

Problemas presentados por un grupo de adolescentes puertorriqueños/as con depresión y sus padres

Jeannette Roselló

Lymarís Padilla-Cotto

Elixmahir Dávila Marrero

Resumen

Son pocas las investigaciones sobre los problemas presentados por la población de adolescentes puertorriqueños y puertorriqueñas que recibe servicios psicoterapéuticos. El presente estudio se propuso identificar los problemas o síntomas más frecuentes presentados por 71 adolescentes con depresión. Estos adolescentes participaron en la Clínica Psicoterapéutica para Adolescentes con Depresión de la Universidad de Puerto Rico. La identificación de estos problemas permiten trazar metas claras, desarrollar modelos terapéuticos eficaces, y estimar con mayor precisión la duración de la terapia. La información se obtuvo de: las hojas de referido, las notas de progreso de la primera sesión terapéutica y el instrumento "Entrevista Diagnóstica para Niños/as-2" versión para padres y jóvenes. Los síntomas más frecuentes informados por los adolescentes fueron sentimientos de tristeza e irritabilidad. Se revelaron discrepancias entre la información obtenida por los padres y los adolescentes. Los problemas familiares fueron los de mayor frecuencia informados por los adolescentes.

Descriptores- depresión en adolescentes, depresión, adolescentes, problemas presentados por adolescentes en psicoterapia, psicoterapia con adolescentes.

Problems presented by a group of depressed Puerto Rican adolescents and their parents

Abstract

There is limited research documenting the psychological problems and treatment of the Puerto Ricans adolescent population. The purpose of this research was to identify the most frequent problems and symptoms experienced by a group of 71 Puerto Rican adolescents with depression and their parents. The participants in this study received psychotherapy services at the University of Puerto Rico Clinic of Depression for Adolescents. The present research studies the problems reported by the participants and their parents, with the purpose of developing more relevant and efficacious treatments. The data was obtained from the referral report form, progress reports and the parent

and adolescent versions of the Diagnostic Interview Schedule for Children-2. Feeling sad and irritable were the most frequently reported symptoms by the participants. Discrepancies between the information obtained from parents and their children were evidenced. The participants identified family problems as their most frequent problem.

Keywords- depression, adolescent's depression, problems presented by adolescent in psychotherapy, adolescents psychotherapy

Una de las variables que predicen los resultados psicoterapéuticos son los "problemas" informados por los clientes que reciben psicoterapia. Las metas de la terapia (dependiendo del modelo psicoterapéutico utilizado) se fijan a partir del o de los problemas que presentan los clientes. Además, saber cuáles son los problemas más frecuentes que presentan los usuarios de psicoterapia permite crear categorías para evaluar los modelos psicoterapéuticos aplicados, comparar poblaciones entre centros o tipos de tratamiento y para mejorar los servicios prestados.

Segal (1991) indicó que los terapeutas coinciden en que existen dos definiciones generales acerca de lo que es el "problema" que lleva la persona a psicoterapia o por lo cual la persona solicita ayuda. Estas son: a) la queja que presenta el o la cliente, y b) la razón que causa la queja, esta última se ve como un síntoma. El "problema presentado" puede también definirse como la queja principal que trae el o la cliente al buscar servicios psicoterapéuticos.

Según Fernández Álvarez (1992), los motivos para una consulta psicoterapéutica pueden agruparse en tres categorías, éstas son: síntomas, problemas o conflictos. Los síntomas son las situaciones en las que la persona -al evaluarse-, encuentra la presencia de algún trastorno que compromete directamente su comportamiento y marca su disposición para actuar, su cuerpo o sus funciones en una actividad. Ejemplos de éstos podrían ser: reacciones de ansiedad y de depresión, trastornos psicósomáticos o alteraciones funcionales en general. Por otro lado, describe los problemas como el resultado de una evaluación hecha por la persona, en la cual considera que su trastorno está vinculado a la dificultad o imposibilidad de afrontar una situación de compromiso interpersonal. Como por ejemplo, no poder manejar las circunstancias que rodean una relación afectiva, dificultad para elegir compañeras o compañeros adecuados o dificultad para vivir en determinadas condiciones sociales. Cuando habla de conflictos se refiere a cuando la persona concluye que algo inherente a su forma de vida en general es el punto de partida de su padecimiento. Algunos ejemplos de conflictos serían una sensación de inseguridad generalizada, no saber qué rumbo seguir o sentimientos de confusión.

Bernal, Deegan y Konjevich (1983) llevaron a cabo un estudio con familias que se habían entrevistado al menos una vez en el Departamento de Psiquiatría Familiar en el Instituto Psiquiátrico del Este de Pennsylvania (Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute). Para esta investigación se recogieron datos de los expedientes de estas familias y encontraron que una de las variables relacionadas con los resultados de la terapia eran los problemas que presentaban las familias. Las categorías de “familia” o “la escuela”, como problemas presentados, mostraban un mejor resultado que otros tipos de problemas planteados por las familias, como: síntomas psiquiátricos específicos de un miembro de ésta. Los mismos investigadores llevaron a cabo un estudio en el 1987 sobre el cual presentaron datos descriptivos adicionales de la muestra del estudio original. Una de las variables estudiadas fue los problemas presentados por las familias y su relación con la eficacia de la terapia. Encontraron que la terapia de familia era efectiva con familias que presentaban depresión, así como problemas escolares, familiares, maritales y situacionales. Además, los problemas presentados se relacionaron con la duración de la terapia, ya que las familias que participaron en tratamientos cuya duración fue de 8 a 20 sesiones demostraron una mejoría mayor en depresión y problemas escolares que las familias que presentaron problemas maritales, familiares y situacionales. Este estudio demuestra que los problemas presentados pueden ser una variable predictora de resultados de la terapia, tipo y duración de tratamiento.

Hromco (1994) señaló que los problemas presentados pueden ser determinantes en producir resultados favorables en la psicoterapia. Las investigaciones demuestran que los diferentes problemas que se presentan se asocian a razones de mortalidad en la terapia individual y en la terapia marital, utilización de servicios de terapia individual, expectativas en cuanto al número de sesiones, éxito con la terapia familiar y respuestas de la familia en terapia versus terapia individual con adolescentes. En su estudio, Hromco (1994) exploró la relevancia de los problemas presentados en clientes que recibían psicoterapia individual. Este estudio se insertó en un proyecto más amplio sobre procesos psicoterapéuticos y resultados, en colaboración con un programa psicoterapéutico en el “Northwestern Memorial Hospital” de Chicago. Se encontró que una tercera parte de los clientes informaron que la razón para buscar psicoterapia eran síntomas psiquiátricos, tales como: angustia, ansiedad, depresión o coraje, mientras que una cuarta parte de los clientes informaron problemas principalmente en el área de manejo propio (“self-management”). Los clientes que informaron problemas de manejo propio o relaciones sociales estuvieron por más tiempo en terapia que aquellos que informaron síntomas como problema principal. Este estudio añade evidencia que confirma que los problemas presentados pueden ser posibles predictores de la efectividad psicoterapéutica y de la duración de la misma.

En Puerto Rico se han hecho pocos trabajos donde se tomen en cuenta los problemas presentados en psicoterapia por los clientes

puertorriqueños que reciben servicios psicoterapéuticos. Rivera (1991) realizó una encuesta en 10 Centros de Salud Mental de Puerto Rico que brindaban servicios hasta el año 1981. Los hallazgos de esta encuesta demostraron que los problemas informados por la población puertorriqueña, en orden de frecuencia en estos centros, fueron: desempleo, desajustes familiares, emergencias o crisis particulares, problemas de insomnio prolongado, violencia, alcoholismo, pérdida de un ser querido ya sea por muerte o divorcio, pérdidas de materiales y problemas de comunicación. Los diagnósticos más comunes en orden de frecuencia fueron: esquizofrenia, depresión, neurosis, ansiedad, disturbios situacionales y crisis esporádicas.

Rivera Pastrana y de Jesús García (1987) realizaron un estudio que consistió de entrevistas y encuestas en la comunidad universitaria y sobre los distintos servicios, tanto de salud como de orientación, consejería y terapia que se ofrecían a los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, hasta 1986. La muestra consistió de 507 estudiantes, de los cuales 345 (68%) eran féminas y 162 (32%) eran varones. Entre los centros que ofrecían servicios a los estudiantes se encontraban los siguientes: (a) Centro para el Desarrollo Estudiantil (CODE), (b) Centro Multidisciplinario de Práctica (CMP), (c) Departamento de Servicios Médicos (DSM), (d) Oficina de Rehabilitación Vocacional (ORV), (e) Estudiantes Orientadores (EO), (f) Oficina de Asuntos Estudiantiles (OAE). Algunos de estos centros y programas como el CODE, OEA, y DSM continúan hasta el presente ofreciendo servicios para los estudiantes universitarios. Las investigadoras recogieron información relevante acerca de los problemas que llevan a los estudiantes a buscar servicios en los centros de ayuda antes mencionados. El CODE es un centro que ofrece servicios en el área de estudios (ej. hábitos de estudios, selección vocacional, información educativa y ocupacional, estudios graduados y situaciones con los profesores o profesoras). En este centro, los problemas presentados fueron: (a) problemas personales (ej. uso de drogas, orientación sexual, ajustes e ideación suicida), (b) problemas familiares (ej. situaciones paterno-filiales, problemas con los novios y novias), (c) salud física, (d) problemas de tipo socio-económicos (ej. hospedaje, desempleo) y (e) problemas socio-legales (ej. pensiones, accidentes, cambio de nombre).

El CMP fue un centro donde -generalmente- realizaban su práctica los estudiantes de la Escuela Graduada de Trabajo Social. En este lugar, los problemas que se presentaron fueron: hábitos de estudios, indecisión vocacional, problemas a nivel socio-económico, información académica, ocupacional y educativa, homosexualismo, suicidios potenciales, problemas en el noviazgo, hospedaje y problemas filiales.

En el DSM se atendieron 203 estudiantes entre los años de 1985-86, a los cuales se les brindaron servicios psicológicos. Las principales quejas fueron: quejas somáticas (35.5%), depresión (26.6%), abuso de sustancias (13.3%), deficiencias en el ajuste (11.3%), ansiedad (10.8%), problemas

psicosexuales (1%) y esquizofrenia (.5%). En el programa de ORV los problemas presentados fueron en el área de impedimentos físicos o emocionales, o ambos.

Son pocos los trabajos que se han realizado sobre cuáles problemas presenta la población puertorriqueña que solicita y recibe servicios psicoterapéuticos. Más aún, en el área de psicoterapia con adolescentes se conoce muy poco sobre cuáles son los problemas principales que éstos pudieran traer a terapia relacionados con una sintomatología particular. El propósito de esta investigación fue determinar cuáles son los problemas o síntomas más frecuentes que traen a terapia los adolescentes que participaron en la Clínica de Ayuda Psicoterapéutica para Adolescentes con Depresión de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. En esta clínica se prestan servicios psicológicos de corta duración con dos acercamientos psicoterapéuticos: la Psicoterapia interpersonal y la Terapia cognoscitiva-conductual. El Proyecto evalúa la eficacia de estas dos terapias en el tratamiento para depresión en adolescentes puertorriqueños.

Esta investigación es importante ya que una identificación adecuada de los problemas más frecuentes que presentan los adolescentes ayuda a tener metas más claras, buscar cuáles son los modelos terapéuticos más efectivos de acuerdo a la problemática presentada, establecer expectativas en cuanto a mejoría y cambio y determinar la duración de la terapia.

Los adolescentes pueden presentar una gama de problemas que resultan diferentes a los de la población adulta y que también pueden diferir a la hora de identificar el problema. El joven o la joven puede, por su parte, identificar un problema diferente al que identifican sus padres. Por lo tanto, el estudio de los problemas presentados por la población adolescente y la manera en que éstos o sus padres lo informan es importante al tratar de entender el problema, la decisión del diagnóstico y el tipo de terapia que se ofrecerá. Una de las condiciones que se desarrolla con mayor frecuencia en jóvenes puertorriqueños es la depresión. Un estudio epidemiológico a nivel de la Isla encontró que la depresión constituye el tercer trastorno más frecuente en esta población con prevalencia de 5.9 (Bird et al, 1988). Los adolescentes con depresión manifiestan diferentes problemáticas que los llevan a ellos y a ellas y a sus padres a buscar ayuda profesional. Conocer estos problemas permitiría diseñar intervenciones eficientes y explorar áreas de prevención.

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron referidos a la Clínica de Ayuda Psicoterapéutica para Adolescentes con Depresión de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras por distintas escuelas públicas y privadas del área Metropolitana de San Juan. Participaron del estudio 71 adolescentes (53.5% de la muestra fueron féminas y 46.5% varones). De esta muestra, 23

adolescentes (73.9% féminas y 26.1% varones) recibieron Terapia Interpersonal. Veinticinco adolescentes (40.0% féminas y 60.0% varones) recibieron Terapia Cognoscitiva-Conductual. Mientras que 23 adolescentes pertenecieron al grupo control. La edad promedio de los adolescentes fue de 14.70 años (DT= 1.40). Un 38.0% de la muestra provenía de escuelas privadas y un 62% provenía de escuelas públicas.

Instrumentos

Para propósitos de esta investigación, se utilizó la Hoja de Referido de los expedientes de los adolescentes y la primera Nota de Progreso, la cual se redactó en la primera sesión terapéutica. En estas hojas no siempre se encontró información sobre los problemas presentados por los adolescentes ya que ello dependió de quién hacía el referido, el terapeuta y el modelo terapéutico utilizado (Terapia interpersonal o Terapia cognitiva-conductual).

Para determinar los problemas o síntomas que expresaban los adolescentes y sus padres al momento de acudir a terapia se utilizó también la sección que evalúa la depresión en el Itinerario de Entrevista para Niños ("Diagnostic Interview Schedule for Children") (DISC-2) (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas, & Klaric, 1984). Este instrumento es la última revisión de la Entrevista Estructurada para Niños y Jóvenes que inicialmente lo desarrolló el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) para estudios epidemiológicos de psicopatología en niños, niñas y jóvenes entre los 6 y 18 años de edad. El DISC-2 fue diseñado para distinguir el criterio diagnóstico de psicopatología, según el DSM-III-R. Este tiene dos versiones: una de padres, conocida como el DISC-2-P y una de jóvenes, conocida como el DISC-2-C.

El DISC-2 es una entrevista diagnóstica altamente estructurada y su versión revisada incluye reactivos basados en los criterios diagnósticos para 35 trastornos que se encuentran en el DSM-III-R. La mayoría de los síntomas están codificados en 0-1-2, donde 0 corresponde a "no o nunca", 1 corresponde a "en ocasiones" y 2 corresponde a "sí o a menudo". A más alta la puntuación sumada, mayor cantidad de síntomas para una categoría diagnóstica.

La confiabilidad del DISC-2-P es de .56 y la del DISC-2-C es de .36 (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas, & Klaric, 1984). En la prueba/reprueba de la confiabilidad para el DISC-2-P fue de .90 para una puntuación de síntomas total y un promedio de .76 para el resto de los 26 síntomas. Para el DISC-C, la confiabilidad prueba/re-prueba en las edades de 13 a 18 años fue de .71 (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas & Conover, 1985). El DISC-2 fue traducido y adaptado para utilizarse con niños y adolescentes puertorriqueños (Bravo, 1993).

Procedimiento

Para determinar cuáles son los problemas que con más frecuencia traen estos adolescentes a terapia, además de la depresión, se tomó información de las Hojas de Referido de los expedientes de cada adolescente, de las Notas de Progreso de la primera sesión terapéutica y del Instrumento “Diagnostic Interview Schedule for Children” (DISC-2).

La información recogida de la Hoja de Referido y de las Notas de Progreso se codificaron bajo las siguientes categorías de problemas:

- 1) Problemas escolares, de conducta o de aprendizaje. Bajo esta categoría se ubicó la información relacionada con la escuela, las notas, la conducta en la escuela y el hogar y los problemas de aprendizaje específicos. Algunos ejemplos de estos problemas son: distracción en la escuela, retraimiento, falta de interés en la escuela, problemas con las materias, mala conducta en la escuela o en la casa.
- 2) Problemas familiares. En esta categoría se incluyeron los problemas directamente relacionados al hogar o los conflictos con padres, hermanos y parientes cercanos. Ejemplos de estos problemas son: aislamiento de la familia, peleas frecuentes con los hermanos, discusiones, alcoholismo de uno de los padres o ambos, conflicto con abuelos y otros parientes, desconfianza o presión por parte de los padres y violencia doméstica.
- 3) Problemas con pares. En esta categoría se ubicaron los conflictos con amigos y compañeros de escuela. Ejemplos de estos problemas son: peleas con amigos, discusiones, rechazo, problemas con novios.
- 4) Referido para terapia. Bajo esta categoría se ubicaron los adolescentes que acudieron a terapia por referido directo de la escuela o por sugerencia de algún profesional de ayuda. Ejemplos de esta información era: Evaluación Psicológica o Psicométrica, necesita o se recomienda psicoterapia individual, se debe referir a Proyecto de Depresión.
- 5) Ideas suicidas u homicidas. En esta categoría se ubicaron ideas suicidas o de muerte e ideas homicidas contra alguna persona. Ejemplos de éstas son: deseos de morir, deseos de matar a un amigo o hermano, deseos de matarse.
- 6) Muerte o pérdidas. En esta categoría se incluyeron la muerte de padres, familiares o amigos. Se incluyeron aquí sentimientos de pérdida debido al divorcio o separación de los padres, mudanza al extranjero de algún familiar o amigo, pérdida de un amigo o amistad significativa y rompimiento de un noviazgo.
- 7) Sentimientos de depresión u otros. En esta categoría se incluyeron sentimientos directamente relacionados al diagnóstico de depresión u otros. Ejemplos de éstos son: somatización, insatisfacción, tristeza, llanto constante, enfermedades y sueño constante.
- 8) Sin información detallada. En esta categoría se ubicaron los adolescentes de los cuales no se tiene información adicional o clara del problema en la Hoja de Referido o en la Primera Nota de Progreso.

9) Uso de alcohol o drogas y actos delictivos. Bajo estas categorías se ubicaron problemas relacionados al uso de alcohol o drogas y a la acción de actos delictivos como robo o problemas legales. Estos problemas incluyeron el uso de marihuana u otras sustancias controladas, uso excesivo de alcohol en el joven, robo o posesión de armas.

10) Conflictos sociales. En esta categoría se ubicaron los problemas que afectan al joven, pero de los cuales él mismo no tienen control o manera de solucionarlo ya que depende de su realidad social externa. Algunos de estos problemas son: asalto, violación, desempleo, discriminación y conflictos con las ideas religiosas de sus padres o cuidadores.

Además de tomar en cuenta la Hoja de Referido y la Nota de Progreso de la Primera sesión terapéutica para determinar los problemas que informaban los jóvenes, también se tomó en cuenta las respuestas de los jóvenes y de sus padres en el DISC-2 (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas, & Klaric, 1984). Estas respuestas se categorizaron con las mismas categorías que proveía el DISC-2. Estas eran: triste, malhumorado o irritable, comió menos, perdió peso, comió más, aumentó de peso, problemas de sueño, dormía más, lento o habla poco, inquieto, se le hace difícil hacer asignaciones, dificultad para ocuparse de sí mismo o de sus cosas, cansado, sin energía, culparse, decepcionado de sí mismo, dice cosas malas de su apariencia, lloroso, distraído, incapaz de concentrarse, las cosas nunca le salen bien, problemas para decidirse, vida sin esperanza, habla de muerte, habla de suicidarse y ha intentado suicidarse.

Luego de la codificación de las respuestas, se obtuvieron las frecuencias tanto para las categorías obtenidas de los expedientes (Hoja de Referido y notas de progreso) como para las categorías del DISC-2 por grupos de terapia.

Resultados

Los síntomas que con mayor frecuencia se encontraron entre los sesenta y cinco adolescentes (véase Tabla 1) que participaron del proyecto para adolescentes deprimidos fueron: mal humor o irritabilidad (n=57, 87.7%), tristeza (n=53, 81.5%) llanto (n=47, 72.3%), pensar que las cosas nunca salen bien (n=45, 69.2%), problemas para decidirse (n=44, 67.7%) dificultad para concentrarse y estar sin energía (n=41, 63.1%), estar distraído (n=40, 61.5%), decepcionado de sí mismo y dificultad con las asignaciones (n=38, 58.5%), estar inquieto (n=37, 56.9%), estar cansado (n=34, 52.3%), hablar mal de su apariencia (n=33, 50.7%), vida sin esperanza (n=30, 46.2%), problemas con el sueño y comer menos (n=29, 44.6%), hablar de muerte, dificultad consigo mismo y sus cosas y estar lento o hablar poco (n=27, 41.5%), culparse (n=26, 40%), hablar de suicidarse (n=22, 33.9%), dormir más (n=21, 32.3%), comer más y aumentar de peso (n=15, 23.1%), perder peso (n=12, 18.5%), e intentar suicidarse (n=11, 16.9%).

Tabla 1.
Porcentaje de los síntomas presentados en el DISC-2
por los adolescentes y sus padres.

SINTOMAS	INFORMANTES	
	adolescentes (n=65)	padres (n=58)
Malhumorado o irritable	87.7%	86.2%
Triste	81.5%	91.4%
Estar lloroso	72.3%	41.4%
Pensar que las cosas no salen bien	69.2%	62.1%
Problemas para decidir	67.7%	53.5%
Dificultad para concentrarse	63.1%	65.5%
Estar sin energía	63.1%	67.2%
Estar distraído	61.5%	67.2%
Decepcionado de sí mismo	58.5%	55.2%
Dificultad con asignaciones	58.5%	72.4%
Inquieto	56.9%	50.0%
Cansado	52.3%	68.9%
Hablar mal de su apariencia	50.7%	25.9%
Vida sin esperanza	46.2%	31.0%
Problemas con el sueño	44.6%	25.9%
Comer menos	44.6%	46.6%
Hablar de muerte	41.5%	24.1%
Dificultad consigo mismo y sus cosas	41.5%	48.3%
Lento o hablar poco	41.5%	52.3%
Culparse	40.0%	34.5%
Hablar de suicidarse	33.9%	18.9%
Dormir más	32.3%	43.1%
Comer más	23.1%	48.3%
Aumentar de peso	23.1%	24.1%
Perder peso	18.5%	32.8%
Intentar suicidarse	16.9%	8.6%

Los síntomas que con mayor frecuencia se encontraron entre los cincuenta y ocho padres de los adolescentes (véase Tabla 1) que participaron del proyecto para adolescentes deprimidos fueron: tristeza (n=53, 91.4%), mal humorado o irritable (n=50, 86.2%), dificultad con las asignaciones (n=42, 72.4%), estar cansado (n=40, 68.9%), estar sin energía y estar distraído (n=39, 67.2%), dificultad para concentrarse (n=38, 65.5%), pensar que las cosas nunca salen bien (n=36, 62.1%), estar lento o hablar poco (n=34, 52.3%), tener

problemas para decidirse (n=31, 53.5%), estar decepcionado de sí mismo (n=32, 55.2%), estar inquieto (n=29, 50%), comer más y dificultad consigo mismo y sus cosas (n=28, 48.3%), comer menos (n=27, 46.6%), dormir más (n=25, 43.1%), estar lloroso (n=24, 41.4%), culparse (n=20, 34.5%), perder peso (n=19, 32.8%), vida sin esperanza (n=18, 31%), hablar mal de su apariencia y tener problemas con el sueño (n=15, 25.9%), aumentar de peso y hablar de muerte (n=14, 24.1%), hablar de suicidarse (n=11, 18.9%), intentar suicidarse (n=5, 8.6%).

Los problemas informados con más frecuencia por los adolescentes (véase Tabla 2) en la primera sesión fueron: problemas familiares (n=19, 39.6%), problemas escolares, en la conducta o de aprendizaje y sentimientos de depresión (n=9, 18.8%), información no detallada (n=7 14.58%), problemas con pares (n=5, 10.4%), necesidad de servicios psicológicos (n=4, 8.3%), problemas sociales (n=3, 6.3%), ideación suicida u homicida y muerte de algún ser querido (n=2, 4.2%), problemas con sustancias controladas o actos delictivos (n=1, 2.1%).

Tabla 2
Frecuencias y porcentajes de los problemas presentados por los adolescentes en su primera sesión de psicoterapia

PROBLEMAS	FRECUENCIAS (n=48)	PORCENTAJES
Familiares	19	39.58%
Conducta o aprendizaje	9	18.75%
Depresión	9	18.75%
Información no detallada	7	14.58%
Con pares	5	10.42%
Necesidad de servicios psicológicos	4	8.33%
Sociales	3	6.25%
Ideación suicida u homicida	2	4.17%
Muerte ser querido	2	4.17%
Sustancias controladas o actos delictivos	1	2.08%

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que los síntomas o problemas que con mayor frecuencia expresan los adolescentes en el DISC-2 son: malhumor o irritabilidad, tristeza, llorar con frecuencia, pensar que las cosas nunca salen bien y problemas para decidirse. Por otra parte, los cinco síntomas más frecuentes expresados en el mismo instrumento por los padres respecto a sus

hijos son los siguientes: tristeza, malhumor o irritabilidad, dificultad con las asignaciones, cansancio y estar sin energía.

En el análisis de frecuencia realizado para determinar los problemas o síntomas mayormente mencionados por los adolescentes en su primera sesión terapéutica, los siguientes obtuvieron los mayores porcentajes: problemas familiares, problemas de conducta, síntomas de depresión, información no detallada o no saber y problemas con pares.

Los hallazgos encontrados señalan que:

1. La definición del “problema” que se presenta en psicoterapia dependerá del instrumento utilizado. Por ejemplo, el DISC-2 tiende a asistir en la determinación de los síntomas, mientras que la entrevista ayuda a definir los problemas.

2. Los síntomas mayormente informados en adolescentes con depresión fueron: tristeza y malhumor o irritabilidad.

3. Las discrepancias entre las informaciones indican que los jóvenes describen mejor sus síntomas, al ofrecer información de índole internalizante.

4. Los padres y las madres describen los síntomas de observación externa o conductual basándose en sus percepciones.

5. Los problemas más informados por los adolescentes en su primera sesión terapéutica son los familiares.

6. Es importante considerar un posible diagnóstico de depresión cuando se evalúa un adolescente como malhumorado o irritable.

7. Estudiar los problemas que traen los jóvenes a terapia es pertinente para la psicología ya que ayudará a discernir y tener más claro qué situaciones traen a los adolescentes a terapia. Esto así ya que, en ocasiones, se toma en cuenta el criterio o percepción de los padres y madres y no el síntoma expresado por el joven o la joven.

8. Además, se encontró pertinencia al ámbito escolar ya que los problemas encontrados pueden compararse con los que presentan estos adolescentes en la escuela. Esto permitirá tener un cuadro clínico / escolar de aquellos jóvenes que muestran problemas o necesidad de ayuda en la escuela y, por ende, redundará en una intervención tanto clínica como escolar.

9. Por último, saber el problema que más preocupa a un joven tanto que lo lleva a necesitar ayuda psicológica, permite establecer ideas de cuáles problemas dicho joven está llevando a la escuela y ayudará a determinar si éstos se relacionan con el aprovechamiento académico o con la conducta escolar, o ambos.

Conclusión

Las madres y los padres mayormente informan problemas observables o referentes a la conducta, mientras que los jóvenes son los mejores informantes de cómo se están sintiendo. Además, los problemas familiares son los que con más frecuencia llevan a los jóvenes a terapia, por lo que se

debe considerar como una buena alternativa la terapia de familia para adolescentes con síntomas de depresión. También, es recomendable tener claro los problemas para ofrecer terapias con mayor probabilidad de éxito, lo cual ayudará a: tener metas claras, establecer modelos terapéuticos más efectivos, establecer expectativas en cuanto a la mejoría y el cambio, determinar la duración de la terapia, crear categorías para evaluar los modelos psicoterapéuticos, comparar poblaciones y mejorar los servicios prestados. Se recomienda la realización de estudios que demuestren la eficacia terapéutica y tener en consideración el tipo de problema presentado al solicitarse e iniciarse la psicoterapia, además del tipo de terapia ofrecido.

Referencias

- Bernal, G., Konjevich & C. Deegan, E., (1987). Families with depression, school, marital, family and situational problems: A research note. *The American Journal of Family Therapy*, 15, 44-50.
- Bernal, G., Deegan, E. & Konjevich, C. (1983). The EPPI family therapy outcome study. *Journal of Family Therapy*, 5, 3-21.
- Bird, H., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M., Ribera, J., Sesman, M., Woodburry, M., Huertas-Goldman, S., Pagán, A., Sánchez-Lacay, A. & Moscoso, M., (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Bravo, M., (1993). The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. Documento no publicado
- Costello, A.J., Edelbrock, C., Dulcan, M.k., Ralas, R., & Klaric, S.H. (1984). Development and testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children in a clinic population. Rockville, Md.: Center for Epidemiologic Studies. National Institute of Mental Health.
- Fernández-Álvarez, H (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Paidós: Buenos Aires.
- Hromco, J. (1994). Presenting problems in individual psychotherapy: Relationship to mental health, utilization and outcome. Documento no publicado.
- Rivera Pastrana, I. & de Jesús, M. de los A. (1987). Identificaciones de necesidades, problemas y recursos en el área de salud mental en estudiantes de la Universidad de Puerto Rico. Río Piedras. Tesis de maestría, Universidad de Puerto Rico.
- Rivera, A. N. (1991). Hacia una psicoterapia del puertorriqueño. San Juan: Editorial Edil, Inc.
- Segal, L. (1991). Brief therapy: The MRI approach. En A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.