado de beneficiarios directos .....	67
<b>Gráfico 2.</b> Distribución porcentual de horas por labor realizada .....	90

## Siglas y abreviaturas

<b>CARMHA</b>	Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense del Seguro Social
<b>HCG</b>	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
<b>MEP</b>	Ministerio de Educación Pública
<b>PANI</b>	Patronato Nacional de la Infancia
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva

## INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser integral, por lo tanto cuando se habla de su salud, deben tomarse en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que engloban las situaciones que experimenta (Oblitas, 2008). Tomando en cuenta lo anterior, la interdisciplinariedad se convierte en algo fundamental en el acercamiento a las personas en los centros de salud, si se quiere asegurar una atención de calidad para quienes utilizan estos servicios (Alcántara, 2008).

La atención de mujeres en el área de la ginecología y obstetricia es un claro ejemplo de la necesidad de un abordaje integral, pues la colaboración de diversos profesionales de salud puede generar una mayor recuperación de los diversos síntomas que las usuarias tienen y además se puede incrementar el acceso a la atención en salud mental (Geller, Nelson, Kornfield y Goldstein 2014). Dentro de los temas que las mujeres llevan a la consulta en gineco-obstetricia se encuentran por ejemplo el cuidado prenatal y post-parto, el cáncer genito-urinario, disfunciones sexuales, depresión, ansiedad, trastorno de estrés post-traumático (Geller et al., 2014), dificultades o dudas sobre la menstruación, la anti-concepción, infertilidad y la pérdida del embarazo (Poleshuck y Woods, 2014).

Los motivos de consulta anteriormente señalados pueden tener importantes implicaciones psicológicas, que pueden ser abordadas a partir del conocimiento en psicología clínica y de la salud, pues ésta posee las herramientas necesarias para mejorar el acceso, el compromiso, la adherencia y los resultados de la atención que se les brinda (Poleshuck y Woods, 2014), de ahí la importancia de la inserción psicológica en este campo. En estos contextos pueden brindarse intervenciones utilizando un acercamiento conductual, que aumente las habilidades de afrontamiento y mejore el funcionamiento a



través de estrategias basadas en la evidencia, como el entrenamiento en diversas habilidades y la psicoeducación (Geller et al., 2014).

La ginecología y obstetricia abarcan la atención en las diversas etapas por las que pasa el ser humano. El trabajo con adolescentes en esta área supone tomar en cuenta algunas consideraciones propias de este periodo de vida. La adolescencia implica múltiples cambios a nivel biológico, psicológico y social, que van a afectar la forma en que comprenden sus emociones, su identidad, su proyecto de vida y sus relaciones significativas. Por la razón anterior es que cualquier abordaje que se quiera hacer con esta población no puede dejar de lado la comprensión integral de estos elementos (Rosales, 2012). Lo anterior es un punto central para el trabajo en la Clínica de Adolescentes del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Como parte de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia de esta institución, la Clínica de Adolescentes es una instancia que realiza un trabajo interdisciplinario en función de una atención de calidad a sus usuarias. Los roles del profesional de la psicología dentro de la Clínica de Adolescentes se ajustan a aquellas mencionados por Geller et al. (2014) en contextos de atención gineco-obstétrica, pues puede ser proveedora o proveedor de tratamientos, un enlace entre profesionales y un educador o educadora. Precisamente esos son los papeles que se desempeñaron en la presente práctica dirigida.

Como se mencionará más adelante, los trabajos realizados en Costa Rica con respecto al aporte de la psicología en el ámbito de la ginecología y obstetricia son escasos, razón por la cual esta práctica puede aumentar el conocimiento sobre las implicaciones prácticas del trabajo en esta área a nivel nacional. Actualmente, en la Clínica de Adolescentes solamente labora una psicóloga para atender a todas las

usuarias del servicio, por lo que la inserción profesional que implica esta práctica dirigida tuvo la finalidad de servir de apoyo en las tareas de evaluación, intervención y capacitación que ella realiza. Lo anterior permitió diversificar las tareas de dicha profesional y facilitar un servicio de calidad en las consultas psicológicas en la Clínica.

El aporte personal que se obtuvo a partir de este trabajo final de graduación es variado. Se lograron destrezas conceptuales, asociadas a la adquisición de nuevos conocimientos sobre padecimientos ginecológicos, necesidades obstétricas y sobre la salud sexual y reproductiva. A nivel metodológico se reforzaron conocimientos a nivel clínico que ya se tenían y obtuvieron nuevas competencias, a partir del apoyo a las labores de la Clínica de Adolescentes tanto en la evaluación, como en la psicoeducación, intervención y capacitación con las personas atendidas.

A lo largo de este escrito se presentan en detalle los enfoques teóricos en los que se basó la práctica, la información relevante para las labores a nivel nacional e internacional, las áreas temáticas y objetivos propuestos, los aspectos metodológicos y herramientas utilizadas, los resultados obtenidos, las consideraciones finales tras su realización y demás materiales de importancia, que buscan explicar de la forma más extensa y precisa posible la esencia de este trabajo final de graduación.

## MARCO REFERENCIAL E INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL

### Antecedentes

#### Nacionales

En el contexto costarricense, hay legislación con respecto a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, el Código de Niñez y Adolescencia (1997) en el artículo 44 sobre las competencias del Ministerio de Salud establece en su inciso c, “Garantizar la creación y el desarrollo de los programas de atención y educación integral dirigidos a las personas menores de edad, incluyendo programas sobre salud sexual y reproductiva”, y en el inciso g “Garantizar programas de tratamiento integral para las adolescentes, acerca del control prenatal, perinatal, postnatal y psicológico”.

Con respecto a temáticas específicas, una de las consultas que se realizan en la Unidad de Ginecología para Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia tiene que ver con conductas sexuales de riesgo. Aquellas personas que tienen dichas prácticas poseen una mayor vulnerabilidad de adquirir el virus del papiloma humano, que está asociado con un inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, la falta o mal uso del condón y la inmadurez biológica de la zona de transformación cervical. Para tratar esta condición, es fundamental que haya un manejo multidisciplinario, en donde se dé un acompañamiento psicosocial, que les brinde un proceso de aprendizaje sobre autocuidado, el proyecto de vida a corto y largo plazo, sobre sexualidad responsable y la competencia social para que puedan integrar afecto, conductas y conocimiento (Peralta, Fúster y Medina, 2008).

La Encuesta Nacional sobre la Salud Sexual y Reproductiva que se llevó a cabo en el año 2010, permite hacer algunas observaciones relevantes sobre el tema. En esta se pudo evidenciar que aunque las personas adolescentes tienen información sobre

métodos anticonceptivos y de protección, así como sobre prevención y transmisión de enfermedades como el VIH, aún hay una serie de informaciones que no son correctas que muchos de ellos consideran verdadera. Las personas adolescentes son las que menos tienen conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, exceptuando el VIH. Lo anterior hace que se dificulte la toma de decisiones que sean seguras y que se perciba el riesgo más bajo de lo que es. Dicha falta de conocimiento también reduce la posibilidad de prevención, la detección temprana y un tratamiento adecuado (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010).

En el año 2015, se realizó la Segunda Encuesta Nacional sobre la Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016). Se resalta en esta el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales con penetración, que representa un reto para la política nacional con el fin de que se pueda garantizar que este inicio esté libre de violencia y que se base en decisiones informadas. A partir de que se incorporara la educación en sexualidad dentro del programa educativo en tercer ciclo parece haber tenido un impacto que comienza a evidenciarse en los datos nacionales, con respecto a que las personas más jóvenes han cambiado de forma notable las fuentes de las cuales obtienen información sobre el tema, dándole especial importancia a profesores, madres y padres, en lugar de otras menos confiables.

Se evidencia también la tendencia a la disminución del número de hijos e hijas que tienen las personas, en especial por parte de las mujeres. Dicha baja constante en la tasa de fecundidad puede estar relacionada con un mayor uso y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos disponibles. Por otro lado, se logró ver que hay una persistencia en prácticas y actitudes discriminatorias y estigmatizantes hacia diversas poblaciones con respecto a aspectos asociados con la vivencia de la sexualidad.

Finalmente, entre los aspectos positivos, a partir de la encuesta se mostró una alta cobertura de partos institucionalizados o atendidos por profesionales en salud (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016).

En la Política Nacional de Sexualidad (2010-2021), se establece que en la atención en salud sexual y salud reproductiva debe darse consejería y consulta, con el fin de proteger, fomentar, defender y promover la salud y prevenir la enfermedad. Se indica que para esto se debe respetar la autodeterminación, la diversidad de las personas, la autonomía y los derechos asociados con la sexualidad y reproducción, para tener una perspectiva integral (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011a)

Anchía, Badilla, Cordero y Marín (2012) en su seminario de graduación plantean algunos propósitos a abordar con la población adolescente embarazada en hospitales públicos costarricenses. Si bien su aporte es desde el trabajo social, son temas pertinentes también a la labor de la psicología en estos contextos. Mencionan la necesidad de generar espacios de capacitación y sensibilización a profesionales encargados de la atención de estas personas, sobre el embarazo y la adolescencia y además fomentar los procesos de investigación alrededor del tema del embarazo adolescente. Lo anterior con la finalidad de que el abordaje profesional esté acorde con el contexto de quienes reciben los servicios salud.

Giacomin-Carmioli y Leal-Mateos (2012), haciendo referencia al control prenatal que se da a adolescentes del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, plantean que un abordaje que se da de manera integral, que incluya profesionales en enfermería obstétrica, trabajo social, perinatología y psicología, permite identificar de forma temprana factores que al ser reconocidos, pueden reducir la prevalencia de complicaciones obstétricas.

Villegas (2014), plantea que uno de los retos que tiene Costa Rica tiene que ver con que el embarazo adolescente sigue creciendo, a pesar de que la tasa nacional de fertilidad ha venido disminuyendo en los últimos años. Menciona que el embarazo y la maternidad adolescente son multicausales, asociada con una baja escolaridad, pobreza, la falta de una educación consistente en cuanto a salud sexual y reproductiva y aislamiento. Ante estas situaciones, se han planteado programas que buscan mejorar las condiciones de vida de estas jóvenes. Entre ellos se puede mencionar el programa “Avancemos”, que pretende ayudar a jóvenes de bajos recursos a que puedan seguir con sus estudios y el Programa de Estudio de Educación para la Afectividad y la Sexualidad Integral del Ministerio de Educación de Costa Rica (MEP), que se implementa en las aulas.

Mora (2017) llevó a cabo su práctica dirigida en la Clínica de Adolescentes del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, también desde la psicología clínica y de la salud. Las áreas temáticas trabajadas fueron la ansiedad sobre la salud, la depresión y la salud sexual y reproductiva, desde un enfoque cognitivo-conductual. Su trabajo final de graduación sirve como referencia para la definición de las labores establecidas en la presente práctica, en cuanto a la justificación, pues se realizó en el mismo contexto, áreas de posible intervención y estrategias metodológicas.

En el año 2017, el MEP llevó a cabo una transformación curricular del Programa de Estudio de Educación para la Afectividad y la Sexualidad Integral en Costa Rica. Esta iniciativa, orientada hacia la visión de “Educar para una nueva ciudadanía”, se propone los retos de llevar a cabo una formación continua de quienes integran la comunidad educativa, la mediación pedagógica adecuada para construir conocimientos,

la evaluación transformadora y formativa, así como el fomento de ambientes de aprendizaje que sean enriquecidos y diversos.

Los enfoques desde los que parte el programa son el de derechos humanos, el de diversidades, de interculturalidad, de género, de educación inclusiva y el generacional contextual. Cabe destacar que el programa está planteado tanto para educación diversificada (MEP, 2017a), en donde se estructuró un nuevo espacio lectivo en donde se imparten únicamente los contenidos estas guías, como para la el III ciclo (séptimo, octavo y noveno año), en donde se imparten los contenidos en conjunto con otras materias (MEP, 2017b).

De acuerdo con el MEP (2017a), la educación para la afectividad y la sexualidad integral debe acompañar a las personas a lo largo de su vida, dándoles oportunidades de reflexión, aprendizaje y una revisión crítica que les permita identificar prejuicios, tabúes y mitos que limitan su comprensión y vivencia de la sexualidad. A su vez, les puede dar la posibilidad de ampliar sus conocimientos y mejorar sus actitudes con respecto al vivir la afectividad y sexualidad con seguridad, responsabilidad, placer y plenitud en cada momento del desarrollo.

Plantean que para que una vivencia integral y plena de este tema sea posible, se requiere contar con la posibilidad de expresar y encontrar respuestas a sus dudas, contar con información que sea objetiva, científica y amplia, experimentar placer con responsabilidad, disfrutar sin que se den daños físicos o psicológicos ni ser víctima de ellos, reconocer y defender los derechos propios y de las demás personas, así como respetar los valores universales de convivencia (MEP, 2017a; MEP, 2017b).

La metodología de trabajo es participativa, lo cual permite a los estudiantes ser protagonistas de su propio aprendizaje y aportar conocimientos en grupos. Para esto se necesita garantizar la abierta expresión de emociones, opiniones e ideas que faciliten el intercambio y confrontación, así como el diálogo en espacios lúdicos y flexibles. Los ejes temáticos para el trabajo son los siguientes:

- Vivencia plena de la sexualidad, en armonía con el bienestar y desarrollo personal y social.
- Corresponsabilidad en el disfrute de la sexualidad, desde el ejercicio y garantía plena de derechos.
- Ejercicio de la sexualidad para la igualdad y equidad social. (Este eje incluye los siguientes temas: Cuerpos y corporalidades, afectos y vínculos, placer y bienestar, salud sexual y reproductiva, identidades y diversidades, corresponsabilidad social, derechos sexuales y derechos reproductivos, cultura, poder y violencia) (MEP, 2017a; MEP, 2017b).

Con respecto al marco legal en estos temas, en el año 2016 se aprobó en Costa Rica la Ley 9406 –Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas, reforma Código Penal, Código de Familia, Ley Orgánica TSE y Registro Civil y Código Civil” (2017), mejor conocida como la –Ley de Relaciones Impropias”. Está vigente en el país desde el 13 de enero del año 2017 y en esta se indican 2 medidas concretas:

- Penalizar las relaciones sexuales con personas menores de edad, cuando tienen una diferencia de edad suficiente para que se establezca una relación de poder.



- Prohibir el matrimonio de personas menores de 18 años en Costa Rica. Anteriormente, cuando una persona menor de edad contraía matrimonio, se permitía que adquiriera las obligaciones y derechos de una persona mayor de edad, conocido como “emancipación”, lo cual actualmente ya no es posible (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2017).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017), parte de lo que impulsó la aprobación de esta ley fue una investigación que ellos llevaron a cabo basándose en el censo del 2011 y el registro de matrimonios y nacimientos. En el documento que llevaron a cabo se destaca que de las niñas entre los 12 y los 14 años que reportaron estar en unión, cerca del 89% vivían con un hombre que era al menos 5 años mayor que ellas. El porcentaje para las jóvenes entre los 15 y los 17 años era del 72%. Los datos mostraron también que las tres cuartas partes de las niñas y adolescentes no eran parte del sistema educativo y cerca del 60% tenían al menos un hijo/a.

La ley define a una relación como impropia cuando:

- La persona menor de edad es mayor de 13 y menor de 15 años y la persona adulta es por lo menos 5 años mayor. En estos casos se le puede dar a la persona adulta una pena de cárcel de 3 a 6 años.
- La persona menor de edad es mayor de 15 y menor de 18 años y la persona adulta es por lo menos 7 años mayor. La pena de cárcel en esta situación va de los 3 a los 3 años.
- La situación se agrava cuando la persona adulta es un familiar o responsable de la persona menor de edad, o cuando se encuentra en una posición de poder o autoridad con respecto a la persona adolescente. Si

esto ocurre, la pena de cárcel puede ir de los 4 a los 10 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

Cualquier persona puede denunciar un caso de relaciones impropias. En cuanto a las personas funcionarias públicas, no solamente tienen el compromiso, sino la obligación de llevar a cabo la denuncia, tanto ante la Fiscalía, como ante las oficinas del Patronato Nacional de la Infancia (PANI). Esta labor debe realizarla en especial el personal del PANI, los docentes en centros educativos y de los EBAIS, clínicas y hospitales de la CCSS (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

Dicha denuncia debe incluir: el nombre completo de la persona menor de edad, de la persona adulta con la que mantiene la relación impropia y de las personas responsables del menor de edad, con la mayor cantidad de datos personales posibles. Además debe darse una explicación de hechos concretos que describan la relación impropia (fechas, lugares en donde se dio o está dando), así como aportar pruebas si las tiene (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

Los antecedentes anteriores son importantes porque resaltan la necesidad de trabajar sobre la salud sexual y reproductiva, en el fomento de una sexualidad responsable y más conocimiento de enfermedades de transmisión sexual y su detección temprana. También se hace evidente que se requiere llevar a cabo una labor respetuosa de la autonomía y los derechos de los adolescentes, desde un trabajo integral con diversos profesionales de la salud.

Se hace énfasis en la capacitación de aquellos que trabajan con mujeres embarazadas y en que se conozcan las múltiples causas de los embarazos en el contexto costarricense. Por otro lado, sirven como punto de partida para orientar la metodología

de esta práctica dirigida, al conocer las diversas estrategias y temas de intervención desde la psicología clínica que se llevaron a cabo en otro trabajo final de graduación en el ámbito hospitalario costarricense. Finalmente permite evidenciar los esfuerzos gubernamentales en el ámbito educativo y legal para asegurar los derechos de los adolescentes y en el fomento de una educación abierta y participativa en temas de gran importancia, como la sexualidad y la afectividad.

## **Internacionales**

Con respecto al tema de embarazo, hay diversos factores que son importantes de tomar en cuenta para la atención en adolescentes. Según la UNICEF (2007), en toda la región de América Latina y el Caribe hay altas tasas de embarazos y maternidad adolescente. Dichas tasas son atribuidas al inicio cada vez más temprano de la sexualidad en jóvenes, el impacto de medios de comunicación e insuficiente educación sexual en centros educativos. Lo anterior es riesgoso por diversas razones: hay mayores riesgos en salud especialmente perinatales, obstáculos para que las jóvenes puedan seguir con su formación académica y laboral, las dificultades que puede implicar la maternidad adolescente en la crianza de su hijo o hija, los problemas socioeconómicos que en muchos casos pueden darse, la probabilidad de las jóvenes de ser madres solteras y la inequidad de género que suele darse en estos casos.

En relación con el embarazo no deseado en la adolescencia, Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos (2007), identificaron algunos factores de riesgo. Los autores destacan la presencia de un “amor romántico” que justifica que el embarazo ocurra, el no usar métodos anticonceptivos, la baja autoestima de las adolescentes, la irresponsabilidad masculina en cuanto a las responsabilidades de las parejas, la falta de conocimiento sobre salud sexual, ambientes restrictivos en el hogar, negligencia paterna y tener una familia poco acogedora. Los autores mencionan que es importante tomar en cuenta estos factores para llevar a cabo intervenciones preventivas del embarazo no deseado en adolescentes.

Zerbe (2007), hace mención a la relación existente entre los servicios de ginecología y obstetricia y los trastornos alimenticios. Propone que desde la ginecología y obstetricia se pueden identificar estos casos, debido que conllevan síntomas como

amenorrea, menstruación infrecuente, infertilidad o complicaciones en el embarazo o neonatales. Además, menciona la necesidad de un abordaje interdisciplinario cuando desde la ginecología y obstetricia se identifica un trastorno de alimentación, que incluye la atención psicológica.

Morse, Walsh y Jelley (2008), sobre ese mismo tema, plantean que quienes trabajan en el ámbito de la salud, deben ajustarse a las necesidades de las mujeres según su etapa de vida. Destacan la especial atención que hay que prestarles con el fin de identificar algún posible trastorno alimenticio, pues estos son comunes y retadores para las mujeres jóvenes. De acuerdo con las autoras, es poco común que las pacientes asistan a consulta directamente por un trastorno alimenticio, por lo que deben estar alertas a las distintas señales que pueden indicarlo.

Otro de los temas que se pueden trabajar en esta área es la depresión asociada a consultas obstétricas. Estas mismas autoras destacan que la depresión durante el embarazo puede tratarse con psicoterapia, que ha demostrado ser igual de efectiva que la medicación. Dentro de los temas que se pueden tratar en estos procesos están la transición hacia la maternidad y la adquisición de habilidades necesarias para la nueva etapa que viene. Con respecto a la depresión post-parto, puede trabajarse en la promoción de una higiene del sueño adecuada, así como llevar a cabo terapia cognitiva conductual, terapia de grupo, familiar o terapia interpersonal con el fin de mejorar dichos síntomas (Morse et al., 2008).

Cho, Kwon y Lee (2008) encontraron en un estudio piloto que realizaron, que el darle terapia cognitiva-conductual a mujeres embarazadas con algún tipo de depresión, puede prevenir la depresión post-parto. Cabe destacar que se dio un especial énfasis a la relación de pareja. Pudieron observar que este tratamiento fue efectivo en la reducción

de pensamientos negativos automáticos asociados con el embarazo, en la insatisfacción de la comunicación en pareja y en la insatisfacción global de la relación de pareja, lo cual se mantuvo incluso después del parto.

De acuerdo con Lobel, Hamilton y Cannella (2008), este es un periodo estresante para muchas mujeres debido a sus numerosas demandas y los cambios que se producen en cuanto a roles, relaciones interpersonales, en la condición física, y a nivel emocional, de conductas y actitudes. Para abordar el tema del estrés prenatal, es importante tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento, los rasgos de personalidad, el apoyo social y las conductas saludables. De ahí que se haga énfasis en implementar la actividad física, apropiada para cada caso y también se recomienda fomentar las redes de apoyo en mujeres embarazadas.

Nardi, Bellantuono y Moltedo-Perfetti (2012) plantean que en casos de depresión durante el embarazo es fundamental que se haga un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento, para poder evitar una posible depresión post-parto. Lo anterior implica que los síntomas de malestar que refieren las mujeres embarazadas no sean tomados como elementos normales de la experiencia del embarazo, ni que sean subvalorados. Recomiendan la terapia cognitivo conductual como un tratamiento de primera elección, tomando en cuenta el hecho de que muchas mujeres rechazan consumir fármacos antidepresivos durante su embarazo.

Geller et al., (2014), por otro lado, se enfocan en el aporte de la psicología clínica en el campo de la ginecología y obstetricia. Dentro de las funciones que se pueden desempeñar se encuentran: escaneos psicológicos, consultas a equipos interdisciplinarios, manejo de crisis, referencias a otros espacios de atención de salud mental, brindar tratamiento individual, en pareja o familia, psicoeducación sobre

manejo de síntomas, adherencia al tratamiento, cambios de estilo de vida y afrontamiento ante depresión o ansiedad, a lo largo del embarazo o después de este.

Las autoras describen las diferentes temáticas que se pueden abordar desde la psicología clínica, entre ellas la depresión durante el embarazo y post-parto, la ansiedad perinatal, el manejo emocional y físico durante este periodo, y también el abordaje de la salud sexual, en donde pueden tratarse los factores psicológicos asociados a disfunciones sexuales.

Poleshuck y Woods (2014), hacen énfasis en cómo situaciones que suelen tratarse en contextos de ginecología y obstetricia, como el embarazo, la menopausia o problemas con la menstruación, suelen estar muy asociados a la salud conductual. A partir de lo anterior consideran que es beneficioso tener a un profesional de la psicología en el equipo de atención, que trabaje en el escaneo, evaluación, consultas, tratamiento, promoción de la salud y para el apoyo de quienes trabajan desde la ginecología y obstetricia.

Estos antecedentes enfatizan sobre temas de interés para esta práctica, como por ejemplo la alimentación y la posibilidad de identificar trastornos alimenticios y el conocimiento de factores de riesgo del embarazo adolescente. Son de relevancia las funciones que puede desempeñar el profesional en psicología en el área la de ginecología y obstetricia y temáticas sobre las que se puede intervenir en esta, como la depresión, la ansiedad y la salud sexual, a través de estrategias el fomento de hábitos de vida saludables, el fortalecimiento de redes de apoyo y el acompañamiento emocional.

El marco de referencia anteriormente descrito hace alusión a múltiples temáticas a trabajar, estrategias a utilizar y aspectos relevantes a tomar en cuenta al trabajar con

mujeres en el ámbito de la ginecología y obstetricia. Lo anterior es coherente con los motivos de consulta por los cuáles las usuarias asisten a la Clínica de Adolescentes en la cual se llevará a cabo la práctica dirigida. Según un documento facilitado por dicha clínica, los principales motivos para la consulta psicológica están asociados con rasgos depresivos, ansiosos, situaciones de abuso sexual, conflictiva familiar y riesgo sexual y reproductivo. Es muy importante poder prevenir y atender prontamente y de la mejor manera posible dichas condiciones, para procurar la salud integral de la que se habló al inicio del escrito.



## **Contexto institucional**

La Clínica de Adolescentes es parte del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, que fue fundado en el año 1943. En 1989 se crea el Programa Atención Integral de la Adolescencia (PAIA), con el fin de atender las necesidades que son recurrentes en la adolescencia, tanto a nivel de intervención clínica, como por medio de la prevención y promoción de la salud y el desarrollo humano (López et al., 2013).

Es a través de las Clínicas de Adolescentes que el PAIA se pone en práctica, a partir del año 1991. En la actualidad se cuenta con ocho clínicas de adolescentes a nivel nacional. La Clínica de Adolescentes es parte de la Jefatura de la Sección de Gineco-obstetricia, por lo que su línea de atención se centra en dichas disciplinas. En esta se hace énfasis en las particularidades de la adolescencia, lleva a cabo un trabajo interdisciplinario y cuenta con distintos tipos de consulta: ginecológica, obstétrica, odonto-pediátrica, de enfermería, de trabajo social, de nutrición y de psicología clínica. Hay distintas modalidades de atención, entre ellas: individual, grupal, trabajo en red con otros sectores de atención y la investigación y docencia (Carmona, Ramírez y Carmona, 1999).

Anchía et al. (2012), entrevistaron a Sara Torres, enfermera obstetra de la Clínica de Adolescentes. De acuerdo con esta información, en el caso del embarazo adolescente, la primera evaluación la realizan la enfermera obstetra y la perinatóloga. Se valoran la salud y factores de riesgo de la joven, así como el estado del feto, del embarazo y el tiempo de gestación. En el primer acercamiento se les explica la finalidad de la Clínica y además se les brindan recomendaciones sobre cuidados en el embarazo y alimentación. Más adelante se refieren al servicio de nutrición, trabajo social y psicología, y el trabajo en conjunto se da durante todo el embarazo.

Los profesionales en la Clínica también coordinan con otras instituciones en caso de que sea necesario, como con las escuelas, colegio o institutos, así como el Patronato Nacional de la infancia (PANI), para defender sus derechos y que se atiendan adecuadamente sus necesidades particulares. Además, se brindan cursos de preparación para el parto, y la Clínica está abierta a que se lleven a cabo proyectos en conjunto con las adolescentes sobre temas de interés para ellas durante su embarazo (Anchía et al., 2012).

De las personas nuevas que se atendieron en el año 2017 en el servicio de psicología, que son un total de 88 jóvenes, el 57% reciben atención en la clínica por una consulta obstétrica, mientras que el otro 43% la reciben por motivos ginecológicos. La mayoría de las jóvenes son solteras (92%), aunque en algunos casos viven en unión libre (8%), y asisten a la Clínica en la mayoría de los casos acompañadas de sus familiares o sus parejas. Un 64% del total se encuentran en el sistema educativo, un 35% del total experimentan o han experimentado violencia intrafamiliar, un 42% ha sido víctima de algún tipo de agresión, un 47% del total no posee un grupo de pares establecido y un 62% del total ha tenido anteriormente o en la actualidad actividad sexual.

## MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO-CONCEPTUAL

A continuación se presentan las bases teórico-conceptuales bajo las cuáles se llevaron a cabo las labores en la presente práctica dirigida. Se incluye inicialmente el marco conceptual, en donde se describen los enfoques marcan el curso del trabajo realizado, que son el abordaje integral de la salud en la adolescencia, la medicina conductual, la psicología de la salud y la terapia cognitivo conductual. Más adelante se exponen los aspectos esenciales de las cuatro áreas principales de intervención durante el proceso, que son la salud sexual y reproductiva, las dificultades de la conducta alimentaria e imagen corporal, la depresión y el impacto del uso del internet en la adolescencia.

### **Marco conceptual**

Los siguientes conceptos son los que guían el enfoque desde el cual se llevaron a cabo las distintas labores en la práctica dirigida.

#### *Abordaje integral de la salud en la adolescencia*

La salud integral en la adolescencia implica el bienestar mental, físico, espiritual y social de los jóvenes. Se basa en la idea de que los adolescentes poseen los derechos y las capacidades para poder construir su calidad de vida, aportar al desarrollo colectivo e intervenir en su presente. Para poder ejercer sus derechos, se requiere brindarles acompañamiento, asesoría y herramientas para su autoconducción (Pasqualini, 2010). Además, es necesario evaluar permanentemente la presencia de factores de riesgo o de protección que tienen las personas adolescentes en su desarrollo y la manera en que interactúan dichos factores (Díaz, Garita, Sequeira y Alarcón, 2006).

En las bases programáticas de Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), del que es parte la Clínica de Adolescentes en donde se realizará la práctica, se establece que la labor en esta línea debe llevarse a cabo tomando en cuenta diversos enfoques de atención en salud, que se mencionan a continuación:

- El enfoque de integralidad, que considera las dimensiones físicas, culturales, psicológicas, y económicas que integran a los adolescentes.
- El enfoque de género, que busca cuestionar y generar ruptura con patrones socioculturales que sostienen inequidades de género.
- El enfoque de diversidad sexual, que se basa en el respeto y la normalización de la diversidad de orientaciones sexuales y la promoción de conductas sexuales sanas.
- El enfoque de desarrollo humano, que parte de que los adolescentes deben contar con tiempos y espacios propios, para poder fomentar su desarrollo, a partir de la salud integral y la mejora en su calidad de vida.
- El enfoque de adolescencia, en el cual se reconoce que los jóvenes tienen inquietudes, intereses y necesidades particulares, que deben ser atendidas para poder promover su salud integral y desarrollo.
- El enfoque de protagonismo adolescente, que se basa en que además de poder participar de manera activa en su propio desarrollo, tienen la capacidad de incidir en su comunidad y formar parte de las decisiones y acciones en la participación ciudadana.
- El enfoque de intersectorialidad, en donde se considera que promover la salud integral y el desarrollo de los adolescentes es responsabilidad no sólo de una institución, sino de diversos sectores y actores de la sociedad (Díaz, Garita, Sequeira, Campos y Muñoz, 2005).

## *Medicina conductual*

La medicina conductual se define como un campo interdisciplinario de práctica clínica e investigación, que se enfoca en las interacciones entre el ambiente social y físico, la conducta, la cognición y la biología, en la enfermedad y la salud. Parte de la evidencia empírica de que la conducta puede generar enfermedades y que a su vez, las enfermedades pueden modificar el comportamiento. El campo se interesa en modificar y estudiar la conducta de una persona que tiene una enfermedad en el contexto hospitalario, tomando en cuenta sus sentimientos, pensamientos y creencias asociados con la enfermedad, la participación de la familia, los médicos, su curación, el hospital, los medicamentos, la muerte, entre otros. (Arroyo et al., 2014).

De acuerdo con Rodríguez (2010), la medicina conductual se encarga de atender a las personas por medio de un trabajo integral y conjunto a partir de distintos modelos de intervención. Lo que se busca es entrenar a las personas para vivir en mejores condiciones, evitar mediante distintas herramientas deterioros psicológicos y de este modo mejorar la calidad de vida del paciente.

Esta práctica parte de que hay una naturaleza multifacética de los problemas de salud, lo que implica que hay múltiples variables, como las ambientales, psicológicas, nutricionales, sociales o fisiológicas que interactúan al darse dichos problemas. Dicha naturaleza es la que justifica una interacción interdisciplinaria entre profesionales en medicina, trabajo social, sociología médica, psiquiatría, ciencias biológicas, enfermería y psicología (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Se utilizan en esta los principios del comportamiento, que se refiere a cómo éste es influido por el aprendizaje que se da a partir de sus consecuencias o estímulos asociados. Cabe destacar que estos principios se aplican tanto en los tratamientos como

en las técnicas de rehabilitación y prevención (Morrison y Bennett, 2008). Este énfasis preventivo es relevante puesto que la prevención de la enfermedad por medio de cambios en el medio ambiente y conductuales se ha visto como uno de los medios más prominentes para poder controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan actualmente a la sociedad (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

A través del trabajo e investigaciones desde la psicología, se ha podido evidenciar la relación entre los diversos factores antes mencionados, lo cual ha hecho que el papel del profesional en psicología se haya expandido en gran medida. Además, ha permitido comprobar que la manera en que las personas viven, el sobrepeso, la vida sedentaria, el fumar, el vivir en ciudades altamente contaminadas, usar cinturones de seguridad, consumir alcohol en exceso y el estrés cotidiano influyen en la salud. Lo anterior hace necesario identificar conductas que disminuyan los riesgos de enfermedad y favorezcan la salud, que puede implicar un cambio y mantenimiento de nuevos estilos de vida (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

### *Psicología de la salud*

La psicología de la salud se encarga de integrar múltiples explicaciones del desarrollo, sociales y cognitivas, que son aplicadas al campo de la salud. Su principal objetivo está relacionado con tener una mayor comprensión de los factores biopsicosociales que están implicados en el mejoramiento de los sistemas de atención sanitaria y políticas en este tema, la promoción y el mantenimiento de la salud, prevenir y tratar enfermedades y comprender las causas de estas últimas (Morrison y Bennett, 2008).

En síntesis, los objetivos de la psicología de la salud se pueden dividir en Ogden (2007):

1. Comprender, explicar, desarrollar y probar las teorías con respecto a las causas, progresión y consecuencias de la salud y la enfermedad.
2. Poner esta teoría en práctica.

Reynoso-Erazo y Seligson (2005) plantean que existen conductas de salud y conductas reductoras de riesgo. Las conductas de salud son aquellas que promueven un estado de salud general, como llevar a cabo actividad física y tener una alimentación sana, entre otros. Las conductas reductoras de riesgo son aquellas que disminuyen la posibilidad de que se presenten problemas asociados a enfermedades, entre ellas lavarse las manos después de ir al baño o antes de comer o dejar de fumar, entre otros.

Las conductas de salud se caracterizan por ser hasta cierto punto autónomas, debido a que existe poca relación entre las distintas conductas de una misma persona, lo que implica que llevar a cabo una conducta de salud no va a predecir la existencia de otras. Además, también se caracterizan por ser inestables, debido a que pueden estar mediadas por distintos factores asociados a la propia persona, a las que están a su alrededor o a cambios a lo largo de la vida (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Para llevar a cabo un trabajo que fomente dichas conductas de salud y reductoras de riesgo, Díaz (2010) plantea que hay dos grandes áreas de trabajo en la psicología de la salud: (1) la atención primaria y (2) la atención en hospitales y centros de rehabilitación. En la primera, se propone el abordaje de temas prioritarios de cada una de las etapas del ciclo vital.

Lo anterior incluye la promoción y prevención de la salud en temas como:

- Salud reproductiva: que incluye la prevención de embarazos no planificados, de abortos de riesgo para la madre y de los diversos tipos de violencia, entre otros.
- Salud de los niños: en donde se pueden abordar dificultades en los patrones de crianza, dificultades de aprendizaje, salud infantil, maltrato y abuso físico, entre otros.
- Salud de los adolescentes: asociado por ejemplo a temas de consumo de sustancias psicoactivas, dificultades de adaptación al entorno familiar o educativo, prevención de conductas de riesgo, entre otros.
- Salud de los adultos: que implica el abordaje de estilos de vida no saludables, ajuste a nuevas situaciones vitales, enfermedades agudas o crónicas que aparecen en esta etapa, entre otros.
- Salud de los adultos mayores: en donde se pueden trabajar las pérdidas propias de la edad, limitaciones que traen enfermedades crónicas, la disminución de la propia estimación o el aislamiento social, entre otros.

En la segunda, las labores del profesional en psicología están orientadas a la recepción de interconsultas médico-psicológicas y la asistencia a pacientes y sus familias en el contexto hospitalario, el trabajo investigativo y de docencia que involucre a profesionales y estudiantes de distintas áreas de la salud para una mayor comprensión de la relación entre los factores psicológicos y médicos y la participación en equipos interdisciplinarios (Díaz, 2010).



### *Terapia cognitivo conductual*

De acuerdo con Díaz, Ruiz y Villalobos (2012), la terapia cognitivo conductual tiene como objeto de tratamiento la conducta, con todos sus distintos niveles, como el cognitivo, conductual, fisiológico y emocional. Sus técnicas y procedimientos en buena parte tienen una base científica y experimental, tomando en cuenta herramientas que surgen de la experiencia clínica, como la relajación, la reestructuración cognitiva, técnicas paradójicas, entre otras.

Según las mismas autoras, lo que se busca es el cambio en los niveles antes descritos para encontrar formas más adaptativas de comportamiento. Cabe destacar que se enfoca en los determinantes presentes de la conducta, pero también toma en cuenta los factores históricos que influyen en la situación con la que se está trabajando. La evaluación y el tratamiento se dan a lo largo de toda la intervención y es un enfoque activo, en donde se busca que las personas consultantes utilicen las herramientas aprendidas en sus ambientes cotidianos (Díaz et al., 2012).

Esta terapia usualmente está limitada temporalmente (entre 10-20 sesiones), se centra en las problemáticas actuales, como se mencionó anteriormente y sigue un estilo estructurado de intervención. Las estrategias que son utilizadas son aquellas que han probado ser efectivas y las técnicas se derivan de la investigación científica. La terapia cognitivo conductual ha sido estudiada e implementada efectivamente en personas que tienen complejas y múltiples necesidades, que también pueden haber recibido otras formas de tratamiento adicional o que no habían tenido buenos resultados con otras alternativas (CARMHA, 2007).

Dentro de las técnicas que se utilizan mayormente se encuentran aquellas que permiten el cuestionamiento de pensamientos. Estas buscan la comprensión de dichas

cogniciones y además crear una mayor consciencia sobre estas, para finalmente descubrir perspectivas alternativas y soluciones por ellos mismos. Se realizan distintas preguntas para probar las suposiciones de la persona consultante, cuestionar las razones y la evidencia de esas creencias y se resaltan las implicaciones de asumir una visión alternativa. Se puede usar también registros para ayudar a distinguir entre pensamientos y hechos y ver cómo estos impactan los estados emocionales (Fenn y Byrne, 2013).

Otras estrategias de utilidad son la organización del tiempo y las actividades, así como la asignación de tareas graduales, para mejorar el funcionamiento y sistemáticamente incrementar experiencias productivas y agradables. También se pueden llevar a cabo experimentos conductuales que permitan la utilización de conductas que quieran cambiarse o adquirirse. Además, se utiliza la relajación y ejercicios de respiración para reducir los niveles de actividad autónoma relacionada con la ansiedad y diversas dificultades que se presentan en las consultas (Fenn y Byrne, 2013).

En la terapia cognitivo conductual se puede trabajar de manera individual, grupal e incluso a partir de recursos auto-dirigidos. Es un proceso de enseñanza, entrenamiento y refuerzo de conductas positivas, que les permite a las personas identificar patrones de pensamiento y emociones que están asociadas con diversas conductas. La relación entre el terapeuta y quien busca el tratamiento es colaborativa, de tal modo que juntos tratan de comprender las dificultades de la persona y aquello que contribuye a que estas se sigan dando. Durante la terapia, en conjunto trabajan para generar y probar nuevas formas de pensar y comportarse (CARMHA, 2007).

Una vez que se identifica el motivo de consulta de la persona, es importante que el terapeuta junto con el consultante establezca cuáles serán los objetivos para poder

trabajar dichas dificultades durante todo el proceso. Para esto, con ayuda de la persona consultante, el terapeuta crea un modelo que explica lo mejor posible la problemática a trabajar junto con todos los factores asociados a esta, a lo cual se le llama formulación clínica. Cabe destacar que los tratamientos deben estar diseñados para prevenir futuras recaídas, por lo que se debe brindar a la persona la mayor cantidad de herramientas posibles para que pueda afrontar futuras dificultades utilizando sus propias habilidades y recursos (CARMHA, 2007).

Las sesiones suelen durar una hora y ser estructuradas por una agenda. Al inicio de cada sesión se indica cual será la agenda del día, pero esto no implica que no puedan ocurrir cambios. Las prácticas que se asignan entre sesiones también son estructuradas, así como las expectativas futuras para lograr los objetivos específicos que se establecieron. Dicha estructura es beneficiosa pues promueve la responsabilidad, la organización y finalmente el progreso en el tratamiento (CARMHA, 2007).

## **Áreas de intervención**

### **Salud Sexual y Reproductiva (SSR)**

En la adolescencia, los jóvenes suelen lidiar con nuevos sentimientos, entre ellos los de atracción romántica o sexual y se espera que aprendan un conjunto complejo de reglas sociales sobre cómo deben lucir y comportarse, además de cuáles son los tipos de intimidad física y social que son fomentados, tolerados y prohibidos, y con quien se permiten. Los roles de género se fijan según el contexto cultural en que las personas se encuentren.

Hay culturas que son más prohibitivas, en desaprobación de cualquier relación sexual fuera del matrimonio y la diversidad sexual. Hay otras más moderadas, en donde se toleran las relaciones sexuales fuera del matrimonio, siempre y cuando sea con una pareja estable. Y hay culturas más permisivas, en donde se tolera el tener múltiples parejas y prácticas sexuales.

Además de lo anterior, pueden haber distintos grados de tolerancia, dependiendo de del género, la edad, la clase social, la raza, la etnia y otras características sociales o personales que pueden determinar que es permitido y que no lo es. Todas estas reglas son aprendidas por los jóvenes por parte de sus padres, sus pares y su contexto (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Teniendo en cuenta la complejidad de lo que se espera de los adolescentes con respecto a la sexualidad, este puede ser un tema que genere preocupación por diferentes razones, entre ellas: el alto nivel de experimentación en esta etapa del desarrollo, la presión de pares o de la pareja, vergüenza de acceder a servicios de SSR, temor de que no se mantenga la confidencialidad o inexistencia de una oferta oportuna y adecuada de

estos servicios, sentimientos de invulnerabilidad y falta de adultos de referencia para orientar y hablar sobre estos temas.

La sexualidad también puede ser un foco de atención debido a las consecuencias biopsicosociales que puede tener para un adolescente tanto en el presente como en el futuro, al haber tenido relaciones sexuales sin consentimiento, ya sea como víctimas de violencia sexual o asociado a una falta de acceso a información adecuada sobre prevención y protección propia.

Es por las razones anteriores que la adolescencia es un momento oportuno para poder abordar la SSR, con el objetivo de abordar dudas y preocupaciones de los jóvenes, con diálogo y aceptación de la diversidad, desde un enfoque de promoción y de derechos, con la finalidad de promover el desarrollo integral y poder mejorar la calidad de vida presente y futura de los jóvenes (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2016).

Las labores alrededor de la SSR pueden centrarse en tres ejes (The Alan Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004):

1. Lo concerniente a servicios anticonceptivos, en los cuales se educa y brinda acceso a estos con el fin de que las parejas puedan prevenir embarazos involuntarios.
2. Aquella información y servicios asociados con la salud materna, la atención prenatal y después del parto, así como los servicios que se dan con respecto al aborto.
3. Diagnóstico, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA y servicios en ginecología.

El trabajo en los ejes antes descritos es importante debido a que se pueden prevenir muertes a causa de cáncer, de complicaciones en el parto, por malas condiciones en caso de que se dé un aborto, por el VIH/SIDA, se pueden también disminuir o prevenir disfunciones sexuales u otros trastornos ginecológicos como la endometriosis; además aumentan las tasas de supervivencia y buena salud en recién nacidos, se puede mejorar la nutrición y a su vez disminuir el riesgo de tener anemia (The Alan Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004).

Es relevante que todo esto pueda verse a partir del enfoque de derechos humanos, en donde se le da la importancia debida a derechos fundamentales como: el derecho a tener relaciones de igualdad y equidad entre hombres y mujeres, a una sexualidad y vida libre de cualquier coerción, chantaje o manipulación, a una información veraz, clara, diversa y oportuna que permita la toma de decisiones, el derecho al placer, a la afectividad y a mantener relaciones de respeto y justicia (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011b).

Además, debe darse especial atención a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013), que mencionan a continuación:

### **Derechos reproductivos**

- **A la vida:** Derecho a no morir por causas asociadas con el embarazo o el parto.
- **A la salud:** Derecho a tener una atención integral, con acceso a servicios de calidad, confidenciales y gratuitos, del más alto nivel.
- **A la libertad, seguridad e integridad personal:** Derecho a que nadie lo someta a penas, tratos inhumanos, degradantes o crueles, torturas ni a violencia sexual.

- **A decidir el número e intervalo de hijas o hijos:** Derecho a realizar su propio plan de procreación.
- **A la privacidad e intimidad:** Derecho a decidir libremente sobre sus funciones reproductivas.
- **A la igualdad y a la no discriminación:** Derecho a que nadie juzgue las decisiones propias en SSR por edad, sexo, religión, etnia, entre otros.
- **Al matrimonio y a fundar una familia:** Derecho a decidir si quiere contraer matrimonio cuando adquiriera la edad legal o no y a decidir cuál es el momento más adecuado para formar una familia.
- **Al empleo y a la seguridad social:** Derecho a protección legal en materia laboral en cuando a la maternidad y paternidad, a la no discriminación o acoso por el embarazo.
- **A la educación en salud reproductiva:** Derecho a información clara, oportuna y completa sobre SSR y sin discriminación.
- **A disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana:** Derecho a disfrutar de dicho progreso y de dar consentimiento o no de ser objeto de experimentación en esta área.
- **A modificar tradiciones o costumbres que violan los derechos de las personas:** Derecho a exigirle al Estado que adopte medidas que permitan erradicar prácticas o patrones socioculturales que puedan generar estereotipos y prejuicios sobre las personas.

### **Derechos sexuales**

- **A la privacidad e intimidad:** Derecho a exigir respeto y protección a la intimidad y vida privada, a la propia imagen y a decidir cuándo, con quién y cómo vive la sexualidad.

- **A que se respete tu integridad física, psíquica y moral, por funcionarios y funcionarias públicas:** Ningún funcionario o funcionaria público tiene derecho a someter a ningún tipo de abuso, coerción o violencia.
- **A la información:** Derecho a recibir una información clara, veraz, científica y oportuna sobre sexualidad y de acuerdo con el desarrollo evolutivo.
- **A la educación en salud sexual:** Derecho a una educación accesible, laica, integral, que garantice los principios de equidad e igualdad de género.
- **Al libre ejercicio de la personalidad:** Derecho al libre ejercicio de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación por sexo, identidad de género, orientación sexual, condición, entre otros.
- **A estar libre de violencia sexual:** Derecho a que nadie lo someta a abuso físico o mental, explotación, esclavitud, malos tratos, embarazo o esterilización forzada, violación o cualquier tipo de violencia sexual.

Para que se pueda lograr todo lo anterior, el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011b), en su Política Nacional de Sexualidad (2010-2021), plantea que se puede capacitar a profesionales que trabajen en instituciones en las que se atiendan adolescentes en temas como la autonomía, la afectividad, la corresponsabilidad, el autocuidado, la equidad e igualdad de género, la SSR como un derecho humano, el erotismo y el placer, las diversidades sexuales e identidades de género, la construcción social de la sexualidad, la bioética y la violencia contra las mujeres, las violaciones, el acoso sexual, la trata de personas y la explotación sexual comercial.

Con el fin de que los conocimientos anteriores puedan ser enseñados y recibidos de la mejor forma, hay algunos aspectos importantes que los consejeros deben evitar, entre ellos: amenazar, retar, juzgar, ridiculizar, etiquetar, al dar consejos



mostrarse como un experto en todo el mundo adolescente, interpretar, infantilizar, minimizar las situaciones y sentimientos que son importantes para los adolescentes o asumir previamente cuál es la orientación sexual, identidad de género o estilo de vida del o la adolescente (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2011).

Es importante que los consejeros desarrollen varias competencias, entre ellas la flexibilidad para adaptarse a las distintas situaciones con carácter único e irrepetible, la escucha activa, la capacidad de realizar preguntas abiertas y la tolerancia ante la frustración. Lo anterior implica tener consciencia de que no se pueden aplicar protocolos de forma rígida, pero las intervenciones deben tener un marco claro en el cual moverse, que en este caso es el encuadre de derechos que se ha mencionado y la perspectiva de género (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2014)

Los profesionales que se encarguen de esta consejería deben contar con dichas competencias y la capacitación necesaria para dar una atención de calidad, así como la motivación para trabajar en esta temática con esta población. Es recomendable que incorporen a la práctica la aplicación de modelos y teorías del comportamiento, que favorezcan los cambios conductuales y que estén basadas en la mejor evidencia que esté disponible, usando enfoques integrales (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2016).

Otro elemento importante a tomar en cuenta es el hecho de que la consejería y apoyo en este tema no puede darse de la misma manera a todos los jóvenes, pues todos pueden tener prácticas o experiencias distintas. El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2016) propone realizar una intervención diferenciada según el momento de vida del o la adolescente: con intención de conducta postergadora, con intención de conducta

anticipadora o intervención en adolescentes sexualmente activos con pareja única o múltiples parejas.

Cabe destacar que para establecer parte de estas categorías se utiliza la Escala de Petting para explorar el tipo de intimidad sexual (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2016):

- **Petting 0:** Sin contacto físico
- **Petting I:** Contacto físico, a través de abrazos y besos
- **Petting II:** Contacto físico, a través de besos y caricias en región genital y/o pechos sobre la ropa.
- **Petting III:** Contacto físico, a través de besos y caricias en región genital y/o pechos bajo la ropa. Puede incluir sexo oral y masturbación.
- **Petting IV:** Coito/sexo anal

#### *Intervención con intención postergadora*

Se refiere a aquellos jóvenes que no han comenzado actividad sexual coital y de petting III y no tienen intención de cambiar su conducta en los 6 próximos meses. Pueden estar en petting I o II y usualmente se encuentran en la primera etapa de la adolescencia (entre los 10-13 años).

En estos casos lo que se busca con la consejería es promover el retraso del inicio de la actividad sexual como forma de protección y además el desarrollo de capacidades y habilidades que les permitan tomar decisiones con respecto a su vida afectiva y su sexualidad.

### *Intervención con intención anticipadora*

Son los jóvenes que no han iniciado aún su actividad sexual coital, pero tienen intención de cambiar dicha conducta en los 6 próximos meses. Pueden encontrarse en petting I, II o III. El objetivo en esta situación es que la consejería sea útil para guiar y fomentar la toma de decisiones en cuanto a conductas informadas y seguras para el ejercicio de la sexualidad.

### *Intervención en adolescentes sexualmente activos con pareja única o múltiples parejas*

Los adolescentes de esta categoría ya han iniciado sus prácticas sexuales (petting del I-IV) y tienen intención de mantener dicha conducta, con una o múltiples parejas. La finalidad en este caso es que la consejería pueda aportar a la prevención de embarazos no planificados, las enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos que pueden estar relacionados con la conducta sexual sin protección.

## **Dificultades de la conducta alimentaria e imagen corporal**

Dentro de la psicología de la salud, la buena alimentación es un tema primordial, tanto por el hecho de que a partir de esta se puede mejorar la salud de las personas, como porque se pueden prevenir gran cantidad de enfermedades asociadas con una mala nutrición (Morrison y Bennett, 2008). Con respecto a esta temática, hay diversas áreas que sobre las cuáles se puede trabajar, como por ejemplo (Ogden, 2010): cómo se da la elección de las comidas, que se puede ver desde el punto de vista del desarrollo, de la interacción entre cogniciones y psicofisiológico. También sobre el significado de la comida a nivel social, religioso, cultural, de comunicación, de poder y los sistemas de creencias asociados.

También se destaca el tema de las dietas (Kemp, Bui y Grier, 2013) y su relación con la obesidad y trastornos alimenticios que pueden asociarse con diversas enfermedades, malestar psicológico y hasta riesgo de muerte (Ogden, 2010). Por otro lado importa el papel de la imagen corporal, relacionada con los medios de comunicación, los ideales de delgadez, las diferencias de expectativas según género y la insatisfacción con el cuerpo, que puede implicar distorsiones y sentimientos negativos hacia este (Moreno y Ortiz, 2009; Ogden, 2010; Cruz-Sáez, Pascual, Salaberria, Etxebarria y Echeburúa, 2015).

La imagen corporal se define como la representación interna de cada persona sobre su propia apariencia. La insatisfacción con el cuerpo es una faceta de la imagen corporal, relacionada con el descontento con aspectos particulares del cuerpo. La insatisfacción con el cuerpo es común en mujeres adolescentes, debido a que la imagen corporal es un aspecto importante de la autorepresentación y autoevaluación durante esta etapa vital. Además, los cambios físicos que se dan durante la pubertad, entre estos un incremento en el porcentaje de grasa corporal, puede distanciar a las mujeres del ideal de belleza insostenible que se propone socialmente y esto puede llevar a desarrollar una visión negativa de sí mismas (Zaltzman, Falcon y Harrison, 2015).

Ata, Rojas, Ludden y Thompson (2011), con respecto a estos temas, proponen un modelo tripartito de influencia de la imagen corporal y alteraciones de la alimentación, que se centra en los factores socioculturales que afectan la imagen corporal en la adolescencia, en el que se plantea que hay tres influencias formativas (la familia, los pares y los medios) asociadas con el desarrollo de dificultades en estas áreas.

En este modelo se establecen las siguientes relaciones:

1. Los medios y las influencias parentales y de los pares pueden llevar a desarrollar insatisfacción con el cuerpo y alteraciones de la alimentación directamente, e indirectamente con la comparación con otras personas y la internalización de un sistema de creencias sobre los ideales de la apariencia.
2. La internalización de los ideales de apariencia y comparación con otros (en especial con aquellos que son más atractivos, más delgados, entre otros.) puede llevar a incrementar la insatisfacción con el cuerpo.
3. La insatisfacción con el cuerpo está asociada con alteraciones de la conducta alimentaria (como la restricción y la bulimia). Además está también relacionada con otras formas más severas de psicopatología.

Las tres influencias formativas pueden afectar por las siguientes razones:

#### *Influencia de los medios*

Hay múltiples revistas, películas, series de televisión y páginas de internet que contienen imágenes poco realistas sobre la delgadez y las características que son “atractivas”, junto con mensajes de que es importante para ellos enfocarse en la apariencia. Además existen diversos sitios que incluso fomentan los trastornos alimenticios, que contienen información que es una oda para la delgadez. La constante exposición a estos contenidos se relaciona con la internalización de estas ideas y la comparación constante con otros, ejerciendo una fuerte presión en esta etapa del ciclo vital y a su vez puede relacionarse con la insatisfacción con sus propios cuerpos.

### *Influencia parental*

Los padres o encargados también pueden tener un importante papel en estos temas. Los comentarios que realicen con respecto a cómo lucen o deberían lucir sus hijos pueden afectar la forma en que los jóvenes se miran a sí mismos y las expectativas que tienen desde que son niños. Cabe destacar que los comentarios también pueden estar mediados por el género, de tal forma que no necesariamente son los mismos para una mujer o para un hombre, variando entre su apariencia y su funcionalidad.

Además, también se pueden dar críticas por parte de estos, lo cual también puede tener efectos para la auto-percepción. Otro aspecto que puede influir es la dieta que sigan sus padres, pues puede de alguna forma hacer que el joven le dé importancia a ciertas formas de alimentación que quizás no sean las más adecuadas.

### *Influencia de los pares*

En la adolescencia, las relaciones con los pares son de gran relevancia, ante la búsqueda de apoyo y aprobación, que aumenta significativa en esta etapa. Existe una mayor intimidad al compartir pensamientos y comportamientos entre amigos, y entre ellos los relacionados con la imagen corporal y las conductas alimenticias. Estos se encuentran con contextos sociales en los cuales es fácil compararse con los pares con respecto a estos temas.

Los amigos pueden influir en la imagen corporal en la adolescencia al promover dichas comparaciones, modelar conductas alimenticias, por medio de las burlas y también de forma indirecta al ingresar en contextos sociales en donde se vuelven más conscientes sobre su propia apariencia.

Durante el período de embarazo también puede darse la insatisfacción con el cuerpo, lo cual puede ser de gran preocupación debido a su potencial asociación con conductas negativas, entre ellas una alimentación que no sea saludable que puede traer dificultades en el nacimiento del bebé y la salud de la madre. Además, esto puede ser un determinante de síntomas depresivos durante o después del embarazo (Ata et al., 2011).

También pueden surgir signos de algún trastorno de alimentación, asociados a cambios físicos, sociales y psicológicos que se dan en esta etapa. Por la razón anterior es importante que desde los servicios de ginecología y obstetricia se puedan identificar los diferentes signos por medio de reportes verbales y monitoreando cambios en el peso a través del tiempo. Lo anterior con el fin de poder coordinar con otros profesionales de salud o realizar las referencias necesarias para intervenir de la mejor manera (Fornari, Dancyger, Renz, Skolnick y Rochelson, 2014).

Para finalizar con este apartado, se debe resaltar la necesidad de la interdisciplinariedad en los temas asociados con las dificultades en la alimentación. Según Pasquialini (2010), para una atención de calidad, el equipo debe al menos estar compuesto por un médico clínico o pediatra y un psicoterapeuta. Para esto se debe contemplar la necesidad de brindar atención individual o familiar inicialmente. Lo que se busca inicialmente es lograr la adherencia a los tratamientos recomendados, la comprensión del o la adolescente y su familia de los riesgos que su condición pueden conllevar. Más adelante se pueden ir sumando consultas a la labor del equipo, entre ellas de nutrición, psiquiatría, gastroenterología, ginecología, endocrinología, entre otros. De la misma forma se pueden buscar recursos externos al área de salud, pero que también pueden ser beneficiosos, como grupos de esparcimiento o educativos.

## **Depresión**

De acuerdo con Beck y Bredemeier (2016), la depresión es una forma de adaptación a la pérdida percibida de una inversión de recursos vitales que superan las capacidades y competencias individuales (por ejemplo el apoyo, la solución de problemas, entre otros.) para poder afrontar el impacto de dicha pérdida. Se asocia con una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que lleva a altas expectativas de resultados negativos y bajas expectativas de que haya resultados positivos.

Algunos factores de riesgo en la adolescencia para tener depresión son la exposición a estrés psicosocial, la historia familiar de depresión, factores hormonales y vías neurales perturbadas. Para trabajar con esta población, las formas de prevención consisten en una combinación de estrategias de la terapia cognitivo conductual junto con educación sobre la depresión que se aplican a los jóvenes y a sus padres (Thapar, Collishaw, Pine y Thapar, 2012).

La depresión no solamente se puede dar de manera general en la adolescencia, sino también en condiciones asociadas con el embarazo. Esta puede darse antes y después del parto y cuando no se interviene sobre esta puede afectar seriamente la salud tanto de la mujer, como del feto o bebé y su familia. De acuerdo con Navas (2013) esta es una etapa en la que puede darse un conflicto entre la obligación de asumir una nueva responsabilidad y las aspiraciones y necesidades personales. Además pueden surgir dudas sobre la capacidad real que tiene para cuidar a su bebé, lo cual puede generar una predisposición al estrés psicológico y esto a su vez, ser un factor de riesgo para la aparición de ansiedad y depresión.

Los síntomas depresivos, ya sea durante el embarazo o post-parto, son similares a los de un episodio depresivo común, lo que marca la diferencia en este caso es el



periodo en el que ocurre, que está relacionado directamente con la maternidad. Puede afectar a cualquier mujer, independientemente de si tienen dificultades en el embarazo o no, de si son madres primerizas o ya han tenido más hijos, de si tienen pareja o no o de sus ingresos económicos, edad, etnia, cultura o educación (Hyun, Jung y Jeong, 2008).

Los síntomas son distintos para cada persona, pero pueden incluir: estado de ánimo depresivo, insomnio, llanto frecuente, falta de motivación, disminución de la capacidad de afrontamiento, baja autoestima (Hyun et al., 2008), pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, falta o aumento de apetito, ansiedad o ataques de pánico, sentimientos de culpa o desvalorización, excesiva irritabilidad, enojo o agitación, miedo de no ser una buena madre o de dejar al bebé solo, desinterés en el bebé, familia o amigos, dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones y finalmente pensamientos asociados a herirse a sí misma o al bebé. Si estos síntomas duran más de dos semanas, es probable que se necesite apoyo profesional (American Psychological Association, 2007).

#### *Depresión durante el embarazo*

Esta se da antes del nacimiento del bebé y es casi tan común como la depresión post-parto. Constantemente no se diagnostica pues se confunde con síntomas físicos asociados con el embarazo. Cuando la mujer tiene síntomas depresivos durante este periodo, hay un mayor riesgo de desarrollar depresión post-parto, razón por la cual es muy importante que sea tratada (McKenzie-McHarg, Cockburn y Cox, 2007).

Lancaster et al. (2010), mencionan algunos factores de riesgo relacionados con que se desarrolle la depresión en el embarazo, como por ejemplo la falta de apoyo social, en especial de la pareja, la ansiedad materna, acontecimientos vitales estresantes,

que el embarazo no fuera planeado y experimentar violencia doméstica. Además de los anteriores, McKenzie-McHarg et al. (2007) plantean los siguientes factores de riesgo:

- Factores perinatales: complicaciones obstétricas, como presión arterial fluctuante, tener placenta previa o un diagnóstico de preeclampsia.
- Factores biológicos: desajustes en neurotransmisores, asociados con la depresión.
- Circunstancias individuales: Como una predisposición genética o las propias características de la forma de ser de la mujer.
- Factores socioeconómicos: Dificultades para realizar pagos, desempleo.

Existe un mayor riesgo en madres adolescentes de morbi-mortalidad obstétrica, inactividad laboral, deserción escolar y el establecimiento de vínculos inseguros de apego con sus hijos. Los hijos de madres adolescentes pueden estar más expuestos a ser prematuros, a tener un bajo peso al nacer, a morbi-mortalidad neonatal y perinatal y a negligencia parental (Wolff, Valenzuela, Esteffan y Zapata, 2009).

El riesgo de no tratar la depresión durante el embarazo es que puede darse abandono de los controles prenatales, mala adherencia a indicaciones médicas, deterioro del autocuidado e incluso abuso de alcohol, tabaco u otro tipo de drogas. Además, síntomas de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, como el aumento de peso (Jadresic, 2010).

Desde la psicología, la terapia puede enfocarse en normalizar sentimientos negativos sobre convertirse en madre, negociar nuevos roles en la familia, identificar formas para dormir adecuadamente, fomentar el autocuidado y fortalecer las relaciones de pareja en el contexto de la paternidad y maternidad (Poleshuck y Woods, 2014). La

terapia cognitivo conductual es generalmente considerada la intervención de elección y se le puede ofrecer también a mujeres que no quieren utilizar medicamentos antidepresivos o que no responden a la medicación (McKenzie-McHarg et al., 2007).

### *Depresión post-parto*

Se considera depresión post-parto a episodios depresivos, que no sean psicóticos, que dan en la madre durante el primer año después del nacimiento de su bebé. Normalmente aparece de 2-4 semanas después del parto. Es importante diferenciar este término del de “Baby Blues”. El anterior consiste en estado pasajero más frecuente y más leve de depresión, que suele iniciar en los primeros 2-4 días luego del nacimiento del bebé y no se prolonga por más de 2 semanas. Se caracteriza por insomnio, pérdida de apetito, falta de concentración, dolor de cabeza, irritabilidad y fácil llanto (Navas, 2013).

Entre los factores de riesgo para que se presente la depresión en el periodo post-parto se encuentran: cambios en niveles hormonales después del nacimiento, experiencias previas de depresión y ansiedad, antecedentes familiares de depresión, el estrés que puede implicar el cuidado del recién nacido y el manejo de los nuevos cambios de vida, tener un bebé que lllore más de lo usual o tenga patrones de sueño o alimentación difíciles de predecir o complicaciones médicas, ser madre primeriza, ser muy joven o ser mayor para la maternidad, tener problemas familiares o financieros, experimentar la muerte de alguien cercano y la falta de apoyo social (American Psychological Association, 2007).

Dentro de las recomendaciones que se les puede dar a las mujeres que experimentan la depresión post-parto se pueden mencionar (American Psychological Association, 2007):

- No deben afrontar esto solas, pueden buscar ayuda profesional.
- Pueden hablar abiertamente sobre sus sentimientos con su pareja o familiares.
- Pueden unirse a un grupo de apoyo para madres, en caso de que exista.
- Buscar a alguna persona cercana que pueda ayudar a cuidar al bebé cuando se necesite.
- Dormir o descansar todo lo que pueda. En caso de que se le dificulte, aun cuando quiera hacerlo, puede consultarlo con el médico.
- Tratar de no preocuparse por tareas que no son tan relevantes, de modo que hay que ser realista con respecto a lo que realmente puede hacer mientras cuida al bebé.

Dennis y Domswell (2013), plantean que una intervención psicológica para tratar la depresión post-parto puede incluir el fomento de prácticas saludables, promover estados psicológicos positivos, dar información sobre servicios médicos pertinentes, aumentar los recursos para afrontar el estrés como la solución de problemas, inhibir respuestas desadaptativas, contrarrestar la culpa, reforzar cambios positivos que se den, fomentar la reestructuración cognitiva y ofrecer oportunidades para el aprendizaje mediante el modelaje y la observación.

## **Impacto del uso del internet en la adolescencia**

El siguiente apartado está constituido por una revisión bibliográfica que se llevó a cabo con el fin de fundamentar un taller, una sesión clínica y la creación y aplicación de uno de los instrumentos durante el periodo de la práctica dirigida, razón por la cual es un poco más extenso que los anteriores.

En la última década se ha dado un rápido desarrollo de las redes sociales y las tecnologías de la comunicación, las cuales han causado cambios profundos en la forma en la cual las personas interactúan y se comunican (Pantic, 2014). En la adolescencia, que es una etapa en la que en muchos casos es relevante configurarse como una persona única e integrarse al entorno social, las redes sociales permiten construir una imagen que los jóvenes quieren que el mundo vea (Cookingham, y Ryan, 2015).

Lo que hace atractivo al internet para los jóvenes tiene que ver con la interactividad, las recompensas inmediatas y las respuestas rápidas, así como con las diversas actividades que son posibles en este medio. El uso va a ser positivo cuando no se dejan de lado las actividades propias de la vida normal, como por ejemplo hacer deporte, salir con los amigos, compartir con la familia, estudiar, entre otros. Al contrario, el uso puede ser negativo cuando afecta la autoestima, hay pérdida de control de la persona, provoca ansiedad o aislamiento (Echeburúa y de Corral, 2010).

Los adolescentes pueden tener un “efecto de desinhibición online”, que consiste en que es más probable compartir detalles personales e información privadas en el dominio público en línea, en comparación a si fuera cara a cara. Lo anterior se debe al relativo anonimato que las redes sociales ofrecen. En la adolescencia la autoexpresión y la validación son muy importantes y esta expresión podría convertirse en conductas de riesgo social o sexual. Si un joven considera que sus pares participan de ciertas

conductas, aunque sean de alto riesgo, es más probable que él o ella sean parte de esto también, pues es percibido como algo “normal” (Cookingham y Ryan, 2015).

En síntesis, estos medios se han convertido en una parte integral de la vida de los adolescentes, lo cual ha generado múltiples oportunidades, así como riesgos (Sadhir, Stockburger y Omar, 2016).

## **Oportunidades**

El reciente avance de las plataformas tecnológicas de comunicación y búsqueda de información conlleva diversos beneficios u oportunidades para sus usuarios, como los que se mencionan a continuación.

- **Enriquecimiento académico:** Puede servir de apoyo para procesos de aprendizaje, debido a la amplia variedad de recursos pedagógicos con los que cuenta internet. (Sadhir et al., 2016).
- **Conciencia política y social:** Más oportunidades de acceso a noticias, documentales, información sobre estos temas al instante (Undiyaundeye, 2014).
- **Expresión creativa:** Múltiples softwares para creación de contenidos, plataformas de difusión de ideas, acceso a producciones audiovisuales, entre otros. (Undiyaundeye, 2014; Sadhir et al., 2016).
- **Interacción social:** Este último punto implica el establecimiento y mantenimiento de vínculos y relaciones a través de comunidades virtuales (Sadhir et al., 2016; Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017), desarrollo de habilidades sociales (Undiyaundeye, 2014), apoyo emocional y oportunidades para la auto-expresión e identidad (Royal

Society for Public Health & Young Health Movement, 2017). Este último punto es relevante tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa en la cual las personas prueban nuevas cosas y experimentan aspectos diferentes de ellos mismos y su identidad.

Cabe destacar que según una revisión de datos sobre el uso de internet en adolescentes costarricenses, dicho uso enfocado en fines académicos o educativos es el menos relevante, en comparación con el orientado a actividades de comunicación y socialización que es mucho mayor (Grillo y Esquivel, 2010).

### **Riesgos**

Como se mencionó anteriormente, si bien hay múltiples oportunidades asociadas con los medios y las redes sociales, también puede darse un uso problemático de estas herramientas en la población adolescente. Pero el riesgo no solamente implica conductas activas de los adolescentes que conlleven daños, sino que otras personas pueden ejercer diferentes tipos de violencia en el ciberespacio, para las cuales los adolescentes no siempre tienen las mejores estrategias para su afrontamiento.

### Uso adictivo

El uso de las nuevas tecnologías de los adolescentes es adecuado si tiene como finalidad la comunicación, juego, disfrute o diversión, de tal manera que no interfiera en sus obligaciones o en sus actividades de tiempo libre. Comienza a ser inadecuado en el momento en que se interpone de manera negativa en la vida cotidiana o se pierde el interés en actividades que antes eran reforzantes (Labrador, Requesens y Helguera, 2012).

De acuerdo con Echeburúa y de Corral (2010), haya o no sustancias químicas implicadas, cualquier realización o inclinación desmedida de alguna actividad puede convertirse en una adicción. En caso de que haya dependencia, los comportamientos suelen volverse automáticos y disminuirse el control cognitivo al tomar decisiones. Como factores de riesgo se encuentran la búsqueda de sensaciones nuevas, la impulsividad, la intolerancia a estímulos displacenteros físicos o psicológicos e insatisfacción personal con la vida, conflictiva familiar.

Algunas señales de alarma son (Echeburúa y de Corral, 2010):

- Descuidar actividades relevantes, como obligaciones académicas, contacto familiar, cuidado de salud.
- Recibir quejas sobre el uso de las redes.
- Pensar constantemente en las redes, incluso cuando no las está utilizando.
- Excesiva irritación ante conexiones lentas de internet.
- Aislamiento social.
- Disminución de rendimiento académico.
- Privación de sueño por estar conectado a la red (más de 5 horas).
- Mentiras sobre el tiempo de conexión en la red.
- No conseguir limitar el tiempo de uso.

Cuando se identifican varias de estas alarmas, es importante prestarles atención, y en caso de que el funcionamiento del adolescente se limite debido a lo que está ocurriendo, es primordial tomar acciones. De acuerdo con Ramón-Cortés (2010), una forma de ayudar a los jóvenes es dándoles herramientas para mejorar la comunicación cara a cara a partir de medidas como:

- Estimular la actividad física y deporte.
- Fomentar la comunicación y diálogo dentro de la familia.



- Potenciar aficiones culturales, literatura, cine, entre otros.
- Impulsar la relación con otras personas.
- Limitar el uso de aparatos tecnológicos y negociar la cantidad de horas de dicho uso.

En propuestas de tratamiento psicológico más formales, Echeburúa y de Corral (2010) plantean que inicialmente la idea es centrarse en el aprendizaje de respuestas adecuadas de afrontamiento ante las situaciones en las que se presenta riesgo. La segunda fase consiste en llevar a cabo exposiciones programadas a las situaciones de riesgo, relacionadas con la conducta adictiva.

Una vez que se ha recuperado el control de la conducta, el tratamiento se enfoca en prevenir recaídas, que incluye identificar posibles situaciones de riesgo, facilitar herramientas de afrontamiento adecuadas para estas y trabajar con las posibles distorsiones cognitivas que tenga el adolescente en cuanto a poder controlar su conducta. Paralelo a este proceso, hay que evaluar e intervenir en problemas específicos de la persona, introducir cambios en el estilo de vida y ayudar a planificar su tiempo libre (Echeburúa y de Corral, 2010).

### Sexting

El "sexting" puede definirse como el contenido sexualmente explícito a través de mensajes de texto, teléfonos inteligentes o redes sociales (Van Ouytsel, Ponnet, Walrave y d'Haenens, 2017). Esta conducta puede tener un rol en el desarrollo de los adolescentes al permitirles explorar su sexualidad y desarrollar su identidad sexual (Walrave et al., 2015).

Van Ouytsel et al. (2017) llevaron a cabo un estudio, en el cual relacionan el “sexting” de una muestra de 357 adolescentes con la teoría del aprendizaje social. Dicha teoría plantea que la conducta “inapropiada” es aprendida a través de la interacción e imitación de “role models”, como los padres o los pares. Sus resultados sugieren que las actitudes percibidas de los padres no tienen una influencia significativa en que los adolescentes lleven a cabo el “sexting”, razón por la cual mencionan que los esfuerzos de prevención del riesgo podrían mejor enfocarse en informar a los adolescentes sobre los riesgos y oportunidades que implica. Encontraron también que si los adolescentes percibían que sus pares aprobaban el “sexting”, esto está asociado significativamente con su propio involucramiento con dicha conducta en una relación romántica.

En otra investigación, Romo et al. (2017) se enfocaron en conocer los usos de las redes sociales en adolescentes de origen latinoamericano. Encontraron que el uso frecuente de redes sociales, así como el sexting incrementan las probabilidades de que se presente actividad sexual, aunque sólo el último se relaciona con conductas sexuales de riesgo (como tener más parejas sexuales). Temple et al. (2012), concuerdan con los autores anteriores en que el sexting está asociado a una mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo, en cuanto a un mayor número de parejas sexuales y el consumo de alcohol y drogas antes de tener relaciones sexuales. Romo et al. (2017) plantean que la relación entre uso de redes sociales y actividad sexual puede estar asociada a una menor autoestima, que a su vez puede predisponer a los jóvenes a buscar aprobación de sus pares involucrándose en la actividad sexual.

También se dieron cuenta de que el monitoreo parental disminuye el riesgo de que se dé el sexting. Notaron a su vez una asociación entre el uso de redes sociales, apps, sexting y el uso de métodos de anticoncepción y anticoncepción de emergencia, lo

cual sugiere que aunque el sexting se relacione con la actividad sexual y riesgos en este sentido, parece que las jóvenes están tomando medidas de precaución para prevenir embarazos no planeados (Romo et al., 2017).

## Cyberbullying

### **Definición**

El cyberbullying se define como cualquier forma de agresión perpetrada a través de la tecnología. Incluye cualquier tipo de acoso que se dé por medio de correo electrónico, chats, mensajes de texto, sitios web, redes sociales, videos o imágenes. El acoso puede implicar la provocación, burlarse de alguien, decir mentiras, decir comentarios negativos o groseros, difundir rumores o hacer comentarios agresivos o amenazadores (Labrador et al., 2012; Sadhir et al., 2016; National Bullying Prevention Center 2017).

Como se planteó anteriormente, el anonimato es un factor importante, pues puede llevar a una agresión exagerada que promueve la desinhibición y hacer que quien realiza estas conductas abusivas se sienta inmune de consecuencias. Las víctimas pueden sentirse acosadas constantemente, incluso aunque no esté en línea y también amenazados de manera generalizada porque tal vez no sepan quién está detrás de los ataques y por lo tanto no saben de quien protegerse (Sadhir et al., 2016).

### **Estadísticas**

Grillo y Esquivel (2010), en una investigación con adolescentes costarricenses, identificaron altos niveles de victimización mediados por internet. Por ejemplo, un 70,7% menciona haber recibido información que no deseaba, un 68,7% información

falsa de otras personas, un 53,9% experimentar insistencia de algún desconocido para entrar en contacto y un 47,1% ha recibido alguna conversación agresiva que incluye insultos u ofensas.

Por su parte Pérez (2016), en un estudio realizado con 628 adolescentes de colegios rurales y urbanos costarricenses, encontró que un 57,5% ha sido víctima alguna vez de una o varias conductas asociadas con el cyberbullying y de forma similar, un 58% han llevado a cabo alguna de estas conductas de forma esporádica. En cuando a que estas conductas se den de manera frecuente, un 2,7% presentan una alta frecuencia al llevarlas a cabo y un 1,9% han sido víctimas bajo estos términos.

### **Características**

El cyberbullying, a pesar de ser un tipo de acoso, tiene algunas características específicas que lo hacen único (Smith, 2012):

- Depende en cierto grado de la experticia con respecto a la tecnología.
- Puede ser anónimo.
- Hay una gran complejidad al determinar los roles que tienen los testigos de la agresión (estar con quien lleva a cabo las conductas, con la víctima, visitar las páginas en donde se desarrolló la problemática, entre otros.).
- Quien abusa, normalmente no ve la reacción de la víctima, al menos no en un plazo corto. Lo anterior puede influir en que se puede evidenciarse bien el daño que está causando.
- Una de las razones por las que las personas hacen bullying a otros cara a cara es por el reconocimiento que reciben de sus pares a partir de esto, pero en el caso del cyberbullying eso no siempre es posible.

- El cyberbullying puede alcanzar grandes audiencias en el grupo de pares, en comparación con el bullying tradicional en donde suelen ser grupos más pequeños.
- Es difícil escapar de este tipo de abuso, debido al anonimato que se puede dar o por la falta de control que se tiene de la información o conductas en línea que tienen o publican los otros en línea.
- La conducta negativa usualmente se da fuera del control de los adultos, pues son más difíciles de detectar en dispositivos como teléfonos, computadoras o tablets, que en golpes o daño a pertenencias por ejemplo (National Bullying Prevention Center, 2017).

### **Efectos**

1. *Físicos*: Dolores de cabeza, de estómago, de espalda, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de apetito, problemas digestivos, entre otros. (Ovejero, Yubero, Larrañaga y Moral, 2016).
2. *Psicológicos-emocionales*: Ideas suicidas, miedo, ansiedad, tristeza, estrés, síntomas de depresión (Ovejero et al., 2016), enojo y vergüenza (Slonje et al., 2013).
3. *Relacionados con lo académico*: Menor motivación en escuela o colegio, lo cual puede traer problemas en el rendimiento académico (Ovejero et al., 2016).
4. *Psicosociales*: Aislamiento y soledad, rechazo social, problemas familiares (Ovejero et al., 2016).

Cabe destacar que los efectos anteriores son posibilidades, pero su ocurrencia o no y el grado de afectación, van a depender de las características particulares del adolescente y sus estrategias de afrontamiento disponibles.

## **Intervención**

De acuerdo con Ovejero et al. (2016), cuando se identifican estas conductas hay varias formas en las que se puede intervenir:

- a. Intervenciones en escuelas: Entrenamiento a administrativos y maestros para que identifiquen las situaciones y así retar el anonimato.
- b. Intervenciones familiares: Supervisar el uso del internet, cambios de humor y tener una buena comunicación en este tema con los hijos.
- c. Intervención psicosocial: Entrenamiento en habilidades de afrontamiento de estas situaciones.
- d. Aumentar y mejorar el apoyo social: Fomentar que el círculo social de los jóvenes esté dispuesto a escuchar y ayudar a quienes son parte de esto.

En las intervenciones es importante (Ovejero et al., 2016):

- a. Incrementar el compromiso y empatía.
- b. Mejorar la autoestima y ampliar y mejorar el capital social.
- c. Incrementar sentimientos de autoeficacia.
- d. Facilitar estrategias de afrontamiento, como buscar apoyo o bloquear al agresor.

### *Los padres*

El apoyo parental es de gran relevancia, por lo que se les pueden dar recomendaciones como (Betts, 2016):

- Estar siempre pendientes de cómo sus hijos están usando la tecnología.
- Instalar bloqueos de contenido.
- Fomentar que los jóvenes hablen con ellos en caso de que ser víctima.

- Dar lineamientos a los hijos sobre qué se puede hacer si se siente incómodo, cómo mantenerse seguro, comportarse ética y responsablemente.

(Aguilar, 2015).

- Conversar en familia casos de cyberbullying que hubieran presenciado o escuchado (Aguilar, 2015).
- Tomar en serio cualquier situación que se de en esta línea y mostrar apoyo y confianza a la víctima.
- En caso de que su hijo sea el victimario, pedir cuentas de su conducta y adoptar medidas correctivas adecuadas.
- Ser un ejemplo positivo, por lo tanto no responder con violencia ante la situación.
- Ojalá no revocar el uso del teléfono o computadora.

### Grooming

El “grooming” consiste en hacerse amigo de un menor de edad con el fin de persuadirlo para que entre en una relación sexual. Los “predadores” buscan a menores que ellos perciben como vulnerables y los hacen sentir especiales dándoles regalos, atención, privilegios o tratos especiales. Usualmente les dicen que deben mantenerlo en “secreto”. Una vez que se asegura de que el menor va a guardar el “secreto”, pueden empezar a tocar al menor, y en ocasiones pueden volverse cada vez más agresivos sexualmente. Múltiples veces los “predadores” también buscan ganarse la confianza de la familia del menor. La culpa, la sensación de suciedad, la confianza que tenían o la sensación de amenaza pueden hacer que un menor no cuente lo que le ha estado sucediendo (South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence, 2014).

Cuando esto se hace por internet, los “predadores” hacen uso de redes sociales (Facebook, Twitter, Tumblr, entre otros.) o sitios de juegos, en donde pueden construir perfiles falsos haciéndose pasar por alguien más. Al tener acceso a la información sobre los intereses del menor, pueden utilizarla para establecer rápidamente una conexión con él o ella y generar confianza. Es probable que trate de persuadirlo para que el menor le envíe imágenes explícitas y trate de convencerlo de que se vean en persona (South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence, 2014).

Para proteger a los menores de este riesgo es importante que los padres supervisen el uso de internet de sus hijos y que fijen y expliquen los límites en cuanto a si es apropiado compartir cierta información y con quienes. Idealmente se pueden aplicar filtros o bloqueos para prevenir el acceso a ciertos sitios o contenidos y también tener los dispositivos tecnológicos en lugares públicos, no sólo en la habitación del menor (South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence, 2014).

### Síntomas de ansiedad-depresión

Uno de los problemas que implica el tiempo que se usa para estar en redes sociales es el hecho de que se puede dar una impresión alterada y en ocasiones errónea de los rasgos de personalidad y físicos de los usuarios. Se promueven en muchos casos conductas narcisistas y de constante comparación y competencia con otros, lo cual puede llevar a un estado de ánimo bajo y menor autoestima (Pantic, 2014).

Ver que los amigos disfrutan de días importantes o salidas en redes sociales puede hacer a los jóvenes sentir que ellos no tienen eso, mientras que los otros disfrutan sus vidas. Las fotografías editadas, publicaciones meditaciones y videos sobre estilos de vida “deseables” pueden crear altas e irreales expectativas en los adolescentes sobre su



imagen corporal y forma de vivir, que pueden influir en su autoestima o búsqueda de perfeccionismo. También se ha encontrado que utilizar más de una cuenta en redes sociales de manera simultánea está asociado con síntomas de ansiedad social (Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017).

El término FoMO (“Fear of missing out”, en español “Miedo de perderse algo”), es otro ejemplo de situación que puede llevar a estos síntomas. Se refiere a la preocupación de que haya eventos sociales u otras actividades importantes, que estén realizándose en ese momento sin que la persona esté presente para disfrutarlo. El FoMo se caracteriza por la necesidad de estar constantemente conectado con lo que otras personas están haciendo, para no perderse nada (Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017).

### **Recomendaciones de uso seguro en general**

Tomando en cuenta los riesgos que el uso de internet puede implicar, así como con la finalidad de mejorar la experiencia de los adolescentes con las nuevas tecnologías, hay diversas medidas que los padres, docentes o profesionales de salud pueden tomar para lograr este objetivo. De acuerdo con la investigación de Grillo y Esquivel (2010), las principales fuentes de información sobre el uso seguro del internet son los familiares y los pares. El acceso a fuentes como programas educativos, cursos, folletos o charlas sobre el tema es relativamente bajo (28,5%). Lo anterior podría explicar el alto interés de los jóvenes por conocer más sobre esto, pero el bajo nivel de conocimientos con los que contaron en el estudio.

Pérez (2014) en su investigación, al preguntarle a los padres y madres sobre la percepción del riesgo que tienen sus hijos en redes sociales e internet, encontró que en

promedio, del 0-10, consideraban que había un riesgo de apenas un 1,7. De acuerdo con el autor, estos resultados son preocupantes, pues parece que no se están distinguiendo los posibles escenarios de riesgo de forma clara.

Entre lo que se puede hacer se encuentra darle recomendaciones a los jóvenes, estableciendo reglas de uso seguro del internet como las siguientes (Labrador et al., 2012):

1. Concentrarse en la información que está buscando, no distraerse en otras cosas.
2. No creer todo lo que vea en internet, porque hay mucha información errónea o falsa.
3. Pensar bien lo que publica en redes sociales, ya que cualquier persona puede tener acceso a esta información.
4. Desconfiar cuando le ofrezcan algún premio, puede ser una estafa o pedir algo a cambio.
5. Utilizar cuentas de correo electrónico gratuitas, que requieren menos información personal.
6. No dar información personal a desconocidos, ni publicarla en blogs o redes sociales.
7. No responder correos electrónicos o mensajes que lo hagan sentir mal o que lo amenacen.
8. No permitir a nadie en internet que haga cosas que no le permitiría a sus amigos.
9. Preferiblemente no hablar con desconocidos por chats, pueden no ser quienes dicen que son.
10. En caso que tener algún problema, hablar con sus padres, que probablemente puedan ayudar a solucionarlo.
11. (Según National Bullying Prevention Center, 2017). No dar contraseñas del correo electrónico o redes sociales, ni siquiera al mejor amigo o amiga. Este o esta pueden compartirlas con otras personas.

12. Decidir como padre o madre si va a tener acceso a las contraseñas de redes sociales o correo electrónico. En caso de que sí, determinar si lo va a utilizar para revisar las cuentas de sus hijos.
13. Ayudarle a los jóvenes a determinar qué cosas son apropiadas y cuáles no para compartir en línea.
14. Establecer como padre o madre si va a ser amigo o amiga de sus hijos en redes sociales y si quiere moderar el contenido de esta manera.
15. Fijar horas en la que el o la joven no pueden usar la tecnología. Por ejemplo, después de las 10 p.m., durante los tiempos de comida, durante la realización de tareas. Negociar con ellos alternativas que agraden a ambas partes.
16. Crear un código de conducta, en donde se incluyan cuestiones como por ejemplo que no se pueden utilizar las redes sociales para avergonzar o humillar a otros.

A partir de todo lo descrito, hay algunos temas centrales que se pueden retomar a manera de conclusión. Primero que todo, cabe resaltar que en las redes sociales y el internet no todo es negativo. Cuando los adultos tomar una posición antagonista de antemano, la comunicación restrictiva de estos temas, las limitaciones o castigos que apliquen y los mitos que fomenten pueden ser una barrera perjudicial para los adolescentes. Pérez (2016) plantea de manera atinada que:

El uso de la tecnología para acceder a redes sociales, pone en evidencia el significado que tiene la integración social en el grupo estudiado, permitiendo mantener y ampliar su grupo de pares, ofreciéndole espacios de reconocimiento social y aportando a la formación de la identidad precisamente mediante el reconocimiento y el aprendizaje de contenidos relevantes para la persona, así como a través del conocimiento de las experiencias de otros (p.120).

Lo anterior resalta las múltiples oportunidades que brindan estas herramientas en varias dimensiones, razón por la cual los adultos deben estar pendientes de conocerlas y beneficiarse con estas. Livingstone et al. (2017), plantean que muchos padres son habilidosos utilizando el internet y usan esas capacidades para apoyar las habilidades e intereses digitales crecientes en sus hijos. Eso los hace responsivos a sus necesidades y permite construir seguridad en estos temas. Aquellos que están menos seguros de sus competencias utilizando el internet suelen tener un enfoque más restrictivo, lo cual puede dificultar que sus hijos adquieran estrategias adecuadas para aprovechar las oportunidades y afrontar los riesgos.

La labor de los profesionales de salud consiste en identificar las diversas situaciones asociadas con el uso de internet y redes sociales para poder abordarlas prontamente. Además, de acuerdo con Cookingham y Ryan (2015), es importante que no solamente se centren en enseñarle a los padres o encargados sobre los beneficios o riesgos del uso, sino que también estén educados e involucrados ellos también. Plantean que en un mundo tecnológico que está en constante cambio, hay que estar al día en cuanto a las tendencias y situaciones, con el fin de apoyar a los adolescentes y encargados mientras navegan en ese retador tiempo de desarrollo.

## PROBLEMATIZACIÓN

Según datos recolectados en la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes, la media de edad en la cual los jóvenes entre 15 y 18 años de edad inician sus relaciones sexuales es a los 15 años (Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven, 2013). Según la primera Encuesta Nacional sobre la Salud Sexual y Reproductiva, de las mujeres encuestadas entre los 15 y los 49 años, un 51,4% tuvo relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años de edad (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010). Cuando se llevó a cabo la segunda de estas encuestas en el año 2015, este porcentaje aumentó a un 53,2% (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016).

En la Segunda Encuesta Nacional sobre la Salud Sexual y Reproductiva se pudo evidenciar que aunque se registra un extensivo uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, la mitad de las mujeres que tuvieron un embarazo en los últimos cinco años, con respecto al año de realización de la encuesta, este no fue planificado. La encuesta también hace énfasis, como se mencionó anteriormente en los antecedentes nacionales, en que hay un importante estancamiento que se muestra en el hecho de que persisten las actitudes y prácticas discriminatorias y estigmatizantes con respecto a la vivencia de la sexualidad de diversas poblaciones (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016).

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), desde el año 2012 hasta el primer semestre del 2017, se dieron 67 192 nacimientos en mujeres antes de los 19 años, de los cuáles 2443 fueron en madres menores de 15 años de edad. En promedio, cada año nacen 10 792 bebés de madres entre los 15 y 19 años y 355 en mujeres menores de 15 años, en este periodo de tiempo (INEC, 2015; INEC, 2016; INEC 2017).

Mientras se presentaron 5034 nacimientos en el primer semestre del año 2017 en mujeres menores de 19 años, solamente 533 hombres menores de 19 años fueron padres en este mismo periodo (INEC 2017). La gran diferencia entre las cifras se puede explicar por dos razones: porque la madre no indicó quien fue el padre de su hijo o hija o lo más probable, que el padre de dichos bebés suele ser mayor de 19 años.

Los antecedentes, las áreas de intervención propuestas y los datos resaltados anteriormente dejan clara la necesidad de trabajar con población adolescente a partir de un enfoque de derechos, basándose en un cuidadoso análisis de todos los factores que influyen en el bienestar y salud reproductiva en esta etapa del ciclo vital. Las jóvenes costarricenses se enfrentan actualmente a un contexto político y social que representa un reto importante para su educación y su poder de decisión en cuanto a su cuerpo y su proyecto de vida, por lo que diversos sectores de la sociedad y disciplinas tienen la responsabilidad de trabajar a favor de su bienestar, entre ellos la psicología.

En síntesis, las razones por las cuáles esta práctica es relevante y lo que da origen a los objetivos que se plantean más adelante son los siguientes factores: el que haya sólo una psicóloga dentro de la Clínica de Adolescentes, la escasa información con respecto a los aportes de la psicología clínica y de la salud en el campo de la ginecología y obstetricia en Costa Rica, la reciente inserción de una estudiante de psicología a este espacio (Mora, 2017), la importancia de atender las particularidades de la población adolescente y la necesidad de trabajar en temas de salud mental y salud sexual reproductiva con mujeres como se pudo evidenciar en el marco referencial.

## **OBJETIVOS**

### **Generales**

- Desarrollar las habilidades y competencias propias de un profesional en psicología de la salud y clínica cognitivo conductual.
- Apoyar la realización de las labores de dicho profesional dentro de la Clínica de Adolescentes gineco-obstétrica del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

### **Específicos**

- Llevar a cabo procesos de evaluación psicológica a la población consultante de la Clínica de Adolescentes.
- Elaborar e implementar planes de tratamiento psicológico, ya sea de manera individual o grupal, en la consulta gineco-obstétrica desde un enfoque Cognitivo Conductual.
- Promover mediante la psicoeducación en la población consultante de la Clínica de Adolescentes, prácticas que potencien una mejora en su salud sexual y reproductiva.
- Capacitar a padres y madres de familia, así como al personal de la Clínica de Adolescentes, en temáticas relacionadas con las consultas gineco-obstétricas desde la Psicología de la Salud.

### **Externo**

- Documentar el aporte de la psicología clínica y de la salud al campo de la ginecología y obstetricia, con el fin de que sirva como referencia para trabajos en el futuro en temas afines.

## METODOLOGÍA

A continuación se describe en detalle la población con la que se tuvo contacto, generalidades sobre la práctica dirigida, las labores realizadas y las estrategias o materiales utilizados con el fin de cumplir con los objetivos planteados, la distribución porcentual de horas para cada una de dichas labores, las consideraciones ético-legales de la práctica, las precauciones, los roles asignados, así como las supervisiones y la evaluación e informes realizados.

### Características de la población

Durante la práctica se trabajó con mujeres adolescentes entre los 11 y 19 años de edad. Dichas jóvenes asisten a la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia a partir de referencias que realizan profesionales de centros de salud de primer y segundo nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Inicialmente asisten a la Clínica por alguno de estos motivos:

- Condiciones o consultorías ginecológicas:
  - Anticoncepción: Se les brinda asesoría, aplicación o administración de distintos métodos de anticoncepción, como la inyección de cada mes, la inyección de cada 3 meses, sistema intrauterino (SIU), el implante subdérmico, preservativos y anticonceptivos orales.
  - Condiciones congénitas:
    - ❖ Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: Consiste en una anomalía en el desarrollo de los conductos müllerianos. Sus principales síntomas son esterilidad, amenorrea primaria, imposibilidad de tener relaciones sexuales e incluso podrían presentar dolor en el periodo menstrual (Chacón, 2010).
    - ❖ Otras malformaciones müllerianas.



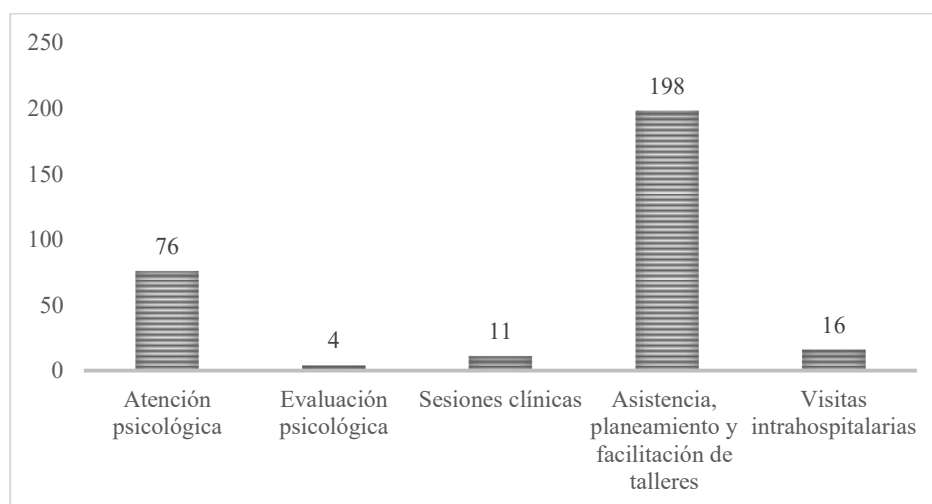
- Irregularidades en la menstruación, enfermedades de transmisión sexual (Virus del papiloma humano, VIH), cáncer, síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, quistes, teratomas, infecciones.
- Consultas de obstetricia:
  - Control prenatal
  - Abortos, óbitos fetales
  - Control post-parto

Las profesionales en medicina o enfermería refieren a las jóvenes a psicología cuando lo consideran pertinente. La atención que se les brinda puede estar enfocada a afectaciones asociadas a las condiciones de salud antes descritas o a síntomas de ansiedad, depresión, conflictiva familiar, situaciones de violencia, riesgo sexual y reproductivo o síntomas asociados con algún otro trastorno psicológico.

La consulta en psicología suele incluir el trabajo con los familiares de las adolescentes, puesto que estos en múltiples ocasiones son de gran influencia o apoyo en el proceso terapéutico. Las jóvenes en su mayoría residen en Goicoechea, Vázquez de Coronado, Moravia, Curridabat, Montes de Oca, Limón, Siquirres, Guápiles y Talamanca, debido a que estas son las áreas de atracción del HCG.

Cabe destacar que en algunas ocasiones se llevaron a cabo visitas a mujeres que estaban hospitalizadas por alguna condición ginecológica o gine-oncológica, que no necesariamente eran adolescentes. Lo anterior debido a que la asesora técnica también se encarga de dar seguimiento a estas mujeres. Además, en un taller que se llevó a cabo en conjunto con el Ministerio de Educación Pública, se trabajó de manera mixta, de tal modo que también se trabajó con hombres adolescentes en esta ocasión.

En total, el número de beneficiarios directos de la labor de la practicante fue de aproximadamente 305 personas (ver detalle de beneficiarios directos por labor realizada en el gráfico 1). En cuanto a beneficiarios indirectos se considera que el trabajar con las y los jóvenes, así como las mujeres en la atención y evaluación psicológica, en talleres y en las visitas intrahospitalarias pudo impactar de alguna forma en sus maneras de relacionarse con sus familiares, parejas, hijos e hijas y personas cercanas. Al mismo tiempo, el capacitar al personal de la Clínica de Adolescentes pudo generar beneficios para las jóvenes que atienden diariamente estas profesionales y para los familiares de las mismas.



**Gráfico 1.** Número aproximado de beneficiarios directos

Con respecto al gráfico anterior, el número de beneficiarios directos que se incluyó en la barra de “atención psicológica” corresponde a todas aquellas jóvenes distintas atendidas al menos en una ocasión, ya sea como terapeuta o como co-terapeuta. En la barra de “evaluación psicológica” se tomó en cuenta a cada persona distinta a la cual se le realizó alguna evaluación. En las “sesiones clínicas” se incluyó a las personas funcionarias de la Clínica de Adolescentes que asistieron a las dos sesiones clínicas facilitadas por la practicante. En “asistencia, planeamiento y facilitación de talleres” se enumeran las distintas personas que asistieron a cada uno de los tres talleres (18 al curso

de autocuidado, 60 al curso de preparación para el parto y 120 aproximadamente al del MEP-CCSS). Finalmente en la barra de “visitas intrahospitalarias” se incluye a todas aquellas personas distintas con las cuales se trabajó en estas visitas.

### **Generalidades de la práctica dirigida**

Esta se llevó a cabo durante 6 meses, en el periodo transcurrido entre el 8 de agosto del 2017 hasta el 8 de febrero del 2018. La carta en donde se confirma la finalización de la práctica por parte de la asesora técnica se incluye en el anexo 1. Se realizó a tiempo completo, con un horario de 7am a 4pm los días lunes, martes, jueves y viernes. En los días miércoles se llevaron a cabo las supervisiones con el equipo asesor, revisiones bibliográficas y registros de las labores realizadas.

En la Clínica, el trabajo en su mayoría se realizó al lado de la asesora técnica, la cual cuenta con una oficina en la que se da la atención psicológica. Además, en la oficina hay una computadora, materiales para trabajo (hojas, lápices, crayones, tijeras, entre otros.) y diversas pruebas psicológicas a disposición de practicantes y residentes que las requieran. También se cuenta con la disponibilidad de una sala de sesiones amplia en la cual se puede dar atención psicológica en caso de que fuera necesario más de un espacio al mismo tiempo y también se pueden realizar talleres.

Durante el período de la práctica dirigida se integraron al trabajo en psicología dos profesionales de esta área de conocimiento, parte de sus rotaciones de la residencia en psicología clínica del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Cada uno de ellos se incorporó por tres meses en la Clínica de Adolescentes del HCG y con ambos se llevaron a cabo actividades conjuntas.

## Actividades realizadas de acuerdo con los objetivos específicos propuestos

Inicialmente se plantearon cuatro objetivos específicos para la práctica dirigida. El cumplimiento de los anteriores implicó el cumplimiento de diversas labores, cuya descripción se incluye en el siguiente apartado. En la tabla 1 se enumeran las distintas labores que incluyó cada uno de los objetivos propuestos inicialmente.

**Tabla 1.**

*Labores realizadas por objetivo específico propuesto*

<b>Objetivos específicos iniciales</b>	<b>Labores</b>
1. Llevar a cabo procesos de evaluación psicológica a la población consultante de la Clínica de Adolescentes.	-Evaluación psicológica
2. Elaborar e implementar planes de tratamiento psicológico, ya sea de manera individual o grupal, en la consulta gineco-obstétrica desde un enfoque Cognitivo Conductual.	-Atención psicológica -Elaboración de notas
3. Promover mediante la psicoeducación en la población consultante de la Clínica de Adolescentes prácticas que potencien una mejora en su salud sexual y reproductiva.	-Atención psicológica -Asistencia, planeamiento y facilitación de talleres
4. Capacitar a padres y madres de familia, así como al personal de la Clínica de Adolescentes en temáticas relacionadas con las consultas gineco-obstétricas desde la Psicología de la Salud.	-Sesión clínica impartida a profesionales de la Clínica de Adolescentes

A lo largo de la práctica, surgieron nuevos objetivos con sus respectivas tareas, que no necesariamente se ajustaron de manera estricta a los objetivos específicos antes mencionados, los cuales se incluyen en la tabla 2.

**Tabla 2.***Labores realizadas por nuevos objetivos planteados*

<b>Objetivos nuevos planteados</b>	<b>Labores</b>
Elaborar sondeos generales sobre la población de la Clínica de Adolescentes, con el fin de que sirvan como punto de referencia para futuras intervenciones y conocimiento en general.	-Aplicación y análisis de encuesta sobre depresión post-parto y durante el embarazo.  -Aplicación y análisis de encuesta sobre uso de redes sociales e internet.
Recibir capacitación teórica y observacional por parte de profesionales en salud del HCG en temas de ginecología, obstetricia, neonatología, adolescencia y psicología, con la finalidad de ampliar los conocimientos propios en dichas temáticas.	- Asistencia a sesiones clínicas -Visita intrahospitalaria -Atención psicológica -Evaluación psicológica
Fomentar por medio de la psicoeducación en la población consultante de la Clínica de Adolescentes el conocimiento y reflexión sobre distintas temáticas relevantes, así como la utilización de técnicas y herramientas de afrontamiento para la vida cotidiana.	-Asistencia, planeamiento y facilitación de talleres (autocuidado, curso de preparación para el parto)

Se realiza una diferenciación entre el cuarto objetivo específico planteado inicialmente y el tercer nuevo objetivo planteado durante la práctica, debido a que el primero se refiere exclusivamente a la psicoeducación con respecto al tema de salud sexual y reproductiva, mientras que en el caso del segundo la psicoeducación y reflexiones abarcaron una mayor cantidad de áreas que la única inicialmente propuesta.

**Tabla 3.***Tareas o productos específicos por área temática*

<b>Área temática</b>	<b>Tareas o productos específicos</b>
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	-Psicoeducación en atención psicológica. (individual y familiar) -Psicoeducación en talleres (autocuidado y taller MEP-CCSS)
<b>Depresión</b>	-Abordaje en atención psicológica (individual) -Sondeo sobre depresión durante el embarazo y post-parto (aplicación y análisis de instrumento, presentación digital sobre resultados) (ver anexo 12) -Folleto sobre depresión durante el embarazo y post-parto (ver anexo 9) -Presentación oral de resultados de sondeo de depresión durante el embarazo en curso de preparación para el parto y en sesión clínica impartida.
<b>Dificultades en la conducta alimentaria e imagen corporal</b>	-Psicoeducación en talleres (taller de autocuidado y curso de preparación para el parto)
<b>Impacto del uso de internet en la adolescencia</b>	-Psicoeducación en talleres (taller de autocuidado y curso de preparación para el parto) -Sesión clínica impartida a profesionales de la Clínica de Adolescentes (ver anexo 5) -Sondeo sobre uso de redes sociales e internet (aplicación y análisis de instrumento, presentación digital sobre resultados) (ver anexo 11)

El trabajo no solamente se planteó con respecto al cumplimiento de los objetivos específicos, sino también con el fin de abordar las cuatro temáticas de interés en esta práctica dirigida. En la tabla 3 se mencionan las tareas o productos específicos en cada una de estas áreas.

## **Labores realizadas**

A continuación se describen en detalle las tareas que se llevaron a cabo durante la práctica dirigida. Estas son: (a) Atención psicológica, (b) evaluación psicológica, (c) sesiones clínicas, (d) asistencia, planeamiento y facilitación de talleres, (e) aplicación y análisis de encuestas, (f) visitas intrahospitalarias, (g) revisiones bibliográficas, (h) supervisiones e (i) otras labores. En el gráfico 2 se detallan las horas dedicadas para cada una de las labores antes mencionadas.

### **a. Atención psicológica**

La atención psicoterapéutica que se brinda en la Clínica de Adolescentes puede ser individual o familiar. Inicialmente cuando una joven asiste por primera vez a la consulta psicológica se lleva a cabo una entrevista semiestructurada de “caso nuevo” (anexo 2). Con esta se identifica el motivo de consulta, antecedentes familiares, médicos y psicológicos, datos sociodemográficos, redes de apoyo, factores protectores y de riesgo y demás datos que se consideren relevantes.

Tras la primera entrevista, se decide cada cuanto tiempo se llevará a cabo la atención. Cuando se identifican situaciones de mucho riesgo o grandes grados de afectación en alguna de las jóvenes, suele darse atención una vez por semana. Cuando se requiere un seguimiento constante, pero no tan urgente como el anteriormente descrito, se puede dar consulta cada dos semanas. En el caso de que la joven se encuentre estable y su situación actual no sea de riesgo, se brindan sesiones “a cupo”, es decir, según la disponibilidad de la agenda de la consulta psicológica. Usualmente esta última implica un periodo de entre uno y dos meses entre cada sesión, en donde se da seguimiento al estado actual de la usuaria.

Las sesiones se llevan a cabo ya sea en la oficina de psicología o en la sala de sesiones, que como se mencionó antes por lo general está disponible para la atención. El tiempo de consulta suele ser de 50 minutos y puede extenderse hasta 1 hora y media en caso de que se brinde atención familiar.

Las sesiones pueden llevarse a cabo ya sea con un solo terapeuta o en la modalidad de co-terapeuta. En esta última, pueden darse dos situaciones distintas: en la primera el co-terapeuta cumple un rol de apoyo para anotar datos o hacer acotaciones en la sesión, mientras que el terapeuta principal lleva el hilo de la consulta. En la segunda ambos terapeutas conducen la sesión de manera conjunta.

Cuando se llevó a cabo atención con un solo terapeuta, es decir, sólo la practicante, se contó con la supervisión tanto del director de la práctica dirigida, como de la asesora técnica, esto con el fin de seleccionar los temas y técnicas más apropiadas para cada caso. Las herramientas utilizadas en las intervenciones son las que se mencionan a continuación.

- *Reestructuración cognitiva:* Estas técnicas se basan en el principio de que el malestar emocional es consecuencia de pensamientos desadaptativos, por lo que la meta de estas intervenciones es identificar y retar estos patrones de pensamiento para adoptar otros más adaptativos (Dobson y Dozois, 2010). Inicialmente se les enseñó a las jóvenes a ser más conscientes de sus pensamientos, expectativas o creencias que reflejen formas de pensamiento negativas sobre sí misma, el mundo o el futuro. Luego se le guió para que tomaran en cuenta la conexión existente entre los pensamientos negativos y su experiencia emocional. Finalmente, en conjunto con la persona se identificaron,



crearon e intentaron probar formas más adaptativas de pensamiento (Crawley, Podell, Beidas, Braswell y Kendall, 2010).

- *Psicoeducación:* Es un método en el que se brinda información desde un enfoque teórico y práctico a las personas para que puedan comprender y afrontar las consecuencias de sus problemas o trastornos psicológicos o respuestas fisiológicas. Lo que se busca con esto es mejorar la adherencia a tratamientos, mejorar el manejo de las condiciones médicas o psicológicas y las habilidades de manejo del estrés, mejorar el funcionamiento social y ocupacional y también la calidad de vida (Suzuki y Tanoue, 2013). En la presente práctica, se brindó información sobre distintos aspectos de las áreas de intervención que se mencionaron anteriormente cuando fue necesario, con una adecuada supervisión y revisión bibliográfica.
- *Relajación:* Según Díaz, Villalobos y Ruiz (2012), el objetivo de la relajación es la reducción del estado de activación fisiológica, que afecta a su vez los procesos conductuales, cognitivos y emocionales. El entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje que se da de manera gradual, que permite como se dijo antes reducir la activación, para facilitar un afrontamiento más eficaz en diversas situaciones. Existen diversas formas de entrenamiento, entre ellas se encuentra la relajación progresiva, en donde se tensan y relajan diversos grupos de músculos, con el fin de lograr un estado deseado de relajación profunda (Everly y Lating, 2013). También se puede mencionar la relajación autógena, en la cual se realizan ejercicios de concentración pasiva, basados en la idea de que las personas en su mayoría pueden alcanzar niveles de relajación profunda por medio de representaciones que se hacen mentalmente de sensaciones físicas de peso o

calor. La respiración también puede inducir a la relajación, mediante el ejercicio consciente del proceso, que puede ser profunda, abdominal, entre otras (Díaz et al., 2012). Esta estrategia fue recomendada en múltiples ocasiones a las jóvenes, cuando se identificaron estados de ansiedad y como herramienta de autocuidado.

- *Fomento de hábitos saludables:* Se brindó información sobre las ventajas y desventajas de tener una dieta sana, de llevar a cabo ejercicio físico, de realizarse chequeos médicos constantes (Morrison y Bennett, 2008) y estrategias para mejorar la higiene del sueño (Everly y Lating, 2013). Todo lo anterior cumplió la función de apoyar la labor de otros profesionales en salud que trabajan con las consultantes, teniendo en cuenta las implicaciones positivas que también pueden tener para el bienestar psicológico.
- *Estrategia de resolución de problemas:* Esta se basa en la premisa de que a partir de la regulación emocional y la resolución de problemas planificada, la persona es capaz de hacer frente a los problemas que engloban su vida, de modo que las decisiones tomadas sean producto de un proceso de análisis y no guiadas por la impulsividad (Maguth, Nezu y Colosimo, 2015). Posee una serie de pasos para la correcta resolución de problemas: Definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones e implementación de la solución y verificación de resultados. Esta fue recomendada en casos en los que era necesario tomar decisiones y no se tenía claridad sobre cómo actuar ante el panorama existente (Maguth, et al., 2015; Bell y D'Zurilla, 2009).
- *Mindfulness:* La práctica del mindfulness se centra en pasar de vivir las situaciones de manera automática a una mayor conciencia de estas. A partir de la

práctica lo que se busca es aceptar patrones negativos de pensamiento y aprender a responder de una manera intencional y más hábil ante estos patrones. Se ayuda a las personas a identificar las reacciones que tienen ante sus experiencias y a prestarles atención (Fresco, Flynn, Minnin y Haigh, 2010). Para lo anterior se le enseña a la persona a prestar atención al momento presente sin juzgar, identificar los pensamientos como “sólo pensamientos” sin vincularse con ellos (Fresco et al. 2010), utilizar técnicas de respiración e identificar pensamientos y procesos automáticos (Fresco et al., 2010; Dimidjian et al., 2015), llevar a cabo una atención sostenida centrándose en objetos específicos (Lutz et al., 2008), haciendo escaneos del cuerpo en cuanto a sensaciones (Goodman et al., 2014; Dimidjian et al., 2015), evidenciar eventos positivos, pedir ayuda a otras personas sin crítica y buscar actividades de conexión con personas cercanas (Dimidjian et al., 2015).

- *Terapia de Aceptación y Compromiso:* En lugar de tratar de cambiar los eventos psicológicos directamente, esta terapia se enfoca en cambiar la función de dichos eventos y la relación de la persona con ellos. Para lo anterior se hace un énfasis en los valores determinados por cada individuo (Hayes, Pistorello y Levin, 2012). Se destaca entonces la experiencia subjetiva del individuo en el proceso terapéutico y se respetan las estrategias de afrontamiento que la persona ha utilizado hasta el momento (Vargas y Ramírez, 2012). Como estrategias de la terapia se encuentran: Fomento de la aceptación y la apertura a la experiencia, lograr diluir el impacto de funciones dañinas que contiene el lenguaje, promover el “estar presente” en las sesiones y en cuanto a la respiración o sensaciones corporales, delimitar los valores importantes para la persona, fomentar a que se

hagan compromisos para cumplir con dichos valores y aumentar la flexibilidad psicológica (Webster, 2011; Hayes et al. 2012). Las metáforas y las paradojas son elementos de utilidad al trabajar con las estrategias anteriores, como formas de resaltar contradicciones y quebrantar la lógica que hay detrás de la evitación que las personas experimentan (Wilson y Luciano, 2002; Webster, 2011).

### **b. Evaluación psicológica**

Como se mencionó anteriormente, cuando se atiende a una joven por primera vez, se realiza una entrevista de evaluación general, con el fin de guiar el proceso terapéutico y las acciones a realizar más adelante. Esta evaluación inicial cumplió la labor de una entrevista conductual, similar al modelo de Fernández-Ballesteros (1994), en donde se evalúa el motivo de consulta con sus manifestaciones asociadas, así como las condiciones socioambientales pasadas y las condiciones personales y biológicas que pueden ser de relevancia.

En algunas ocasiones específicas, a raíz de algunas dificultades cognitivas o de aprendizaje identificadas, o para tener un punto de partida más claro para la intervención, la asesora técnica puede decidir realizar un proceso de evaluación más estructurado, según las variables que se consideren importantes en cada caso. El proceso suele tener una duración de 2 a 4 sesiones.

Antes de ingresar en la práctica dirigida se propusieron algunas herramientas que podían ser útiles para la evaluación, que se mencionan a continuación:

- **Autorregistros:** Es una técnica semiestructurada en la cual las personas deben anotar en una las conductas que se les soliciten. Pueden ser de papel y lápiz y

son relevantes para poder evaluar comportamientos motores, cognitivos y fisiológicos, que dan cuenta de los antecedentes y consecuentes de la conducta de interés para poder llevar a cabo análisis funcionales (Fernández-Ballesteros, 2004).

- **Patient Health Questionnaire (PHQ-9).** Es un instrumento de escaneo diagnóstico que puede ser autoadministrado, utilizado por profesionales de la salud para monitorear la severidad de la depresión. Evalúa 5 tipos comunes de trastornos mentales: depresión, ansiedad, trastornos somáticos, consumo de alcohol y problemas alimenticios. Ha sido validado empíricamente como un instrumento de escaneo y diagnóstico de depresión en contextos de atención primaria y clínicas obstétricas. La confiabilidad interna se reporta como excelente, con un alfa de Cronbach de 0.89 en atención primaria y 0.86 en los estudios de las clínicas obstétricas (Blackwell y McDermott, 2014).
- **Eating Attitudes Test (EAT-26)** de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982). Es una medida de escaneo de trastornos alimenticios y evalúa conductas, emociones y cogniciones relacionadas con estos. En una muestra española, pudo obtenerse una excelente consistencia interna, con alfas de Cronbach de .904 y 0.938 en los dos estudios que se llevaron a cabo (Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal, 2010).
- **El Inventario de Depresión de Beck**, segunda edición (BDI-II) (Beck, Steer, Brown, 1996), es una medida para evaluar 21 síntomas asociados con la depresión, con el fin de detectarla y evaluar su severidad. Ha sido analizado en muestras de adolescentes, con muy excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.94 (Osman, Barrios, Gutiérrez, Williams y Bailey, 2008; Dolle et al., 2012).

Una vez en la práctica, las necesidades, la supervisión de la asesora técnica y el acceso a instrumentos en la Clínica de Adolescentes llevaron a que las herramientas anteriores no fueran utilizadas en su totalidad. En vez de estas, cuando se realizaron evaluaciones se utilizaron:

- **Test de manchas de tinta “Rorschach”** (Exner, 2005). Consiste en un método de evaluación de la personalidad, aspectos de funcionamiento psicológico y estilos de procesamiento de la persona. Consiste en 10 manchas de tinta que se caracterizan por su falta de estructuración y ambigüedad. A las personas se les realiza una serie de preguntas: ¿Qué podría ser esto? (fase de respuesta), ¿Dónde está en la mancha? y ¿Qué hay ahí que lo hace parecer eso? (fase de encuesta). Su administración puede durar entre 1 hora y media y 2 horas. (Sciara y Ritzler, 2007). Las respuestas que dan las personas se evalúan según diversos criterios definidos por el sistema comprensivo de Exner (2005).
- **Neuropsi Atención- Memoria.** (Ostrosky-Solís et al., 2007). El objetivo de esta batería de pruebas es evaluar los componentes de atención y memoria a lo largo de la vida y contar así como índices objetivos para ser utilizados tanto en contextos clínicos como experimentales. Se puede aplicar a personas de los 6 a los 85 años de edad y tiene una duración aproximada de aplicación de entre 50 y 60 minutos. Se evalúan las áreas de orientación, atención y concentración, memoria de trabajo, memoria verbal y visual (Ardila y Ostrosky, 2012).

Según Ramírez y Ostrosky (2009), la confiabilidad para las subpruebas va de 0.84 a 1.0. La confiabilidad test-retest es de 0.88 para el puntaje total y los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.90 a 1.0.

- **Neuropsi Breve en español** (Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli, 1999). Esta batería de pruebas se utiliza para la evaluación neuropsicológica y tiene como finalidad la medición de los siguientes dominios cognitivos: orientación, atención y concentración, codificación, lenguaje, lectura, escritura, funciones conceptuales, funciones motoras y evocación.

Se puede aplicar a personas entre los 16 y 85 años de edad y su administración tiene una duración aproximada de 25 a 30 minutos. En el manual se distinguen cuatro niveles distintos de desempeño, según rangos de edad y nivel de escolaridad: normal, leve, moderado y severo (Ardila y Ostrosky, 2012). De acuerdo con Ostrosky-Solís et al. (1999), la confiabilidad para las subpruebas va de 0.89 a 1.0. La confiabilidad test-retest es de 0.89 para el puntaje total y los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.93 a 1.0.

- **Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A)**. Este inventario fue desarrollado en el año 1992 y se utiliza para la evaluación de la personalidad y los trastornos emocionales en adolescentes. Puede aplicarse a jóvenes entre los 14 y 18 años de edad y su administración tiene una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Es un procedimiento de medición de aspectos asociados con desajuste psicológico y psicopatología (Lucio, 1998). Consta de 478 ítems que conforman distintas escalas, entre ellas:
  - ❖ De validez: como por ejemplo la escala defensiva, mentira, infrecuencia, entre otros.
  - ❖ Clínicas y de Harris-Lingoes: como la escala de depresión, hipocondría, esquizofrenia, hipomanía, introversión social, entre otros.

- ❖ De contenido: como la escala de obsesividad, la de preocupación por la salud, enojo, cinismo, problemas de conducta, entre otros.
- ❖ Suplementarias: por ejemplo la de inmadurez, represión, ansiedad, predisposición a problemas con las adicciones, entre otros.

Arias, Leiva, Lobo y Rivera (2010) llevaron a cabo una adaptación costarricense de este instrumento población adolescente y los baremos establecidos en esta tesis fueron los utilizados en la calificación de la prueba.

- **Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI) (Epstein, 2012).** Este tiene como finalidad la apreciación del pensamiento constructivo y varias facetas de la inteligencia emocional. Puede aplicarse a adolescentes y adultos y su administración tiene una duración entre 15 y 20 minutos. Este inventario busca medir las siguientes variables:

- ❖ Afrontamiento emocional: autoestima, ausencia de sobregeneralización negativa, ausencia de hipersensibilidad y de rumiaciones sobre experiencias desagradables.
- ❖ Afrontamiento conductual: pensamiento positivo, orientación a la acción y responsabilidad.
- ❖ Pensamiento mágico.
- ❖ Pensamiento categórico: pensamiento polarizado, suspicacia e intransigencia.
- ❖ Pensamiento esotérico: pensamiento supersticioso y creencias paranormales.
- ❖ Optimismo ingenuo: optimismo exagerado, pensamiento estereotipado e ingenuidad.



### **c. Sesiones clínicas**

Durante el tiempo de la práctica dirigida se asistió a distintas sesiones clínicas, que consisten en charlas que tienen como objetivo la actualización del personal en temas relacionados con ginecología, obstetricia y neonatología. Existen dos tipos distintos de sesiones:

- a. Sesiones del servicio de ginecología, obstetricia y neonatología: Son impartidas por residentes y médicos del servicio antes descrito. Se llevan a cabo durante toda la semana y tienen una duración de 1 hora. A estas asiste la gran mayoría de los funcionarios del HCG de estas áreas de trabajo. Son magistrales y al final se brinda un espacio para preguntas.
- b. Sesiones de la Clínica de Adolescentes: Están a cargo de las profesionales que son parte de la Clínica de Adolescentes, por lo tanto se dan en un contexto más reducido que en las sesiones antes mencionadas. Los temas están siempre relacionados con el trabajo con adolescentes. Estas se llevan a cabo una vez por mes y también suelen tener una duración de una hora.

### **d. Asistencia, planeamiento y facilitación de talleres**

Existen dos talleres o grupos que se facilitan de manera regular en la Clínica de Adolescentes:

1. Talleres de autocuidado

Se llevan a cabo los días jueves cada 15 días, durante la mayor parte del año. Tienen una duración aproximada de 2 horas. Normalmente asisten de 3 a 8 jóvenes a cada sesión. Se invita a adolescentes que han asistido a sesiones individuales y se considera que los temas que se mencionarán en los talleres pueden ser importantes para

ellas o también en el caso de que se requiera dar seguimiento a la adolescente, pero que su cita programada no tenga una fecha cercana.

El objetivo primordial de estos talleres es ofrecer un espacio de reflexión y acción participativa sobre la temática del autocuidado, con énfasis en la adquisición y/o fortalecimiento de estrategias de afrontamiento activo ante situaciones de riesgo a su integridad física y emocional.

Son múltiples las temáticas tratadas, como por ejemplo la prevención de situaciones de riesgo, violencia en las parejas, el autoestima, la expresión y reconocimiento de emociones, los derechos de los adolescentes, reflexiones sobre la salud sexual y reproductiva, entre muchos otros. En cada sesión se llevan a cabo distintas actividades participativas e incluso en algunas ocasiones se puede invitar a alguna persona externa a la Clínica de Adolescentes para que hable sobre algún tema o enseñe alguna actividad.

De igual forma, si en alguna sesión hay alguna joven que quiere aprovechar el espacio para comentar alguna situación personal de manera grupal, se da siempre la oportunidad de abordarla.

## 2. Curso de preparación para el parto

Este consta de 8 sesiones y se realiza de forma semanal. Quien lo coordina es la enfermera de la Clínica de Adolescentes, que a su vez se encarga de la mayoría del tiempo de las sesiones. Consiste en un espacio para las adolescentes embarazadas y sus parejas, en donde pueden preguntar sobre todas las dudas que tengan sobre su condición y se les enseña sobre el proceso de desarrollo de su bebé, el parto, la lactancia, nutrición, mitos sobre distintas prácticas y demás temas de interés.

La intervención desde la psicología se lleva a cabo en 4 de las 8 sesiones que tiene el curso y tiene como objetivos:

- Facilitar la adquisición de técnicas psicológicas de adaptación y el fortalecimiento del afrontamiento activo a la condición de embarazo adolescente.
- Propiciar redes de apoyo social e integración grupal en las adolescentes que asisten al curso.

Las temáticas que suelen trabajarse tienen que ver con cómo fue la noticia del embarazo y la reacción y apoyo de las personas a su alrededor, el autoestima e imagen corporal, la prevención de violencia en las parejas, los derechos de las adolescentes madres, la expresión de emociones, entre otros. Al igual en los talleres de autocuidado, se llevan a cabo distintas actividades relacionadas con los temas trabajados, con el fin de facilitar la discusión y participación de las jóvenes.

### 3. Taller MEP-CCSS

Además de los talleres antes mencionados, en una ocasión al equipo de psicología de la Clínica de Adolescentes se le solicitó llevar a cabo un taller de aproximadamente dos horas en una actividad de varios días realizada por el Ministerio de Educación Pública (MEP) junto con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). El tema del taller fue la prevención del embarazo en la adolescencia.

Se llevó a cabo en la Escuela Social Juan XXIII, en Tres Ríos. En esta se reunió a decenas de jóvenes (tanto mujeres como hombres) de diferentes regiones del país, lugares donde llevaron a cabo su trabajo comunal en conjunto con estas dos instituciones.

### **e. Aplicación y análisis de encuestas**

A raíz del interés de la asesora técnica de tener información actualizada sobre algunos fenómenos relacionados con el bienestar psicológico de las jóvenes de la clínica, se llevaron a cabo dos sondeos distintos durante el periodo de la práctica dirigida. Uno fue sobre la depresión post-parto y durante el embarazo y otro sobre el uso de redes sociales e internet.

#### 1. Depresión post-parto y durante el embarazo

Consiste en la administración de la Escala de Depresión Post natal de Edimburgo, que es una escala con 10 ítems que puede ser utilizada como tamizaje de depresión durante el embarazo y post-parto. Un puntaje igual o mayor a 13 en mujeres embarazadas indica riesgo de depresión (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2014). (ver anexo 3)

Además se preguntaron datos sociodemográficos y sobre algunos factores protectores o de riesgo que pueden estar asociados con la depresión (ver anexo 3), como por ejemplo:

- Haber vivido o estar viviendo una situación de violencia
- Haber tenido alguna pérdida significativa
- Grado de satisfacción con la relación con el papá del bebé
- Grado de satisfacción con la vida familiar
- Grado de satisfacción con los servicios básicos que hay en su hogar

## 2. Uso de redes sociales e internet

Se llevó a cabo la administración de un instrumento (ver anexo 4) realizado en conjunto con la asesora técnica, para evaluar algunos de los principales factores de riesgo y protectores asociados con el tema.

Variables que se incluyen en la encuesta:

- Variables sociodemográficas
- Dispositivos electrónicos utilizados
- Lugares de ingreso a internet
- Tipos de uso de sitios y redes sociales a los que suelen acceder
- Razones de uso de mensajería de texto
- Cyber-bullying
- Sexting
- Pornografía
- Estrategias de afrontamiento
- Mediación parental en el uso de internet
- Estilo parental en el uso de internet
- Mediación de pareja en el uso de internet

### **f. Visita intrahospitalaria**

Como parte de las labores de psicología en el servicio de ginecología, se realizan visitas a mujeres que se encuentran en hospitalización, ya sean adolescentes o adultas.

Las visitas pueden realizarse de dos formas:

- a. A petición de distintos profesionales en salud que trabajan en el servicio de ginecología o el de obstetricia. Ellos redactan una "interconsulta" en la que indican cual es el motivo por el cual consideran que es importante la visita para una paciente en específico.
- b. Se realiza una visita general a todas las mujeres que estén en el salón en días específicos.

En la visita se evalúa el estado emocional de la usuaria, su comprensión sobre su condición o diagnóstico, sus redes de apoyo y además se pueden brindar algunas técnicas para el manejo de la ansiedad, la tristeza, el enojo y el dolor.

### **g. Revisiones bibliográficas**

Se llevaron a cabo revisiones de artículos e información en general constantemente, como punto de partida para las intervenciones terapéuticas, la creación de los talleres, como fundamento para la administración de instrumentos, para la elaboración de los materiales y para la capacitación propia. Lo anterior implicó lectura de la información, así como en algunas ocasiones síntesis escritas de los temas que se revisaron.

## **h. Supervisiones**

Se llevaron a cabo reuniones tanto con el equipo asesor como con la asesora técnica. La finalidad de estas fue comentar el proceso que se estaba llevando, aconsejar sobre las mejores formas de abordaje para las intervenciones terapéuticas, fijar las labores a realizar, recibir retroalimentación sobre dichas labores y servir de soporte emocional durante toda la práctica. En el caso del equipo asesor, se supervisó además la redacción y aspectos formales del trabajo final de graduación.

## **i. Otras labores**

- Inducción

Se realizó un proceso de guía inicial con la asesora técnica, en la cual se indicaron las labores a realizar, horarios de la práctica, los materiales disponibles, las formas de abordaje en la atención psicológica y se realizó una presentación al resto del equipo de la Clínica de Adolescentes.

- Ordenamiento e inventario de pruebas psicológicas y materiales

Consistió en el ordenamiento e inventario de las pruebas psicológicas y distintos materiales con los que cuenta la asesora técnica. Lo anterior surgió como una necesidad debido a que esta labor no se realizaba desde hace un tiempo considerable y es importante tener claridad sobre todo aquello que puede utilizarse para mejorar la calidad de las consultas.

- Elaboración de notas

Después de cada intervención terapéutica, se debe escribir una nota en el expediente personal de la CCSS de cada una de las usuarias. En esta se debe incluir quién fue la persona que realizó la atención, los principales temas que se abordaron en la sesión, el estado emocional de la consultante y el plan para las sesiones siguientes.

- Registro de actividades

-Registros personales: Se anotó cada una de las labores realizadas de forma detallada durante el día, haciendo énfasis en las personas implicadas en la labor, las horas en las que se llevaron a cabo y detalles o impresiones sobre las actividades. Posteriormente se llevaron a cabo tablas con esta información, que se entregaron mes a mes al director de la práctica. Estos registros además fueron utilizados como insumos para la presentación de resultados de este trabajo final de graduación.

-Registros de caso nuevo: En un documento se incluyeron los datos que se recolectaron a partir de las entrevistas de “Caso nuevo” que se realizan a las jóvenes en su primera consulta. Lo anterior se realizó con el fin de tener algunas estadísticas anuales con respecto a las características de las adolescentes atendidas.

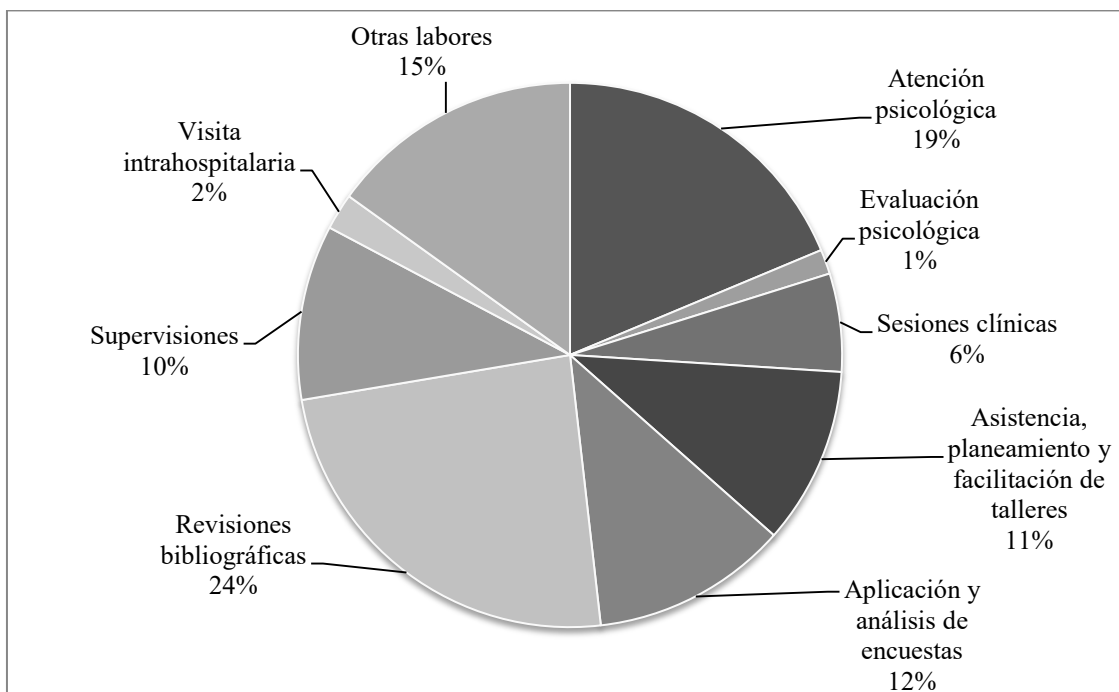
- Elaboración de materiales

Consiste en la elaboración de presentaciones en digital, folletos, separadores de libros y guías de trabajo para distintas sesiones, que complementan las labores de atención psicológica, los talleres y diversas actividades que se llevaron a cabo.



## Horas dedicadas a cada labor

A partir de los registros personales que se llevaron a cabo, se realizó un conteo de las horas dedicadas a cada una de las labores antes descritas. Lo anterior con el fin de ilustrarlas en el gráfico 2 y de esta forma comparar entre aquellas que llevaron más tiempo y las que implicaron menos horas de trabajo a lo largo de los meses.



**Gráfico 2.** Distribución porcentual de horas por labor realizada

Se puede ver en el gráfico anterior que la labor de revisión bibliográfica tuvo el mayor porcentaje (24%), pues fue una tarea que se llevó a cabo de manera constante durante toda la práctica. Le siguen la atención psicológica (19%), la aplicación y análisis de encuestas (12%), la asistencia, planeamiento y facilitación de talleres (11%) y las supervisiones con el equipo técnico (10%). Estas cuatro últimas actividades fueron gran parte del trabajo realizado. “Otras labores” corresponde a un 15% de las horas dedicadas, que como ya se mencionó, engloba distintas tareas que se llevaron a cabo ya sea solamente en una ocasión o a lo largo de todo el proceso. Finalmente, las sesiones

clínicas (6%), las visitas intrahospitalarias (2%) y la evaluación psicológica (1%) son las tareas que tomaron una menor cantidad de tiempo, debido a que se llevaron a cabo de manera muy puntual.

### **Consideraciones ético-legales**

La práctica se basó en los principios éticos que son parte del Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (2010), así como la legislación nacional vigente, haciendo especial énfasis en el Código de la Niñez y la Adolescencia (1997), debido a la población con la que se trabajó. Es importante mencionar que la práctica se realizó en el marco de un campo clínico hospitalario y que durante los meses en que se llevó a cabo no se recibió ningún tipo de remuneración. Cabe destacar que en ningún momento se utilizaron procedimientos intrusivos para las personas consultantes.

### **Precauciones**

Con el fin de que las actividades de la práctica profesional se desarrollaran de la mejor manera y evitar cualquier inconveniente, se llevaron a cabo supervisiones constantemente para asegurar la rigurosidad académica y ética de las labores. Se realizaron tanto con la asesora técnica, como con el equipo asesor, como se mencionó anteriormente. Cabe destacar que el apoyo de este último se basa en las normativas institucionales existentes y la práctica en general se ampara bajo la protección del trámite de trabajo dentro de un campo clínico. También se acató en su totalidad la normativa vigente para los trabajadores del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia como forma de garantizar las buenas prácticas profesionales.

## **Roles**

La labor de la practicante consistió en poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera en psicología clínica y de la salud en la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, lo cual fue una contribución para la institución y al mismo tiempo al desarrollo personal de sus habilidades como profesional. Las funciones antes descritas se basan en los objetivos de esta práctica dirigida, por lo tanto se refieren a la evaluación, psicoeducación, intervención a las personas consultantes y capacitación a padres de familia y a personal de la Clínica de Adolescentes cuando fue necesario.

El director de la práctica se encargó de supervisar semanalmente las funciones de la practicante, de tal modo que colaboró al guiar el rumbo de sus intervenciones en cuanto a estrategias y abordajes clínicos y proponer cambios, así como evaluar el desempeño y el avance de los objetivos de la práctica.

Los lectores cumplieron una función acompañamiento al director, apoyando la labor de supervisión y evaluación cuando se consideró necesario. La asesora técnica es quién asumió la tarea de guiar, asignar y supervisar los quehaceres de la practicante dentro de la institución, además de monitorear y evaluar el curso de las actividades asociadas a la práctica.

## **Supervisiones**

Para poder asegurar la calidad de las labores dentro de la práctica, como se mencionó antes, se llevaron a cabo supervisiones durante los meses en se esta se realizó. Con el director, los cuatro primeros meses se efectuaron reuniones semanalmente y los últimos dos meses las supervisiones se realizaron mensualmente. Al inicio se requirió de un mayor apoyo y conforme fueron pasando los meses se dio una mayor

independencia, siempre con un adecuado apoyo. A cada reunión se llevó una descripción de las actividades realizadas y este espacio tuvo como función poder guiar las funciones que se realizaron y evaluar el curso de los objetivos, los resultados y cualquier eventualidad que se presentó.

Con respecto a los lectores, si bien no se requirió supervisar periódicamente con ellos, cuando fue necesario se coordinaron reuniones con ellos con el fin de obtener sus sugerencias o comentarios sobre el trabajo realizado. Las supervisiones con la asesora técnica no se llevaron a cabo en un horario en específico, sino que se iban dando según las necesidades de las labores diarias. Por lo general se realizaron de 2 a 4 veces por semana, de modo que fueron muy constantes.

### **Evaluación e informes**

La evaluación de las actividades realizadas se realizó en las supervisiones con el equipo asesor y mediante la documentación de todas las labores llevadas a cabo. Los criterios que se tomaron en cuenta para la evaluación son la ejecución de las tareas asignadas diariamente por la asesora técnica y la calidad de las mismas. La calidad se midió de acuerdo con el criterio profesional de la asesora técnica y el equipo asesor.

Para dicha documentación se redactaron registros diarios en donde se describen las tareas, los objetivos y los resultados obtenidos, que fueron los insumos para elaborar sistematizaciones estadísticas semanales y mensuales. Las sistematizaciones antes mencionadas tuvieron como función facilitar la evaluación y monitoreo del progreso de las labores realizadas, orientar los cambios necesarios y ser la base para llevar a cabo el informe final sobre la experiencia de la práctica dirigida.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de esta práctica dirigida. Se describirán en detalle las experiencias y productos obtenidos en función de las labores realizadas, que fueron antes mencionadas y que responden a los objetivos planteados. Para cada una de dichas labores se destacará el número de horas que se dedicó, la cantidad de veces que se llevó a cabo (lapsos específicos que se dedicaron sólo a una labor en particular), el número de personas beneficiadas o de contacto (cuando aplica), las competencias adquiridas o reforzadas, productos obtenidos concretos (como por ejemplo materiales, guías, encuestas, presentaciones, registros, entre otros) y demás detalles que se consideran relevantes.

### A. Atención psicológica

- **Número de horas dedicadas:** 147,5 horas
- **Cantidad de veces que se llevó a cabo:** 131 veces
- **Número de personas beneficiadas directas:** 76 personas
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** Escucha empática, manejo del tiempo, técnicas para llevar a cabo preguntas, cerrar las sesiones, balancear la participación en sesiones de familia, flexibilidad en cuanto al planeamiento previo de las sesiones, conocimiento sobre distintas condiciones ginecológicas, obstétricas y psicológicas, conocimiento sobre trámites para llevar a cabo una denuncia al Patronato Nacional de la Infancia (PANI), evaluación sobre factores de riesgo y factores protectores, utilización de estrategias cognitivo conductuales (psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, fomento de hábitos saludables, resolución de problemas, entre otros).

Como se mencionó anteriormente, la atención psicológica se llevó a cabo de varias maneras:

1. Como terapeuta de manera individual.

En este caso se atendió a 12 mujeres, en un total de 18 sesiones. En la siguiente tabla se describen los detalles de la atención. Es importante resaltar que las iniciales utilizadas para hacer referencia a las consultantes no corresponden a las reales.

**Tabla 4.**

*Resumen de sesiones de atención psicológica como terapeuta individual*

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b># de sesiones</b>	<b>Contenidos de las sesiones</b>
F. A	16	4	Fueron sesiones de seguimiento. Se trabajó en fomento de la independencia, comunicación asertiva con sus padres, manejo de la ansiedad ante su condición ginecológica (extracción de un ovario), establecimiento de límites con sus amigos y refuerzo de actividades sociales y áreas que ella consideró positivas en su vida.
E. E	16	1	Fue una sesión de seguimiento. La joven fue diagnosticada con el Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser e iba a ser intervenida quirúrgicamente en los próximos meses. Se habló sobre el manejo de ansiedad ante la operación, se fomentó el uso de la relajación y de la estrategia de resolución de problemas con el fin de coordinar la forma en que podría continuar con sus estudios, sus clases de baile y demás actividades.
H. A	15	1	Fue una sesión de seguimiento. Se trabajó sobre la comunicación asertiva con su madre y el manejo de la ansiedad por la presión percibida en el ámbito académico. Además se mostraron estrategias de relajación y de detención de pensamiento ante el enojo y la rumiación con respecto a dichas exigencias.
T. R.	45	3	Se trabajó de manera individual con la madre de una de las consultantes de la Clínica de Adolescentes debido a

			que estaba experimentando una situación de violencia que implicaba a la adolescente. Se brindó un espacio de escucha, se fomentó el establecimiento de límites y el empoderamiento, se evaluaron planes de seguridad para su protección y la de sus hijos, se recomendó asesoría legal, se brindó psicoeducación sobre tipos de violencia, se llevó a cabo reestructuración cognitiva en cuanto a sentimientos de culpa y responsabilidades como madre.
T. C.	12	1	Fue una sesión de seguimiento, que tenía la finalidad de medir el riesgo sexual y reproductivo en que podía estar la joven, a petición de la ginecóloga de la Clínica de Adolescentes. Se llevaron a cabo diversas preguntas para evaluar ese riesgo y se pudo notar que no existía por el momento. De igual forma se fomentaron estrategias de comunicación asertiva con sus hermanos y se abordó el tema de la tristeza, a partir de su sensación de no “ealzar” con sus demás compañeros. Se brindó un espacio de escucha y se planteó darle seguimiento al tema.
J. C.	16	1	Fue una sesión de seguimiento. La joven estaba embarazada y su pareja no se hizo cargo de su responsabilidad como padre ni novio, lo cual le provocó un estado de ánimo bajo. Se validaron sentimientos de tristeza, se fomentó el llevar a cabo actividades reforzantes, se resaltó el apoyo familiar con el que cuenta y se llevó a cabo la estrategia de reestructuración cognitiva en cuanto a sus capacidades de lidiar con sus actividades cotidianas.
E. V.	16	1	Fue una sesión de seguimiento. Se brindó un espacio de escucha, se fomentó la comunicación asertiva con su madre, se abordó sensación de sentirse “sola” mediante la reestructuración cognitiva y fomento de actividades reforzantes y se evaluó riesgo sexual y reproductivo.
R. G.	15	1	Fue una sesión de seguimiento. Se evaluó su situación socioeconómica y de apoyo familiar, que limitaban sus posibilidades de retomar su estudio. Se fomentó la búsqueda de actividades reforzantes aparte del cuidado de su bebé.
T. C.	36	1	Se trabajó de manera individual con la madre de una de las consultantes de la Clínica de Adolescentes, debido a que ésta última estaba en riesgo sexual y reproductivo. Se consultó sobre temores, límites y antecedentes de la conducta de su hija y se validaron emociones con respecto a estos temas.

M. B.	18	1	Fue una sesión de seguimiento, para evaluar necesidades y fortalezas actuales tras el post-parto. A través de preguntas se habló sobre sus distintas áreas de vida y al comunicar a la asesora técnica todo lo comentado en sesión, esta última decidió darle de alta del servicio de psicología.
G.J.	17	1	Se llevó a cabo la entrevista inicial de la joven embarazada, de acuerdo con la guía de entrevista de “caso nuevo” que se mencionó anteriormente.
O. U.	15	2	Se realizaron 2 sesiones de seguimiento. Recientemente su bebé falleció en el periodo de gestación. En ambas sesiones se validaron emociones asociadas al duelo, se realizó reestructuración cognitiva con respecto a sentimientos de culpa, se realizaron reencuadres positivos sobre la experiencia y se evaluó la actual relación con el papá de su bebé y el apoyo familiar.

Es importante mencionar que no se recibió retroalimentación directa con respecto a las sesiones por parte de las consultantes, debido a que como se puede notar a partir de la anterior tabla, en ninguno de los casos se llevó a cabo un proceso terapéutico completo, sino que se llevaron a cabo sesiones de seguimiento que se asignaban ya sea días antes o el mismo día a la practicante y para las cuales se le solían sugerir de antemano los objetivos para cada una de estas. A pesar de lo anterior, las jóvenes plantearon tener una buena comprensión de lo tratado en las sesiones y se pudo notar una adecuada disposición durante su transcurso.

## 2. Como co-terapeuta en un rol de observadora

La atención psicológica bajo esta modalidad se brindó a 64 jóvenes, un total de 113 veces, con un total de 129,5 horas dedicadas. En estas ya sea la asesora técnica o algunos de los dos residentes de psicología clínica, llevaron las riendas y el abordaje de las sesiones, mientras que la practicante observaba de manera activa todo el proceso.



Tomando en cuenta la gran cantidad de adolescentes que fueron atendidas, son múltiples las temáticas, técnicas y situaciones que fueron abordadas, entre ellas: prevención y secuelas de todo tipo de violencia, manejo del estrés, ansiedad y del enojo, control de la impulsividad, comunicación asertiva, falta de motivación o dificultades en el estudio, reacciones de ajuste al embarazo, duelos por fallecimiento de bebés, prevención y afrontamiento de enfermedades de transmisión sexual, dificultades económicas y familiares, el autoestima y la imagen corporal, dificultades de la conducta alimentaria, situaciones en la que se daba una relación impropia, síntomas depresivos, prevención de ideación y conductas autolesivas, manejo del dolor por alguna condición médica, la importancia de la anticoncepción y psicoeducación sobre la sexualidad, consumo de sustancias, dificultades en relaciones de pareja, utilización adecuada del internet y redes sociales, manejo de experiencias traumáticas y fomento de hábitos saludables.

Fueron diversas las técnicas utilizadas, entre ellas la escucha activa, la reestructuración cognitiva, la relajación, ejercicios de imaginación guiada, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), psicoeducación, fomento de expresión de emociones, entre otras.

## **B. Evaluación psicológica**

- **Número de horas dedicadas:** 11,5 horas
- **Cantidad de veces que se llevó a cabo/asistió:** 8 veces
- **Número de personas beneficiadas directas:** 4 personas
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** Se adquirió conocimiento sobre el uso, la forma de aplicación y calificación de los siguientes instrumentos:

Neuropsi breve en español, Neuropsi atención memoria, el test de manchas de tinta Rorschach, el Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI) y el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A).

En la tabla 5 se describen las evaluaciones de las que se fue parte. En esta caso, nuevamente cabe destacar que las iniciales utilizadas para hacer referencia a las consultantes no corresponden a las reales.

Con respecto a los procesos de evaluación, es importante resaltar que quien estuvo a cargo de la aplicación de los instrumentos fue quien se encargó de la redacción del informe o de la nota correspondiente en el expediente de la adolescente. Esto implica que la practicante llevó a cabo la aplicación y calificación del instrumento en el caso de G. J y anotó los resultados en su respectivo expediente. Además colaboró con uno de los residentes de psicología en la redacción de una parte del informe psicológico de E.L.

Estas dos actividades representaron 2 de las 8 veces en las que se trabajó en la evaluación psicológica, que recién se mencionó. En los demás casos la practicante tuvo un rol de observación solamente.

**Tabla 5.***Síntesis de sesiones de evaluación psicológica asistidas*

<b>Nom- bre</b>	<b>Edad</b>	<b>Profesional a cargo</b>	<b># de sesiones</b>	<b>Motivo para realizar la evaluación</b>	<b>Instrumentos o estrategias utilizadas</b>
D. H	18	Residente de psicología clínica	2	Revisión de diagnóstico de retardo mental moderado	-Neuropsi atención memoria
E. L.	14	Residente de psicología clínica	2	Identificación de aislamiento y anteriores gestos autolesivos	-Test de manchas Rorschach  -MMPI-A  -Neuropsi atención memoria
G. J.	17	Practicante	1	Identificación de creencias supersticiosas con respecto al embarazo	-CTI
A. A	16	Asesora técnica	1	Identificación de dificultades de recuperación de la información y en el habla	-Neuropsi breve en español

### C. Sesiones clínicas

- **Número de horas dedicadas:** 46 horas
- **Cantidad de veces que se llevó a cabo/asistió:** 39 veces
- **Número de personas beneficiadas directas:** 11 personas (profesionales de la Clínica de Adolescentes).
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** Integración de información bibliográfica, capacitación a otros profesionales y capacitación teórica propia en gran cantidad de temas relacionados con ginecología, obstetricia, neonatología y psicología, por parte de expertos.
- **Productos obtenidos:** presentación digital sobre “Redes sociales e internet en la adolescencia” (anexo 5), presentación digital con resultados del sondeo de depresión durante el embarazo y post-parto (anexo 12).

En este caso, la practicante facilitó dos sesiones clínicas en la Clínica de Adolescentes a la que asistieron 11 profesionales en total, que forman parte de ella. La primera de estas se llevó a cabo en la etapa inicial de la práctica dirigida. Para llevar a cabo esta exposición, se creó la presentación digital del anexo 5 antes mencionada, que a su vez se basó en la revisión bibliográfica que se incluye en el apartado de “Impacto del uso del internet en la adolescencia”. Dicho apartado es parte de las áreas de intervención que se describen antes en este escrito.

Las personas asistentes se mostraron muy atentas e interesadas durante la sesión, especialmente a partir de diversos conceptos sobre el tema que antes no habían escuchado. Además contaron algunas experiencias que han tenido en su labor profesional con respecto al uso de internet y las adolescentes con las que trabajan y la

mayoría mencionó de manera general la importancia de estar capacitadas en estos temas, para poder brindar una mejor atención.

La segunda sesión clínica se llevó a cabo una vez terminado el periodo de práctica. En esta se expuso a las personas funcionarias de la Clínica que pudieron asistir, los resultados del sondeo sobre depresión durante el embarazo y post-parto que se realizó. En esta ocasión, nuevamente las personas se mostraron muy complacidas con el trabajo hecho, realizaron muchas preguntas y comentarios sobre el tema, destacaron el interés en continuar con sondeos de este tipo y llevaron a cabo la recomendación de realizar alguna publicación científica al respecto.

Además de estas sesiones, se asistió a 30 más, que como se mencionó antes fueron impartidas por residentes y médicos del servicio de ginecología, obstetricia y neonatología, así como por profesionales de la Clínica de Adolescentes. A continuación se mencionan los temas en los que se recibió capacitación:

### **Ginecología**

- Preparación pre-operatoria en pacientes de ginecología
- Anticonceptivos y elección

### **Gine-oncología**

- Cáncer de cérvix
- Adenocarcinoma de cérvix y otras histologías
- Cáncer epitelial de ovario y de trompa uterina
- Intervención quirúrgica del cáncer epitelial. Mitos y controversias
- Generalidades del cáncer de endometrio

### **Obstetricia**

- Revisión cardíaca en el primer trimestre de gestación

- Ecocardiografía fetal
- Hitos embriológicos y ultrasonido
- Desarrollo del programa cardiovascular en el Hospital Nacional de Niños.
- Comunicación de noticias difíciles
- Monitoreo fetal intraparto
- Malformaciones del sistema nervioso fetal
- Formas de inducción del parto
- Arritmias cardíacas fetales
- Cesárea
- Manejo quirúrgico de hernia diafragmática
- Malformaciones pulmonares
- Cuidados paliativos prenatales
- Hemorragia post-parto. Protocolo del Hospital Calderón Guardia
- Defectos de la pared abdominal
- Infección puerperal
- Embarazo prolongado

### **Clínica de Adolescentes**

- Resultados de las encuestas nacionales de nutrición
- Adolescentes y aborto
- Embarazo temprano en la adolescencia
- Generalidades sobre la adolescencia
- Consejería sobre salud sexual y reproductiva
- Salud bucodental

#### **D. Asistencia, planeamiento y facilitación de talleres**

Como se mencionó anteriormente, fueron 3 los talleres de los cuales se fue parte durante la práctica dirigida. A continuación se describen los detalles más importantes de cada uno de estos.

##### 1. Talleres de autocuidado

- **Número de horas dedicadas:** 44 horas
- **Cantidad de veces dedicadas:** 19 veces
- **Cantidad de veces asistidas:** 8 sesiones
- **Número de personas beneficiadas directas:** 18 personas en total. A cada sesión asistieron de 3-7 personas.
- **Productos obtenidos:** Se crearon guías de trabajo para seis sesiones del taller de autocuidado con distintas temáticas (ver anexo 6). Además se elaboró una presentación digital sobre el tema de autoconcepto y autoestima (ver anexo 7).

Como se detalla en la siguiente tabla, en tres ocasiones la practicante facilitó la sesión, lo que implicó también su previo planeamiento y preparación de materiales. Las actividades que se llevaron a cabo son las planteadas en el anexo 6. En las sesiones facilitadas por la asesora técnica y la artista de encuadernación, la labor de la practicante fue de observación y de apoyo en cuanto a los materiales que se necesitaron.

**Tabla 6.***Síntesis de sesiones de taller de autocuidado asistidas*

<b>Sesión</b>	<b>Facilitadora</b>	<b>Contenidos</b>
1	Asesora técnica	-La infertilidad, a raíz de la experiencia de una de las jóvenes. -Consumo de sustancias y experiencia de una de las jóvenes en albergues del Patronato Nacional de la Infancia (PANI). -Utilización de métodos anticonceptivos.
2	Asesora técnica-practicante	-Generalidades del uso de internet en la adolescencia: riesgos, beneficios y recomendaciones de uso seguro. -Utilización de métodos anticonceptivos.
3	Asesora técnica	-Se abordaron de forma grupal distintas situaciones familiares y personales de las jóvenes asistentes.
4	Asesora técnica	-Se abordaron de forma grupal distintas situaciones familiares y personales de las jóvenes asistentes.
5	Practicante	-Características de la mujer “ideal”. -Influencia de los medios en la imagen de la mujer. -Identificación de características positivas de las jóvenes.
6	Artista en encuadernación	-Se llevó a cabo un taller de encuadernación, en el que se facilitó a las asistentes todos los materiales. Se realizó pues fue la última sesión del año 2017 y se buscó que la actividad tuviera un carácter más lúdico.
7	Practicante	-Autoconcepto y autoestima
8	Asesora técnica	-Se abordaron de forma grupal distintas situaciones familiares y personales de las jóvenes asistentes.

En las tres sesiones facilitadas por la practicante, al final de la sesión se les preguntó a las jóvenes con respecto a las impresiones sobre las actividades y en todos los casos afirmaron que la sesión fue de utilidad de ellas y un proceso de reflexión sobre los temas tratados.



Las seis sesiones que se crearon para este taller son de los siguientes temas:

1. Autoestima
2. Comunicación asertiva
3. Emociones
4. Oportunidades, riesgos y uso seguro de internet
5. Relaciones de pareja saludables
6. Trastornos de la Conducta Alimentaria e imagen corporal

De las anteriores, solamente tres fueron llevadas a cabo (1, 4 y 6 de la lista anterior). Aunque las tres restantes no fueron utilizadas durante la práctica, la idea es que puedan ser facilitadas en futuras sesiones del taller, por parte de ya sea la asesora técnica o cualquier practicante o residente de psicología que laboren en el servicio de psicología. Las sesiones cuentan con una guía de facilitación, los materiales necesarios e información extra para quien quiera aplicarlas.

## 2. Curso de preparación para el parto

- **Número de horas dedicadas:** 24 horas
- **Cantidad de veces dedicadas:** 10 veces
- **Cantidad de veces asistidas:** 6 sesiones
- **Número de personas beneficiadas directas:** 60 personas en total. A cada sesión asistió un promedio de 20 personas.

**Tabla 7.***Síntesis de sesiones del curso de preparación para el parto asistidas*

<b>Sesión</b>	<b>Facilitadora</b>	<b>Contenidos</b>
1	Asesora técnica	-Derechos de las adolescentes. -Mitos y expectativas de los adultos sobre los adolescentes. -Entrega de títulos de asistencia al curso de preparación para el parto, pues esta era la última sesión para uno de los grupos.
2	Asesora técnica	-Actividades sobre cómo se dio la noticia del embarazo y las reacciones familiares. -Reflexión sobre los retos y los aspectos más positivos que ha implicado el embarazo para las jóvenes.
3	Asesora técnica	-Discusión sobre tipos de violencia y sus consecuencias, así como formas de prevención de esta y empoderamiento.
4	Practicante	-Características de la mujer “ideal”. -Influencia de los medios en la imagen de la mujer. -Identificación de características positivas de las jóvenes. (Ver estructura de sesión en anexo 8)
5	Asesora técnica	-Actividades sobre cómo se dio la noticia del embarazo y las reacciones familiares. -Reflexión sobre los retos y los aspectos más positivos que ha implicado el embarazo para las jóvenes. (Se repitieron aquí los contenidos debido a que se inició otro grupo).
6	Practicante	-Se llevó a cabo una presentación breve a las jóvenes sobre los resultados del sondeo sobre depresión durante el embarazo que se llevó a cabo en esta práctica. -Se reflexionó sobre la información contenida en el folleto de “depresión durante el embarazo y post-parto” (anexo 9), que también se realizó durante esta práctica. A cada joven se le facilitó uno de estos folletos.

Al igual que en el caso de los talleres de autocuidado, cuando la facilitadora fue la asesora técnica, la labor de la practicante fue de apoyo y observación. En las dos ocasiones en la practicante facilitó las sesiones, se realizó una preparación teórica y de los materiales previamente.

### 3. Taller MEP-CCSS

- **Número de horas dedicadas:** 17 horas
- **Cantidad de veces dedicadas:** 17 veces
- **Cantidad de veces asistidas:** 1 vez
- **Número de personas beneficiadas directas:** 120 personas aproximadamente
- **Productos obtenidos:** Guías de facilitación y casos para el taller (ver anexo 10)

Como se mencionó anteriormente, este taller se llevó a cabo en una sola sesión y el tema fue la prevención del embarazo en la adolescencia. La labor de la practicante en esta ocasión fue el planeamiento conjunto de todas las actividades a realizar con la asesora técnica. Para esto se redactaron:

- Una guía para las facilitadoras con todas las actividades descritas
- Dos casos para trabajar en el taller sobre el tema del embarazo, uno con respecto al tema de las relaciones impropias y otro relacionado con el tema del “Grooming” en internet antes descrito. Este último estuvo a cargo de la practicante en su totalidad.
- Información adicional sobre el tema de las relaciones impropias y el “Grooming”.

Todos estos documentos fueron incluidos en folders, unos específicos para las facilitadoras y otros para los participantes, proceso del cual se encargó la practicante. El grupo de aproximadamente 120 jóvenes (tanto hombres como mujeres) se dividió en dos, de tal modo que cada uno estuvo en dos salones distintos. Al taller asistieron como facilitadoras la asesora técnica y la practicante para uno de los grupos y para el otro la anterior practicante y una residente de pediatría que estuvo trabajando en la Clínica de Adolescentes.

La labor de la practicante fue de apoyo en la organización a la asesora técnica durante la facilitación y además el monitoreo de las actividades que estuvieron realizando los jóvenes.

- **Competencias adquiridas o reforzadas en los 3 talleres:** Habilidades para manejo de grupos, planeamiento de actividades adecuadas para una población en específico, síntesis de información bibliográfica con actividades prácticas, escucha empática, flexibilidad en cuanto a la estructura previamente establecida para las sesiones, mayor conocimiento sobre los temas tratados en las sesiones.

## **E. Aplicación y análisis de encuestas:**

- **Número de horas dedicadas:** 92 horas en total
- **Cantidad de veces en que se laboró:** 48 veces
- **Número de personas de contacto:** 200 jóvenes
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** revisión bibliográfica en función de un producto específico (en este caso la creación y justificación de los sondeos), proactividad en cuanto a la recolección exhaustiva de las encuestas, análisis de los datos recabados, mayor conocimiento sobre ambos temas estudiados para el caso específicos de las jóvenes de la Clínica de Adolescentes.
- **Productos obtenidos:** Se modificó el instrumento para el sondeo de uso de redes sociales e internet (ver anexo 4), se crearon gráficos con todos los datos y además se llevaron a cabo dos presentaciones digitales, una para cada sondeo, con los resultados obtenidos (ver anexos 11 y 12).

Como se planteó anteriormente, se llevaron a cabo dos sondeos distintos que se describen a continuación. Antes de ahondar en sus detalles, es importante recalcar el hecho de esta labor no fue enmarcada como una investigación científica propiamente, sino como sondeos sencillos basados en porcentajes, que buscan resaltar aspectos importantes a reforzar o trabajar en el servicio de psicología de la Clínica de Adolescentes. Lo anterior implica que no se hicieron con la intención de que sus resultados sean generalizados, ni sus variables fueron comparadas o analizadas de manera significativa.

### *1. Sondeo de depresión post-parto y durante el embarazo*

Se aplicó a 100 jóvenes Escala de Depresión Post natal de Edimburgo, junto con las preguntas asociadas que se mencionaron anteriormente (ver anexo 3). De las 100 jóvenes, 50 estaban embarazadas y 50 estaban en periodo post-parto, y se encontraban entre los 13 y los 18 años. Lo anterior surge a partir de la observación de la asesora técnica, con respecto a la gran cantidad de jóvenes que ha atendido durante sus años de trabajo en la Clínica de Adolescentes, con dificultades asociadas a la depresión en estos periodos.

La practicante de psicología que estuvo anteriormente en la Clínica de Adolescentes, en su periodo llevó a cabo la misma labor de aplicación y análisis de datos. De tal modo que para finales del año 2017 se pudo recoger la información de 200 adolescentes en total.

Las labores de la practicante en este caso fueron:

- a. Impresión y ordenamiento de los documentos a aplicar.
- b. Aplicación de la escala a 100 adolescentes: se llevó a cabo durante las sesiones del curso de preparación para el parto, en los momentos de espera de las jóvenes para sus respectivas citas en la Clínica o después de las sesiones de atención individual psicológica. El tiempo de duración para la aplicación fue de 8-15 minutos aproximadamente.
- c. Creación de base de datos en Excel e introducción de estos.
- d. Unificación de los datos correspondientes al trabajo de las dos practicantes.

e. Análisis de los datos totales y creación de gráficos para cada una de las variables medidas. Cabe destacar en este punto que no se llevó a cabo un análisis estadístico complejo, ni de la estructura del instrumento utilizado ni de los datos recolectados.

f. Creación de una presentación digital con aspectos teóricos sobre el tema y los resultados obtenidos, en donde se presentan de manera diferenciada entre las jóvenes en condición prenatal y también en post-parto.

Dentro de los resultados obtenidos de mayor relevancia se encuentran los siguientes:

- 40 de las 200 adolescentes encuestadas tienen de 15 años o menos de edad en el momento de la aplicación.
- En los ítems 1-4 (visión positiva del presente y futuro, culpa y ansiedad-inquietud) y del 7-10 (dificultades de sueño, tristeza, llanto e ideación de daño) se da una tendencia similar en las respuestas.
- En los ítems 5 (sentir miedo sin razón) y 6 (sentirse abrumada) las puntuaciones parecen ser mayores en las adolescentes embarazadas.
- Si bien son pocos los casos (8 de los 200) en los que se refirió ideación de daño en ambos casos, a esto sin duda se le debe prestar atención en la atención psicológica.
- Jóvenes en periodo post-parto (5%) parecen estar en menor riesgo de depresión que las adolescentes embarazadas (16%), así como tener menos antecedentes de depresión.

- Parece haber una mayor variedad en cuanto a antecedentes de violencia en jóvenes embarazadas que en las que están en periodo post-parto.
- Muy bajos porcentajes (1% en prenatal, 2% en post-parto) con respecto a experimentar algún tipo de violencia en la actualidad.
- Porcentajes similares en cuanto a tener alguna pérdida significativa (prenatal 33%, post-parto 30%).
- Tendencias similares en cuanto a satisfacción con el papá del bebé en ambos grupos (más de la mitad “muy buena” y el porcentaje siguiente “muy mala”).
- Porcentajes similares con respecto a satisfacción con las necesidades básicas y la satisfacción con la vida familiar, mayormente en puntajes de 10, 9 y 8, que representan una mayor satisfacción.

## *2. Sondeo sobre uso de redes sociales e internet*

En la consulta de psicología en la Clínica de Adolescentes en los últimos años se ha podido evidenciar en las entrevistas iniciales y en sesiones de seguimiento, que el tema de las redes sociales y el uso de internet es sin duda parte de la vida cotidiana de las jóvenes, representando tanto beneficios, como algunos riesgos y conflictos asociados con esto. El cyber-bullying, el sexting, discusiones con los padres y las parejas son temas constantes.

Las razones anteriores son las que justifican la administración de una encuesta sobre estas temáticas. El análisis que se llevó a cabo fue descriptivo, con el fin de identificar las principales características sociodemográficas de dichas adolescentes y tendencias en cuanto al uso y las interacciones en redes sociales e internet. La finalidad



de recolectar estos datos es además que sirvan como punto de partida para tomar acciones con respecto a la promoción, prevención e mayor intervención para un uso seguro y de mayor armonía de estas herramientas.

Las encuestas fueron aplicadas a mujeres adolescentes entre los 13 y los 19 años, usuarias de los servicios de la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Se encuestó a 100 jóvenes, 50 de estas atendidas por alguna condición ginecológica y otras 50 en atención prenatal o post-parto. La recolección de la información se llevó a cabo entre el mes de octubre y noviembre del año 2017. El tiempo de duración para la aplicación fue de 8-15 minutos aproximadamente.

Las labores en cuanto a este sondeo fueron las siguientes:

a. Modificación de instrumento que la asesora técnica había construido previamente y que no había sido utilizado. Las variables, indicadores y medidas que incluye se indican en la tabla 8. Para esto se llevó a cabo un trabajo conjunto con dicha asesora y además se basó en parte en la revisión bibliográfica realizada sobre el tema, que se incluye antes en este escrito.

**Tabla 8.**

*Variables, indicadores y medidas del instrumento sobre uso de redes sociales e internet*

<b>Variables</b>	<b>Indicadores y medidas</b>
<b>Variables socio-demográficas</b>	Edad, estudios actuales, último año aprobado, encargado legal.
<b>Dispositivos electrónicos utilizados</b>	Listado de dispositivos electrónicos utilizados para acceder a internet. Selección múltiple.
<b>Lugares de ingreso a internet</b>	Listado de posibles lugares en que podrían acceder las jóvenes a internet. Selección múltiple.

<b>Sitios y redes sociales a los que suelen acceder</b>	Listado de Sitios y redes sociales a los que suelen acceder los jóvenes. Selección múltiple.
<b>Tipos de uso de sitios y redes sociales a los que suelen acceder</b>	Listado de actividades asociadas a la comunicación, entretenimiento, académico-aprendizaje e información. Selección múltiple.
<b>Razones de uso de mensajería de texto</b>	Listado de posibles razones para el uso de mensajería de texto. Selección múltiple.
<b>Cyber-bullying</b>	Preguntas dicotómicas sobre conductas asociadas al cyber-bullying (burlas, amenazas, mensajes o llamadas ofensivas, tanto recibidas como perpetuadas por la persona).
<b>Sexting</b>	Preguntas dicotómicas sobre experiencias asociadas al sexting (Conversaciones con contenido sexual voluntarias o involuntarias, si le han pedido fotos o videos con contenido sexual, si ha enviado fotos a otra persona voluntariamente o en contra de su voluntad y si ha recibido fotos o videos con contenido sexual sin haberlo pedido).
<b>Pornografía</b>	Preguntas dicotómicas sobre experiencias asociadas a la pornografía (si ha visto pornografía voluntaria o involuntariamente).
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	Listado de posibles estrategias de afrontamiento ante experiencias negativas en el uso de sitios o redes sociales en internet. Selección múltiple.
<b>Mediación parental</b>	Preguntas dicotómicas sobre conductas asociadas a la mediación parental (Supervisión de páginas y búsquedas, restricción de acceso a páginas y búsquedas, restricción del tiempo de uso de internet, conversaciones sobre beneficios del uso de internet, conversaciones sobre riesgos en el uso de internet y conversaciones sobre uso seguro de internet).
<b>Estilo parental</b>	Listado de estilos parentales con respecto a la supervisión del uso de internet (Restrictivos, negociadores y permisivos). Selección única.

---

**Mediación de pareja**

Preguntas dicotómicas sobre conductas asociadas a la mediación de la pareja en caso de que haya tenido o tenga relación actualmente (Restricción de acceso a páginas o comunicación con alguna persona en particular, discusiones o críticas con respecto al uso de sitios y redes sociales en internet y revisión de información personal en internet sin consentimiento).

b. Impresión y ordenamiento de los documentos a aplicar.

c. Aplicación de la escala a 100 adolescentes: nuevamente se llevó a cabo durante las sesiones del curso de preparación para el parto, en los momentos de espera de las jóvenes para sus citas en la Clínica o después de las sesiones de atención individual psicológica.

d. Creación de base de datos en Excel e introducción de estos.

e. Análisis de los datos totales y creación de gráficos para cada una de las variables medidas. Es importante mencionar que en este caso tampoco se realizó un análisis estadístico complejo, ni de la estructura del instrumento utilizado ni de los datos recolectados.

f. Creación de una presentación digital con aspectos teóricos sobre el tema y los resultados obtenidos, en donde se presentan de manera diferenciada entre las jóvenes usuarias de servicios de obstetricia y también de ginecología.

A continuación se describen los resultados más relevantes del sondeo:

- La mayor parte de las jóvenes encuestadas se encuentran entre los 16 (25%) y 17 años de edad (32%).
- 73% de las jóvenes se encuentran estudiando actualmente.

- Parece que hay diferencia de estudios actualmente entre las jóvenes de obstetricia (62%) y las de ginecología (82%). Los grados que más cursan en total, son noveno año (27%), décimo año (21%) y octavo año (16%).
- Entre quienes no estudian actualmente de ginecología (8 personas), su último año aprobado fue sexto grado (50%), séptimo año (37%) y octavo año (13%). Mientras que entre aquellas jóvenes de obstetricia que no estudian actualmente (19), su último año aprobado es más variado, de quinto grado a undécimo año de colegio. Además, es mayor el número de adolescentes del servicio de obstetricia que no continúa estudiando, que las de ginecología.
- En cuanto a los encargados legales de las jóvenes, el 56% corresponde a la madre, tendencia que se mantiene cuando se lleva a cabo un análisis por separado de los casos de obstetricia (50%) y ginecología (62%). En segundo lugar se encuentran como encargados legales ambos padres (31%).
- Con respecto a los dispositivos utilizados para el acceso a internet, el más utilizado es el teléfono inteligente (59%), seguido por el uso simultáneo de teléfono inteligente y computadora (24%).
- El lugar de ingreso a internet más frecuente es la casa (52%), seguido por el ingreso combinado en casa, centro de estudios y lugar público (17%).
- Con respecto a las redes sociales y sitios a los que las jóvenes accesan en total, la más frecuente es Whatsapp (mencionada en 98 ocasiones), seguida por Facebook (mencionada en 92 ocasiones) y después Youtube (mencionada en 75 ocasiones).
- Entre las razones de uso de internet en el total de las encuestadas, el más mencionado fue el uso comunicativo (87 veces), después el uso de

entretenimiento (mencionado en 81 ocasiones), seguido por usos académicos (mencionado 58 veces) e informativos (mencionado 39 veces).

- En relación con razones para utilizar los mensajes de texto, destacan el hecho de que “es más barato que hablar por teléfono” (mencionado en 39 ocasiones) y el que “todos sus amigos los utilicen” (mencionado en 37 ocasiones).
- Con respecto a burlas, amenazas y mensajes o llamadas ofensivas en la totalidad de las adolescentes, las acciones más indicadas fueron el haberse burlado de otra persona (20%), que otra persona le haya enviado un mensaje o hecho una llamada ofensiva (20%) y que otra persona se haya burlado de ella (9%).
- 9% del total de las encuestadas ha tenido conversaciones sexuales voluntarias y 3% conversaciones sexuales involuntarias.
- A un 36% del total de las adolescentes les han pedido fotos íntimas por un medio electrónico.
- Un 8% del total de las jóvenes ha enviado fotos íntimas de manera voluntaria, mientras que en 3% lo ha hecho de manera involuntaria.
- Un 43% del total de las adolescentes ha recibido fotos o videos sexuales sin pedirlo.
- Un 10% del total de las encuestadas ha visto pornografía de manera voluntaria.
- Con respecto a estrategias de afrontamiento utilizadas ante experiencias negativas en internet, las más mencionadas por el total de las jóvenes son: tratar de borrar el mensaje o foto (40 veces), contarle a alguien de su familia (26 veces, 18 de estas referidas por jóvenes de obstetricia) y pedirle ayuda a un amigo/a o expresar sus emociones (13 veces en ambos casos).
- Según lo referido por el total de las jóvenes, el 35% de sus padres o encargados supervisan o revisan páginas y búsquedas realizadas por sus hijas, 18% de los

padres o encargados restringen el acceso ya sea a algún sitio o red social y 22% de los padres o encargados restringen el tiempo en que la joven puede estar conectada.

- De acuerdo con lo indicado por las jóvenes, un 61% de sus padres o encargados les han hablado de los beneficios de utilizar el internet, un 69% sobre recomendaciones para el uso seguro de internet y un 87% sobre los riesgos que implica hacer uso de internet.
- En cuanto a estilos parentales con respecto al uso de internet, según lo que indican la totalidad de adolescentes encuestadas, un 49% de sus padres o encargados se relacionan más con un estilo permisivo, un 26% con un estilo restrictivo y un 25% con un estilo negociador.
- De acuerdo con lo referido por el total de las jóvenes, el 19% ha tenido discusiones o críticas por parte de su pareja por el uso de internet (en donde el 14% corresponde a las adolescentes de ginecología y el 5% a las de obstetricia). Al 10% del total de jóvenes, su pareja le ha revisado su información personal o dispositivos sin permiso. Además, al 32% de las jóvenes en total, su pareja les ha restringido el acceso a algún sitio, red social o comunicación con alguna persona en particular.
- Cabe destacar que los porcentajes restantes en cuanto a las parejas, es decir, en aquellos casos en que no se dieron las 3 conductas anteriores, se pueden deber ya sea a que nunca han tenido una pareja o que nunca han experimentado dichas situaciones teniendo alguna relación.

## **F. Visitas intrahospitalarias:**

- **Número de horas dedicadas:** 17
- **Cantidad de veces que se asistió:** 10
- **Número de personas beneficiadas directas:** 16 personas
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** Conocimiento sobre cómo se llevan a cabo las visitas de atención psicológica a nivel hospitalario, escucha empática, formas de realizar preguntas y abordajes asociados a comprensión y aceptación de diagnósticos médicos, manejo de estados emocionales de tristeza y ansiedad en estos contextos, acompañamiento a familiares de mujeres internadas, revisión de expedientes para asistir la más preparada posible a las visitas, manejo de la propia ansiedad al observar personas con condiciones médicas complicadas.

En casi la totalidad de las visitas que se realizaron, la labor de la practicante fue de observación, pues la asesora técnica o el residente de la especialidad de psicología clínica eran quienes se encargaban de conducir la intervención en los salones de ginecología o gine-oncología. Se atendió mayormente a mujeres con algún tipo de cáncer ginecológico o en caso de aborto.

Solamente en una de las ocasiones la practicante realizó de manera individual una visita, cuando asistió a un parto. En dicha ocasión, la practicante sirvió de acompañamiento a una joven de 18 años y a su pareja antes, durante y después del nacimiento de su bebé. Lo anterior implicó facilitar ejercicios de respiración para ambos para el manejo de la ansiedad y el dolor en el caso de la madre, así como colaborar con cualquier labor logística que fuera necesaria.

### **G. Revisiones bibliográficas:**

- **Número de horas dedicadas:** 190,5
- **Cantidad de veces dedicadas:** 62
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** La búsqueda de información para temáticas específicas, la utilización adecuada de bases de datos facilitadas por la universidad y plataformas de información en internet, la necesidad de fundamentar teóricamente todos los procesos y labores llevadas a cabo.
- **Productos obtenidos:** Información clave para uso personal para llevar a cabo las sesiones de atención individual y los talleres. Síntesis de información sobre temas específicos que se utilizaron para fundamentar los sondeos y sobre información relevante asociada a la práctica dirigida, que se incluyen a lo largo de este escrito.

### **H. Supervisiones:**

- **Número de horas dedicadas:** 20 horas (con director de la práctica dirigida), 62 horas (con asesora técnica)
- **Cantidad de veces dedicadas:** 20 veces (con director de la práctica dirigida), 46 veces (con asesora técnica)
- **Competencias adquiridas o reforzadas:** Realizar preguntas sobre los mejores abordajes para las diversas tareas y temáticas que se trabajaron durante la práctica, la asertividad de la práctica, la capacidad de recibir y apropiarse de la retroalimentación, tanto positiva como negativa.



## **I. Otras labores:**

Las siguientes corresponden a tareas que se llevaron a cabo ya sea solamente en una ocasión aislada o más bien de manera constante durante todo el proceso de la práctica.

- Inducción
  - **Número de horas dedicadas:** 6 horas
  - **Cantidad de veces dedicadas:** 3 veces
  - **Competencias adquiridas o reforzadas:** Conocimiento sobre el funcionamiento, general de la Clínica de Adolescentes y del servicio de psicología, así como establecimiento de las funciones básicas que se llevarían a cabo a lo largo de la práctica.
  
- Ordenamiento e inventario de pruebas psicológicas y materiales
  - **Número de horas dedicadas:** 16 horas
  - **Cantidad de veces dedicadas:** 9 veces
  - **Competencias adquiridas o reforzadas:** Conocimiento general sobre las pruebas y materiales con los que cuenta el servicio de psicología en la Clínica de Adolescentes.
  - **Productos obtenidos:** Registro escrito a mano de las cantidades y tipos de pruebas con las que se cuentan, para uso de la asesora técnica y futuros practicantes o residentes.

- Elaboración de notas
  - **Número de horas dedicadas:** 14 horas
  - **Cantidad de veces dedicadas:** 13 veces
  - **Competencias adquiridas o reforzadas:** Capacidad para realizar síntesis de los datos más importantes de una sesión de atención psicológica y formato para su redacción.
  - **Productos obtenidos:** 13 notas de sesiones que se incluyen en los expedientes médicos del HCG.
  
- Registro de actividades
  - **Número de horas dedicadas:** 45 horas
  - **Cantidad de veces dedicadas:** 36 veces
  - **Competencias adquiridas o reforzadas:** Capacidad para ordenar información relevante, así como análisis de datos.
  - **Productos obtenidos:** Cuadros con registros diarios, semanales y mensuales sobre las labores realizadas por la practicante, que fueron utilizadas para la redacción de gran parte de este escrito. Gráficos sobre información recolectada en entrevistas de “caso nuevo”, del año 2017 (ver anexo 13).
  
- Elaboración de materiales
  - **Número de horas dedicadas:** 38 horas
  - **Cantidad de veces dedicadas:** 14 veces
  - **Competencias adquiridas o reforzadas:** La creatividad para llevar a cabo el material, el uso de la herramienta en línea de diseño gráfico “Canva”, la síntesis de información teórica.

- **Productos obtenidos:** Folleto de “Depresión durante el embarazo y Post-parto” (ver anexo 9), 3 separadores de libro confeccionados para una actividad realizada el 21 de noviembre del 2017 para la prevención de la violencia de género (ver anexo 14), y múltiples impresiones y ordenamiento de materiales para sesiones de atención individual, talleres y actividades.

## **APORTE PROFESIONAL Y PERSONAL DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA**

Esta práctica dirigida representó una experiencia de gran aprendizaje personal. Se recibieron muchas horas de capacitación sobre temas de ginecología, obstetricia y salud sexual y reproductiva, lo cual es muy valioso de conocer para mejorar siempre la calidad del trabajo con las mujeres y el conocimiento propio de cara a futuras experiencias laborales.

Fue además una oportunidad para poder vivir de primera mano la forma en la que se ejerce la psicología clínica y de la salud con múltiples ejemplos y casos, lo cual permitió conocer cuáles son las mejores estrategias para las distintas condiciones y situaciones, así como tener la oportunidad de aplicar los conocimientos que se han venido adquiriendo por años de educación en esta disciplina.

Se adquirieron o reforzaron habilidades como la escucha empática, la sensibilidad ante las necesidades de las personas atendidas, técnicas clínicas (como por ejemplo preguntas para iniciar o cerrar una sesión, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación, entre otras), el encontrar los momentos adecuados para decir las cosas, el manejo de tiempo de las sesiones y el planeamiento de talleres con objetivos específicos. También se reforzó el manejo de la propia ansiedad ante los retos que supone la atención psicológica, el trabajo con otros profesionales de la salud, el trabajo en equipo, la medición constante de riesgos durante las sesiones, la revisión y síntesis de información actualizada en cada una de las tareas asignadas y todas aquellas habilidades que se mencionan en los resultados. Finalmente, la práctica fue muy oportuna también para identificar áreas de interés y fortalezas, así como limitaciones propias y aspectos por mejorar que son inherentes a cualquier proceso de aprendizaje.

## LIMITACIONES

Si bien la experiencia en esta práctica dirigida fue de gran provecho y en general tuvo un desarrollo fluido y óptimo, como es de esperarse, se presentaron algunas limitaciones que representaron retos durante los seis meses, así como áreas de mejora posibles. Una de ellas fue la falta de claridad por parte de la asesora técnica con respecto a las labores de las que es capaz y debe cumplir un practicante en esta modalidad de trabajo final de graduación, según los objetivos propuestos en el anteproyecto. Pero a pesar de lo anterior, se pudieron cumplir dichos objetivos e incluso surgieron otros nuevos, como se mencionó anteriormente.

Con respecto a la atención psicológica, las constantes ausencias de las jóvenes citadas y dificultades de coordinación para asignar algún proceso terapéutico completo a cargo de la practicante, fueron otra limitación. Lo anterior es comprensible tomando en cuenta que muchas de estas jóvenes pueden tener dificultades ya sean económicas, de distancia o académicas, para asistir regularmente a las sesiones psicológicas; además, la coordinación de estos espacios, tomando en cuenta la gran cantidad de personas que se atienden en el servicio de psicología, normalmente puede ser complicada.

El no poder llevarse a cabo ningún proceso terapéutico completo por parte de la practicante, influyó en el hecho de que no se tuviera la cantidad de espacios deseados para el ejercicio clínico en la atención desde una orientación cognitivo conductual, desde la cual estaba planteada esta práctica dirigida. Sin embargo, las bases del enfoque fueron utilizadas en todas las demás actividades que se realizaron.

Con respecto a los otros objetivos, se dieron algunas limitaciones también. Casi la totalidad de instrumentos de evaluación psicológica que se propusieron inicialmente

en el anteproyecto, no pudieron ser utilizados, debido a que no eran los que normalmente se usan en el servicio de psicología y más bien se les dio prioridad a otros con los que sí se contaba.

En el tercer objetivo propuesto para esta práctica se planteó la capacitación a padres y madres de familia, así como al personal de la Clínica de Adolescentes, en temáticas relacionadas con las consultas gineco-obstétricas desde la Psicología de la Salud. Lo anterior se pudo realizar únicamente con las profesionales de la Clínica. El trabajo con los familiares no se llevó a cabo porque si bien se les toma en cuenta siempre en las sesiones de atención de sus hijas, no es común que se brinden espacios solamente para padres o madres debido a dificultades en la convocatoria de estos.

Normalmente en la atención psicológica que se da en la Clínica de Adolescentes, cuando se llevan a cabo sesiones de atención individual o las sesiones del taller de autocuidado, no siempre se brinda un seguimiento adecuado de las jóvenes en el tiempo. Lo anterior dificulta la medición del impacto y alcances reales de las intervenciones, así como la retroalimentación de las labores llevadas a cabo en estos dos espacios. La forma en la que está estructurado el trabajo en la CCSS contribuye a lo mencionado, pues la alta densidad de personas atendidas y la falta de personal en servicios como este complican dicho seguimiento, así como la posibilidad de crear nuevas iniciativas en función de las necesidades de la población adolescente con la que se trabaja.

## DISCUSIÓN

Los resultados antes descritos son una muestra de los múltiples temas, estrategias, implicaciones, retos y contribuciones que conlleva el trabajo con mujeres adolescentes en el contexto costarricense. A lo largo de toda la práctica, los aportes teóricos de las diversas revisiones que se realizaron fueron una parte fundamental, que guió el quehacer, la visión y la actualización de todo lo que se llevó a cabo.

Uno de los pilares del abordaje que se hizo durante todo el periodo fue la visión integral del ser humano. A pesar de que la atención que se brindó fue psicológica, sería reduccionista únicamente tener en cuenta estos factores a la hora de trabajar con las jóvenes. Oblitas (2008) planteaba que al hablarse de salud deben tenerse en cuenta las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas que engloban las situaciones que las personas experimentan. A su vez Rosales (2012), hace énfasis en el hecho de que los cambios que se dan en la adolescencia en estos tres niveles van a afectar su identidad, proyecto de vida, relaciones significativas y emociones.

Lo anterior fue tomado en cuenta en todas las intervenciones que se realizaron. Un ejemplo claro de la importancia de lo anterior es el trabajo que se realiza en los cursos de preparación para el parto. Las jóvenes en estos espacios solían hablar con otras sobre sus preocupaciones sobre su cuerpo, cambios y dolencias que experimentan, de la tristeza o ansiedad que en ocasiones tienen, del apoyo de sus familiares e infinidad de situaciones, que si bien pueden tener similitud entre las jóvenes, al mismo tiempo las viven de manera totalmente distinta según sus condiciones.

Todas estas preocupaciones, dudas y comentarios que planteaban dejan en claro tres elementos clave: el ya mencionado, sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que implican las condiciones de salud, el nunca asumir que la experiencia de

todas es exactamente igual y la necesidad de la interdisciplinariedad en el trabajo. Con respecto a este último punto, Reynoso-Erazo y Seligson (2005), plantean que la naturaleza multifacética de las condiciones de salud es la que justifica que se dé una interacción interdisciplinaria entre profesionales, por lo que el trabajo que se realiza en la Clínica es de gran calidad, al fomentar la comunicación entre las diversas disciplinas que allí están representadas.

Las labores a realizar propuestas por la practicante inicialmente se basaron tanto en las recomendaciones del equipo asesor, como en la literatura revisada. Poleshuck y Woods (2014), planteaban que un profesional en psicología podía colaborar al realizar escaneos, evaluaciones, consultas, tratamientos, en la promoción de la salud y en el apoyo a quienes trabajan desde la ginecología y obstetricia. Lo anterior fue una guía importante y finalmente, como se pudo ver en los resultados, fue gran parte de lo que se realizó durante el periodo.

Para llevar a cabo las labores fue muy importante conocer sobre esfuerzos a nivel político, educativo y legal en Costa Rica, con el fin de promover la salud y bienestar de los adolescentes, especialmente en cuanto al tema de salud sexual y reproductiva. En la Política Nacional de Sexualidad (2010-2021), se plantea que el trabajo que se realice debe respetar la autodeterminación, la diversidad de las personas, la autonomía y los derechos asociados con la sexualidad y reproducción, para tener una perspectiva integral (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011a).

En Ministerio de Educación Pública, (2017a), propone que la educación para la afectividad y la sexualidad integral puede tener como ejes temáticos la vivencia plena de la sexualidad, en armonía con el bienestar y desarrollo personal y social, la corresponsabilidad en el disfrute de la sexualidad, desde el ejercicio y garantía plena de



derechos y el ejercicio de la sexualidad para la igualdad y equidad social. Para llevar a cabo las intervenciones en atención individual y los talleres (de autocuidado, preparación para el parto, taller MEP-CCSS), que fue donde más se tocaron estos temas, y dichos aportes fueron la base del trato y de los planes de trabajo que se realizaron.

Los planteamientos anteriores son importantes además, porque le dan un sustento a todo el trabajo que se realiza en la Clínica de Adolescentes, sobre todo en un momento en donde una parte significativa del país parece cuestionar la necesidad de educar a los niños y jóvenes en estos temas, para poder tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y bienestar propio, desde el respeto y la no discriminación.

Fue de gran relevancia también tener conocimiento sobre la “Ley de relaciones impropias”, pues una vez que se identificaba una situación de las que la ley penaliza, lo que correspondía era llevar a cabo una denuncia, con el fin de poder proteger a las adolescentes de posibles relaciones de poder. Lo anterior teniendo en cuenta lo que indicó el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017), con respecto a que el 89% de niñas entre los 12 y 14 años que reportaron estar en unión, vivían con un hombre al menos cinco años mayor que ellas.

El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile ha realizado una serie de escritos sobre orientaciones para los equipos de atención en consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estos textos fueron fundamentales para guiar las labores por distintas razones. Primero, dejaron en claro que la sexualidad puede ser un foco de atención en esta etapa por las consecuencias negativas que situaciones de violencia pueden causar en las jóvenes (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2016). De allí parte de la importancia de informarlas adecuadamente.

En segundo lugar realiza una lista de características o conductas que una persona que trabaja con esta población no puede tener, entre ellas: amenazar, retar, minimizar, asumir, juzgar, ridiculizar, etiquetar, interpretar o infantilizar (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2011). Lo anterior permitió en múltiples ocasiones evidenciar el comportamiento de otros profesionales de la salud o de la educación han tenido, según mencionaban algunas de las jóvenes en las consultas y además sirvió de referencia para guiar las propias conductas a la hora de atender a las adolescentes.

El punto antes mencionado puede ser contrastado con lo planteado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2014), en donde se retoman las competencias de flexibilidad, tolerancia a la frustración, escucha activa y capacidad de realizar preguntas abiertas, que son esenciales para establecer una buena relación con las jóvenes y que la consejería sea de mayor utilidad. Dichas competencias fueron adquiridas o reforzadas durante todo el proceso.

El tercer punto por el cual estos escritos fueron importantes, es porque destacan la necesidad de que la consejería se brinde de manera diferenciada, según las necesidades y al momento de vida en cuanto a la sexualidad en el cual se encuentre la adolescente. A la consulta individual asistían muchas jóvenes, todas con distintas experiencias, de allí la relevancia de adecuar los contenidos de las sesiones según la joven tuviera una intención de conducta postergadora, una intención de conducta anticipadora o si era sexualmente activa con pareja única o múltiples parejas (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2016).

Hay un elemento que es común a la mayoría de las intervenciones que se realizaron. Díaz, Garita, Sequeira y Alarcón (2006) planteaban que es necesario evaluar de forma permanente la presencia de factores de riesgo o de protección que tienen las

personas adolescentes en su desarrollo y la manera en que interactúan dichos factores. Identificar riesgos permitió en todas las ocasiones brindar la ayuda correspondiente, coordinar con otros profesionales o instituciones y velar por la seguridad de las adolescentes. Por su parte, identificar los factores protectores permitió fortalecer el apoyo social con el que contaban, promover actividades de entretenimiento y bienestar y reforzar los esfuerzos que cada una ha realizado para mejorar sus condiciones.

En las consultas se evidenció en múltiples ocasiones el hecho de que llevar una alimentación balanceada, una buena higiene del sueño y realizar actividad física de forma regular no siempre son prácticas comunes entre las jóvenes. Reynoso-Erazo y Seligson (2005) mencionaban que el sobrepeso, la vida sedentaria, el fumar, el vivir en ciudades altamente contaminadas, el uso de cinturones de seguridad, consumir alcohol en exceso y el estrés cotidiano, pueden influir negativamente en la salud. Tomar en cuenta esto fue de gran importancia, pues confirma la necesidad del fomento de hábitos de vida saludable que se llevó a cabo en la atención individual cada vez que se consideró necesario.

En cuanto a las áreas de intervención que fueron propuestas, el conocimiento teórico fue fundamental. Se plantearon inicialmente debido a necesidades propias de la Clínica, pero se hizo evidente al realizar las búsquedas, que estas temáticas eran de interés o preocupación con respecto a la adolescencia o al trabajo en ginecología y obstetricia. Por ejemplo, Geller et al. (2014), hablaban de la necesidad de abordar la salud sexual, brindar psicoeducación sobre síntomas médicos y psicológicos, fomentar la adherencia a tratamientos, cambios de estilos de vida, el manejo emocional ante el embarazo, el manejo de crisis en psicoterapia y además colaborar en el afrontamiento de la ansiedad y depresión. Lobel, et al. (2008), plantean que durante el embarazo, ante el

estrés que pueden experimentar las mujeres, es recomendable fomentar el apoyo social y las conductas saludables.

Morse et al. (2008) destacan la importancia de prestar atención constantemente a las adolescentes ante eventuales dificultades de la alimentación, pues estas son comunes y retadoras en mujeres jóvenes. Zerbe (2007) propuso que desde contextos de atención ginecológica y obstétrica se podían identificar trastornos alimenticios, debido a síntomas como la menstruación infrecuente, complicaciones durante el embarazo o infertilidad que podían ser señales de alerta.

Una vez en la práctica, frecuentemente se identificaron adolescentes con síntomas de depresión, mencionaban malestar o complicaciones con respecto al uso del internet o el teléfono inteligente y su relación con sus familias, amigos o parejas, así como se identificaron ideas distorsionadas sobre el cuerpo, el “ideal” de la figura femenina o dificultades en cuanto a su alimentación. La realidad es que estos temas están muy presentes en la cotidianidad de las jóvenes que se atienden en la Clínica de Adolescentes y deben seguirse abordando utilizando la mayor cantidad de información y evidencia posible.

Cabe destacar que el enfoque cognitivo conductual desde el cual partió la práctica dirigida, fue fundamental para la realización de las labores. Este modelo, al tener una visión contextual funcional, permitió comprender los diferentes comportamientos implicados en todas las actividades de forma pragmática y orientada a objetivos y aprendizajes.

## CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa llena de expectativas, cambios, retos y aprendizajes, en la cual la psicología puede ser una potenciadora de experiencias positivas, de toma de decisiones informadas, de resguardo de la seguridad y apoyo ante las dificultades. Este trabajo es un claro ejemplo de la relevancia de prestar mucha atención a las necesidades de las jóvenes costarricenses y de formar de la mejor manera posible a profesionales de la salud para ser un apoyo sólido para sus proyectos de vida y defensa de sus derechos.

Los objetivos que se plantearon en esta práctica dirigida se definieron en dos vías: hacia el beneficio de las personas consultantes mediante una atención de calidad y el aprendizaje y aplicación de conocimientos de la practicante. Tomando en cuenta toda la información que se detalla en este escrito, se considera exitoso el cumplimiento de todos los objetivos propuestos y valiosos los nuevos propósitos establecidos una vez que empezó la práctica.

El trabajo con mujeres adolescentes en el contexto de atención ginecológica y obstétrica requirió una exhaustiva revisión de literatura, por medio de la cual se pudieron evidenciar antecedentes teóricos y prácticos, establecer labores a realizar, estrategias y metodologías a utilizar, los enfoques y visiones desde los cuáles posicionarse y las habilidades y competencias necesarias para asegurar una atención integral y basada en la evidencia.

Diariamente se confirmó la necesidad de una labor interdisciplinaria, que tome en cuenta los factores biopsicosociales que influyen en las conductas y condiciones de salud y que se asegure de garantizar los derechos de las y los adolescentes. Dicha labor

debe ser respetuosa de la diversidad, de apertura hacia las vivencias de las adolescentes, procurar el fomento del apoyo social y potenciar los factores protectores existentes.

La retroalimentación recibida a lo largo de la práctica fue muy positiva por parte de las personas beneficiarias, que se mostraron en su totalidad con una gran disposición en las distintas labores realizadas y además una buena apropiación de los contenidos abordados y de las actividades que se llevaron a cabo. Lo anterior es muy positivo, tomando en cuenta el hecho de que esta práctica dirigida se planteó con la finalidad brindar apoyo a la población consultante en todo momento.

La experiencia vivida fue de gran satisfacción para la practicante, en la cual se pudieron adquirir y reforzar aprendizajes a nivel profesional y personal. El contacto con las adolescentes y sus familias a lo largo de la práctica fue muy enriquecedor, al mostrar realidades que resaltan la necesidad de apoyar sus propósitos y situaciones actuales. Se espera que el trabajo realizado fuera de beneficio para las jóvenes consultantes y sus personas cercanas, así como para la Clínica de Adolescentes en su labor tan relevante.

La formación académica brindada por la Escuela de Psicología fue fundamental para poder llevar a cabo esta práctica dirigida, así como el apoyo del equipo técnico, cuya constante supervisión dio la seguridad necesaria y el conocimiento para asegurar esta experiencia de aprendizaje. Esta es una modalidad de trabajo final de graduación muy completa, que permite el contacto directo con las poblaciones, la aplicación de habilidades antes aprendidas durante la carrera, conocer sobre el contexto laboral y de salud costarricense y finalizar un ciclo de aprendizaje de gran beneficio.

Por último, a la luz de las discusiones políticas recientes a nivel nacional, este trabajo busca dar cuenta de la importancia de brindar una adecuada información y

acompañamiento durante la adolescencia, especialmente en temas relacionados con la sexualidad y afectividad. Las decisiones o propuestas que se planteen en esta línea deben basarse en los hechos, así como en las necesidades, intereses y experiencias reales de los jóvenes.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuras prácticas dirigidas, aumentar la comunicación existente entre el equipo asesor de la universidad y la institución en la que se lleva a cabo la práctica, esto con el fin de tener una mayor claridad y coordinación con respecto a las labores asignadas al practicante, así como las competencias que un estudiante de este nivel posee y puede poner al servicio de la población con la que se va a trabajar.

Con respecto a la Escuela de Psicología, sería de mucha utilidad brindar una mayor información antes de que se inicie todo el proceso del trabajo final de graduación, sobre los trámites que hay que realizar, las fechas importantes y tiempos de anticipación o duración de estos y con respecto a la matrícula que debe llevar a cabo y los campos clínicos, junto con los plazos que incluyen. Lo anterior sería ideal puesto que esta información no es dada en un solo momento, sino que cada estudiante tiene que preguntar muchas de estas cuestiones conforme van surgiendo dudas o necesidades en sus prácticas y no siempre hay claridad sobre dichos procesos.

Se recomienda crear o facilitar más espacios para compartir las experiencias y conocimientos adquiridos en las prácticas dirigidas, que no se limite únicamente a las defensas de trabajo final de graduación. Además, se propone fortalecer la enseñanza de la psicología basada en la evidencia durante toda la carrera, con el fin de que sea una de las formas de facilitar una formación de calidad y responsabilidad ética.

En relación con la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se propone continuar dando espacios de aprendizaje tan valiosos como el de esta práctica, en todos los diferentes servicios que ofrece. Como recomendación, se propone estructurar en todos los servicios las diferentes experiencias



que se puede ofrecer a los practicantes en la Clínica, tal y como ya se realiza en el servicio de ginecología.

A futuras personas que trabajen con la población adolescente en contextos similares a este, se recomienda tener siempre apertura a lo que ellos tienen que decir, no posicionarse únicamente desde una visión adultocentrista, sino basarse en sus propias necesidades. Se requiere mucha sensibilidad en el trato y fomentar siempre espacios activos de participación, aprendizaje y recreación.

Es muy importante además incluir siempre a las familias de las o los jóvenes, que suelen influir directamente en sus condiciones o comportamientos, así como tener conocimientos con respecto a derechos y temas de género. Es recomendable tener siempre contacto directo con otros profesionales de la salud, en especial con aquellos de trabajo social, pues las situaciones suelen ir más allá de las competencias de una sola disciplina y finalmente, estar en constante evaluación de los riesgos y factores protectores, con el fin de brindar una atención con la mejor calidad posible.

## REFERENCIAS

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9, (1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Aguilar, M. (2015). Cyberbullying: Delimitación del concepto y recomendaciones para el abordaje dirigidas a padres, maestros y sector salud. *Revista Cúpula*, 29 (1), 51-63.
- American Psychological Association. (2007). Postpartum depression. Recuperado de <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-brochure-2007.pdf>
- Anchía, S., Badilla, D., Cordero, A. y Marín, K. (2012). *Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política Social en Salud dirigida a esta población, durante los años 2011 y 2012*. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José.
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. Recuperado de [http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv\\_guia\\_para\\_el\\_diagnostico\\_neuropsicologico.pdf](http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf)
- Arias, N., Leiva, A., Lobo, A. y Rivera, G. (2010). *Proceso de adaptación a Costa Rica del MMPI-A (Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, versión para adolescentes)*. (Seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San José.

- Arroyo, C., Becerra, A. Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Resendiz, A., Rivera G., Rivera L. y Reynoso, L. (2014). El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual. En Sánchez-Carrasco, L. y Nieto, J. (Eds). *Tendencias Actuales en Aprendizaje y Memoria: Memorias de la 1a Reunión Satélite de Aprendizaje y Memoria*. (pp. 146-173).
- Ata, R., Rojas, A., Ludden, A. y Thompson, J. K. (2011). Factors Influencing Body Image During Adolescence. En V. Preedy, R. Watson y C. Martin (Eds). *Handbook of Behavior, Food and Nutrition* (pp.3221-3239). New York: Springer.
- Baeza, B., Póo, A.M., Vásquez, O., Muñoz, S. y Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72 (2), 76-81. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000200002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000200002&script=sci_abstract)
- Beck, A. y Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596–619. doi: 10.1177/2167702616628523
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996) .Beck Depression Inventory—Segunda Edición. Manual. The Psychological Corporation, SanAntonio, TX.
- Bell, A., y D’Zurilla, T. (2009). The Influence of Social Problem-Solving Ability on the Relationship Between Daily Stress and Adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 439-448. doi: 10.1007/s10608-009-9256-8
- Betts, L. (2016). *Cyberbullying: Approaches, Consequences and Interventions*. United Kingdom: Palgrave MacMillan.

- Blackwell, T. y McDermott, A. (2014). Test Review: Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57 (4), 246 - 248. doi: 10.1177/0034355213515305
- Carmona, M., Bonilla, M. y Dávila, M. (1999). Caracterización de una muestra de población y su motivo de consulta en la clínica de adolescentes del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 113-125. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000100016&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100016&lng=en&tlng=es).
- Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA). (2007). Cognitive-Behavioral Therapy. Recuperado de <https://www.sfu.ca/content/dam/sfu/carmha/resources/cbt/CBTCoreInfo07-WEB.pdf>
- Chacón, A. (2010). Síndrome de Mayer- Rokitansky- Kuster- Hauser (agenesia congénita vaginal) (caso clínico). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXVII (592), 135-138. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/592/art6.pdf>
- Cho, H.J., Kwon, J.H. y Lee, J.J. (2008). Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*, 49(4), 553 - 562. doi: 10.3349/ymj.2008.49.4.553
- Código de la Niñez y la Adolescencia. (1997). Recuperado de <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigodelaninez.pdf>
- Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. (2010). Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Recuperado de

<http://www.psicologiacr.com/archivos/documentos/CODIGO%20DE%20ETICA.pdf>

- Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven (2013). Segunda encuesta nacional de juventudes: informe de principales resultados. Recuperado de [https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/II\\_Encuesta\\_Nal\\_de\\_Juventudes\\_Resultados\\_Principales.pdf](https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/II_Encuesta_Nal_de_Juventudes_Resultados_Principales.pdf)
- Cookingham, L. y Ryan, G. (2015). The Impact of Social Media on the Sexual and Social Wellness of Adolescents. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 28, 2-5.
- Crawley, S., Podell, J., Beidas, R., Braswell, L. y Kendall, P. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy with Youth. En K. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3ra edición, pp.375-410). Nueva York: The Guilford Press.
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberria, K., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2015). Risky eating behaviors and beliefs among adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 20 (2) 154– 163. doi: 10.1177/1359105313500683
- Díaz, M., Garita, C., Sequeira, M., Campos, M. y Muñoz, P. (2005). Bases Programáticas Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/basesprogramaticas2005.pdf>
- Díaz, M., Garita, C., Sequeira, M. y Alarcón, N. (2006). Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia: Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/modelocompleto.pdf>

- Díaz, V. (2010). La psicología de la Salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 2 (3), 57-71. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Díaz, M. I., Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz y A. Villalobos (Eds). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Díaz, M.I., Villalobos, A. y Ruiz, M. A. (2012). Desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz y A. Villalobos (Eds). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Dimidjian, S., Felder, J., Brown, A., Goodman, S., Gallop, R. y Beck, A. (2015). Staying Well During Pregnancy and the Postpartum: A Pilot Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the Prevention of Depressive Relapse/Recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84 (2), 134–145. doi: 10.1037/ccp0000068
- Dennis, C.L. y Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-206. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Dobson, K. y Dozois, D. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. En K. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3ra edición, pp.3-38). Nueva York: The Guilford Press.
- Dolle, K., Schulte-Körne, G., O’Leary, A.M., von Hofacker, N., Izat, Y. y Allgaier, A.K. (2012). The Beck Depression Inventory-II in adolescent mental health patients: Cut-off scores for detecting depression and rating severity. *Psychiatry Research*, 200, 843–848.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.

- Epstein, S. (2012). *Manual del Inventario de Pensamiento Constructivo. (4ta edición)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Everly, G. y Lating, J. (2013). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Springer Science+Business Media: New York.
- Exner, J. (2005). *Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática.
- Fenn, K. y Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioral therapy. *InnovAit*, 6 (9), 579-585. doi: 10.1177/1755738012471029
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2013). Derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes. Recuperado de [http://www.venezuelaigualitaria.org/Documentos/Derechos\\_sexuales\\_Reproductivos.pdf](http://www.venezuelaigualitaria.org/Documentos/Derechos_sexuales_Reproductivos.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017). Relaciones Impropias: cuando la edad sí importa. Recuperado de <http://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cuaderno%20relaciones%20impropias.pdf>
- Fornari, V., Dancyger, I., Renz, J., Skolnick, R. y Rochelson, B. (2014). Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 90-94. doi: 10.4236/ojog.2014.42016

- Fresco, D., Flynn, J., Minnin, D. y Haigh, E. (2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. En J. D. Herbert y E. Forman (Eds). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. Wiley. doi: 10.1002/9781118001851
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. Recuperado de <http://www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-26-1982.pdf>
- Geller, P., Nelson, A., Kornfield, S. y Goldstein, D. (2014). Women's Health: Obstetrics and Gynecology. En C. Hunter, C. Hunter y R., Kessler (Eds). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp.327-368). New York: Springer.
- Giacomin-Carmioli, L. y Leal-Mateos, M. (2012). Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia", 2010. *Acta Médica Costarricense*, 54 (2), 97-101. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000200005](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000200005)
- Goodman, J., Guarino, A., Chenausky, J., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., et al. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 373–387. doi: 10.1007/s00737-013-0402-7
- Grillo, M. y Esquivel, W. (2010). Adolescencia y TIC en Costa Rica: nuevas oportunidades, nuevos desafíos. Ciberseguridad en Costa Rica, PROSIC.
- Hayes, S., Pistorello, J. y Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836



- Hyun, J. C., Jung, H. K., Jeong, J. L. (2008). Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*, 49 (4), 553-562. doi: 10.3349/ymj.2008.49.4.553
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014-2015). Nacimientos según grupos de edades y estado conyugal de la madre 2012-2015. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/documento/cuadro-752-nacimientos-segun-grupos-de-edades-y-estado-conyugal-de-la-madre-2012-2015>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016). Nacimientos. Datos definitivos. Recuperado de [http://www.inec.go.cr/estadisticas-vitales?keys=&at=All&prd=All&field\\_anio\\_documento\\_value%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=](http://www.inec.go.cr/estadisticas-vitales?keys=&at=All&prd=All&field_anio_documento_value%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017). Nacimientos. Primer semestre 2017. Características de la madre, del padre y de la persona recién nacida. Datos Preliminares. Recuperado de [http://www.inec.go.cr/estadisticas-vitales?keys=&at=All&prd=All&field\\_anio\\_documento\\_value%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=](http://www.inec.go.cr/estadisticas-vitales?keys=&at=All&prd=All&field_anio_documento_value%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=)
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (4), 269-278. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n4/art03.pdf>
- Kemp, E., Bui, M. y Grier, S. (2013). When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. *Journal of Consumer Behaviour*, 12, 204–213. doi: 10.1002/cb.1413
- Labrador, F., Requesens, A. y Helguera, M. (2012). Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2015-03-22->

- Gu%C3%ADa%20para%20padres%20y%20educadores%20sobre%20el%20uso%20seguro%20de%20Internet,%20videojuegos%20y%20m%C3%B3viles.pdf
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M Y Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202 (1), 5-14.
- Ley N° 9406 –Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas, reforma Código Penal, Código de Familia, Ley Orgánica TSE y Registro Civil y Código Civil”. Diario Oficial La Gaceta. San José, Costa Rica (13 de enero del 2017)
- Livingstone, S., et al. (2017). Maximizing Opportunities and Minimizing Risks for Children Online: The Role of Digital Skills in Emerging Strategies of Parental Mediation. *Journal of Communication*, 67, 82–105.
- Lobel, M., Hamilton, J. y Cannella, D. (2008). Psychosocial Perspectives on Pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping. *Social and Personality Psychology*, 2/4, 1600–1623. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00119.x
- López, V., Naranjo, H., Pessoa, E., Sánchez, F., Piedra, A., Jarquín, A. et al. (2013). Lineamientos institucionales para la atención grupal dirigida a la población adolescente. Recuperado de <http://www.unfpa.or.cr/images/resultados/Lineamientos%20CCSS%20para%20la%20atencion%20grupal%20dirigida%20a%20poblacion%20adolescente.pdf>
- Lucio, E. (1998). *Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para Adolescentes*. México: El Manual Moderno.

- Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J. y Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163–169. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005.
- Maguth, C., Nezu, A., y Colosimo, M. (2015). Case Formulation and the Therapeutic Alliance in Contemporary Problem-Solving Therapy (PST). *Journal of Clinical Psychology: in session*, 71(5), 428–438. doi: 10.1002/jclp.22179
- McKenzie-McHarg, K., Cockburn, J. y Cox, J. (2007). Antenatal and Postnatal Depression. En J. Cockburn y M. Pawson (Eds). *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology*. Londres: Springer-Verlag.
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. (2017a). Programa de Estudio de Educación para la Afectividad y la Sexualidad Integral. Educación diversificada. Recuperado de [http://cse.go.cr/sites/default/files/afectividad\\_y\\_sexualidad\\_integral\\_diversificada\\_2017.pdf](http://cse.go.cr/sites/default/files/afectividad_y_sexualidad_integral_diversificada_2017.pdf)
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. (2017b). Programa de Estudio de Educación para la Afectividad y la Sexualidad Integral. III Ciclo. Recuperado de [http://www.mep.go.cr/sites/default/files/programadeestudio/programas/afectividad\\_y\\_sexualidad-3ciclo.pdf](http://www.mep.go.cr/sites/default/files/programadeestudio/programas/afectividad_y_sexualidad-3ciclo.pdf)
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2010). Informe de la encuesta de salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-nacionales-y-mundiales/88-informe-de-resultados-encuesta-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-costa-rica-2010/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011a). Política Nacional de Sexualidad (2010-2021). Parte 1: Marco Conceptual y Normativo de la Política. Recuperado de

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/1038-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i>

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011b). Política Nacional de Sexualidad (2010-2021). Parte 2: Análisis de Situación; Propósito, Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de Intervención de la Política de Sexualidad. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1039-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii/file>

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016). Informe de la segunda encuesta de salud sexual y reproductiva. Recuperado de: [http://adc-cr.org/pdf/Informe-2daEncuesta\\_SSSR.pdf](http://adc-cr.org/pdf/Informe-2daEncuesta_SSSR.pdf)

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2011). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2016). *Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2014). Consejerías en salud sexual y reproductiva: Propuesta de diseño, organización e implementación. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/2015/3.pdf>

Mora, M. (2017). *Práctica dirigida en la Clínica de Adolescentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*.

- (Trabajo final de graduación en la modalidad de práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San José.
- Moreno, M. A. y Ortiz, G.R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511847004>
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Morse, D., Walsh, J. y Jelley, M. (2008). Women. En M. Feldman y Christensen, J. (Eds). *Behavioral Medicine: A guide for clinical practice*. (3ra edición, pp.111-120) McGraw Hill. doi: 10.1036/0071438602
- Nardi, B., Bellantuono, C. y Moltedo-Perfetti, A. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (6), 434 - 443. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000600005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600005)
- National Bullying Prevention Center (2017). Cyberbullying: What Parents Can Do to Protect Their Children. Recuperado de <https://www.pacer.org/publications/bullypdf/BP-23.pdf>
- Navas, W. (2013). Depresión post-parto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. LXX (608), 639-647.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16 (1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A text book*. Londres: McGraw Hill. Open University Press.

- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. UK: Wiley-Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (2011). The sexual and reproductive health of younger adolescents. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44590/1/9789241501552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44590/1/9789241501552_eng.pdf)
- Osman, A., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., Williams, J.E. y Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 83–102. doi: 10.1002/jclp.20433
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A., Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A Brief Neuropsychological Test Battery in Spanish with Norms by Age and Educational Level. *International Journal of Neuropsychology*, 5 (5), 413-433.
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., Pineda, D. (2007). NEUROPSI ATTENTION AND MEMORY: A neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*. 14,3, 156-170.
- Ovejero, A., Yubero, S., Larrañaga, E., Moral, M. (2016). Cyberbullying: Definitions and Facts from a Psychosocial Perspective. En R. Navarro et al. (eds.), *Cyberbullying Across the Globe*. Suiza: Springer International Publishing. DOI 10.1007/978-3-319-25552-1\_1
- Pantic, I. (2014). Online Social Networking and Mental Health. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17 (10), 652-657. DOI: 10.1089/cyber.2014.0070
- Pasqualini, D. (2010). Diagnóstico de las necesidades de la población adolescente. En D. Pasqualini y A. Llorens (compiladores). *Salud y Bienestar de Adolescentes y*

- Jóvenes: Una Mirada Integral* (pp.110-117). Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Pasqualini, D. (2010). Abordaje clínico-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria. En D. Pasqualini y A. Llorens (compiladores). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral* (pp.306-317). Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Peralta, R., Fúster, F. y Medina, D. (2008). Virus de Papiloma Humano en niñas y adolescentes. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXV (585), 277-283. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2008/rmc084j.pdf>
- Pérez, R. (2014). Usos de tecnologías móviles y mediación adulta en niños y niñas de 10 a 13 años del área metropolitana de Costa Rica. Recuperado de [http://www.crianzatecnologica.org/sites/default/files/recursos\\_apoyo%20informe\\_final\\_investigacion.pdf](http://www.crianzatecnologica.org/sites/default/files/recursos_apoyo%20informe_final_investigacion.pdf)
- Pérez, R. (2016). Adolescencia, socialización y TIC. Hacia la Sociedad de la Información y el Conocimiento en Costa Rica: Informe 2016. Recuperado de [http://www.prosic.ucr.ac.cr/sites/default/files/recursos/informe\\_2016.pdf](http://www.prosic.ucr.ac.cr/sites/default/files/recursos/informe_2016.pdf)
- Poleshuck, E. y Woods, J. (2014). Psychologists Partnering With Obstetricians and Gynecologists. *American Psychologist*, 69 (4), 344–354. doi: 10.1037/a0036044
- Ramírez, M., Ostrosky-Solís, F. (2009). Atención y Memoria en Pacientes con parálisis cerebral. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9 (1), 55-64.

- Ramón-Cortés, F. (2010). ¿Internet amenaza el contacto real? *El País Semanal*, 1736, 24-25.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 1044-105. doi: 10.1017/S1138741600002687
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), pp. 5-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Romo, D., Garnett, C., Younger, A., Stockwell, M., Soren, K., Catalozzi, M. y Neu, N. (2017). Social Media Use and its Association with Sexual Risk and Parental Monitoring among a Primarily Hispanic Adolescent Population. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 30, 466-473.
- Rosales, J. (2012). Adolescencia y sexualidad. En V. Muñoz y C. Ulate (Eds). El derecho humano a la educación para la afectividad y la sexualidad integral: contribuciones para una reforma educativa necesaria. Universidad Nacional de Costa Rica. Recuperado de [http://www.adc-cr.org/pdf/educacion\\_sexual\\_digital.pdf](http://www.adc-cr.org/pdf/educacion_sexual_digital.pdf)
- Royal Society for Public Health & Young Health Movement. (2017). Status of mind: Social media and young people's mental health and wellbeing. Recuperado de <https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/social-media-and-young-people-s-mental-health-and-wellbeing.html>
- Sadhir, M., Stockburger, S. y Omar, H. (2016). Challenges of internet and social media use in adolescents. *Dynamics of Human Health*, 3 (1), 1-6.



- Sciara, A. y Ritzler, B. (2007). *El Pequeño Libro de Administración para el Sistema Comprensivo de Rorschach*. Buenos Aires: Editorial Fersic.
- Slonje, R., Smith, P. y Frisén, A. (2013). The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Computers in Human Behavior*, 29 (1), 26-32.
- Smith, P. K. (2012). Cyberbullying and cyber aggression. En S. R. Jimerson, A. B. Nickerson, M. J. Mayer, y M. J. Furlong (Eds.), *Handbook of school violence and school safety: International research and practice* (pp. 93–103). New York, NY: Routledge.
- South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence. (2014). Grooming and predatory behaviour. Recuperado de <http://www.secasa.com.au/assets/Documents/grooming-and-predatory-behaviour.pdf>
- Suzuki, S. y Tanuoé, A. (2013). Psychoeducation. En M. Gellman y R. Turner (Eds). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer.
- Temple, J., Paul, J., van den Berg, P., Le, V., McElhany, A. y Temple, B. (2012). Teen sexting and its association with sexual behaviors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166(9), 828–833. doi:10.1001/archpediatrics.2012.835.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. y Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379 (9820), 1056-67. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- The Alan Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2004). *Salud Sexual y Reproductiva: Una inversión que vale la pena*. Recuperado de [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/addingitup2003spanish.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingitup2003spanish.pdf)
- Undiyaundeye, F. (2014). Impact of social media on children, adolescents and families. *Global Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 3 (2), 1-4.

- UNICEF. (2007) Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. *Desafíos*, 4, 1-12. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/desafios\\_\\_n4\\_esp\\_Final\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/desafios__n4_esp_Final(1).pdf)
- Van Ouytsel, J., Ponnet, K., Walrave, M. y d'Haenens, L. (2017). Adolescent sexting from a social learning perspective. *Telematics and Informatics*, 34, 287-298.
- Vargas, L. y Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: Descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales*, 138, 101-110. doi: 10.15517/res.v0i138.12089
- Villegas, S. (2014). Adolescent Pregnancy in Costa Rica. En: A. Cherry y M. Dillon (Eds). *International Handbook of Adolescent Pregnancy* (pp.257-280). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4899-8026-7
- Walrave, M., Ponnet, K., Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Heirman, W., Verbeek, A., 2015. Whether or not to engage in sexting: explaining adolescent sexting behaviour by applying the prototype willingness model. *Telematics Inform*, 32, 796–808.
- Webster, M. (2011). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 17, 309–316. doi: 10.1192/apt.bp.107.005256
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K. y Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74 (3), 151-8. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v74n3/art04.pdf>

Zaltzman, A., Falcon, B. y Harrison, M. (2015). Body Image in Adolescent Pregnancy.

*Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 28 (2), 102-108. doi:

10.1016/j.jpag.2014.06.003

Zerbe, K. (2007). Eating disorders in the 21st century: Identification, management, and

prevention in obstetrics and gynecology. *Best Practice & Research Clinical*

*Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), 331-343. doi:

10.1016/j.bpobgyn.2006.12.001

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta de finalización de la práctica dirigida

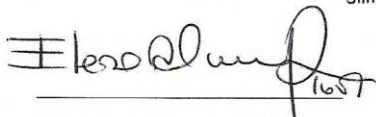
Febrero 2018, San José, Costa Rica

Escuela de Psicología  
Universidad de Costa Rica

Por medio de la presente confirmo que Gloriana Giusti Mora cédula 115830067, hizo uso de su campo clínico para la Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, cumpliendo con los seis meses propuestos inicialmente, en el horario establecido, siendo responsable y ética con sus labores dentro de la Clínica.

Dicha práctica se extendió del 8 de agosto del 2017 al 8 de febrero del 2018, en la Clínica de Adolescentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

MSc. Elena Alvarado Rodríguez  
PSICÓLOGA CLÍNICA Y DE LA SALUD  
Código 1607  
Clínica de Adolescentes H. C. G



MSc. Elena Alvarado Rodríguez  
Psicóloga Clínica código 1607  
Supervisora

## Anexo 2. Entrevista de “Caso Nuevo”

HOSPITAL CALDERON GUARDIA  
CLINICA DE ADOLESCENTES  
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD  
I DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA: \_\_\_\_\_

Datos generales

Nombre:  
Número de expediente  
Fecha de nacimiento:  
Lugar de residencia:  
Teléfonos:

Características sociodemográficas

1. Edad:  
2. Nacionalidad:  
3. Estado civil: 3.1 Soltero(a) \_\_\_ 3.2 Casado ( ) 3.3 Unión libre ( ) 3.4 Separado ( ) 3.5 Otro ( )  
4. Ocupación: 4.1 Estudiante actual ( ) 4.2 No estudia ( ) 4.3 Empleada formal ( ) 4.4 Empleada informal ( )  
5. Nivel educativo: 5.1 PI \_\_\_ 5.2 PC \_\_\_ 5.3 SI \_\_\_ 5.4 SC \_\_\_ 5.5 TI \_\_\_ 5.6 TC \_\_\_ 5.7 UI \_\_\_ 5.8 UC \_\_\_  
6. 6.1 Nombre del colegio o institución: \_\_\_\_\_ 6.2 Cambios de institución: Si ( ) No ( )  
Especifique 6.3 Repitente Si ( ) No ( ) Cuáles años. \_\_\_\_\_ Explique motivo. \_\_\_\_\_  
6.4 Rendimiento académico: \_\_\_\_\_ 6.5 Adecuaciones curriculares: Si ( ) No ( ) Tipo de adecuaciones \_\_\_  
7 Vive con: 7.1 Ambos padres ( ) 7.2 Madre ( ) 7.3 Padre ( ) 7.4 Abuelos ( ) 7.5 Suegros ( ) 7.6 Pareja afectiva ( )  
7.7 Institución ( ) 7.8 Otro ( ) \_\_\_\_\_

Datos generales de los padres

8. Madre ( ) Cuidadora primaria ( ) \_\_\_\_\_  
Número de cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
9. Padre ( ) Padrastro ( ) \_\_\_\_\_  
Número de cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

1. Enfermedades médicas ( ) \_\_\_\_\_  
2. Enfermedades psiquiátricas ( ) \_\_\_\_\_  
3. Alcoholismo ( ) Drogas ( ) \_\_\_\_\_  
4. Violencia intrafamiliar ( ) \_\_\_\_\_

Toman medicamentos para su control Si ( ) No ( ) Especifique:

\_\_\_\_\_

#### IV ANTECEDENTES PERSONALES

##### Condiciones médicas y tratamiento previo

1. Cuáles condiciones médicas y/o físicas han estado presentes? Internamientos? Duración, frecuencia, intensidad de la sintomatología? De qué manera han tenido influencia las condiciones médicas y/o psicológicas en el funcionamiento de la joven?Cuál ha sido la respuesta del joven y su familia hacia el tratamiento en el pasado?

##### Situaciones de riesgo de daño a sí mismo

1. Intentos de daño: Si ( ) No ( )

2. Especifique:

El primero:

El más severo:

El más frecuente:

3. Uso de alcohol? Si ( ) No ( )

4. Consumo de tabaco? Si ( ) No ( )

5. Consumo de drogas? Si ( ) No ( )

Estrategias de afrontamiento. Cómo lo resolvieron? Necesitó apoyo médico?

Búsqueda de apoyo ( )

Evitación cognitiva ( )

Descarga emocional ( )

Aceptación/Resignación ( )

Solución de problemas ( )

Análisis lógico ( )

Reevaluación positiva ( )

##### Actividades e intereses. Cualidades.

Sondear aislamiento social, extroversión, introversión. Cuáles son las actividades que realiza? Deportes? Quiénes son los amigos? Desde hace cuánto ha establecido amistades? Desde hace cuánto tiene tales amigos?

#### V.RELACIONES FAMILIARES

Incluye el sondeo si se presentó o no alguna situación conflictiva durante el desarrollo en sus primeros meses de vida y/o durante la actual consulta: **separación, divorcio, drogas en familia, pérdidas significativas** (de trabajo, de algún familiar, etc). **Cambios de domicilio.**

1. Cómo ha sido la relación entre el joven y cada cuidador primario?

2. Cómo es el clima al interno de la familia? Conflictivo? Cálido?, Permisivo?

3. Ha sido el joven testigo-víctima de violencia doméstica? Si ( ) No ( ) Tipo \_\_\_\_\_

4. Ha sido víctima de abuso sexual? \_\_\_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_

Denuncia interpuesta? \_\_\_\_\_

#### **GENOGRAMA**

##### Prácticas disciplinarias

Cuáles han sido las técnicas de disciplina utilizadas? Cuáles técnicas han tenido buen resultado y cuáles no?

Cuál ha sido el "estilo parental": exigente, autoritario, permisivo, negociador, conciliador, indulgente, etc?

Están de acuerdo ambos padres y/o cuidadores con la disciplina? Existen diferencias. Se desautorizan o comparten decisiones?

**SI AMERITA, PREGUNTE POR EL DESARROLLO INFANTIL.**

1. Desarrollo embarazo?
2. Desarrollo psicomotor?
3. Lactancia materna?
4. Lenguaje?
5. Social-amigos? Interacción social?
6. Rendimiento académico escolar? Deserción, expulsiones, repitencia?
7. Patrones de sueño, alimentación?
8. Descripción del temperamento?
9. Presencia de violencia intrafamiliar? Historia de abuso sexual? Otros.
10. Enfermedades – Visitas al médico?

**ENTREVISTA CON LA ADOLESCENTE**

**Actividad sexual:**

Edad inicio relaciones sexuales (VSA): \_\_\_\_\_

Número de compañeros sexuales: \_\_\_\_\_

Ha utilizado métodos de anticoncepción: Si ( ) No ( ) Especifique \_\_\_\_\_

Actual utiliza: Si ( ) No ( ) Especifique \_\_\_\_\_

ITS \_\_\_\_\_

Embarazo Si ( ) No ( ) Edad gestacional

Planeado Si ( ) No ( ) A qué edad deseaba embarazo? ( )

**Si aplica: Cuáles motivos adelantaron el embarazo?**

( ) No se conocían métodos de anticoncepción

( ) No se utilizaron métodos de anticoncepción

( ) Incorrecto uso de anticoncepción /Por olvido ( ) Por dificultad de acceso a los mismos ( ) Otros ( )

( ) Incorrecto uso del preservativo /Por desconocimiento ( ) Por olvido ( ) Por dificultad de acceso al mismo ( )

Otros ( )

( ) No era negociable uso del preservativo (uno de los dos no quería utilizarlo)

( ) Relación sexual sin consentimiento (asalto sexual)

( ) Otro \_\_\_\_\_

**Fechas de curso de preparación para el parto:** \_\_\_\_\_

Pareja actual:

Es el padre del niño: Si ( ) No ( )

Tiempo de relación:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Familia acepta al novio: Si ( ) No ( ) Otro ( ) Especifique

### Anexo 3. Escala de Depresión Post natal de Edimburgo y factores protectores y de riesgo evaluados

#### Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiend. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Muchos menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Sí, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos; d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítemes.



1. Has tenido en algún momento de tu vida, síntomas de:  
Depresión si ( ) no ( )  
Ansiedad si ( ) no ( )
  
2. ¿Has estado expuesta a algún tipo de violencia en tu casa, por parte de algún familiar o persona cercana? Si ( ) No ( )  
Especifique: Psicológica ( ) Física ( ) Sexual ( )
  
3. **Actualmente**, ¿vives alguna situación de violencia en tu casa, por parte de algún familiar o persona cercana? Si ( ) No ( )  
Especifique: Psicológica ( ) Física ( ) Sexual ( )
  
4. ¿Has vivido alguna pérdida significativa? si ( ) no ( )
  
5. ¿Qué tan satisfactoria es la relación actual con el papá de bebé?  
Insatisfecha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Satisfecha
  
6. ¿Se cumplen en tu casa las necesidades básicas de alimentación, casa y servicios básicos?  
Insatisfecha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Satisfecha
  
7. Satisfacción General de la vida familiar  
Insatisfecha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Satisfecha

## Anexo 4. Instrumento sobre uso de redes sociales e internet

### ENCUESTA SOBRE USO DE REDES SOCIALES E INTERNET

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer la percepción de los y las adolescentes sobre el uso de internet y redes sociales. La información es confidencial. Te agradecemos que la información que aportés sea lo más sincera posible.

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Número de cédula de identidad: \_\_\_\_\_

3. ¿Actualmente estudiás?

Si ( ) Grado/Año \_\_\_\_\_ No ( ) Año aprobado más reciente \_\_\_\_\_

4. ¿Quién es tu encargado legal?

Ambos padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Institución ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

5. ¿Qué dispositivos utilizás para conectarte a internet? (Podés marcar varias opciones)

Celular ( ) Computadora ( ) Tableta ( ) Otros \_\_\_\_\_

6. ¿En qué lugar ingresás a internet? (Puede marcar varias opciones)

Casa ( ) Centro de estudios ( ) Lugar público con Wifi ( ) Otros \_\_\_\_\_

7. ¿Cuáles sitios y redes sociales visitás? (Podés marcar varias opciones)

Whatsapp ( ) Instagram ( ) Facebook ( ) Twitter ( ) Youtube ( ) Snapchat ( ) Messenger ( ) Skype ( )  
Google ( ) Otros \_\_\_\_\_

8. ¿Para qué usás esos sitios y redes sociales principalmente? (Puede marcar varias opciones)

- Comunicarte con otras personas (hablar por chats, publicar contenidos, etc.)
- Entretenimiento (música, videos, libros, películas, series, videojuegos etc.)
- Académicas (buscar información, herramientas e ideas para hacer trabajos, etc.)
- Informativas (ver noticias, ver información relevante, etc.)
- Otros \_\_\_\_\_

9. Cuando utilizás mensajes de texto, ¿cuáles han sido las razones principales? (Podés marcar varias opciones)

Me cuesta mucho hablar cara a cara ( ) Es más fácil escribir sentimientos que decirlos ( )

Puedo contar secretos o preguntar ( ) Es más barato que llamar por teléfono ( )

Todos mis amigos los utilizan ( ) Otro \_\_\_\_\_

10. ¿En algún momento has experimentado alguna de estas situaciones al utilizar **INTERNET**? (Marcá con una x)

	Si	No
Se han burlado de vos		
Te has burlado de otras personas		
Te han amenazado		
Has amenazado a alguien		
Te han enviado mensajes o hecho llamadas ofensivas		
Has enviado mensajes o hecho llamadas ofensivas a otras personas		
Has tenido conversaciones con contenido sexual <b>voluntariamente</b>		
Has tenido conversaciones con contenido sexual <b>en contra de tu voluntad</b> (obligado/a o por presión)		
Te han pedido fotos o videos de tus partes íntimas		
Has enviado a alguien fotos o videos de tus partes íntimas <b>voluntariamente</b>		
Has enviado a alguien fotos o videos de tus partes íntimas <b>en contra de tu voluntad</b> (obligado/a o por presión)		
Has recibido fotos o videos con contenido sexual <b>sin que vos lo pidieras</b>		
Has visto pornografía por internet <b>voluntariamente</b>		
Has visto pornografía por internet <b>en contra de tu voluntad</b> (obligado/a o por presión)		

11. En caso de que **hayás** tenido alguna experiencia de las anteriores que **percibás** como desagradable o negativa ¿Cómo reaccionaste? (Podés marcar varias opciones)

- Le contaste a alguien de tu familia
- Le pediste ayuda a un amigo (a)
- Respondiste de manera similar
- Expresaste tus emociones
- Decidiste guardar tus emociones
- Restringiste el acceso a su información
- Trataste de borrar el mensaje, foto
- Dejaste de usar el celular o computadora
- Denunciaste legalmente la situación
- No supiste qué hacer
- Nunca has experimentado ninguna experiencia negativa

12. ¿Tus **padres o encargados** han realizado alguna de las siguientes acciones con respecto al uso de internet? (Marque con una x)

	Si	No
Supervisan o revisan las páginas y búsquedas que <b>realizás</b>		
Restringen tu acceso ya sea a algún sitio o red social		
Restringen el tiempo en el que <b>podés</b> estar conectado		
Te han hablado sobre los beneficios de utilizarlo		
Te han hablado sobre los riesgos que pueden existir al utilizarlo		
Te dan indicaciones sobre cómo utilizarlo de forma segura		

13. Con respecto a la supervisión de tu uso de internet, **considerás** que tus padres han sido:

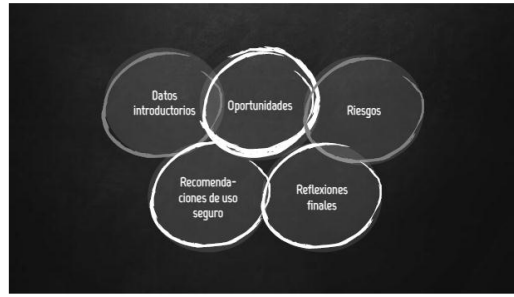
Restrictivos ( ) Negociadores ( ) Permisivos ( )

14. Te ha pasado en alguna relación afectiva situaciones tales como:

	Si	No
Te ha restringido el acceso ya sea a algún sitio, red social o comunicación con alguien en particular		
Se han generado discusiones o críticas por parte de esta persona al uso que le has dado		
Ha revisado sin tu autorización información personal		

¡MUCHAS GRACIAS!

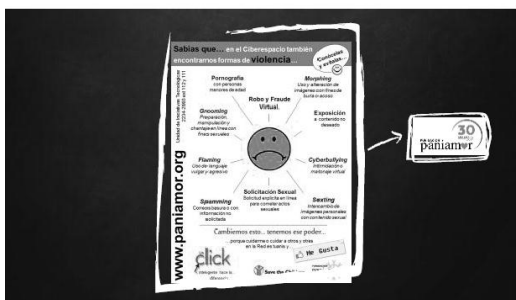
# Anexo 5. Presentación digital sobre “Redes sociales e internet en la adolescencia”



😊 **USO POSITIVO:** Se aprovechan las herramientas, sin afectar el curso de la vida cotidiana.  
 😞 **USO NEGATIVO:** Afecta la autoestima, hay pérdida de control de la persona, provoca ansiedad o aislamiento.  
 🗨️ **EFFECTO DE DESINHIBICIÓN ONLINE:** Si un joven considera que sus pares participan de ciertas conductas, aunque sean de alto riesgo, es más probable que él o ella sean parte de esto también, pues es percibido como algo "normal".

Coolingham & Ryan, 2015

OPORTUNIDADES	
Académicas	Recursos pedagógicos (Google Drive, tutoriales y videos de Youtube, etc)
Conciencia política y social	Noticias, documentales, información al instante.
Expresión creativa	Múltiples softwares para creación de contenidos, plataformas de difusión de ideas, acceso a producciones audiovisuales, etc.
Interacción social	Vínculos, relaciones, habilidades sociales, apoyo, autoexpresión, identidad.
Entretención	Videos, música, libros, videojuegos.



1 **USO ADICTIVO**

Uso excesivo del internet que afecta el funcionamiento cotidiano de la persona.

**SEÑALES DE ALARMA**

- Descuidar actividades relevantes, como obligaciones académicas, contacto familiar, cuidado de salud.
- Recibir quejas sobre el uso de las redes.
- Pensar constantemente en las redes, incluso cuando no las está utilizando.
- Excesiva irritación ante condiciones lentas de internet.
- Aislamiento social.
- Disminución de rendimiento académico.
- Frustración de sueño por estar conectado a la red más de 5 horas.
- Mentiras sobre el tiempo de conexión en la red.
- No conseguir limitar el tiempo de uso.

**USO ADICTIVO**

**INTERVENCIÓN**

1. Estimular la actividad física y deporte.
2. Fomentar la comunicación y diálogo dentro de la familia.
3. Potenciar aficiones culturales, literaria, cine, etc.
4. Impulsar la relación con otras personas.
5. Limitar el uso de aparatos tecnológicos y negociar la cantidad de horas de dicho uso.

\*Respuestas afrontamiento-exposición-prevención de recaídas-planificación de tiempo libre

2 **SEXTING**

Enviar o recibir contenido sexualmente explícito a través de mensajes de texto, teléfonos inteligentes o redes sociales

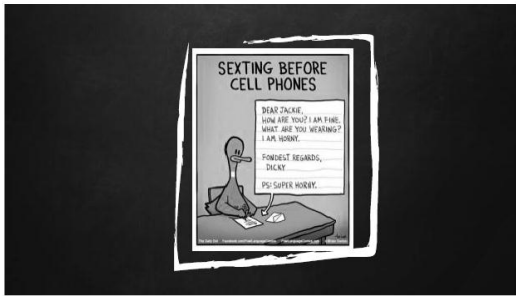
•Más aprobación si pares lo hacen  
 •Asociado a mayor prevalencia a conductas sexuales de riesgo (Más parejas sexuales, consumo de drogas o alcohol antes de tener relaciones sexuales).

•Monitoreo parental disminuye el riesgo de que se dé el sexting.  
 •Asociación entre el uso de redes sociales, apps, sexting y el uso de métodos de anticoncepción y anticoncepción de emergencia.

•No necesariamente es negativo si no hay relación de poder o abuso.

Temple et al., 2012

Rome et al., 2012



### 3 CYBERBULLYING

Cualquier forma de agresión perpetrada a través de la tecnología, incluye cualquier tipo de acoso que se dé por medio de correo electrónico, chats, mensajes de texto, sitios web, redes sociales, videos o imágenes. El acoso puede implicar la provocación, burlarse de alguien, hacer amenazas, hacer comentarios negativos o groseros, difundir rumores o hacer comentarios groseros o amenazadores.

- Efectos físicos, académicos, psicológicos y sociales.
- Acosados, grandes audiencias.
- Intervención en escuelas, familiares, psicología, mejora apoyo social.
- Padres: Crearles, apoyo en el proceso, monitoreo constante, fomento de confianza, ejemplo de no violencia, no castigar el uso.
- Habilidades de afrontamiento.



### 4 GROOMING

Hacense amigo de un menor de edad con el fin de persuadirlo para que entre en una relación sexual.

- Regalos, atención, privilegios o tratos especiales.
- Mantener el secreto-Encontrarse en algún lugar.
- En ocasiones buscan ganar la confianza de la familia del menor.
- Perfiles falsos en Facebook, Twitter, videojuegos, etc. (Conocen los intereses de los jóvenes).
- Supervisión, límites de información y filtros o bloqueos.

### 5 DEPRESIÓN-ANSIEDAD

- Constante comparación y competencia.
- Expectativas irreales de las vidas, los cuerpos.
- FoMO (Fear of missing out): Se refiere a la preocupación de que haya eventos sociales u otras actividades importantes, que estén realizándose en ese momento sin que la persona esté presente para disfrutarlo.

### Recomendaciones generales de uso seguro

- 1 Concentrarse en la información que está buscando, no distraerse en otras cosas.
- 2 No creer todo lo que ves en internet, porque hay mucha información errónea o falsa.
- 3 Pensar bien lo que publica en redes sociales, ya que cualquier persona puede tener acceso a esta información.
- 4 Desconfiar cuando le ofrecen algún premio, puede ser una estafa o pedir algo a cambio.
- 5 Utilizar cuentas de correo electrónico gratuitas, que requieran menos información personal.
- 6 No dar información personal y desconocidos, ni publicarla en blogs o redes sociales.

### Recomendaciones generales de uso seguro

- 7 No responder correos electrónicos o mensajes que lo hagan sentir mal o que lo amenacen.
- 8 No permitir a nadie en internet que haga cosas que no le permitiría a sus amigos.
- 9 Preferiblemente no hablar con desconocidos por chats, pueden no ser quienes dicen que son.
- 10 En caso que tener algún problema, hablar con sus padres, que probablemente puedan ayudar a solucionarlo.
- 11 No dar contraseñas del correo electrónico o redes sociales, ni siquiera al mejor amigo o amigo. Este o esta pueden compartirlo con otras personas.
- 12 Decidir como padre o madre si va a tener acceso a las contras de redes sociales o correo electrónico. En caso de que sí, determinar si lo va a utilizar para revisar las cuentas de sus hijos.

### Recomendaciones generales de uso seguro

- 13 Ayudar a los jóvenes a determinar qué cosas son apropiadas y cuáles no para compartir en línea.
- 14 Establecer como padre o madre si va a ser amigo o amiga de sus hijos en redes sociales y si quiere moderar el contenido de esta manera.
- 15 Fijar horas en la que el o la joven no pueden usar la tecnología.
- 16 Crear un código de conducta, en donde se incluyan cuestiones como por ejemplo que no se pueden utilizar las redes sociales para avergonzar o humillar a otros.

## Anexo 6. Sesiones creadas para el taller de autocuidado

### AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA

#### Temas y actividades a desarrollar:

- Definición y características del autoconcepto y autoestima
- Identificación de pilares de vida
- Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo
- Identificación de situaciones, eventos y características actuales positivas.

Tiempo estimado: 2 horas

Actividad	Descripción	Duración	Materiales
<b>Presentación de las asistentes</b>	Se les pide que indiquen su nombre, edad y lo que les gusta hacer en su tiempo libre.	5-7 minutos	
<b>Presentación sobre autoconcepto y autoestima</b>	1) Se lleva a cabo exposición breve sobre el autoconcepto y sus dimensiones, así como el autoestima, sus características e importancia. 2) Durante la presentación se pueden pedir ejemplos concretos sobre lo comentado y se realiza una discusión sobre el tema visto.	30 minutos	Presentación en digital.
<b>Elaboración de escudo de armas</b>	1) Los escudos de armas son representaciones gráficas de emblemas o lemas que representan naciones, ciudades, linajes, entre otros. 2) En este caso la idea es crear un escudo de armas personal, en donde cada joven en los espacios en blanco de un escudo de armas que se les facilitará, representará diversos pilares de su vida. En este podrán incluir todos aquellos valores, intereses, lemas, características propias o metas que son importantes para ellas y las representan. 3) Se les mostrará un ejemplo antes del ejercicio, para que les sirva de guía. 4) Se les puede pedir que luego de dibujar o escribir lo que ellas consideren, comenten lo que incluyeron en el escudo.	35 minutos	Hoja impresa con escudo de armas en blanco, con 4 espacios.
<b>Hoja de metas</b>	1) Se les brinda una hoja en la que se les indica que anoten algunas metas (Algo que quieren lograr de aquí a la próxima semana, al próximo mes, al próximo año y dentro de 5 años). También obstáculos y estrategias para lograrlas (Obstáculos para cumplir las metas, cosas que puede hacer para lograrlas y lo que puede empezar a hacer mañana para lograr esas metas).	35 minutos	Hoja impresa con los elementos descritos anteriormente.

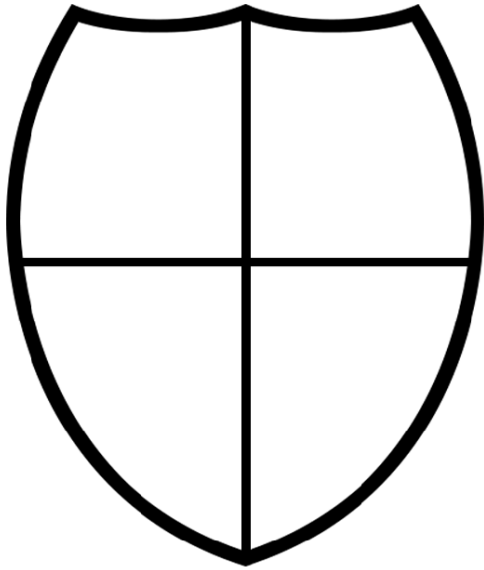
	2) El proceso se lleva a cabo de forma asistida con las jóvenes y al final se puede reflexionar sobre cómo el cumplir metas a corto, mediano o largo plazo puede ayudar a mejorar la satisfacción propia y el empoderamiento.		
<b>Cierre Hoja de agradecimientos</b>	1) Se les indica a las jóvenes que anoten en una hoja de color todos aquellos eventos, personas, características propias, situaciones o detalles por las cuáles están agradecidas en ese momento preciso. 2) Se lleva a cabo la reflexión de que es importante apropiarse de todas estas situaciones, pues el autoestima y el bienestar emocional pueden estar asociados a la identificación de las fortalezas y eventos positivos presentes. 3) Se pregunta brevemente por los aprendizajes obtenidos y aquello que más les llamó la atención durante la sesión.	15 minutos	Hojas de colores, pilots, lápices de color.

Actividad extra

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Árbol de características positivas</b>	1) Se les da un árbol impreso en donde se les pide que anoten al menos 6 características positivas (físicas, psicológicas, entre otros.) de ellas mismas. 2) Luego en esa misma hoja, se le solicita a la joven que está a la par anotar al menos 4 características positivas de quien le dio la hoja. Lo anterior con el fin de que otras personas indiquen sus impresiones positivas también. 3) Si ellas lo desean, pueden compartir con el grupo lo anotado. Reflexionar sobre la importancia de la identificación de fortalezas y características positivas.	20 minutos	Hojas de papel con árbol para escribir, lapiceros.

## Materiales extra para el taller de Autoestima

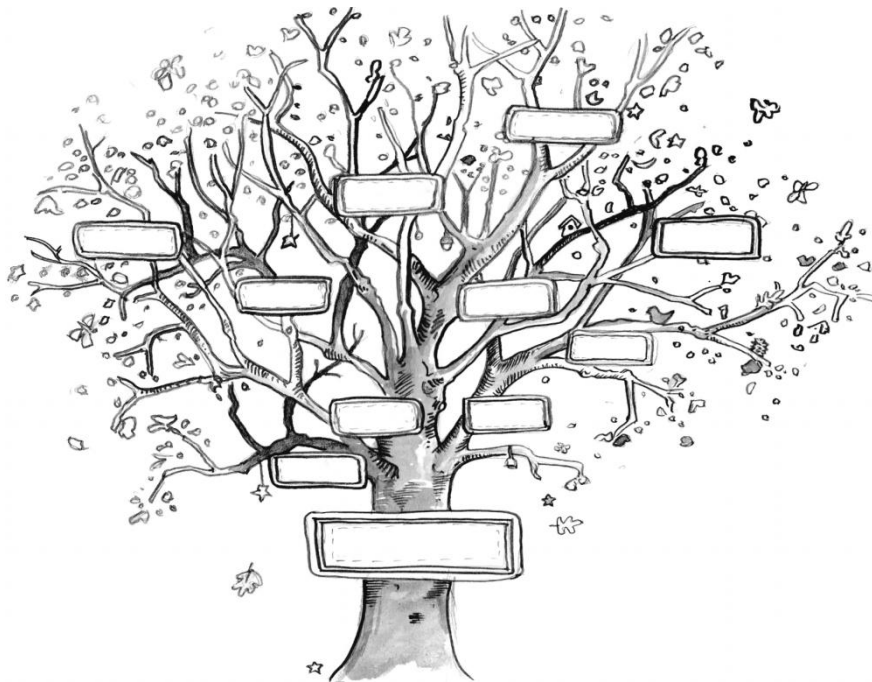
Escudo de armas



Ejemplo de escudo de armas



Árbol de características positivas





Hoja de metas

*Mis metas*

Algo que quiero lograr de aquí a la próxima semana
Al próximo mes
Al próximo año
Dentro de 5 años

*Obstáculos y estrategias*

Obstáculos para cumplir mis metas
Cosas que tengo que hacer para lograrlas
Lo que puedo empezar a hacer mañana para lograr esas metas

## COMUNICACIÓN ASERTIVA

### Temas y actividades a desarrollar:

- Descripción y ejemplificación de formas de comunicación asertiva.
- Auto-reflexión sobre las propias habilidades de comunicación.
- Descripción los derechos de la comunicación asertiva.

**Tiempo estimado:** 2 horas

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Presentación de las asistentes</b>	Se les pide que indiquen su nombre, edad y lo que les gusta hacer en su tiempo libre.	10 minutos	
<b>Presentación sobre comunicación asertiva</b>	Se lleva a cabo la Presentación de Power Point: 1) Se hace reflexión sobre las formas de comunicación. 2) Se mencionan los derechos de la comunicación asertiva. 3) Y se brindan herramientas para una comunicación asertiva.	50 minutos.	Presentación digital sobre comunicación asertiva.
<b>Dramatización</b>	1) Basado en el material visto anteriormente, se indica a las jóvenes que hagan parejas, a las cuales se les entrega un papel con una situación descrita. 2) Se menciona que cada una debe adoptar un rol en la conversación. Dependiendo de la cantidad de jóvenes que asistan, a la mitad de las parejas se les indica que deben poner en práctica las herramientas de comunicación asertiva y a la otra mitad se le plantea que dramatice la situación en de una manera "poco asertiva". 4) Se hace reflexión acerca de que sin importar el tema en cuestión, se puede mantener una comunicación asertiva.	30 minutos.	Situaciones para la comunicación asertiva
<b>Autorreflexión y tarea</b>	1) Se indica a las participantes que piensen acerca cuáles aspectos de la comunicación	20 minutos.	

	<p>asertiva no están poniendo en práctica.</p> <p>2) Y se menciona que durante la semana deben intentar aplicar lo visto durante la sesión, esto para poder contrastar la manera en que se comunican y las ventajas de hacerlo adecuadamente.</p>		
<b>Cierre</b>	Se le pregunta qué les gustó y que aprendieron en la sesión a cada participante y se discute con el grupo.	10 minutos	

\*Para más información sobre el tema ingrese a la siguiente información:

- <https://www.lifeder.com/comunicacion-asertiva/>
- <https://psicopico.com/comunicacion-no-violenta-y-asertiva/>

## Materiales extra para el taller de Comunicación asertiva

### Presentación sobre comunicación asertiva

**Comunicación asertiva**

Elaborado por: Bach. Gloriana Giusti Mora

**Requisitos para la comunicación asertiva**

1. Capacidad de autocontrol emocional
2. Mostrar respeto a los demás
3. Señalar necesidades y hacerlas saber a las demás personas de forma clara y precisa.
4. Acudir a la realidad de los hechos sin exagerarlos o distorsionarlos

## ¿Cuáles son formas de comunicación no asertiva?



### Conducta pasiva

- Temor de molestar a los demás
- Temor a ser confrontados negativamente y rechazo
- Sentimiento de inferioridad

### Agresividad o intimidación

- Pobres habilidades comunicativas
- Inferioridad que se oculta

### Culpabilidad

- Sirve para la manipulación
- Se hace sentir al otro culpable para conseguir algo

### Crítica

- Sirve también para manipular
- Desvía la atención de la persona y la pone a la defensiva
- Se juzga al otro de antemano

### Ridículo

- Desviar la atención avergonzando al otro
- De ese modo la persona puede terminar haciendo algo que no quería hacer

### Dudar de los motivos

- Se quiere criticar a la persona, pero no de forma directa

## Derechos de la comunicación asertiva



A ser respetados.

Solicitar ayuda, no exigirla y negarla cuando se quiera.

A intentar conseguir lo que cree que los va a beneficiar; siempre y cuando esto no tenga consecuencias negativas para los demás.

Tener sus propias opiniones y manifestarlas sin ofender a otras personas.

Sentir emociones y poder expresarlas, sin que esto implique un daño para las otras personas.

A equivocarse en cuanto a sus acciones, opiniones y actitudes y ser responsables de ellas.

## Antes de empezar con las herramientas...

- No siempre se tiene la calma suficiente para aplicarlas.
- Encontrar los espacios más tranquilos posibles.
- También se puede elegir no ser asertivo.
- Son elementos muy sencillos, pero que muchas veces parece que se olvidan.



## 4 ESTRATEGIAS PRINCIPALES



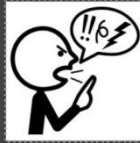
## 1. ESCUCHA

1. No apurarse a rellenar con las propias conclusiones lo que la otra persona le está diciendo. Hay que seguir preguntando para comprender bien la situación.



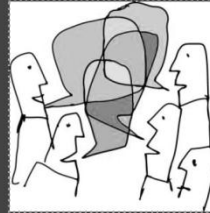
2. Reflejar sentimientos y pensamientos para demostrar que se está escuchando y facilitar una mayor riqueza de la conversación.

3. **NO JUZGAR** lo que la otra persona está mencionando, pues es necesario recordar que se necesita aceptación como persona, aunque no necesariamente se acepte el contenido de su conducta o su mensaje.



4. Hay que estar concentrado.

5. En ocasiones es necesario callar y en otras contestar, lo importante es que todas las partes tengan la oportunidad de dar su punto de vista de la manera más respetuosa posible.



## 2. MENSAJES CORPORALES

## 3. HABLAR CLARO-CONCISO-CONCRETO

En lugar de largos discursos para poder pedir algo, se habla de manera **SIMPLE**, **DIRECTA**, sin dejar espacio a la **DUDA** en la indicación o petición, que permite evitar eternas discusiones.



## 4. REFUERZO POSITIVO

### 4. Refuerzo positivo



1. Se suele tener muy claro y estar pendientes de cuando otras personas realizan malas acciones, pero también hay que **TENER EN CUENTA CUANDO SE COMPORTAN POSITIVAMENTE**.
2. No necesariamente implica bienes materiales, sino que **Pueden ser RECONOCIMIENTOS VERBALES** sobre las buenas conductas.
3. Este elogio **no debe ser DESMEDIDO**, que se ajuste con el tipo de logro, por lo que tampoco debe hacerse por salir del paso.

### Situaciones para la comunicación asertiva

Tenés que decirle a tu mamá o papá en medio de una discusión que últimamente cada vez que le contás algo en confianza sobre tu vida personal, suele juzgarte y regañarte, sin darte tiempo de explicar lo que estás experimentando. Te sentís poco escuchada, sin ganas de contarle más cosas en el futuro.

Tenés que decirle a tu pareja que necesitás más tiempo para hacer tus propias actividades sola. Resulta que hace unas semanas tu pareja quiere hacer TODO con vos, pero te sentís un poco incómoda al respecto. Aunque te gusta mucho compartir cosas juntos, no necesariamente te gusta que sea todos los días a toda hora.



## EXPRESIÓN DE EMOCIONES

### Temas y actividades a desarrollar:

- Descripción de las emociones y sus manifestaciones en el cuerpo.
- Diferenciación de emociones saludables y no saludables
- Establecimiento de plan de seguridad para el manejo de las emociones.
- Práctica de ejercicio de relajación como estrategia para manejo de emociones.

**Tiempo estimado:** 2 horas

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Presentación de las asistentes</b>	Se les pide que indiquen su nombre, edad y lo que les gusta hacer en su tiempo libre.	10 minutos	
<b>Presentación sobre emociones</b>	Se lleva a cabo la presentación de Power Point. 1) Se genera reflexión sobre qué son las emociones y cómo se manifiestan en el cuerpo. 2) Se realiza la diferenciación entre las emociones saludables y las no saludables. 3) Se pregunta a las jóvenes sobre su plan de seguridad, y se proponen opciones (técnica del semáforo).	50 minutos	Presentación de Power Point sobre emociones
<b>Emociones saludables y emociones no saludables</b>	1) Se entrega a las jóvenes una hoja blanca, una verde, y una roja. 2) Se indica que en la hoja blanca deben anotar las emociones que normalmente experimentan diariamente y la causa de esta. 3) Posteriormente, se señala que deben escribir las saludables en la hoja verde, y las no saludables en la roja. 4) Se hace reflexión sobre la cantidad de emociones que pusieron en cada hoja. También se hace ver que las emociones no saludables pueden afectar también a otras personas a mi alrededor. Se hace ver que las emociones pueden ser saludables en la medida que se expresen adecuadamente.	30 minutos	Hojas blancas, verdes y rojas.

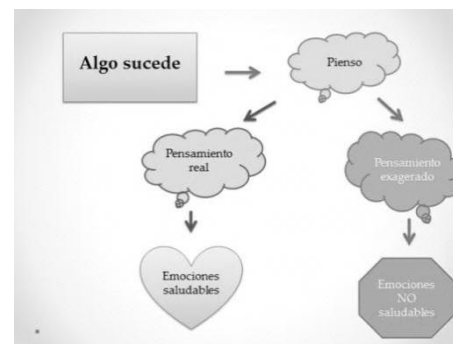
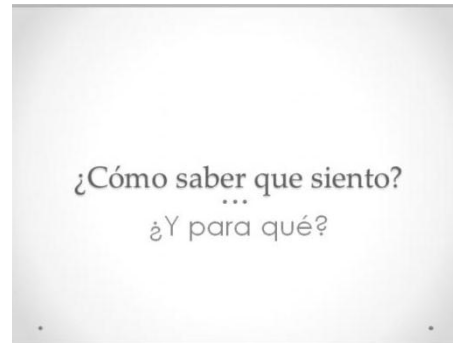
	5) Las emociones de la hoja roja se discuten y se pregunta a las jóvenes sobre maneras de cambiarlas por emociones saludables.		
<b>Ejercicio de relajación</b>	<p>1) Se menciona a las jóvenes, a partir de la última diapositiva de la presentación anteriormente presentada, que la relajación es una forma de controlar las propias emociones.</p> <p>2) Se les propone realizar un ejercicio de relajación para ejemplificar lo anterior.</p> <p>3) Se enseña a las jóvenes la forma correcta de respirar para poder entrar en relajación (imagen final de la presentación).</p> <p>4) Se les indica que noten como se sienten en el momento antes de empezar el ejercicio y luego se les vuelve a preguntar después de realizarlo.</p>	20 minutos	Guía para la relajación
<b>Cierre</b>	Se le pregunta qué les gustó y que aprendieron en la sesión a cada participante y se discute con el grupo.	10 minutos	

Actividad extra

<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Consecuencias físicas de las emociones</b>	<p>1) Se entrega a las participantes una figura humana y alfileres. Se indica que deben pinchar en las partes del cuerpo en donde se expresan sus emociones no saludables.</p> <p>2) Se abre el espacio para que los participantes comenten sus experiencias.</p>	30 minutos.	Figura humana y alfileres

## Materiales extra para el taller de Emociones

### Presentación sobre emociones



### Tipos de emociones

Saludables	No saludables
Alegría	Alegría no saludable
Tristeza	Depresión
Preocupación	Ansiedad
Enojo	Ira / ira escondida
Aceptación	Frustración
Vergüenza	Autohumillación
Remordimiento	Culpa



Termómetro de las Emociones  
 Y... ¿Cómo te sientes hoy?

Estoy a punto de perder el control de mis emociones ¡Uso mi Plan de Seguridad!

Mi termómetro está subiendo ¡Cuidado!

En control de mis emociones

RODRIGO RUIZ

¿Dónde siento mis emociones?  
 ...

**PARA**

**PIENSA**

**ACTUA**

**LA TECNICA DEL SEMAFORO**

Relajación

Inhala lenta y profundamente

Lleva el aire hasta el fondo de los pulmones

El abdomen se levanta

Exhala y contrae el estómago

## Guía de relajación

### Relajación “Lugar de Sanación”

**Fuente:** Llobet, P. (2010). Lugar de sanación. Recuperado de <http://www.paulallobet.com/>

1. Vamos a empezar tomando una respiración honda y profunda. Notando como el aire entra y sale a su propio ritmo. Notando y observando como con cada respiración el cuerpo se va relajando cada vez más.
2. Cualquier idea, pensamiento, juicio de valor u opinión que les llega a la mente, lo dejan ir, como nubes que sopla el viento, simplemente pasa.
3. Cualquier ruido, sonido que escuchen, como el tic tac del reloj, las voces de afuera o algún movimiento de alguna compañera, realmente no es relevante, no es importante, porque lo que importa ahora es darse un espacio para estar mejor...un espacio para descansar, para soltar toda la tensión acumulada: de la semana, del mes, del año...y que agradable es poder simplemente descansar.
4. Todos tenemos diferentes formas de relajarnos...pueden ir notando, mientras están sentadas escuchando mi voz, simplemente respirando, lo bien que se va sintiendo el cuerpo...y como cualquier tensión acumulada, la van aflojando y soltando a medida que van oxigenando el cuerpo.
5. Pueden ir notando como los músculos se van aflojando, empezando desde: la frente, párpados, mandíbula relajada...todos los músculos de la cara se van aflojando, la lengua inclusive descansa. Y sabiendo que se pueden reacomodar en la silla a medida que lo necesiten, porque el cuerpo sabe, que necesita para sentirse mejor...continúa la sensación de relajación bajando por el cuello, por los hombros...soltando toda la tensión.
6. Cuando uno se da una ducha caliente, el agua tibia relaja y afloja y cae en la espalda, así pueden ir notando y sintiendo una sensación agradable de tranquilidad, de relajación en todo el cuerpo, que va bajando por los brazos, por la espalda...más y más relajada...por la cintura, las piernas, bajando por las rodillas, pantorrillas hasta la punta de los pies...totalmente relajados, muy tranquilo, muy en paz, donde el cuerpo simplemente descansa. Y a medida que el cuerpo descansa, la mente se relaja. Y a medida que la mente descansa el cuerpo se relaja agradablemente, cómodamente.
7. Tomando un par de respiraciones hondas y profundas, van a permitirse hacer un viaje, un viaje a un lugar hermoso, un lugar mágico, es un lugar especial y puede ser cualquier lugar que ustedes quieran, es un lugar que pueden escoger en su mente, crearlo a partir de la imaginación con todos los elementos que ustedes quieran, o pueden salir a visitar un lugar que ya han estado, que existe, no importa realmente qué lugar es, lo que importa es lo hermoso del lugar y lo bien que las hace sentir...y ese es un lugar seguro, un lugar de sanación, porque es un lugar donde se van a sentir tan bien, tan tranquilas, tan en paz, donde todo se siente bien, donde se sienten felices, en calma y en paz, donde hay mucha seguridad, mucha tranquilidad.
8. Lo más importante de este lugar, es lo fácil que pueden estar ahí, imaginarse y sentir todas estas sensaciones placenteras, y que pueden notar a su alrededor, los elementos de este lugar, qué cosas hay, la temperatura que está ideal, agradable...los colores, las sensaciones, tal vez hay un aroma particular...que lo puedan inhalar, respirar...tal vez hay un elemento en particular que les llama la atención y las hace sentir muy bien y en paz y tranquilo...lo importante es que pueden sentirse, felices, tranquilas y en paz, en este hermoso lugar, el lugar de sanación, porque en este espacio nos encontramos y nos sentimos bien. Todos los mecanismos internos de sanación se activan, cuando el cuerpo se siente bien, mente y cuerpo entran en un estado de

armonía, donde pueden trabajar, de forma armoniosa, para sanar, cualquier molestia, cualquier dolor, para sanar cualquier proceso que tenga que regenerarse, algún tejido.

9. También es de sanación, porque cuando nos sentimos emocionalmente seguros, emocionalmente contentos y tranquilos, logramos dejar ir aquellas emociones negativas que tal vez han estado causándonos algún tipo de malestar o bloqueo, ya sea: estrés, tensión, miedo, preocupación...lo que fuese, lo pueden empezar a soltar y dejar ir, y por eso es que este lugar es lugar de sanación, de bienestar, y que agradable es simplemente poder disfrutar de este lugar, absorber todas estas sensaciones placenteras...y disfrutarlo al máximo, puede ser que inclusive quieran ir a buscar un lugar en donde acostarse, donde acostarse, tal vez un lugar con sombra, un lugar cómodo, acolchado, una hamaca, una cama, o un sillón, realmente, lo importante es que logren escoger lo más especial, dentro de este lugar ya de por sí especial...es como su santuario, y logran acceder a ese lugar, y cuando están ahí pueden permitirse cerrar los ojos, y descansar profundamente absorbiendo todas las sensaciones de bienestar, de tranquilidad y de paz...absorbiendo todo la energía positiva de este lugar, sintiendo como esta energía positiva empieza a vibrar a todas y cada una de las células, tejidos y órganos de su cuerpo...entrando en un estado de armonía y plenitud...permitiendo la sanación física, emocional, y espiritual. En los siguientes segundos de silencio, van a poder disfrutar plenamente de este espacio, de este lugar, y este bienestar...trayéndose consigo todas estas sensaciones.

10. Cuando vuelvan a escuchar mi voz, van a sentir como se han descansado agradablemente...para poder...re-alertarse fácilmente.

11. Muy bien, han disfrutado profundamente de este lugar, sabiendo que a este hermoso lugar pueden volver cuando ustedes quieran, está dentro de usted, es de ustedes... pueden volver cuando quieran, sintiendo todas las sensaciones placenteras que han sentido hoy, activándose todos los recursos de sanación...tomo una respiración profunda, absorbiendo todo lo que han escuchado y más para su beneficio, permitiéndose re-alertarse y re-orientarse, cuando se sientan listas, tomándose unos segundos para volver aquí, a este salón sintiéndose muy bien, muy tranquilas, muy en paz.

#### **Silueta figura humana**



## OPORTUNIDADES, RIESGOS Y USO SEGURO DE INTERNET

### Temas y actividades a desarrollar:

- Sondeo y descripción de riesgos en el uso de internet (Grooming, uso adictivo, sexting, depresión y ansiedad, cyberbullying).
- Sondeo y descripción de oportunidades en el uso de internet (Beneficios académicos, entretenimiento, comunicación, información, creatividad).
- Recomendaciones sobre el uso seguro de internet.

**Tiempo estimado:** 2 horas

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Presentación de las asistentes</b>	Se les pide que indiquen su nombre, edad y lo que les gusta hacer en su tiempo libre.	10 minutos	
<b>Lluvia de ideas sobre riesgos/oportunidades</b>	1) Se divide al grupo en 2 y se les da la indicación de que en un cartel escriban o dibujen cualquier idea que se les ocurra con respecto al tema que se les asigne. Grupo 1: Riesgos en redes sociales e internet Grupo 2: Oportunidades/beneficios en redes sociales e internet Luego se les indicará que lo expongan a todo el grupo en general.	20 minutos (10 minutos para carteles y 5 minutos para cada grupo de exposición)	2 carteles Pilots de color
<b>Completar situaciones hipotéticas sobre situaciones asociadas al uso de internet</b>	1) Se divide a las participantes en 2 o tres grupos. 2) A cada grupo se le brinda un fragmento escrito sobre una situación asociada al uso de internet. 3) Las jóvenes deberán leer los fragmentos y elaborar una historia hipotética sobre qué pasó antes y después de lo que allí se indica. 4) Luego se les indicará que la expongan frente a los otros grupos. 5) Se busca crear discusión sobre lo planteado por las jóvenes, relacionándolo con la actividad anterior, preguntándoles si cambiarían alguna parte de las historias y facilitando la expresión de sus opiniones o experiencias cercanas.	30 minutos (10 minutos para elaborar la historia, 5 minutos para cada grupo de exposición y 10 minutos para la discusión)	Fragmentos con las situaciones hipotéticas. Puede escogerse entre los 4 fragmentos que se incluyen o utilizarlos todos.
<b>Presentación de conceptos</b>	1) Se amplía el tema de riesgos (Cyberbullying, grooming, sexting, uso adictivo, depresión y ansiedad)	30 minutos	Papeles con los conceptos

	<p>y oportunidades (Beneficios académicos, entretenimiento, comunicación, información, creatividad) mediante conceptos que se les reparte a cada una.</p> <p>2) Cada una lee la definición que se les brindó. Se les puede preguntar por ejemplos que han visto y consecuencias positivas o negativas de estos.</p>		escritos
<b>Consejos para el uso seguro de internet</b>	<p>1) Se mencionan las recomendaciones sobre uso seguro del internet y se discuten con las jóvenes.</p> <p>2) Se les pregunta por otras recomendaciones que a ellas les parezcan importantes o que les hayan dado buenos resultados.</p>	20 minutos	Material recomendaciones uso seguro del internet
<b>Cierre</b>	<p>1) Se les pide que anoten una palabra o frase clave sobre lo que aprendieron o les llamó la atención de la sesión y que la digan al resto del grupo.</p> <p>2) Consultar sobre inquietudes o dudas que tengan sobre estos temas.</p> <p>3) Hacer énfasis en la importancia del internet en la vida cotidiana, siempre y cuando se dé un uso adecuado.</p>	10 minutos	Papeles para anotar, lapiceros.



## Materiales extra para el taller de oportunidades, riesgos y uso seguro de internet

### Fragmentos con situaciones hipotéticas

**Fragmento 1:**

Ese día, Lucía llegó al colegio, y vio que sus compañeros estaban mirando las fotos que ella había publicado en su cuenta de Facebook el fin de semana.

¿Qué pasó antes? ¿Qué pasó después?

**Fragmento 2:**

Así que el profesor guía decidió elegir a Jose David y Valeria para hacer una exposición sobre —Uso Seguro de Internet”. Según él, este tema sería una actividad importante para el curso.

¿Qué pasó antes? ¿Qué pasó después?

**Fragmento 3:**

Finalmente, y luego de mucho pedirlo, a Mauricio le regalaron un nuevo celular para su cumpleaños. ¡Por fin podría estar conectado y usar las aplicaciones que quisiera! Cuando sus papás se lo regalaron, le dijeron...

¿Qué pasó antes? ¿Qué pasó después?

**Fragmento 4:**

Como todos sus amigos ya estaban ahí, a Maripaz le pareció una buena idea abrir un perfil en esta nueva red social. —Total —pensó— siempre es bueno conocer y compartir intereses con gente nueva”.

¿Qué pasó antes? ¿Qué pasó después?

### Conceptos escritos

#### Oportunidades

**Enriquecimiento académico:** Puede servir de apoyo para procesos de aprendizaje, debido a la amplia variedad de recursos pedagógicos con los que cuenta internet.

**Conciencia política y social:** Más oportunidades de acceso a noticias, documentales, información sobre estos temas al instante.

**Expresión creativa:** Múltiples programas para creación de contenidos, plataformas de difusión de ideas, acceso a producciones audiovisuales, entre otros.

**Interacción social:** Este último punto implica el establecimiento y mantenimiento de vínculos y relaciones a través de comunidades virtuales, desarrollo de habilidades sociales, apoyo emocional y oportunidades para la auto-expresión e identidad. Este último punto es relevante tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa en la cual las personas prueban nuevas cosas y experimentan aspectos diferentes de ellos mismos y su identidad.

## Riesgos

**Uso adictivo del internet:** Uso excesivo del internet que afecta el funcionamiento cotidiano de la persona.

Algunos signos de alarma son: Descuidar actividades relevantes, como obligaciones académicas, contacto familiar, cuidado de salud, recibir quejas sobre el uso de las redes, pensar constantemente en las redes, incluso cuando no las está utilizando. Excesiva irritación ante conexiones lentas de internet, aislamiento social, disminución del rendimiento académico, privación de sueño por estar conectado a la red (más de 5 horas). Decir mentiras sobre el tiempo de conexión en la red y no conseguir limitar el tiempo de uso.

**Sexting:** Enviar o recibir contenido sexualmente explícito a través de mensajes de texto, teléfonos inteligentes o redes sociales

**Cyberbullying:** Cualquier forma de agresión perpetrada a través de la tecnología. Incluye cualquier tipo de acoso que se dé por medio de correo electrónico, chats, mensajes de texto, sitios web, redes sociales, videos o imágenes. El acoso puede implicar la provocación, burlarse de alguien, decir mentiras, decir comentarios negativos o groseros, difundir rumores o hacer comentarios agresivos o amenazadores.

**Grooming:** Hacerse amigo de un menor de edad con el fin de convencerlo para que entre en una relación sexual. Suelen brindarles regalos, atención, privilegios o tratos especiales. Las personas mayores piden al menor de edad usualmente que mantengan su relación en secreto o encontrarse en diversos lugares.

**Ansiedad y depresión:** Sensaciones de malestar asociadas a:

\*Una constante comparación y competencia.

\*Expectativas irreales de las vidas y los cuerpos.

\*FoMO (Fear of missing out): Se refiere a la preocupación de que haya eventos sociales u otras actividades importantes, que estén realizándose en ese momento sin que la persona esté presente para disfrutarlo.

### **Recomendaciones de uso seguro**

Entre lo que se puede hacer se encuentra darle recomendaciones a los jóvenes, estableciendo reglas de uso seguro del internet como las siguientes:

- ❖ Centrarse en la información que está buscando, no distraerse en otras cosas.
- ❖ No creer todo lo que vea en internet, porque hay mucha información errónea o falsa.
- ❖ Pensar bien lo que publica en redes sociales, ya que cualquier persona puede tener acceso a esta información.
- ❖ Desconfiar cuando le ofrezcan algún premio, puede ser una estafa o pedir algo a cambio.
- ❖ Utilizar cuentas de correo electrónico gratuitas, que requieren menos información personal.
- ❖ No dar información personal a desconocidos, ni publicarla en blogs o redes sociales.
- ❖ No responder correos electrónicos o mensajes que lo hagan sentir mal o que lo amenacen.
- ❖ No permitir a nadie en internet que haga cosas que no le permitiría a sus amigos.
- ❖ Preferiblemente no hablar con desconocidos por chats, pueden no ser quienes dicen que son.
- ❖ En caso que tener algún problema, hablar con sus padres, que probablemente puedan ayudar a solucionarlo.
- ❖ No dar contraseñas del correo electrónico o redes sociales, ni siquiera al mejor amigo o amiga. Este o esta pueden compartirlas con otras personas.
- ❖ Decidir con los encargados si éstos van a tener acceso a las contraseñas de redes sociales o correo electrónico. En caso de que sí, determinar si lo va a utilizar para revisar las cuentas de sus hijos.
- ❖ Pedirle ayuda a los padres para determinar qué cosas son apropiadas y cuáles no para compartir en línea.
- ❖ Establecer con encargados si éstos van a ser amigos o amigas de sus hijos en redes sociales y si quieren moderar el contenido de esta manera.

- ❖ Fijar horas en la que el o la joven no pueden usar la tecnología. Por ejemplo, después de las 10 p.m., durante los tiempos de comida, durante la realización de tareas. Negociar con ellos alternativas que agraden a ambas partes.
- ❖ Crear un código de conducta, en donde se incluyan cuestiones como por ejemplo que no se pueden utilizar las redes sociales para avergonzar o humillar a otros.

## RELACIONES DE PAREJA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

### Temas y actividades a desarrollar:

- Caracterización de relaciones de pareja saludables y no saludables.
- Descripción los derechos en las relaciones afectivas.
- Descripción y reflexionar sobre los distintos tipos de violencia en las parejas, el ciclo de violencia y recomendaciones en caso de experimentar estas situaciones.
- Declaración para un noviazgo en igualdad.

**Tiempo estimado:** 2 horas

Actividad	Descripción	Duración	Materiales
<b>Presentación de las asistentes</b>	Se les pide que indiquen su nombre, edad y lo que les gusta hacer en su tiempo libre.	10 minutos	
<b>Plenaria sobre relaciones afectivas</b>	1) Se abre el tema de las relaciones afectivas —saludables y no saludables”. Se les pregunta a las jóvenes sobre qué opinan de que implica cada una de estas, según sus propias experiencias o  2) Se puede hacer una lista en un cartel sobre lo que las jóvenes van mencionando.	15 minutos	Cartel, pilots.
<b>Derechos en las parejas</b>	1) Se divide al grupo en parejas o tríos (dependiendo de cuantas jóvenes sean) 2) Se les brinda un papel con los distintos derechos. Cada pareja leerá el papel que le corresponde y planeará e interpretará una pequeña dramatización (De 2- 5 minutos) de cómo se puede ver ese derecho en una situación específica en pareja. 3) Si hay más papeles con derechos que parejas formadas, pueden darse más papeles a cada pareja. 4) Luego de las dramatizaciones se pregunta por la opinión de las jóvenes sobre lo que acaban de ver y si en realidad estos derechos suelen cumplirse.	40 minutos	Papeles con los derechos escritos
<b>Violencia en las relaciones</b>	1) Se les pregunta a las adolescentes sobre tipos o	30 minutos	Material #2:

<b>de pareja</b>	<p>situaciones concretas de violencia en las parejas que conozcan. Esto se puede relacionar con el cartel escrito en la primera actividad, en la parte de relaciones “inadecuadas”.</p> <p>2) Luego se amplía lo que ellas comenten con la información contenida en el Material #2 en la carpeta sobre tipos de violencia y el ciclo de la violencia.</p> <p>3) Finalmente se les brindan recomendaciones para llevar a cabo en caso de que experimenten alguna situación como las comentadas.</p>		<p>Material con formas de violencia en las parejas.</p> <p>Material #3:</p> <p>Recomendaciones en caso de experimentar violencia en la pareja.</p>
<b>Declaración para un noviazgo en igualdad</b>	<p>1) Se les brinda el Material #3, en donde se incluye también una declaración para un noviazgo en igualdad.</p> <p>2) La idea es leerlo juntas, de tal modo que las jóvenes pueden ir turnándose en cada uno de los puntos.</p> <p>3) Finalmente se les indica a las jóvenes que esta declaración es un compromiso para ellas mismas y con sus parejas. Se les puede motivar a compartir toda la información con sus parejas. En el caso de aquellas que no tengan una relación actualmente, se les plantea que es información muy importante en caso de que en el futuro decidan establecer ese tipo de vínculo.</p>	15 minutos	<p>Material #3:</p> <p>Hoja con declaración para un noviazgo en igualdad y material informativo.</p>
<b>Cierre</b>	<p>Se le pregunta qué les gustó y que aprendieron en la sesión a cada participante y se discute con el grupo.</p>	10 minutos	

## Derechos en las parejas

**Respeto:** Escuchar a la pareja sin juzgarle, ser comprensivo/a y proveer apoyo, apreciar y validar las opiniones de la pareja

**Negociación y Justicia:** Intentar lograr resoluciones mutuas para la solución de los conflictos, promover y aceptar cambios.

**Aceptación de las Diferencias:** Ser flexible a la opinión de la pareja y ser receptiv@s a los cambios, aunque sean inesperados.

**Responsabilidades Compartidas:** Lograr mutuo acuerdo sobre la división justa de las responsabilidades y actividades y realizar juntos las decisiones que afecten a la pareja.

**Comportamiento sin Amenazas:** Conversar o dialogar de manera pacífica promoviendo un clima de seguridad para que la pareja se sienta cómod@ al actuar y expresarse.

**Vida Responsable en Pareja:** Compartir la responsabilidad de cuidar su salud física y emocional siendo un ejemplo positivo y no de violencia.

## **Formas de violencia en las parejas**

### **Maltrato Psicológico o Emocional**

Desvaloriza y ridiculiza a la pareja haciéndola/o sentir mal con él/ella misma y ante otros. Restringir su libertad controlando y vigilando a dónde va y con quién se relaciona. Obstaculizar sus planes de estudio o trabajo. Incluye gestos, miradas, insultos, amenazas de matar a su pareja o suicidarse y otras estrategias para ejercer poder y control sobre la otra parte.

### **Maltrato Físico**

Hacer uso de la fuerza física para hacer daño a la pareja o para obligarla a realizar algún acto que ésta/e no desea. Incluye golpes, empujones, patadas, mutilaciones, entre otros.

### **Maltrato Sexual**

Utilizar la violencia para realizar acercamientos sexuales y trata a la pareja como objeto sexual. Exigir relaciones sexuales sin el consentimiento ni deseo de la pareja. Obligarla a realizar prácticas sexuales no deseadas.

### **Restricción de la Libertad**

Utilizar la violencia o la intimidación contra la pareja para limitar su libertad, controlar lo que hace, con quién se relaciona y a dónde va. Prohibir u obstaculizar sus planes de estudio o trabajo. Amenazarla, así como utilizar otras estrategias para ejercer poder y control sobre ella.



## Relación de Poder

Te prohíbe salir con amig@s y familiares o te exige pedirle permiso para hacerlo

Te prohíbe usar cierto tipo de ropa o se molesta si lo haces

Te cela de todo el/la que se te acerque

Presiona para tener relaciones sexuales o te obliga aunque hayas dicho que no

Si tienen relaciones sexuales, él decide cuándo o cómo tenerlas

Si tiene relaciones sexuales, no se responsabiliza de controlar los embarazos y de evitar las enfermedades de transmisión sexual

Siempre está dispuest@ a responder afirmativamente acercamientos sexuales de otras mujeres

Se altera, insulta y grita cuando discuten

Siempre quiere tener la última palabra en las discusiones; no considera tus sugerencias

Te empuja o te golpea

Piensa que el hombre es de la calle y la mujer de su casa

## Relación Equitativa

Te respeta tu derecho a tener amig@s y actividades propias

Respeta y acepta tu forma de vestir, aunque no siempre le guste y lo exprese.

Confía en ti y en el valor de la relación que comparten

Aunque exprese su deseo de tener relaciones sexuales, acepta tu no

Solo tiene relaciones sexuales por mutuo acuerdo y deseo

Si tienen relaciones sexuales, comparte la responsabilidad de controlar los embarazos y de evitar las enfermedades de transmisión sexual. Respeta tu derecho sobre tu cuerpo

Sabe decir no a acercamientos sexuales no deseados o convenientes

Utiliza estrategias no violentas de solución de conflictos como el diálogo y la negociación

Respeta las diferencias, toma en cuenta tus opiniones e ideas. Se expresa sin violencia y sin temor

Reconoce tu valor como ser humano, respeta tu cuerpo y tus sentimientos, controla las expresiones violentas de agresividad o coraje.

Reconoce tu derecho a la libertad y a cuidarte por ti mism@. Apoya tus proyectos y decisiones. Cree en la igualdad entre hombre y mujeres

## Recomendaciones en caso de violencia

### Recomendaciones en caso de vivir situaciones de violencia en pareja

1. Contale a alguien de confianza que te pueda ayudar.
2. Llamá al 911 en caso de experimentar algo que pueda atentar contra tu vida.
3. Informá a profesionales (En la clínica de adolescentes, en tu EBAIS, en el INAMU, en tu colegio) sobre la situación.
4. En caso de que lo veas posible, conversá con tu pareja sobre lo que estás sintiendo y evaluá si realmente existe una posibilidad de cambio. Para esto posiblemente necesitéis ayuda de otras personas.
5. Recordá que tenés derecho a comunicar lo que no te gusta o te está haciendo daño.



### Ciclo de la violencia en relaciones de pareja

## Declaración para un noviazgo en igualdad

1. Aspiro a enamorarme sin sufrimientos, sometimiento, ni decepciones.
2. Entiendo que es un error fascinarme con personas inestables, desconfiados/as, celosos/as, inmaduros/as, mentirosos/as, aunque me parezcan atractivos/as e interesantes.
3. Considero mis necesidades igual de importantes que las de mi pareja.
4. Es mi alternativa decir que no a aquello que no deseo, la sexualidad será compartida.
5. Tengo derecho de adoptar estilos de vida saludables y mantener control sobre mi sexualidad.
6. Aspiro a una relación en la que cada parte de la pareja asuma la responsabilidad de sus actos.
7. Tengo derecho a terminar con las relaciones que me perturban y me causan dolor o sufrimiento.
8. No permitiré ser atacado/a o degradado/a psicológica ni físicamente.
9. Tengo derecho a denunciar el maltrato aunque en mi relación no mantengamos relaciones sexuales.
10. Tengo derecho a pedir protección cuando mantenga relaciones sexuales con mi pareja y esté en una relación maltratante.
11. Tengo derecho a buscar ayuda y orientación para mí, aunque mi novi@ no lo desee.
12. No me culparé ni me recriminaré si la relación en la que he invertido esfuerzo y amor termina, esto no será un fracaso sino una experiencia de vida.
13. Tengo derecho a divertirme y a tener una vida propia.
14. Tengo derecho a trabajar y a realizar actividades que fortalezcan mi autoestima y sean de mi interés.
15. Tengo posibilidades para desarrollar todos mis potenciales.

### Fuente:

Nicolau, S, Martell, J., Méndez, J. et al. (2004). *Módulo para la Prevención de la Violencia en las relaciones de pareja de l@s jóvenes*. Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Bogotá, Colombia : ALVI Impresores

## IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

### Temas y actividades a desarrollar:

- Identificación de las características socialmente esperadas para las mujeres en el contexto costarricense y reflexión sobre la dificultad e impacto negativo de intentar cumplir con estos esquemas.
- Ejemplificación de violencia machista en los medios de comunicación y entretenimiento.
- Descripción de los principales trastornos de la alimentación.

**Tiempo estimado:** 2 horas

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Presentación de las asistentes</b>	Se les pide que indiquen su nombre, edad y lo que les gusta hacer en su tiempo libre.	10 minutos	
<b>Collage imagen de la “mujer ideal”</b>	Jóvenes llevan a cabo un collage sobre aquellas características que socialmente se asocian a los que es ser una “mujer ideal”. Pueden llevarlos a cabo en grupos e incluir características físicas, psicológicas y mandatos sociales. Al final se le pregunta a cada grupo qué imágenes eligió. Se puede ir anotando lo que ellas mencionan en una pizarra o cartel que todas observen. Luego se discute sobre la construcción social asociada a la mujer, la dificultad de cumplir con dichas expectativas y la violencia que suele acompañar a esas exigencias.	40 minutos	Revistas, tijeras, goma, carteles.
<b>Presentación de video Musical</b>	Se presenta video musical de la canción “4 Babys” de Maluma, con el fin de analizar las expectativas estereotipadas hacia las mujeres. Relacionar con el collage anteriormente realizado y llevar a cabo reflexión de como los medios de comunicación	10 minutos	Enlace para ver el video: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=OXq-JP8w5H4">https://www.youtube.com/watch?v=OXq-JP8w5H4</a>












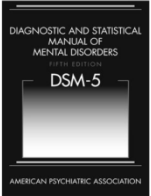
	<p>y entretenimiento a los que están constantemente expuestas influyen en dicha visión de la mujer. Se pueden pedir más ejemplos de lo anterior.</p> <p>Se les insta a desarrollar un “ojoo crítico”, que les permita identificar conductas violentas y expectativas irreales en situaciones cotidianas en las que normalmente no se hace consciencia de esto.</p>		
<p><b>Presentación sobre trastornos de la conducta alimenticia</b></p>	<p>Tras lo discutido, se menciona que las exigencias de lo que “debe ser” una mujer puede llevar a distintas consecuencias negativas, entre ellas desarrollar algún trastornos de la conducta alimentaria. Sondear el conocimiento de las jóvenes sobre el tema.</p> <p>Luego se lleva a cabo presentación con la descripción de la bulimia y anorexia como principales trastornos de la conducta alimenticia, así como de algunas estadísticas en el contexto costarricense. Se hace énfasis al final de la presentación en qué hacer en caso de tener los síntomas descritos.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Presentación sobre trastornos de la conducta alimentaria</p>
<p><b>Videos sobre empoderamiento de la mujer</b></p>	<p>Se presentan y discuten 2 videos:</p> <p>—“La Belleza real”, sobre las autocríticas negativas de las mujeres.</p> <p>—“¿Podrías cambiar una sola parte de tu cuerpo - ¿Que cambiarías?”, sobre cómo al crecer aumenta la crítica y exigencias de belleza.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Enlace para ver videos:</p> <p>1.La Belleza real: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=q_bW2YesZbw&amp;t=16s">https://www.youtube.com/watch?v=q_bW2YesZbw&amp;t=16s</a></p> <p>2. —“¿Podrías cambiar una sola parte de tu cuerpo - ¿Que cambiarías?”:</p>

			<a href="https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI">https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI</a>
<b>Cierre</b>	Se le pregunta qué les gustó y que aprendieron en la sesión a cada participante y se discute con el grupo.	10 minutos	

#### Actividades extra

<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<b>Carta de la esperanza</b>	<p>Se les da una hoja en blanco, con la indicación que escriban una carta breve de motivación hacia una niña o joven que pueda estar pasando por un momento difícil en cuanto a la aceptación de su propio cuerpo.</p> <p>La idea es que integren lo discutido durante la sesión, con sus experiencias o las de otras personas.</p> <p>Al final se les indica que pueden conservar la carta y pueden utilizarla en algún momento de duda con respecto a su cuerpo o para dársela a alguna otra persona que la necesite.</p>	20 minutos	Hoja en blanco, lapiceros.
<b>Pequeños cambios con nuestro cuerpo</b>	<p>Se les invita a las jóvenes a llevar a cabo al menos 1 conducta que nunca realicen o han dejado de hacer a raíz de alguna inseguridad con su cuerpo.</p> <p>Se les indica que quienes quieran pueden compartir con el grupo la conducta que escogieron. En caso de que alguna plantee que no hace ni deja de hacer ninguna cosa a raíz de esto, reforzar esa buena actitud.</p>	5 minutos	

## Presentación sobre trastornos de la conducta alimentaria

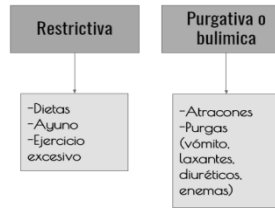
<h3>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</h3>  <p>Elaborado por: Bach. Gloriana Gusti Mora</p>	<h4>ESTADÍSTICAS</h4> <p>Colegiales del GAM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6% trastorno alimentario no diagnosticado (anorexia y bulimia)</li> <li>14% riesgo de sufrir uno</li> <li>36% no satisfecho con su aspecto físico</li> <li>47,5% quisiera pesar menos</li> </ul>  <p>(IP, 2012)</p>
<h4>ESTADÍSTICAS</h4>  <ul style="list-style-type: none"> <li>86% diagnósticos de anorexia antes de los 20 años</li> <li>10% a menores de 10 años</li> <li>33% personas entre los 11 y los 15 años</li> <li>43% personas entre los 16 y los 20 años</li> <li>2% - 8% mortalidad por esta causa</li> </ul> <p>(Figuerola, León, y Chavarría, 2010)</p>	 <h1>29%</h1> <p>¿Cree que está gordo(a) aunque los demás digan que está demasiado delgado(a)?</p> <p>Encuesta nacional de nutrición de Costa Rica (2009)</p>
<h1>26%</h1> <p>¿Le preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?</p>  <p>Encuesta nacional de nutrición de Costa Rica (2009)</p>	 <h1>16%</h1> <p>¿Diría usted que la comida domina su vida?</p> <p>Encuesta nacional de nutrición de Costa Rica (2009)</p>
<h1>4%</h1> <p>¿Se provoca el vómito usted porque se siente muy lleno?</p>  <p>Encuesta nacional de nutrición de Costa Rica (2009)</p>	 <h1>10%</h1> <p>¿Ha tomado algún medicamento para bajar de peso?</p> <p>Encuesta nacional de nutrición de Costa Rica (2009)</p>
<h4>MORTALIDAD</h4>  <h1>9%</h1>  <p>PROPORCIÓN DE MUJERES A HOMBRES: 9 A 1</p>  <p>1 PERSONA DE CADA 100 O 250</p>	 <h3>DEFINICIÓN DEL TRASTORNO Y SINTOMATOLOGÍA</h3>

## ANOREXIA NERVIOSA

- a) Restricción de la ingesta de energía en relación con los requerimientos del ambiente (peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo, y la salud física)
- b) Miedo intenso a ganar peso y a engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso
- c) Perturbación en la percepción del propio peso o forma
- d) Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorreas)



## TIPOS



Edad de inicio  
Aprox. 13 años

### Alteraciones

#### Emocionales:

- Sentimientos depresivos
- Ansiedad
- Insatisfacción corporal y de autoestima
- Sentimiento de culpa tras ingesta

#### Pensamiento:

- Pensamiento dicotómico
- Creencias irracionales incorporadas de la difusión social
- Pensamiento obsesivo en cuanto peso y comida
- Pensamiento perfeccionista

#### Conducta:

- Aumento de actividad física
- Comportamiento específico relacionado con la comida
- Relacionados con el cuerpo

## CAUSAS:

- Predisponentes: Genética, sexo femenino, edad (13-20 años), afectivos y emocionales, características de personalidad, características familiares y factores socio-culturales.
- Precipitantes: Separaciones y pérdidas, contactos sexuales, acontecimientos vitales estresantes y exceso de actividad física.
- De mantenimiento: Mismas consecuencias de la inanición (no comer), la interacción familiar, social, cogniciones y valores.



## BULIMIA NERVIOSA



a) Recurrentes episodios de atracones:

- ◆ Comer en un período discreto de tiempo (2 horas) una cantidad de comida que es definitivamente más grande de lo que la mayoría de individuos comerían en un período de tiempo similar en circunstancias similares.
- ◆ Sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio



- b) Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes con el fin de prevenir el aumento de peso (vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio excesivo).

## BULIMIA NERVIOSA

- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, al menos una vez a la semana durante 3 meses

- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la forma del cuerpo

- e) La alteración no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa



Edad de inicio  
Aprox. 17 años



- No son capaces de autocontrolarse en otros ámbitos:
  - Dependencia o abuso de sustancias psicoactivas
  - Ludopatías
  - Cleptomanía

## FACTORES DE VULNERABILIDAD

- **Ámbito personal**
  - Depresión mayor
  - Alcoholismo o drogadicción de padres
- **Ámbito ambiental**
  - Trastornos psiquiátricos paternos
  - Abuso sexual y físico
- **Ámbito de la dieta**
  - Miembro de la familia que hace dieta para perder peso
  - Comentarios críticos de la familia sobre silueta y peso
  - Burlas sobre apariencia
  - Obesidad infantil
  - Obesidad paterna
- **Factor adicional**
  - Menarquia temprana



## TIPO

Purgativo- vómito, laxantes y/o diuréticos

No Purgativo- conductas compensatorias (ayuno, ejercicio)

## FACTORES DE MANTENIMIENTO DE LOS TCA

- **Factores emocionales individuales** (sensación inicial de control y autoestima)
- **Factores conductuales** (pesarse continuamente, preocupación por el peso y la figura)
- **Factores familiares** (dependencia y atención de la familia)
- **Factores sociales** (aprobación o preocupación de los demás)
- **Evitación** (para evitar complejidad y complicaciones de la vida)
- **Estado de Hambre** (estado de ánimo bajo, falta de energía, punto de vista no racional)
- **Atracoones** (ciclo vicioso del atracón y conducta compensatoria)
- **Factores de resaca** (recursos individuales de protección, apoyo de pares y familia)



## ¿QUÉ HACER AL RESPECTO?

Si vos o alguien que conozco está experimentando los síntomas anteriores es importante que:

1. Le comunicués a tu familia, profesores o profesionales de la salud lo que has estado sintiendo o haciendo. En estos casos pedir ayuda puede ser difícil, pero ellos pueden ser de mucho apoyo y no tenés que pasar por esto sola.
2. Buscá apoyo de los médicos y de psicología. Tu salud física y mental puede estar en riesgo y lo más importante es que hagás algunos cambios que te permitan estar más saludables. Seguí los consejos de los especialistas.



## Anexo 7. Presentación digital sobre “Autoconcepto y autoestima”

**AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA**

**AUTOCONCEPTO**

Es responder a la pregunta de quién soy yo, la conciencia que tengo de mí mismo, la identidad que me diferencia de las demás personas

**Los cuatro ingredientes**

Personal	Mis características propias
Corporal	Mi cuerpo
Social	Cómo otros me ven y lo que piensan de mí
Material	Lo que poseo y tengo

**AUTOESTIMA**

La autoestima es la valoración que hago de mi propio autoconcepto

**Incluye sentimientos de...**

Valía      **RESPECTO**      Consideración

Aceptación      Competencia

**Características principales**

- Es la aceptación o rechazo que una persona siente hacia sí misma.
- Es una experiencia íntima
- Tiene que ver con la capacidad de valorarnos y de tratarnos con dignidad, respeto y amor.

## ¿Para qué es importante la autoestima?



## ¿Qué no es autoestima?

- ❑ Tener fama o éxito para otros.
- ❑ Ser narcisista
- ❑ Utilizar máscaras
- ❑ Buscar constantemente expresiones de afecto o estar preocupados de que otros nos reconozcan.



## **Anexo 8. Sesión para el curso de preparación para el parto**

<p style="text-align: center;"><b>Curso de parto</b> <b>Sesión 6 de noviembre</b> <b>Imagen corporal, medios y embarazo en la adolescencia</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividad 1</b></p>
<p>-En subgrupos se les da una hoja en blanco y se les indica que deben anotar todas aquellas características de la belleza de una “mujer atractiva”. Se les puede dar revistas-periódicos-imágenes para que decoren su hoja.</p> <p>-Luego se les pregunta lo que anotaron y se hace reflexión con el cuestionamiento de ¿Estos ideales son agradables para quién? ¿Con qué finalidad?</p> <p>-Se hace también énfasis en que esto es una construcción social que va variando dependiendo de las épocas y las culturas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividad 2</b></p>
<p>-Se les enseña imagen de “LaTeja”, imagen de “influencer” de Instagram, video musical de reggaetón.</p> <p>- Con esto se ejemplifica cómo los medios de comunicación pueden ser cómplices y creadores de dichos ideales y estereotipos sin tomar en cuenta el impacto que esto puede tener para las mujeres.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividad 3</b></p>
<p>-De manera individual y anónima se les indica que anoten temores, mitos, frases que les han dicho o cuestionamientos con respecto a los cambios que han estado experimentando y van a ocurrir en su cuerpo debido al embarazo, al parto y la lactancia.</p> <p>-Posteriormente se leen algunos y se pegan en el salón.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividad 4</b></p>
<p>-Se concluye la sesión mostrando video de la belleza real de “Doe” y con la reflexión de la importancia de poder aceptarse tal y como son, normalizar los cambios que se dan en esta etapa, resaltar la importancia de la alimentación saludable y la actividad física y en caso de que todo esto sea difícil, trabajar en función de mejorar el autoestima y la autoconfianza.</p> <p>-Se les brinda brochure sobre Autoestima.</p> <p>-Actividad árbol con fortalezas y cualidades.</p>

## Anexo 9. Folleto sobre depresión durante el embarazo y post-parto

**¿Qué podés hacer?**

1. No tenés que enfrentar esto sola. Informá en tu consulta prenatal o post-parto al profesional de salud si presentás estos síntomas.
2. Hablá abiertamente con tu familia, amigos y profesores de confianza de lo que sentís y pedíles apoyo.
3. Buscá opciones para iniciar sesiones de psicoterapia.
4. Informate sobre cómo tener una alimentación saludable, una adecuada actividad física, y hábitos de sueño y seguí los consejos de los especialistas.
5. Si estás estudiando o querés hacerlo pronto, hablá con tu familia y centro educativo para coordinar las mejores opciones de cuidado de tu bebé y modalidades de estudio para vos.

**Recordá que estos síntomas sólo son temporales. Con ayuda, podés lograr retomar tus actividades y disfrutar más tu maternidad**

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia  
Clínica de Adolescentes

**DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POST-PARTO**

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia  
Servicio de Ginecología  
Psicología Clínica

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia  
Servicio de Ginecología  
Psicología Clínica

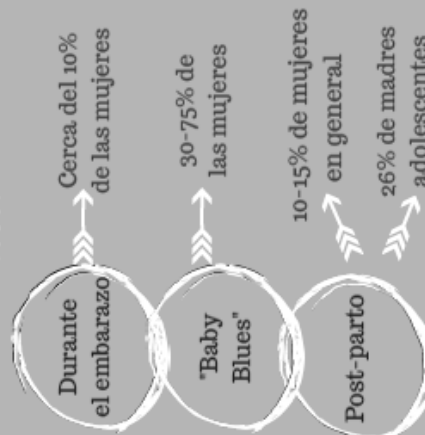
Algunas mujeres pueden experimentar síntomas de depresión en estos tres momentos:

**DURANTE EL EMBARAZO:** Desde que te enterás que está embarazada, hasta antes del parto.

**TRISTEZA POST-PARTO o "BABY BLUES":** Inicia de 2 a 4 días después del parto y dura horas o días, no más de 2 semanas.

**DEPRESIÓN POST-PARTO:** Inicia en las primeras 4 semanas post-parto y puede durar hasta 1 año.

### ¿Qué tan común es?



### Señales de alerta

- Bajo estado de ánimo
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutabas
- Inestabilidad emocional
- Irritabilidad
- Enojo
- Sentir mucha preocupación o culpa
- Falta/mucho apetito
- Dificultades para dormir
- Fatiga
- Llanto frecuente
- Dificultad para tomar decisiones o concentrarse
- Aislamiento social
- Agitación o movimientos lentos
- Pensar que no sos capaz de hacer las cosas como antes
- Intención de hacerte daño
- Miedo de no ser una buena mamá

Si estos signos o síntomas se presentan por más de 2 semanas es probable que necesitéis apoyo.

### Factores de riesgo

- Problemas de pareja
- Poco apoyo social
- Embarazo no planificado
- Cambios hormonales
- Expectativas no realistas sobre la maternidad
- Episodios de depresión anteriores
- Baja autoestima
- Vivir situaciones de violencia
- Acontecimientos estresantes durante el embarazo o post-parto (ruptura amorosa, muerte de un ser querido, etc.)
- Consumo de alcohol u otras sustancias

## **Anexo 10. Guías de facilitación y material para Taller MEP-CCSS**

### **Caso #1 Ficha de Trabajo**

#### **I Parte Análisis de caso**

- En subgrupos eligen una persona que lea el caso #1. Cada subgrupo tiene una pregunta generadora asignada. Se genera una discusión y anota en una cartulina las ideas principales. ( Total 15 minutos)

#### Preguntas generadoras

**Subgrupo 1:** ¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentaron en la historia de Andrea? Tomen en cuenta la información sobre el grooming.

**Subgrupo 2:** ¿Cuáles son los factores protectores con los que pudo haber contado la joven?

**Subgrupo 3:** Si la historia pudiese tener un desenlace distinto, ¿Cómo la cambiarían para prevenir el embarazo?

#### **II Parte Exposición (Total 15 minutos) Cada subgrupo 5 minutos.**

- El subgrupo 1 y el subgrupo 2 exponen a los demás sus ideas (con el cartel confeccionado). Las personas facilitadoras propician una discusión amplia.
- El grupo 3 realiza la dramatización de la historia alternativa de Andrea. Es importante elegir entre los participantes a los actores y actrices: Andrea, papá, mamá, amiga, Andrés, otro personaje inventado. Las personas facilitadoras propician una discusión amplia.

#### **III Parte Plenario y cierre (Total 10 minutos)**

- Se comenta lo aprendido en **Prevención del Embarazo en la Adolescencia**. Los facilitadores integran la información y experiencias grupales.
- Cada participante anota en un papel ¿qué aprendieron durante el taller y/o qué se llevan de la experiencia?

### **Caso 1. Andrea, 14 años.**

Un día estaba viendo mi Facebook y vi una foto de mi primo en la que andaba en bici por la montaña con unos amigos de él. La foto me gustó y entonces se la comenté. Le puse algo así como: Que chiva, ¿Cuándo me invita? Ese mismo día en la noche me llegó una invitación de amistad de un muchacho, Andrés, y me metí a ver quién era. Resulta que era uno de los amigos de mi primo. Me llamó la atención desde el inicio porque se veía guapo, así que sin pensarlo mucho lo acepté.

A los días me habló por el chat y seguimos hablando siempre de ahí en adelante, como a partir de las 10 de la noche. Me decía que yo era muy linda, que nos viéramos un día en el barrio. Me contó que tenía 18 años, que le gustaba el ejercicio, que no estaba estudiando por el momento. Empezó a pagarme las recargas de mi celular. Una noche me envió una foto sin camisa y a cambio me pidió que le mandara una foto mía en ropa interior. Yo se la mandé porque pensé que era un juego, que no iba a pasar a más. Sin embargo me amenazó con que tenía que mandarle más o que me iba a “quemar” enviándole mis fotos a los amigos y a mis papás. En ese momento se lo conté a mi amiga y ella me dijo que eso no era nada, que el muchacho estaba guapo. No se lo conté a nadie de mi familia, tuve miedo de su reacción.

Una tarde me dijo que tenía que ir a su casa. A mi mamá le mentí diciéndole que iba para donde mi amiga después de clases. Cuando lo vi me di cuenta que no se parecía mucho a cómo se veía en la foto de perfil. La verdad me sentía intimidada, incómoda, él quería tener relaciones y yo tenía mucho miedo. Después de esa tarde cuando me fui de su casa no me respondía ninguno de mis mensajes y luego no me llamó más. No he vuelto a saber de él. Hoy estoy en la cita prenatal. Tengo 23 semanas de embarazo. A veces me preguntó qué le voy a decir a mi bebé cuando esté más grande y me pregunte por su papá.

### **Grooming**

El “grooming” consiste en hacerse amigo de un menor de edad con el fin de persuadirlo para que entre en una relación sexual. Los “predadores” buscan a menores que ellos perciben como vulnerables y los hacen sentir especiales dándoles regalos, atención, privilegios o tratos especiales. Usualmente les dicen que deben mantenerlo en “secreto”. Una vez que se asegura de que el menor va a guardar el “secreto”, pueden empezar a tocar al menor, y en ocasiones pueden volverse cada vez más agresivos sexualmente. Múltiples veces los “predadores” también buscan ganarse la confianza de la familia del menor. La culpa, la sensación de suciedad, la confianza que tenían o la sensación de amenaza pueden hacer que un menor no cuente lo que le ha estado sucediendo (South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence, 2014).

Cuando esto se hace por internet, los “predadores” hacen uso de redes sociales (Facebook, Twitter, Tumblr, entre otros.) o sitios de juegos, en donde pueden construir perfiles falsos haciéndose pasar por alguien más. Al tener acceso a la información sobre los intereses del menor, pueden utilizarla para establecer rápidamente una conexión con él o ella y generar confianza. Es probable que trate de persuadirlo para que el menor le envíe imágenes explícitas y trate de convencerlo de que se vean en persona (South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence, 2014).

**Caso #2**  
**Ficha de Trabajo**

**I Parte Análisis de caso**

- En subgrupos eligen una persona que lea el caso #2. Cada subgrupo tiene una pregunta generadora asignada. Se abre la discusión y se anota en una cartulina las ideas principales. ( Total 15 minutos)

**Preguntas generadoras**

**Subgrupo 1:** ¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentaron en la historia de Natalia? Tomen en cuenta la información sobre la Ley de Relaciones Impropias.

**Subgrupo 2:** ¿Cuáles son los factores protectores con los que pudo haber contado la joven?

**Subgrupo 3:** Si la historia pudiese tener un desenlace distinto, ¿Cómo la cambiarían para prevenir el embarazo?

**II Parte Exposición (Total 15 minutos) Cada subgrupo 5 minutos.**

- El subgrupo 1 y el subgrupo 2 exponen a los demás sus ideas (con el cartel confeccionado). Las personas facilitadoras propician una discusión amplia.
- El grupo 3 realiza la dramatización de la historia alternativa de Natalia. Es importante elegir entre los participantes a los actores y actrices: Natalia, papá, mamá, hermanos, Víctor, otro personaje inventado. Las personas facilitadoras propician una discusión amplia.

**III Parte Plenario y cierre (Total 10 minutos)**

- Se comenta lo aprendido en **Prevención del Embarazo en la Adolescencia**. Los facilitadores integran la información y experiencias grupales.
- Cada participante anota en un papel ¿qué aprendieron durante el taller y/o qué se llevan de la experiencia?



## **Caso 2. Natalia. 13 años**

Me llamo Natalia. Tengo 13 años. Vivo con mi mamá y mi padrastro. Tengo dos hermanos mayores de 25 y 30 años de la primera relación de mi madre. Mi papá biológico no lo conozco. Yo estaba cursando 7 año y me iba muy bien. Siempre me ha gustado mucho estudiar. Quiero ser escritora.

Debo decir que casi no tengo amigos; mi madre me quiere mucho pero es ~~“muy~~ “brava” y no me deja salir, bueno, la entiendo, soy menor de edad. Mi padrastro casi nunca está en casa, trabaja mucho.

Un día que iba hacia el colegio, me encontré con un vecino Víctor, un amigo de mi hermano que llega a veces a la casa. Aunque me parecía atractivo y divertido siempre tenía miedo porque es mucho mayor que yo, creo tiene 28 años. Me comentó que también le gustaban los libros que yo leía, y conversamos mucho.

A partir de ese día, hablamos mucho por Whatsapp, me mandaba mensajes en la noche, cuando ya me iba a dormir. Mis padres no lo sabían. El me pidió mantener el secreto. Un día me pidió ir a su casa, me dijo que tenía un regalo que darme, el libro que tanto quería.

Ese día me obligó a tener relaciones sexuales con él. Me dijo que él sabía que podía ir a la cárcel si le contaba a alguien, que él me quería y que no contara nada porque mi hermano no me creería. Los días pasaron, ya no volví a verlo, ya no llegaba a la casa. Ya no hubo más mensajes.

Semanas después mi mamá me llevó al médico, me dijo que estaba pálida y que me notaba extraña. Ese día supimos que estaba embarazada. Me sacaron del colegio. Tengo miedo. Y me siento culpable por haberle ~~“fallado~~ “fallado a mi familia”. Tuve que contarle todo, pusieron la denuncia y ahora estoy aquí sin saber qué pasará conmigo y con bebé.

## Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente

### FACTORES PROTECTORES

Todos aquellos elementos, circunstanciales o personales, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo.

<b>Comunitarios</b>	<b>Familiares</b>	<b>Personales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participar en un grupo cultural - artístico, recreativo-deportivo.</li> <li>2. Conexión centro educativo-hogar</li> <li>3. Centros de salud informados sobre los derechos sexuales y reproductivos de l@s adolescentes.</li> <li>4. Acceso a los métodos anticonceptivos especializados para la población adolescente.</li> <li>5. Comunidad organizada de seguridad y prevención del consumo de drogas.</li> <li>6. Instituciones municipales en red de prevención y denuncia de la violencia sexual.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura a la comunicación sobre salud sexual y reproductiva.</li> <li>2. Facilitar el derecho a informarse y decidir de l@s jóvenes respecto a los métodos de anticoncepción disponibles.</li> <li>3. Acceso a la afiliación en centros de salud.</li> <li>4. Apego seguro entre cuidador@s-hij@s.</li> <li>5. Estabilidad en la figura de l@s cuidador@s.</li> <li>6. Altas expectativas de los familiares.</li> <li>7. Apoyo al proyecto de vida de los jóvenes.</li> <li>8. Reglas claras en el hogar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estar involucrado activamente en proyectos diversos académicos, culturales y deportivos.</li> <li>2. Percibir apoyo familiar constante.</li> <li>3. Mantener un grupo de pares afín a sus intereses.</li> <li>4. Reforzar la autoconfianza y la autoeficacia en su vida.</li> <li>5. Ser asertiv@ para preguntar sobre temas de sexualidad.</li> <li>6. Acudir a los centros de salud e informarse oportunamente.</li> <li>7. Conocer y hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos.</li> </ol>

## FACTORES DE RIESGO

Todos aquellos factores que dificultan y/o impiden la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo.

<b>Comunitarios</b>	<b>Familiares</b>	<b>Personales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No ser parte de un grupo cultural - artístico, recreativo-deportivo.</li> <li>2. Dificultades de comunicación entre el centro educativo y el hogar.</li> <li>3. Centros de salud desinformados sobre los derechos sexuales y reproductivos de l@s adolescentes.</li> <li>4. Escaso acceso a los métodos anticonceptivos especializados para la población adolescente.</li> <li>5. Ausencia de organización en seguridad y prevención del consumo de drogas.</li> <li>6. Acceso a sustancias adictivas y bebidas alcohólicas.</li> <li>7. Red inactiva en instituciones municipales sobre prevención y denuncia de la violencia sexual.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicación familiar restrictiva sobre salud sexual y reproductiva.</li> <li>2. Apego ambivalente entre cuidador@s-hij@s con presencia de violencia psicológica y física.</li> <li>3. Presencia de violencia sexual intrafamiliar.</li> <li>4. Bajas expectativas de los familiares hacia su hij@.</li> <li>5. Escaso apoyo al proyecto de vida de l@s jóvenes.</li> <li>6. Decidir arbitrariamente la salida del joven del sistema educativo.</li> <li>7. Rol ambivalente en las reglas en el hogar (de lo permisivo a lo autoritario).</li> <li>8. Negligencia de adultos a cargo de sus hij@s en el acompañamiento a las citas médicas en los centros de salud.</li> <li>9. Negar el derecho a informarse y decidir respecto a los métodos de anticoncepción disponibles.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estar aislad@ de los proyectos diversos académicos, culturales y deportivos.</li> <li>2. Percibir bajo apoyo familiar.</li> <li>3. No contar con un grupo de pares.</li> <li>4. Mantener un grupo de pares con acceso a drogas y bebidas alcohólicas.</li> <li>5. Dificultad para establecer límites a los demás.</li> <li>6. No hacer preguntas sobre temas de sexualidad por temor o vergüenza.</li> <li>7. No acudir a los centros de salud a informarse oportunamente.</li> <li>8. Desconocer sus derechos sexuales y reproductivos.</li> </ol>

# Anexo 11. Presentación con resultados de sondeo de uso de redes sociales e internet

## ADOLESCENTES CONECTADAS

**Uso de redes sociales e internet en jóvenes de la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia**

Elaborado por: Bach. Gloriana Giusti Mora

### ¿Por qué preguntar sobre las redes sociales e internet?

Rápido desarrollo de las redes sociales y las tecnologías de la comunicación, las cuales han causado cambios profundos en la forma en la cual las personas interactúan y se comunican.

En la adolescencia, que es una etapa en la que en muchos casos es relevante configurarse como una persona única e integrarse al entorno social, las redes sociales permiten construir una imagen que los jóvenes quieren que el mundo vea.

### ¿Por qué preguntar sobre las redes sociales e internet?

Temas importantes vistos en la consulta de psicología en la Clínica de Adolescentes:

Ciber-bullying

Sexting

Discusiones y problemas de límites con los padres y encargados

Establecimiento e interacción en las relaciones de pareja

### Datos sobre la administración

**Población**

Mujeres adolescentes entre los 13 y los 22 años, usuarias de los servicios de la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Se encuestó a **100** jóvenes, 50 de estas atendidas por alguna condición ginecológica y otras 50 en atención prenatal o post-parto.

### Datos sobre la administración

Recolección de información	Administración	Tiempo de aplicación
Entre el mes de octubre y noviembre del año 2017.	En tiempos de espera de las consultas de los jóvenes, antes o después de sus sesiones con psicología, durante las sesiones del taller de autocuidado o del curso de preparación para el parto.	De 8-15 minutos aproximadamente.

### Encuesta

Variables	Indicadores y medidas
Variables socio-demográficas	Edad, estudios actuales, último año aprobado, encargado legal.
Dispositivos electrónicos utilizados	Listado de dispositivos electrónicos utilizados para acceder a internet. Selección múltiple.
Lugares de ingreso a internet	Listado de posibles lugares en que podrán acceder los jóvenes a internet. Selección múltiple.

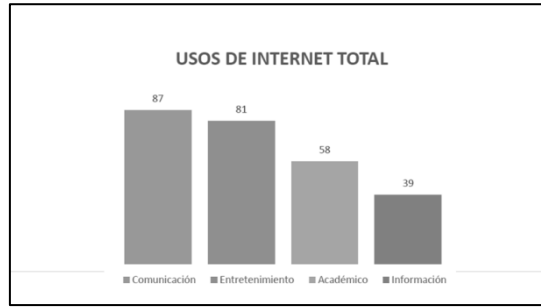
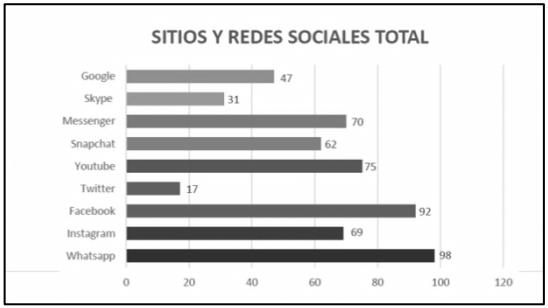
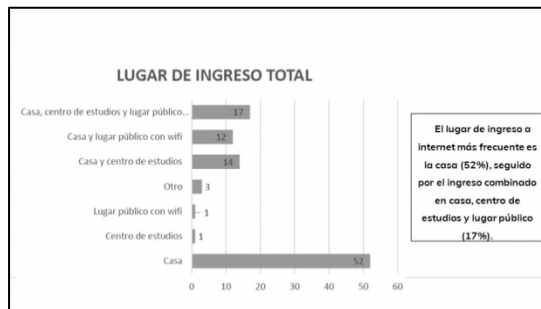
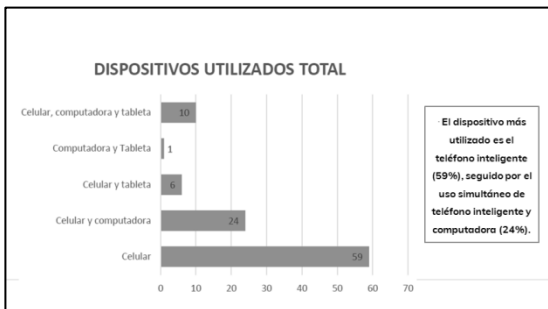
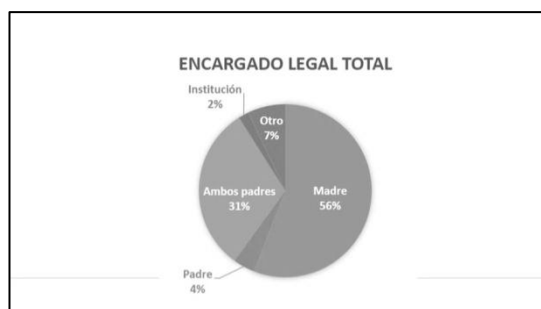
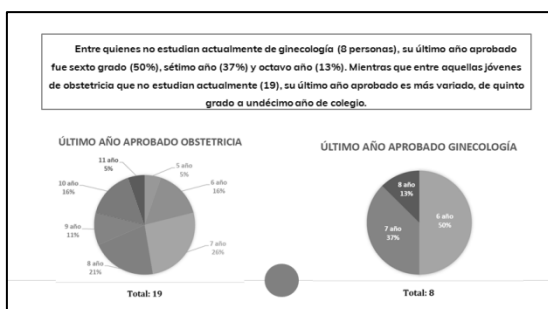
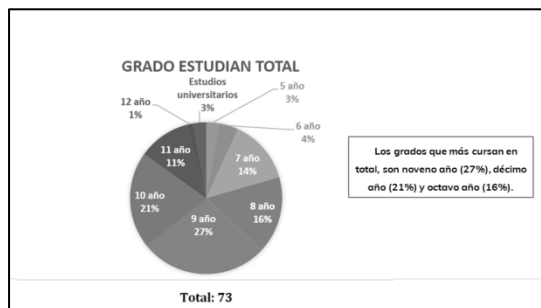
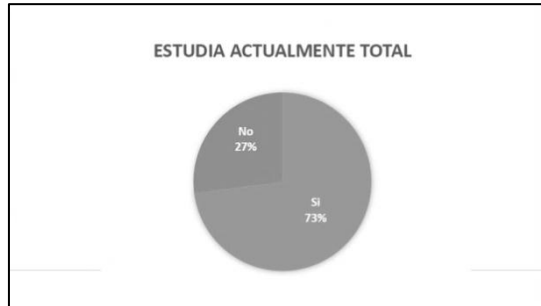
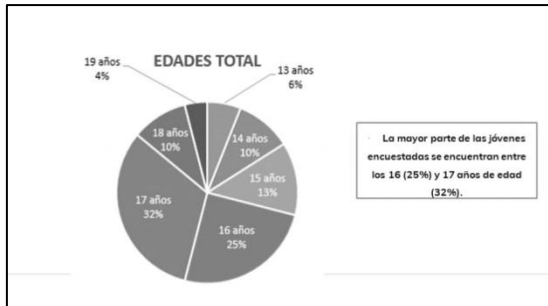
Variables	Indicadores y medidas
Sitios y redes sociales a los que suelen acceder	Listado de Sitios y redes sociales a los que suelen acceder los jóvenes. Selección múltiple.
Tipos de uso de sitios y redes sociales a los que suelen acceder	Listado de actividades asociadas a la comunicación, entretenimiento, académico-aprendizaje e información. Selección múltiple.
Razones de uso de mensajería de texto	Listado de posibles razones para el uso de mensajería de texto. Selección múltiple.
Ciber-bullying	Preguntas dicotómicas sobre conductas asociadas al ciber-bullying (burlas, amenazas, mensajes o llamadas ofensivos, tanto recibidos como perpetrados por la persona).

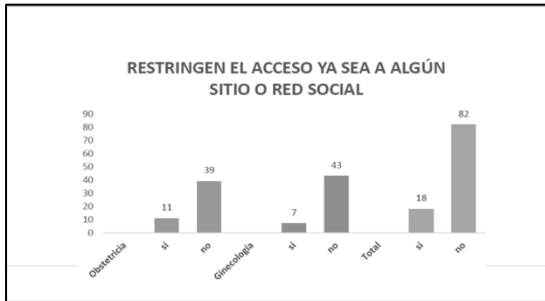
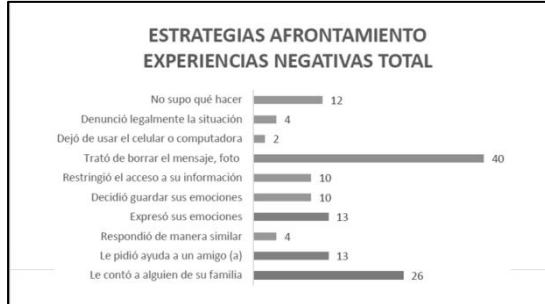
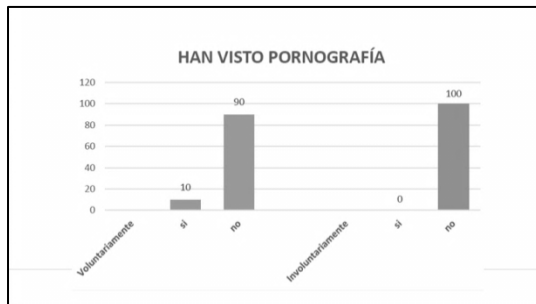
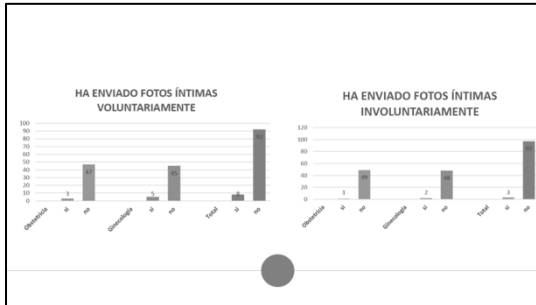
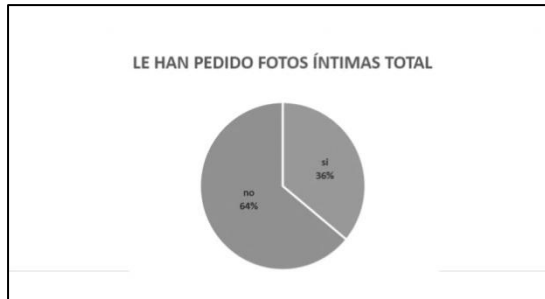
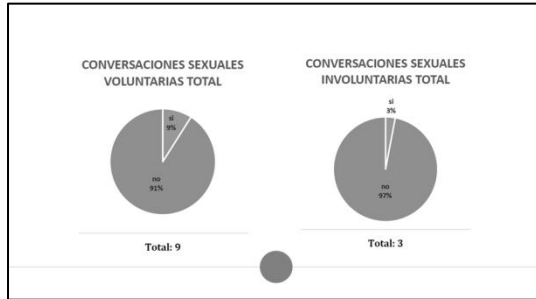
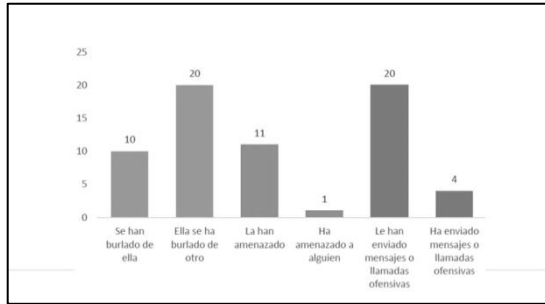
Variables	Indicadores y medidas
Sexting	Preguntas dicotómicas sobre experiencias asociadas al sexting (Conversaciones con contenido sexual voluntarias o involuntarias, si le han pedido fotos o videos con contenido sexual, si ha enviado fotos a otra persona voluntariamente o en contra de su voluntad y si ha recibido fotos o videos con contenido sexual sin haberlo pedido).
Pornografía	Preguntas dicotómicas sobre experiencias asociadas a la pornografía (si ha visto pornografía voluntaria o involuntariamente).
Estrategias de afrontamiento	Listado de posibles estrategias de afrontamiento ante experiencias negativas en el uso de sitios o redes sociales en internet. Selección múltiple.

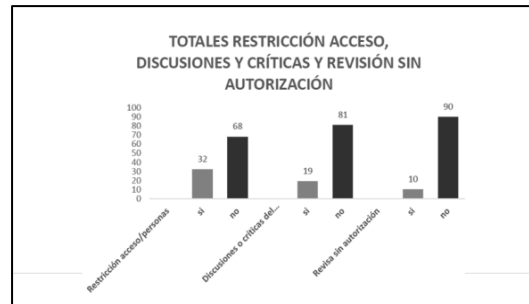
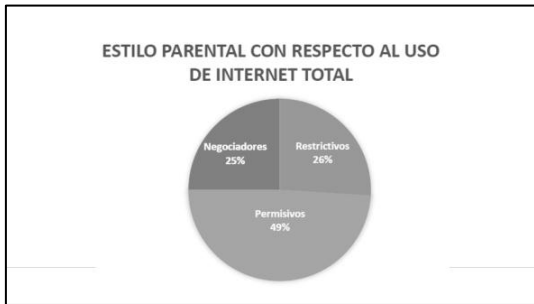
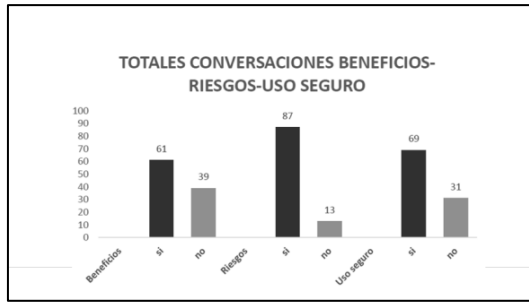
Variables	Indicadores y medidas
Mediación parental	Preguntas dicotómicas sobre conductas asociadas a la mediación parental (Supervisión de páginas y búsquedas, restricción de acceso a páginas y búsquedas, restricción del tiempo de uso de internet, conversaciones sobre beneficios del uso de internet, conversaciones sobre riesgos en el uso de internet y conversaciones sobre uso seguro de internet).
Estilo parental	Listado de estilos parentales con respecto a la supervisión del uso de internet (Restrictivos, negociadores y permisivos). Selección única.
Mediación de pareja	Preguntas dicotómicas sobre conductas asociadas a la mediación de la pareja en caso de que haya tenido o tenga relación actualmente (Restricción de acceso a páginas o comunicación con alguna persona en particular, discusiones o críticas con respecto al uso de sitios y redes sociales en internet y revisión de información personal en internet sin consentimiento).

## Resultados

Principales características sociodemográficas de los adolescentes y tendencias en cuanto al uso y las interacciones en redes sociales e internet







## Anexo 12. Presentación con resultados de sondeo de depresión durante el embarazo y post-parto

### TAMIZAJE DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POST-PARTO 2017

Elaborado por: Bach. Gloriana Justí Mora

### DEPRESIÓN

- Forma de adaptación ante una situación que supera las capacidades y competencias individuales (por ejemplo el apoyo, la solución de problemas, etc.) para poder afrontar el impacto de dicha situación.
- Se asocia con una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que lleva a altas expectativas de resultados negativos y bajas expectativas de que haya resultados positivos.

### CIE-10 F32 (Episodios depresivos)

-Persona experimenta un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

-Duración de al menos 2 semanas

### FACTORES DE RIESGO PARA EXPERIMENTAR DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POST-PARTO

```

    graph LR
    A[Falta de apoyo social (en especial de la pareja)] --> B[Ansiedad materna]
    B --> C[Acontecimientos vitales estresantes]
    C --> D[Embarazo no planeado]
    D --> E[Experimentar algún tipo de violencia]
  
```

### RIESGO DE NO TRATAR LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

```

    graph LR
    A[Abandono de controles prenatales] --> B[Mala adherencia a indicación es médicas]
    B --> C[Deterioro del Autocuidado]
    C --> D[Se pierde el consumo de sustancias]
    D --> E[Inspección afectada en el aumento de peso]
    E --> F[Dificultad en el apoyo de la familia]
  
```

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

```

    graph LR
    A[Normalizar sentimientos negativos sobre convertirse en madre] --> B[Negociar nuevos roles en la familia]
    B --> C[Estrategias para mejorar el sueño]
    D[Fomentar el autocuidado] --> E[Fortalecer relaciones de pareja en el contexto de maternidad y paternidad]
  
```

### ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EDMBURGO

**ANEXO 1. DISEÑO DE LA TABLA DE PUNTAJES**

Escala de Depresión Postparto validada por Julianna K. Araya M. Baez C. (Especialista Clínica General) en el 2017.

Esta escala tiene 10 ítems que se aplican en el periodo prenatal y postparto. Para cada ítem se han establecido 4 opciones de respuesta que se califican de 0 a 3. El puntaje total se obtiene sumando los puntajes de cada ítem.

**ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO**

Esta escala tiene 10 ítems que se aplican en el periodo prenatal y postparto. Para cada ítem se han establecido 4 opciones de respuesta que se califican de 0 a 3. El puntaje total se obtiene sumando los puntajes de cada ítem.

**PUNTAJES**

<10 puntos: sin riesgo  
10-12 puntos: posible riesgo  
13 o más: sospecha depresión

### TAMIZAJE

**Población**  
200 jóvenes, 100 embarazadas y 100 en periodo postparto, usuarias de los servicios de la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

**Espacios de aplicación**  
Durante sesiones del curso de preparación para el parto, en espacio de espera de la Clínica y antes o después de sesión de psicología

**Duración de aplicación**  
De 5-8 minutos aproximadamente

**Edades**  
De 13 a 18 años de edad

**Meses**  
De enero a diciembre de año 2017

### OTRAS PREGUNTAS

1. Antecedentes de depresión y ansiedad
2. Experiencias PREVIAS de violencia en el hogar, por algún familiar o persona cercana (física, psicológica o sexual)
3. Experiencias ACTUALES de violencia en el hogar, por algún familiar o persona cercana (física, psicológica o sexual)
4. Pérdidas significativas
5. Satisfacción con relación con papá del bebé
6. Satisfacción con cumplimiento de necesidades básicas en el hogar (alimentación, lugar de habitación, servicios básicos)
7. Satisfacción general con la vida familiar

### Resultados

### Edades

**Prenatal**

Edad	Porcentaje
13 años	2%
14 años	7%
15 años	15%
16 años	29%
17 años	41%
18 años	6%

**Post-parto**

Edad	Porcentaje
13 años	6%
14 años	7%
15 años	15%
16 años	29%
17 años	37%
18 años	6%

### He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas (ítem 1)

**Prenatal**

Respuesta	Porcentaje
0: Tanto como siempre	72
1: No tanto ahora	22
2: Mucho menos ahora	3
3: No nada	3

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: Tanto como siempre	83
1: No tanto ahora	16
2: Mucho menos ahora	0
3: No nada	1

### He disfrutado mirar hacia adelante (ítem 2)

**Prenatal**

Respuesta	Porcentaje
0: Tanto como siempre	85
1: Menos que antes	13
2: Mucho menos que antes	1
3: Casi nada	1

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: Tanto como siempre	81
1: Menos que antes	14
2: Mucho menos que antes	3
3: Casi nada	2

### Cuando las cosas me han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente (ítem 3)

**Prenatal**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	36
1: No con mucha frecuencia	17
2: Sí, a veces	43
3: Sí, la mayor parte del tiempo	4

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	34
1: No con mucha frecuencia	18
2: Sí, a veces	45
3: Sí, la mayor parte del tiempo	3

### He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo (ítem 4)

**Prenatal**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	35
1: Casi nunca	23
2: Sí, a veces	32
3: Sí, con mucha frecuencia	10

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	44
1: Casi nunca	22
2: Sí, a veces	30
3: Sí, con mucha frecuencia	4

### He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo (ítem 5)

**Prenatal**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	50
1: No con mucha frecuencia	19
2: Sí, a veces	25
3: Sí, bastante	6

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	72
1: No con mucha frecuencia	16
2: Sí, a veces	9
3: Sí, bastante	3

### Las cosas me han estado abrumando (ítem 6)

**Prenatal**

Respuesta	Porcentaje
0: No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	25
1: No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	33
2: Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	37
3: Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	5

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	50
1: No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	19
2: Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	28
3: Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3

### Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir (ítem 7)

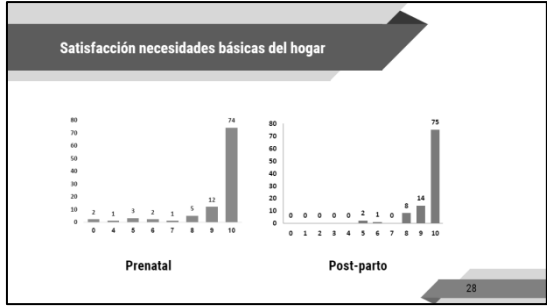
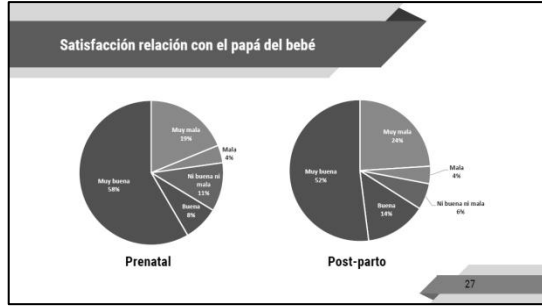
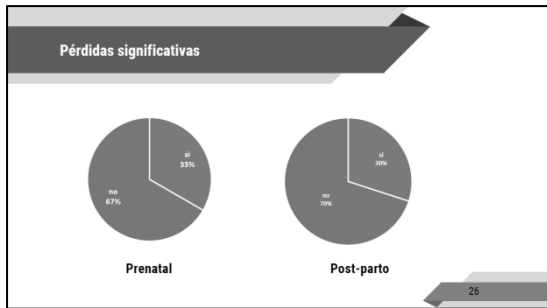
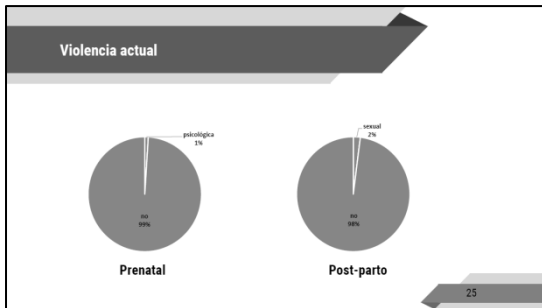
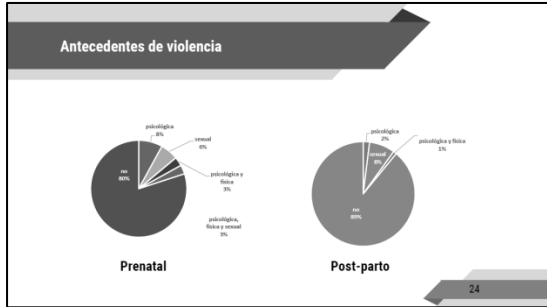
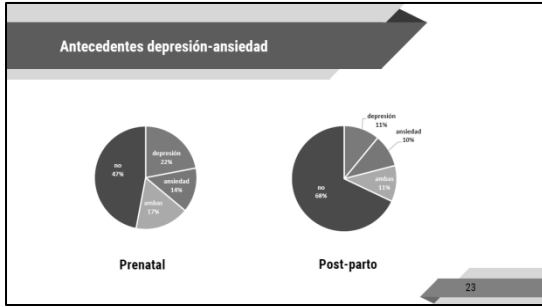
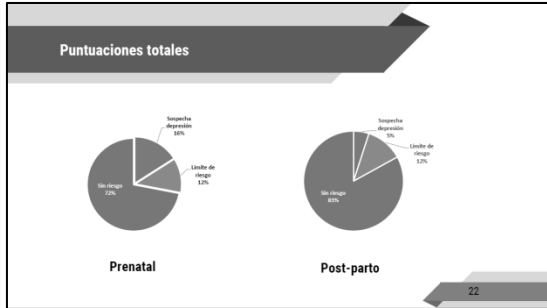
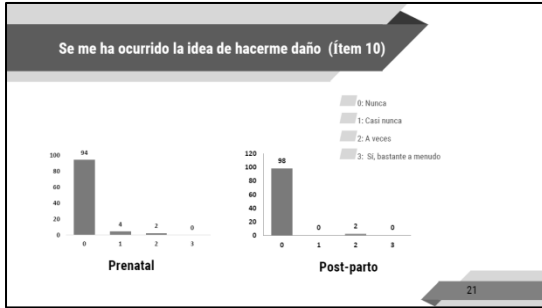
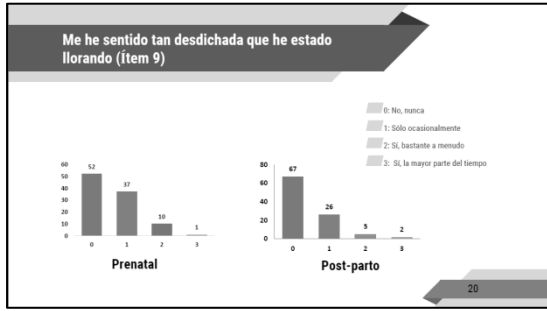
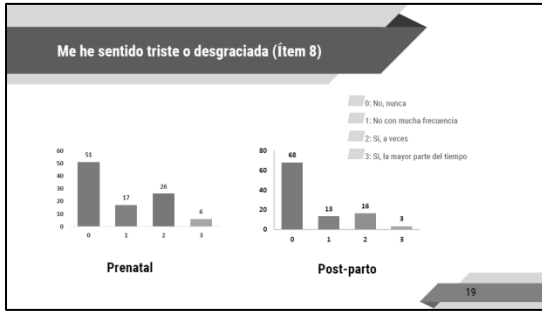
**Prenatal**

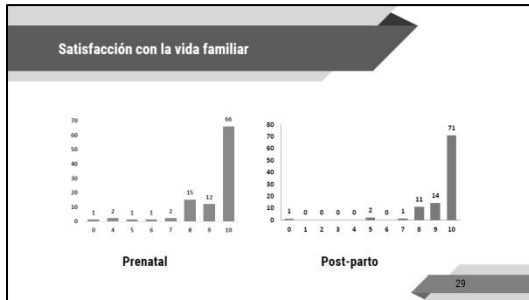
Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	59
1: No con mucha frecuencia	17
2: Sí, a veces	20
3: Sí, la mayor parte del tiempo	4

**Post-parto**

Respuesta	Porcentaje
0: No, nunca	69
1: No con mucha frecuencia	13
2: Sí, a veces	14
3: Sí, la mayor parte del tiempo	4







### Resumen de resultados

- 40 de las 200 adolescentes encuestadas tienen de 15 años o menos de edad en el momento de la aplicación.
- En los ítems 1-4 (visión positiva del presente y futuro, culpa y ansiedad inquietud) y del 7-10 (dificultades de sueño, tristeza, llanto e ideación de daño) se da una tendencia similar en las respuestas.
- En los ítems 5 (sentir miedo sin razón) y 6 (sentirse abrumada) las puntuaciones parecen ser mayores en las adolescentes embarazadas.
- Si bien son pocos los casos en los que se refirió ideación de daño en ambos casos, a esto sin duda se le debe prestar atención.
- Jóvenes en periodo post-parto (5%) parecen estar en menor riesgo de depresión que las adolescentes embarazadas (16%), así como tener menos antecedentes de depresión.

30

### Resumen de resultados

- Parece haber una mayor variedad en cuanto a antecedentes de violencia en jóvenes embarazadas que en las que están en periodo post-parto.
- Mayores porcentajes con respecto a experimentar algún tipo de violencia en la actualidad.
- Porcentajes similares en cuanto a tener alguna pérdida significativa (prenatal 33%, post-parto 30%).
- Tendencias similares en cuanto a satisfacción con el papá del bebé (más de la mitad "muy buena" y el porcentaje siguiente "muy mala").
- Porcentajes similares con respecto a satisfacción con las necesidades básicas y la satisfacción con la vida familiar, mayormente en puntajes de 10, 9 y 8, que representan una mayor satisfacción.

31

### Referencias

Beck, A. y Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. doi: 10.1177/2167702616628523

Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M. Y Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202 (1), 5-14.

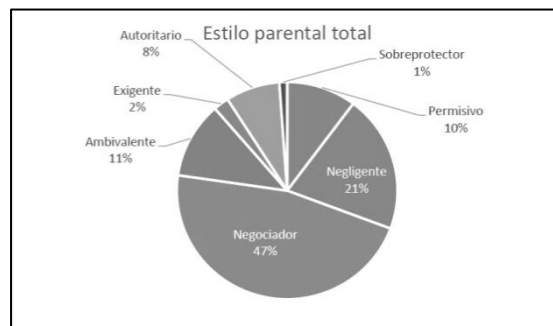
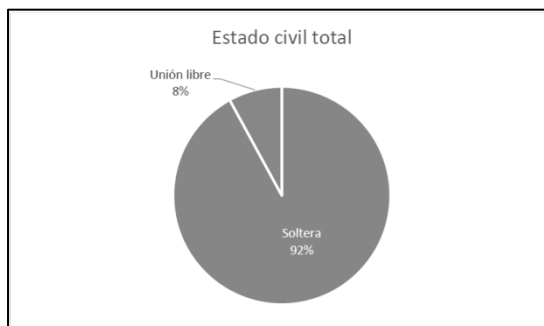
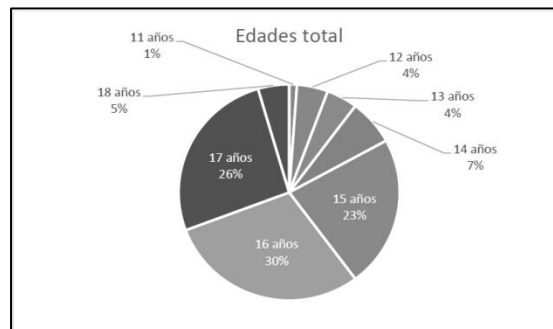
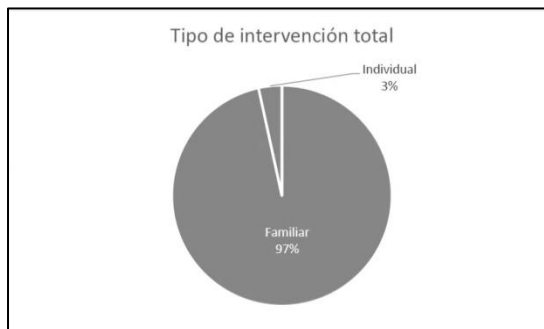
Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 48 (4), 269-278.

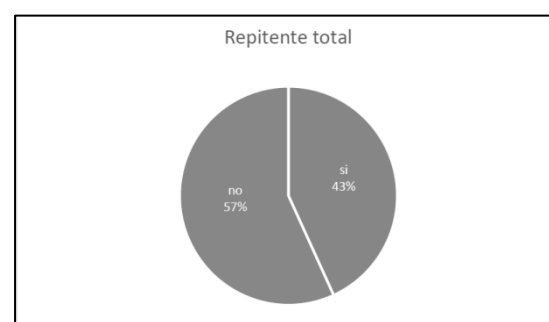
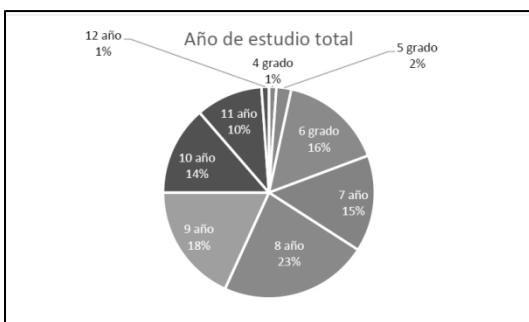
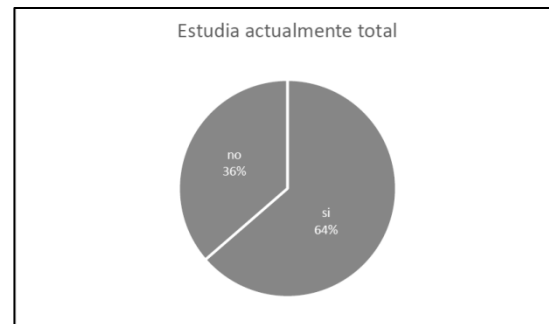
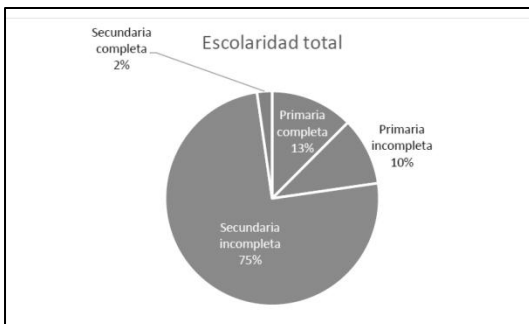
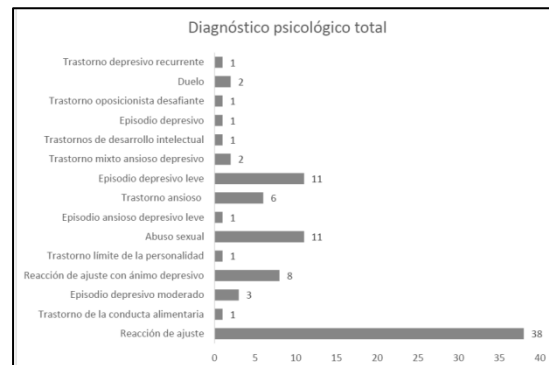
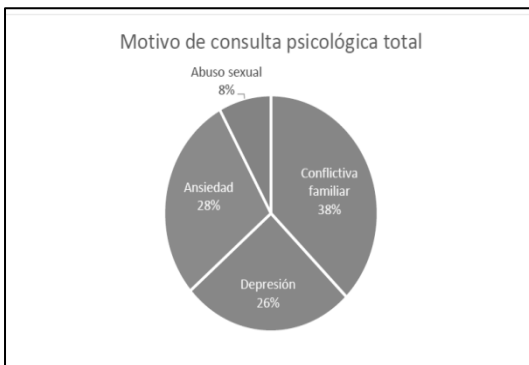
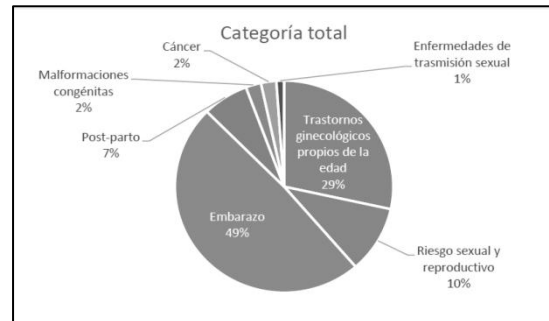
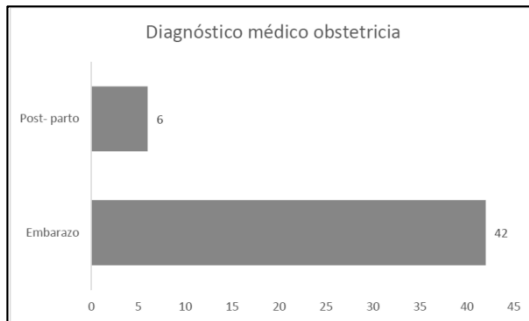
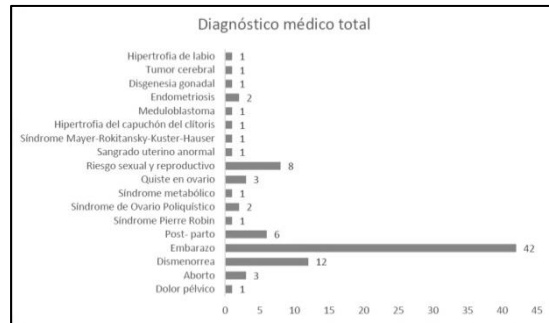
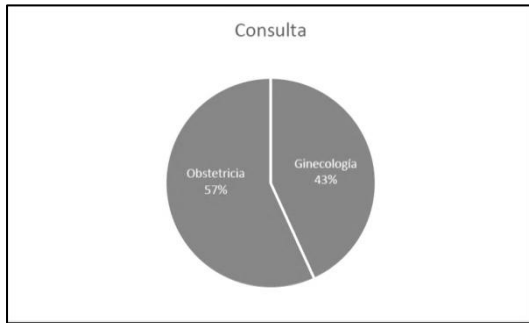
Poleshuck, E. y Woods, J. (2014). Psychologists Partnering With Obstetricians and Gynecologists. *American Psychologist*, 69 (4), 344-354. doi: 10.1037/a0036044

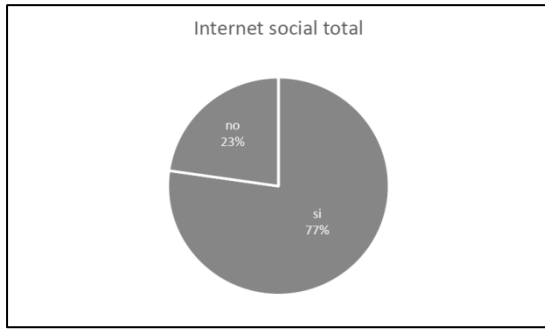
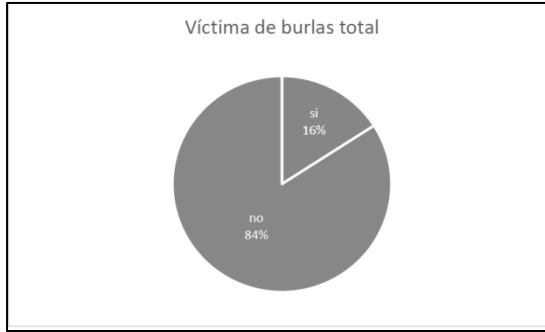
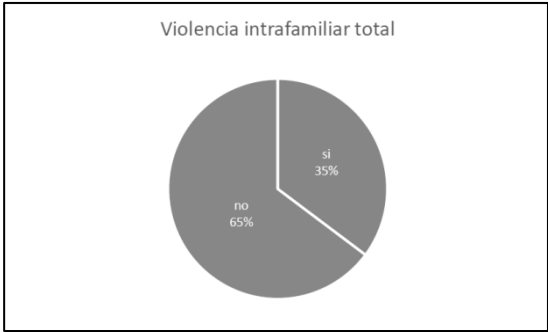
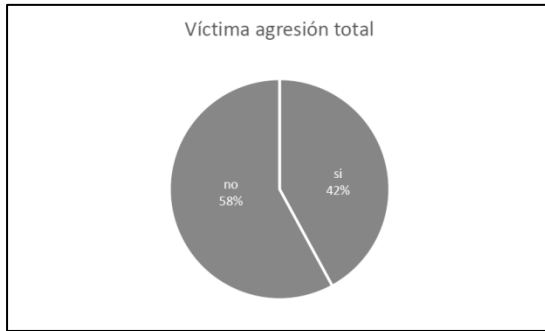
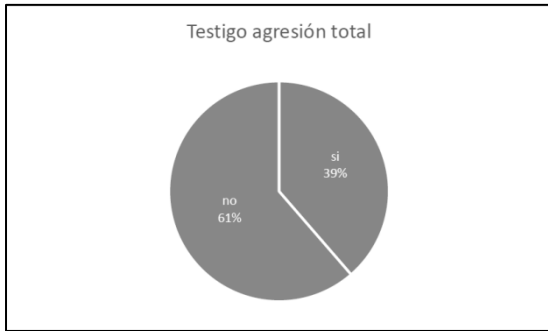
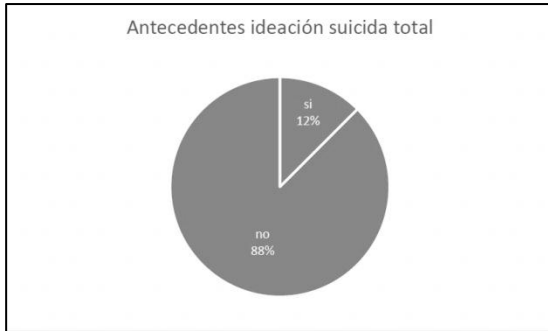
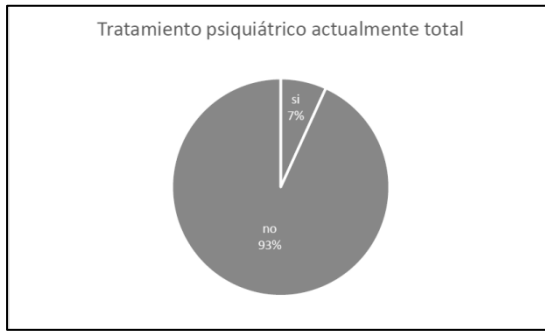
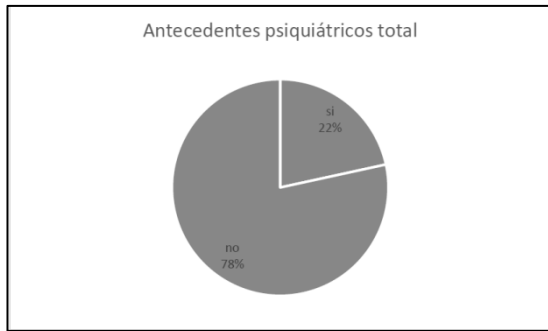
Wolff, C., Valenzuela, P., Estefan, K. y Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74 (3), 151-8.

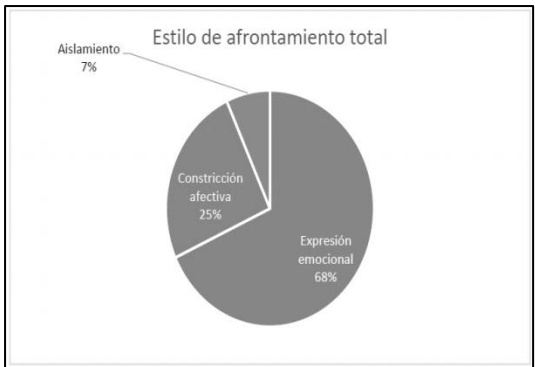
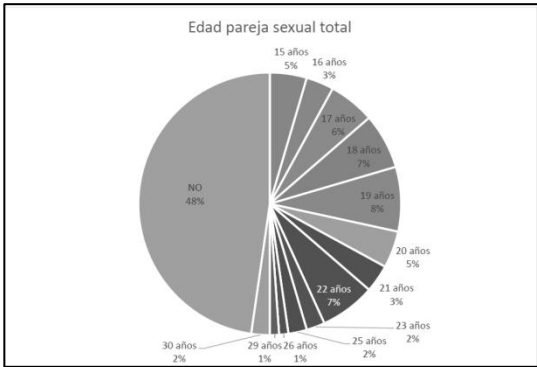
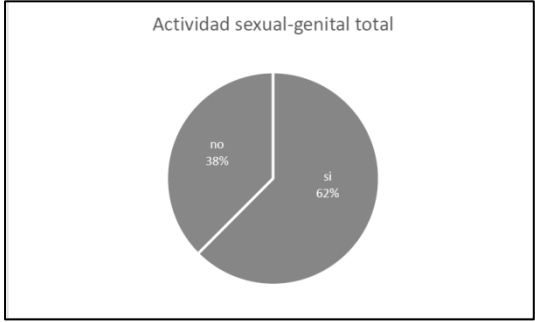
32

## Anexo 13. Gráficos sobre datos de “casos nuevos” del año 2017









Anexo 14. Separadores de libro para actividad de prevención de la violencia

