



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ESTUDIO COMPARATIVO DE DEPRESION EN GRUPOS DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS PSIQUIATRICOS Y ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

**VANESSA AIDA REYES RAMIREZ
GABRIELA RODRIGUEZ CANALES**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. JUANA ESTELA CORDERO BECERRA



MEXICO, D. F. EXAMENES PROFESIONALES SEPTIEMBRE DEL 2005

FAC. PSICOLOGIA.

m. 347548

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme llegar a este reto tan importante de mi vida, por todas las satisfacciones, por el gozo que me has regalado y por darme la oportunidad de descubrir día a día quien soy en realidad.

A MIS PADRES

Por darme la vida, por todo su infinito apoyo, dedicación y amor desinteresado, por todos estos años que con su amor, sacrificio, motivación y confianza me ha impulsado ha concluir un reto más, y por hacer de mí la mujer que soy ahora. Gracias por estar ahí desde el principio.

A MIS HERMANAS GLAD Y ROX

Por preocuparse en la realización de este trabajo, además por su apoyo moral y por compartir conmigo este sueño maravilloso.

A GABY RODRIGUEZ

Por haber mostrado todo su profesionalismo y entusiasmo en la realización de este trabajo, por confiar en mí para llevar a cabo investigación tan importante, por toda su apoyo incondicional, por su comprensión, paciencia, pero sobre todo por su amistad.

A LA PSIC. METZERT MARTINEZ

Por su generosa y valiosa colaboración, por el apoyo incondicional brindado en la realización de nuestra investigación ya que sin su ayuda no hubiera sido posible las aplicaciones del Inventario de Depresión de Beck a los adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Gracias por sus palabras de aliento, confianza y motivación.

A LIC. CLAUDIA ROMERO

Por su gran apoyo en la realización de esta investigación, por compartir sus conocimientos y por su motivación incondicional.

A XOCHITL GARCIA

Por sus permisos de trabajo, por sus palabras de aliento, por su confianza y apoyo incondicional para la realización de este trabajo.

A SAOLO VELAZQUEZ

Por su amistad a lo largo de la carrera, quien también me apoyo con material para mis prácticas, por su apoyo incondicional y por ser mi conejillo de indias.

A ADRIANA AGUILAR

Por motivarme a salir siempre adelante, por sus consejos, por su amistad de estos últimos 12 años.

A MIGUEL ARGOS, AARON CASTILLO, YOANA CORTES, VERONICA DE LA CRUZ, CARLOS LONA, ERIKA MARTINEZ, HECTOR MARTINEZ, VICENTE NAJERA, GRICEL SANCHEZ, ETC.

A todos mis amigos sin distinción quienes se preocuparon en la realización de este trabajo, por su interés y por motivarme a salir siempre adelante. Gracias por estar conmigo siempre y por compartir este inolvidable momento.

..... y a todas aquellas personas que Dios puso en mi camino para apoyarme y compartir este bello momento.

Vanessa Cida Reyes Ramírez.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme regalado el tiempo de vida suficiente para alcanzar esta meta; por llevarme siempre de la mano, por acompañarme y por darme una familia como la que tengo. GRACIAS!

A mis Padres:

Por soportar conmigo el tiempo que necesité para cumplir este sueño que deseé desde niña; por su paciencia, amor, comprensión y apoyo.

- *A Mi Madre.- Por todo su apoyo moral y amor desinteresados...*
- *A mi Padre.- Por ser mi principal ejemplo a seguir y por motivarme siempre a cumplir este sueño. GRACIAS por que he sido testigo de los enormes sacrificios y esfuerzos que has hecho a lo largo de tu vida para darme lo mejor que has podido: Educación, la cual será mi mejor herramienta para enfrentar la vida... Por eso y más te dedico a ti este logro...*

A mis Hermanas:

De quien he aprendido las cosas más valiosas de la vida: la unión, el amor, el apoyo fraterno y la amistad.

- *Gracias Ale por todos tus consejos, por todas esas pláticas eternas en la noche, por escucharme, orientarme y estar ahí cada que te he necesitado; por todo el tiempo que hemos compartido juntas y por ser un ejemplo a seguir.*
- *A Vale, por el simple hecho de existir y por darme lata, que aunque no lo creas me has enseñado algo a diario y a quien espero también poder dejarle algo.*

A Daniel:

Por tu apoyo incondicional, por estar conmigo en las altas y bajas; por tu amistad y compañía durante estos más de 7 años. Gracias por tu amor y comprensión infinitos, sin ti simplemente hubiera sido más difícil alcanzar este objetivo. Gracias por estar siempre a mi lado.

A ti Vane:

Por trabajar conmigo hombro con hombro, por tu tiempo y dedicación a este trabajo, y por confiar en mí para lograrlo juntas. Gracias por demostrarme a diario y con creces tu sincera amistad, te agradezco tu ayuda, el tiempo que pasamos juntas y las enseñanzas y bonitos momentos. Fue muy padre y un placer trabajar contigo!!

A Claudia:

Por sus "sabios conocimientos", por trabajar casi tanto como nosotras en este proyecto y por que sin su ayuda todavía andaríamos divagando... Por eso quiero compartir este título contigo y por que además fuiste una motivación para mí. Mil GRACIAS Clau por tu compañerismo y tu amistad, por todo tu apoyo, preocupación y paciencia. Gracias por hacerme la vida más fácil, por tus consejos (personales y académicos) y por tu confianza. Sabes que siempre podrás contar conmigo.

A Metzeri:

Gracias por que desde el principio contamos con tu aprobación, cooperación y apoyo; sin tu ayuda nunca lo habríamos logrado. Gracias por tu tiempo y preocupación en este trabajo.

Mil Gracias a Todos Ustedes!!

Gabriela Rodríguez Canales

AGRADECIMIENTOS A NUESTRA INSTITUCIÓN Y A NUESTROS MAESTROS

Finalmente un enorme agradecimiento a nuestra Institución y a nuestros Maestros, a quienes también dedicamos este trabajo...

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por ser nuestra máxima casa de estudios quien nos formó a lo largo de la carrera y por ser parte del reto más importante que apenas comienza: desenvolvemos profesionalmente en nuestro campo de trabajo.

A la Lic. Juana Estela Cordero:

Por haber dedicado parte de su tiempo en dirigirnos nuestra tesis, gracias por su entrega en fomentarnos día a día durante la realización de esta investigación, por su paciencia y profesionalismo.

No acabaremos de agradecerle nunca su tiempo y apoyo, por sus conocimientos y consejos aportados, así como por su dedicación y esfuerzo en este proyecto. Gracias por creer en nosotras. Fue un honor tenerla como nuestra directora.

A la Mtra. Rocío Maldonado:

Por su tiempo y correcciones aportadas y por ayudarnos a pulir nuestro trabajo.

Al Mtro. Ricardo Díaz:

Por TODA su paciencia y ayuda. Por apoyarnos en una parte muy importante de esta investigación, por todo el tiempo que nos dedicó para la realización de este trabajo, por estar siempre dispuesto cuando lo necesitamos, por explicarnos cuantas veces fuera necesario hasta entender y por todo su profesionalismo... Por eso y más le estaremos eternamente agradecidas.

A las Maestras Martha Cuevas y Graciela Díaz, por sus comentarios y correcciones oportunas, por su tiempo empleado en este proyecto y por ayudarnos a lograr un mejor trabajo.

A todos GRACIAS por todas sus aportaciones y sugerencias realizadas a nuestra investigación, por su apoyo incondicional, su paciencia, y por compartir sus conocimientos para ser de este trabajo mejor todavía.

A todos los adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", así como a los de la Escuela Secundaria Diurna 229 "Ludmila Yivkova" y de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos" de la UNAM. Quienes participaron contestando el Inventario de Depresión de Beck para llevar a cabo la realización de esta investigación.

GRACIAS

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
1.1 Depresión	
• Antecedentes y panorama general de la Depresión	5
• Situación actual de la Depresión	6
• Definición conceptual de la Depresión	8
• Teorías Principales de la Depresión	9
• Principales Causas de la Depresión	12
• Cuadro clínico de la Depresión	23
• Tipos de Depresión	26
• Clasificación de la Depresión (DSM-IV y CIE-10)	28
• Prevalencia y Estadísticas de la Depresión	33
• Dimensiones de la Depresión	35
1.2 Medición de la Depresión	
• Instrumentos para medir la Depresión	42
• Pruebas utilizadas y adaptadas para la Población Mexicana	43
• Inventario de Depresión de Beck	45
1.3 Adolescencia	
• Definición de la Adolescencia	54
• Características físicas de la Adolescencia	57
• Pubertad	58
• Crecimiento y Sexualidad	59
• Factores que intervienen en la Adolescencia	60
• Características de la Adolescencia	65
• Problemas en la Adolescencia	72
1.4 Depresión en la Adolescencia	
• Depresión Adolescente	76
• Causas, Incidencia y Factores de riesgo	79
• Sintomatología	86
• Tipos de Depresión	90
• Comorbilidad	90
• Recaídas	91

• Características comunes de un Adolescente Deprimido	91
• Pronóstico de la Depresión en el Adolescente	92
• Otros estudios realizados en Adolescentes	94
• Estadísticas de Depresión en los Adolescentes	95
• Tratamiento	97

CAPÍTULO II

Método

2.1 Planteamiento del Problema	99
2.2 Justificación y Objetivo	99
2.3 Hipótesis de Investigación	100
2.4 Variables	
2.4.1 Definición Conceptual	101
2.4.2 Definición Operacional	102
2.5 Sujetos y Selección de la Muestra	102
2.6 Tipo de Estudio	103
2.7 Diseño de Investigación	103
2.8 Instrumento	103
2.9 Procedimiento	103

CAPÍTULO III

Análisis de Resultados

3.1 Descripción de la Muestra	105
3.2 Comparaciones	
3.2.1 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre el Grupo Hospitalizado y Grupo No Hospitalizado o Escolar	109
3.2.2 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre sexos.	109
3.2.3 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre varones adolescentes hospitalizados y varones adolescentes no hospitalizados.	110
3.2.4 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre mujeres adolescentes hospitalizadas y mujeres adolescentes no hospitalizadas.	110
3.2.5 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre sexos del grupo de adolescentes hospitalizados.	111

3.2.6 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre sexos del grupo de adolescentes no hospitalizados o escolares.	111
3.2.7 Comparación de puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck entre las diferentes edades.	112
3.3 Clasificación del Puntaje	113
3.4 Cuestionario Complementario	115
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	120
LIMITACIONES Y ALCANCES	123
SUGERENCIAS	124
REFERENCIAS	125
ANEXOS	133

RESUMEN

En la presente investigación, se estudió la severidad de los síntomas de depresión en adolescentes hospitalizados psiquiátricos y adolescentes de una escuela secundaria (y preparatoria) mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB), el cual es un autoinforme que se aplicó en ambas muestras, con el objetivo de conocer en qué grupo los sujetos se encuentran mayormente deprimidos, así como conocer en qué sexo y en qué edades la depresión es mayor. Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 82 adolescentes hospitalizados y 205 adolescentes escolares; los primeros fueron sujetos del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y los segundos de la Escuela Secundaria Diurna 229 “Ludmila Yivkova”, todos ellos entre los 11 y los 17 años de edad. Los resultados obtenidos indicaron que sí se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, siendo los adolescentes hospitalizados los que obtuvieron mayores síntomas de depresión. De igual forma, entre sexos se observaron diferencias significativas siendo las mujeres las que obtuvieron en general puntuaciones mayores, siendo por lo tanto mayormente propensas a padecer depresión; así mismo se encontraron diferencias significativas entre las diferentes edades.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el gran incremento de la depresión, la cual se puede describir como un estado de ánimo triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado y su tendencia a violar impulsos instintivos básicos (como el de la conservación, y el maternal) así como su efecto bloqueador de necesidades biológicas (como el hambre, el sueño y el apetito sexual) han hecho que un gran número de investigadores sume sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema.

Una depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado, causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos, llegando incluso a destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la práctica médica y su diagnóstico y tratamiento temprano son importantes aspectos sanitarios (Méndez, 1995), así como también necesarios para la cura del paciente.

En la actualidad, se sabe que este trastorno afecta a todos los grupos de edad: niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad, llegándose a considerar que el total de la población, por lo menos una vez en la vida, ha sufrido de depresión a causa de diversos factores, por ejemplo un divorcio, la muerte de un ser querido, el nacimiento de un hijo, entre otros.

Según Méndez (1995), al hablar de depresión, se habla de una enfermedad causante de un gran mortalidad, siendo una de las enfermedades que más vidas cobra, ya que suele permanecer en la persona hasta acabar en ocasiones con su vida afectando mientras tanto otras áreas de comportamiento y de la vida del sujeto: afecta su vida social, laboral, escolar, familiar y su autoestima.

Lammoglia (1995), refiere que 8 de cada 10 pacientes que llegan a consulta presentan problemas que surgen de la depresión, presentándose sin embargo en muchas ocasiones de manera "enmascarada" ya que detrás de ésta existen casi siempre otros padecimientos. Menciona además que de la población general el 18 al 20% padece depresión, cayendo del 10 al 14% en depresión severa.

Méndez en su proyecto de tesis (1995) cita a Lammoglia, quien refiere también que la depresión debe entenderse como una enfermedad severa padecida por millones de personas quienes en su mayoría son propensas a sufrirla debido a la intervención de factores genéticos; no obstante existen diversos factores que pueden originarla, pudiendo ser la afectación tan severa

que ocasione problemas o enfermedades en todo el organismo, volviéndolo muy vulnerable.

En cuanto a la prevalencia de este trastorno en los niños y adolescentes, el aumento de depresión es cada vez mayor, provocando una alta en la tasa de suicidios y el uso de recursos extremos como el alcoholismo y la drogadicción.

Esta enfermedad puede ser también una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, y en los adolescentes es común que se presente como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. La depresión también puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela.

En particular, los adolescentes que presentan baja autoestima y que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

Por otra parte una depresión persistente, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar también un episodio depresivo serio.

Se sabe también que por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o en los años de adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, siendo similar a la proporción de adultos que sufren de depresión. En México el 15% de los adolescentes y adultos jóvenes sufren de este padecimiento.

Con ello, observamos que juventud y depresión son una mancuerna peligrosa demostrándolo así los estudios epidemiológicos realizados en poblaciones de niños, los cuales han reportado tasas de prevalencia de depresión entre 0.4 a 2.5%, mientras que en adolescentes las tasas han sido desde 0.4 a 8.3%.

De esta forma la depresión se convierte en un problema de salud pública ya que por lo menos el 15% de los adolescentes son potencialmente vulnerables a la enfermedad.

Por lo anteriormente descrito, el presente trabajo enfoca su interés en la valoración clínica de la intensidad del estado depresivo que presentan los adolescentes, realizando una comparación entre un grupo escolar y uno hospitalizado, revisando también el entorno familiar en el que se desenvuelven con el fin de brindar una mayor información acerca de este problema en nuestro país, así como de ayudar a los padres y autoridades escolares a detectar a tiempo este padecimiento en los jóvenes.

Debido a que la depresión es el tema central de nuestra investigación, el primer apartado del Capítulo 1 se destina a la explicación y descripción de las características de este tema, abarca sus antecedentes, definición, tipos y teorías principales que la sustentan, así como las principales causas y factores que pueden provocarla o desencadenarla.

El segundo apartado aborda lo referente a la medición de la depresión, esto es los principales instrumentos empleados por los psicólogos para hacer una evaluación y valoración de la depresión, así como los utilizados en México, enfatizando principalmente el Inventario de Depresión de Beck, el cual fue utilizado para la realización de éste trabajo.

Los apartados 3 y 4 por su parte, informan sobre la adolescencia y la depresión en ésta, ya que se considera necesario conocer los aspectos generales de esta etapa para comprender mejor cómo es la depresión en ese momento de la vida.

Finalmente en el Capítulo 2, se desglosan los aspectos metodológicos, detallándose en el Capítulo 3 todos los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Cabe aclarar, que a pesar de que la investigación se realizaría únicamente con adolescentes Hospitalizados y Adolescentes de una Escuela Secundaria; incluimos también en la investigación a Adolescentes de Preparatoria, con el objetivo de "equilibrar" la muestra obtenida, ya que la mayoría de los pacientes psiquiátricos se encontraron entre los 14 y los 17 años, encontrándose la mayoría de los estudiantes de secundaria entre los 11 y los 14 años.

Capítulo I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1.1 DEPRESIÓN

Antecedentes

Panorama General de la Depresión

El término depresión se remonta a un cuarto de siglo. El cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de "melancolía".

Ya en el siglo IV a. de C.. Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista medico los problemas que hoy se llaman psiquiátricos estaban relacionados por la conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis.

Posteriormente Celsus y Areteo de Cappadocia hablaron de la manía y de la melancolía como problemas médicos. Soranos de Ephesus describió los síntomas principales de la melancolía siendo éstos: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada y la tendencia al llanto e irritabilidad.

Durante la edad media filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios de influencias astrales. Galeno también en el Siglo II desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo hasta la Edad media.

En el Renacimiento surgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar las psicológicas (por ejemplo el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares); y en segundo, la física (por ejemplo la amenorrea y el puerperio).

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psico-maniaco-depresivo y demencia precoz, llamado, posteriormente esquizofrenia.

Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo; en consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

La depresión es uno de los conceptos dinámicos que tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, pero que ha crecido a lo largo del tiempo y que todavía hoy está en proceso de desarrollo, es importante definir el concepto de duelo como la reacción normal ante una pérdida real en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, siendo el sentimiento predominante el de abatimiento y tristeza.

Edward Bibring propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalidamiento e impotencia del yo, siendo característica de las personas que padecen de depresión:

- 1.- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- 2.- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- 3.- El deseo de ser bueno y amable.

Este autor creía que lo que llevaba a la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yo tiene de su desvalidamiento.

Para Burton "la depresión es la más universal de las aflicciones humanas" y duda que exista algún individuo que deje de experimentarla a lo largo de su existencia, por lo tanto, es un fenómeno muy frecuente en los jóvenes, ya que sabemos que la angustia los afecta tanto como al adulto.

Situación actual de la Depresión

La importancia de los primeros registros de la depresión, reside en que ellos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo sigue siendo la misma durante mucho tiempo. La constancia histórica de la descripción sintomatológica de las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente, como reloj de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos.

Las contribuciones de Kraepelin revolucionaron la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que continua aún. Discriminó los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales:

- demencia precoz
- parafernalia
- psicosis maniaco depresiva.

Basó sus clasificaciones tanto en la similitud de los síntomas como en el eventual desenlace de la enfermedad.

En el sistema nosológico de Kraepelin la categoría de psicosis maniaco-depresiva comprendía la psicosis intermitente, la manía simple, algunos casos de confusión, la mayor parte de los casos de melancolía y algunos casos de desordenes leves del carácter precursores de perturbaciones mas graves.

La gran contribución de Kraepelin a la psiquiatría fue el ordenamiento del caos nosológico.

Adolfo Meyer cuyo propio sistema de clasificación se basa en una categoría mas amplia de tipos reactivos, comenzó a tratar los desordenes psiquiátricos dando preferencia a la influencia de las circunstancias existenciales más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionaba independientemente de los factores ambientales. Por ultimo descartó por completo el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desordenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo ante sucesión de circunstancias existenciales. En 1904 Meyer objeto el término melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca de! cual poco se sabía. Sugirió en cambio denominarla *Depresión* a dicho desorden.

Karl Abraham., realiza la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. La psiconeurosis era interpretada como consecuencia de una regresión de la libido; de ahí que Abraham comparara la depresión con ansiedad, que también era visto como el resultado de instintos reprimidos, mencionando también la siguiente diferencia de estos dos estados. Mientras la ansiedad surge cuando las represiones impiden el logro de la gratificación deseada, que aun es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además en la depresión, la búsqueda de la satisfacción libidinal hace al individuo incapaz de sentirse amado e incapaz de amar, desesperándose de no poder llegar a la intimidad emocional. También explica otros aspectos significativos de la depresión sobre la base de la represión. Se ocupa de la manía y del análisis de los individuos deprimidos, considera que la manía es la manifestación franca de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva. La explosiva expresión de amor y odio acertadamente calificado de "*frenesis de libertad*" que se observa en la fase maniaca, es interpretada como una vuelta al periodo de la infancia previo a la represión emocional.

Las líneas convergentes de la investigación proveniente de la psicología experimental básica y de psicopatología descriptiva condujeron a la articulación de las teorías cognitivas y conductuales de la depresión. Estas teorías a su vez estimularon el desarrollo de novedos métodos de intervención aparentemente poderosas. Una teoría cognitiva plantea que la depresión es en parte, una consecuencia de interpretaciones erróneas negativas y perniciosas, de experiencias objetivas (Beck 1976). Los individuos depresivos exhiben lo que Beck , ha catalogado como la "triada cognitiva negativa", considerándose así mismos como incapacitados, derrotados y enfermos a sus mundos llenos de obstáculos para la obtención aun de la mínima satisfacción.

Definición Conceptual de la Depresión

La depresión es un estado emocional caracterizado por una tristeza y aprensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, retraimiento, pérdida del sueño, apetito, deseo sexual, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza grave y persistente que puede presentarse en algunos casos sin razón aparente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia) y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas.

La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración, etc. (Calderón 1990).

Hollon y Beck (1979), citados en Calderón (1990), definen a la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Después de analizar las definiciones anteriores consideramos la siguiente como la más adecuada para abordar el tema de la depresión en adolescentes por que abarca factores representativos desde el punto de vista psicológico.

"La depresión es un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañado de ansiedad en los que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio; así como síntomas somáticos diversos".

Teorías Principales de la Depresión

Existen varias teorías acerca de como se originan las depresiones. Aunque cada una de ellas tiende a proponer una forma de tratamiento, cada vez hay mayor evidencia científica de que los factores que influyen son muchos, y de que las distintas teorías (y los tratamientos que proponen cada una de ellas) no son exclusivas y contrapuestas entre sí, sino más bien complementarias.

Factores psicológicos y/o psicosociales

Punto de vista psicológico psicoanalítico

Son numerosos los factores psicológicos que han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión, bien como factores precipitantes, como factores de predisposición, como factores determinantes en sujetos con vulnerabilidad, o bien como factores causales directos. Formulándose teorías y modelos de depresión en función de muchos de estos factores.

Así, la depresión suele concebirse como una experiencia de pérdida afectiva inconsciente frente a la cual el paciente reacciona con las mismas emociones que en pérdidas anteriores en su vida; dicha pérdida inconsciente puede tener una naturaleza muy diversa (como, por ejemplo, fracasar en el logro de una necesidad afectiva o en de un ideal del yo más o menos inconsciente etc.) y el tratamiento tendría como objetivo sacar a la luz esos hechos para desactivarlos afectivamente.

La pérdida objetal y el modelo psicoanalítico

En 1912, Abraham publicó la primera explicación psicoanalítica de la depresión, relacionándola con la represión de los instintos (agresión dirigida hacia uno mismo).

En "Duelo y Melancolía" (1917), Freud sugirió que las pérdidas sufridas durante la primera infancia producen una introyección sobre el objeto perdido.

Según las palabras de Bemporad, autor que ha revisado ampliamente las teorías psicoanalíticas, el proceso se resume del siguiente modo: *"Cuando la pérdida se produce en la edad adulta, la pérdida anterior y su correspondiente odio hacia el objeto amado perdido durante la infancia se reactivan: no obstante, el objeto perdido se ha convertido en parte de uno mismo, por lo cual el odio se dirige hacia uno mismo que contiene lo introyectado. Este odio retrodirigido, junto al sentimiento de pérdida, se manifiesta como una depresión"*.

A pesar del hecho de que Freud argumentó que esta teoría tenía una aplicabilidad limitada y posteriormente la abandonó, este modelo sirvió de base a muchos médicos, los cuales la generalizaron durante varias décadas. Otros autores expandieron el modelo de depresión por la pérdida objetal recalcando

la importancia de la estrecha relación entre la madre y su hijo (u otra de similar importancia), donde su ruptura establece el origen de las pérdidas "depresógenas" de los adultos.

En términos generales, los modelos psicodinámicos de la depresión presentan muchos temas comunes, entre los que destacan:

- (1) relaciones ambivalentes
- (2) relaciones narcisistas
- (3) impotencia y desesperanza
- (4) pérdida o amenaza de pérdida durante la infancia.

Punto de vista psicológico cognitivo-conductual

Desde esta perspectiva, la depresión está asociada a modos erróneos de pensar que la persona depresiva ha adquirido a lo largo de su vida, y que le llevan a interpretar las vivencias afectivas de un modo que le conduce reiteradamente a la depresión. La labor de la terapia será reeducar al paciente y hacerle comprender sus fallos cognitivos, es decir, sus modos anómalos de pensar, para sustituirlos por otros no depresivos.

El modelo cognitivo de la depresión de Beck

Aarón Beck, teórico de la Terapia Cognitiva (Beck, 1970), en su investigación comprobó que los pacientes depresivos reportaban contenidos de pensamiento negativo. Sostiene que estas personas perciben negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean.

Estos pensamientos estaban referidos a las siguientes temáticas:

a. Una visión negativa de sí mismo

El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos; tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán.

b. Consideración negativa del mundo

Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones y derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

c. *Consideración negativa del futuro*

Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregarán otros males mayores.

Lo que podemos observar en las personas es que su conducta, su pensamiento y sus emociones están alteradas, por lo que encontraremos; una persona negativa en su forma de enfrentar el mundo y su cotidianeidad, así como su futuro; negativismo respecto a sí mismo/a y hacia los demás, desesperanza, disminución en la capacidad de autocuidado o en la de brindar cuidado a los otros; su forma de relacionarse con los demás se altera, disminuye su calidad de vida, así como la calidad del trabajo que la persona está acostumbrada a sobrellevar y empeora su condición física en general.

En algunas ocasiones las personas intentarán disfrazar estas características de la enfermedad, por lo que se pueden encontrar algunas variantes en las descripciones anteriores, tales como no comentar que se siente triste, decaída y deprimida; pero las demás personas si observan cambios en su conducta y ánimo habitual; se nota anhedonia importante, se aíslan poco a poco, intentan esconder sus pensamientos negativos y hay un comportamiento autodestructivo que lo quieren disimular; por ejemplo rehusar frecuentemente a participar en actividades, si la persona sufre de alguna enfermedad rechaza la medicación, mucha irritabilidad, múltiples quejas somáticas sin fundamento aparente. Y en niños/as y adultos mayores puede pasar desapercibida debido a la atipicidad de la población.

El modelo de depresión del desamparo aprendido de Seligman

Este modelo nos señala que la depresión sería el resultado de la expectativa individual ante la ocurrencia de eventos negativos, sobre los cuales la persona carece de control.

Para entender el modelo de depresión de Seligman es necesario examinar dos conceptos claves: el desamparo aprendido y el estilo explicativo. Ambos se encuentran indisolublemente asociados entre sí. El desamparo aprendido, de acuerdo a Seligman, *"es la reacción a darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad, a no responder, como consecuencia de tener la creencia de que cualquier cosa que hagamos, ya sea en ese momento o posteriormente, carecerá de toda importancia. El estilo explicativo, por su parte es la forma que por lo general elegimos para explicarnos a nosotros mismos por qué suceden las cosas que nos pasan"*

Para Seligman, el estilo explicativo es el gran modulador del desamparo aprendido. Así, un estilo explicativo optimista bloquea la experiencia de desamparo; por el contrario, un estilo explicativo pesimista permite que la

misma experiencia de desamparo que la persona experimenta, continúe, se agrande y se propague a otras situaciones de vida. En otras palabras, la intensidad y el tiempo de la experiencia de desamparo, como también los espacios en que se disemine, dependerán de la forma como uno elige el explicarse las cosas que le suceden.

El enfoque procesal sistémico de la depresión

Para Guidano, la depresión se produce en aquellos individuos cuyas características centrales de su organización de personalidad son una marcada tendencia a responder a los eventos de la vida cotidiana, aún los mínimamente discrepantes, en la forma de desamparo/tristeza y rabia como resultado de una activa construcción de estos eventos en términos de pérdida, rechazos, fracasos y decepciones, que lo lleva a una explicación del mundo en términos de una imagen de sí mismo globalmente negativa, como la de alguien no querido.

En estas personas la posición central que adquieren las experiencias de pérdida se pueden rastrear en la etapa del desarrollo evolutivo especialmente en la primera infancia, de modo que ya a esa edad se estabiliza en el niño un conjunto de escenas nucleares cargadas de afecto conectadas con eventos de pérdida afectiva real o imaginaria con las figuras parentales. Estas experiencias son recurrentes y se mantienen durante toda la vida y se constituyen en su organización de significado personal

Principales Causas de la Depresión

Etiopatogenia

Actualmente se desconocen las causas exactas de los trastornos depresivos, existiendo también una falta de explicación completamente satisfactoria sobre la efectividad de los tratamientos. Se han realizado grandes esfuerzos para integrar múltiples perspectivas, y aunque las teorías son abundantes, el apoyo científico que pueda convertirlas en hechos avanza con lentitud.

En la actualidad se considera que la etiopatogenia de los trastornos depresivos es fundamentalmente multifactorial. Una gran variedad de factores, tanto biológicos como psicosociales, interaccionando entre sí o no, parecen intervenir en la etiopatogenia de la depresión. La importancia y el peso de cada uno de ellos probablemente difieren según el tipo de depresión. En este sentido conviene subrayar que la depresión es un síndrome presente en varias enfermedades.

Antes de repasar por separado los diferentes factores etiológicos, las hipótesis y los modelos planteados acerca de la etiopatogenia de la depresión,

hay que señalar que en la actualidad existe una tendencia a intentar integrar todos los conocimientos.

Se considera que la participación conjunta de las siguientes condiciones determina la aparición de los trastornos depresivos:

1. Vulnerabilidad biológica
2. Historia personal del paciente
3. Desencadenantes psicosociales
4. Condición fisiológica general
5. Rasgos y organización de la personalidad

A continuación resumimos los aspectos más relevantes de la etiopatogenia, dividiendo esta entre los diversos factores (genéticos, biológicos y psicosociales) que parecen estar implicados en la misma.

Sucesos vitales

La mayoría de las teorías sobre la depresión incorporan la presencia de sucesos vitales estresantes como factores que predisponen a la depresión o a la manía, como episodios iniciadores por sí solos.

Paykel (1982) revisó exhaustivamente la presencia de pruebas que demostraban las asociaciones entre los sucesos vitales y la depresión.

Sucesos vitales recientes

La mayoría de los estudios que utilizan individuos sanos, pacientes con trastornos orgánicos o pacientes psiquiátricos con otros tipos de trastornos como controles, han hallado que los pacientes deprimidos refieren un mayor número de sucesos vitales o más estrés vital durante períodos variables de tiempo antes del desarrollo de los episodios depresivos. No obstante, se ha constatado que el aumento de los sucesos vitales antes del inicio de la enfermedad no estaba sólo confinado a la depresión, sino que también estaba presente en otros trastornos psiquiátricos como en otros tipos de patología orgánica.

En general, se piensa que los sucesos vitales tienen un papel importante pero no decisivo en la causa de la depresión. En los estudios que intentaron identificar qué tipos de sucesos se asocian de un modo particular con la depresión, los resultados obtenidos señalaron, aunque de forma poco consistente, el aumento de "muertes y separaciones interpersonales", "fracasos

y decepciones" y "argumentos y discordias con varias figuras interpersonales importantes". No se halló una relación entre los sucesos vitales positivos y la depresión. Globalmente, tal como Paykel (1982) observó: *"la relación más fuerte con la depresión se produce con una amplia gama de situaciones estresantes"*.

Sucesos vitales tempranos o precoces

Las pérdidas durante la infancia se han relacionado con un aumento de la vulnerabilidad a la depresión.

Cuando se examinó esta relación mediante estudios controlados sobre la desaparición precoz de un progenitor a causa de su muerte, en cuatro de siete estudios se halló esta hipotética relación al utilizar sujetos control obtenidos de la población general, en uno de cuatro estudios que utilizaron como sujetos controles pacientes con enfermedades orgánicas y en dos de nueve estudios que utilizaron pacientes psiquiátricos como sujetos control. Se obtuvieron hallazgos similares en estudios controlados sobre la pérdida precoz de un progenitor que no estuviese causada por la muerte de éste. Sin embargo, el papel de la pérdida precoz como factor de riesgo para el desarrollo de una depresión posterior parece estar menos establecido de lo que sugieren las creencias populares.

Paykel (1982) llegó a la conclusión de que *"todos los hallazgos indican probablemente la presencia de un efecto, pero aun en los estudios positivos, las diferencias son menores y mucho menos impresionantes de lo que sugieren algunos trabajos de ciertos psicoanalistas o que la magnitud de los efectos que se hallan en los estudios de los sucesos vitales recientes"*.

En contraste con los estudios realizados sobre los humanos, los estudios sobre primates en marcos controlados han observado una repuesta de tipo depresivo más consistente cuando se separa a las crías de sus madres. De forma característica, la separación va seguida inicialmente por un estado de "protesta" agitada y posteriormente por un estado de desesperación asociado con evitación social, reducción del nivel de actividad y reducción de la ingesta de líquidos y de alimentos. En cualquier caso, se ha señalado que la relación entre la separación y la "depresión" en los animales de laboratorio es mucho más predecible que en los experimentos naturalistas con humanos y se presta más a la realización de manipulaciones conductuales y farmacológicas dirigidas a comprender la reacción y su respuesta al tratamiento.

Factores bioquímicos

Punto de vista psicobiológico

La depresión se concibe como una consecuencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales (las moléculas que utiliza el cerebro para transmitir información de una neurona a otra), dada la evidencia de que los antidepresivos modifican estos neurotransmisores, (principalmente los llamados serotonina y la noradrenalina).

Alteraciones de los neurotransmisores

A lo largo de los años, se han formulado diferentes hipótesis para intentar explicar la génesis de la depresión desde una perspectiva neurobioquímica.

Al principio, las investigaciones se centraron en la hipótesis catecolaminérgica (noradrenalina, NA) y la indolaminérgica (serotonina, 5-HT).

Basándose en los hallazgos de diferentes investigaciones, estas teorías postulan que una concentración baja de transmisores produce depresión y que una concentración elevada de éstos produce manía. Pero estas teorías por déficit y exceso eran imperfectas y dieron paso poco a poco a los conceptos de desajuste y la disregulación, las cuales a su vez, se han ampliado y reformulado con arreglo a los nuevos descubrimientos. Entre las hipótesis que se han planteado durante estos últimos años se encuentran, las siguientes:

a) Hipótesis catecolaminérgica

Esta hipótesis se apoyó en la observación de mejoría clínica de la depresión con antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa y tricíclicos y la capacidad que tienen, junto con estimulantes de inducir estados maníacos. Tanto estimulantes como antidepresivos de este tipo influyen en la función de los neurotransmisores conocidos como catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, dopamina). A partir de estas observaciones se ha pensado que la depresión es causada por una disminución de las catecolaminas, en particular de la norepinefrina.

Sin embargo en la actualidad hay algunas evidencias en contra de esta hipótesis:

1. La administración de L-dopa, precursor de Dopamina y Noradrenalina no mejora los estados depresivos.
2. No se ha demostrado, midiendo los niveles de metabolitos (substancias inactivas en que se transforman los neurotransmisores) en líquido cefalorraquídeo, sangre u orina, que haya un bajo nivel de noradrenalina en todos los pacientes con depresión.

b) Hipótesis del balance Adrenérgico-colinérgico

Esta hipótesis supone un balance en las áreas cerebrales entre los dos neurotransmisores, y su desequilibrio provocaría depresión si predomina la acetilcolina y manía si predominara a la noradrenalina.

c) Hipótesis de la Serotonina

Esta supone una disminución en la actividad de la serotonina (5-HT) cerebral, sin embargo el uso de precursores de la Serotonina no alivia los síntomas depresivos.

d) Hipótesis de la dicotomía Norepinefrina/Serotonina

Supone la existencia de dos tipos de depresión, una causada por la deficiencia de serotonina y la otra por deficiencia de la norepinefrina.

Esta hipótesis no ha sido sustentada por estudios de laboratorio, además es sabido que la mayoría de los antidepresivos tienen efecto tanto sobre norepinefrina como sobre serotonina.

e) Hipótesis de los opioides

Ésta postula que la depresión es causada por la disminución cerebral de sustancias semejantes al opio, producidas de manera natural por el propio sistema nervioso. El uso de agonistas o antagonistas no ha podido corroborar ésta hipótesis.

Existen otras hipótesis que han implicado a otros neurotransmisores y neuropéptidos en la génesis de la depresión. Así, entre otros, también han sido implicados la fenietilamina y el ácido gamma-amino butírico (GABA).

En la actualidad se ha demostrado que estas hipótesis son, en general, y sobre todo aquellas que implican un solo neurotransmisor, demasiado simples, fáciles de entender, pero que no tienen nada que ver con la realidad. No obstante, se formula que estas alteraciones pudieran estar correlacionadas con síntomas concretos o, con síndromes depresivos circunscritos.

Así, la 5-HT estaría relacionada con la autoagresión y la disminución del humor; la NA se relacionaría con los síntomas neurovegetativos, la ansiedad, la disminución de la activación (arousal); y la DA con la actividad motora.

Alteraciones de los receptores

Se ha planteado que la depresión podría ser debida a la existencia de una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos ante niveles bajos de serotonina o noradrenalina. Entre los hallazgos más importantes en relación con los receptores neuronales de la depresión se señalan:

- La alteración de la sensibilidad de los receptores β -adrenérgicos postsinápticos, los cuales son los efectores postsinápticos de la neurotransmisión.
- El aumento de los receptores alfa2 presinápticos: estos receptores se encargan fundamentalmente de la inhibición de la liberación de neurotransmisores.

Alteraciones neuroendocrinológicas o Sistema neuroendocrino.

El sistema de secreción hormonal del organismo funciona en interrelación con el sistema nervioso y también es influido por agentes externos.

Las alteraciones más relevantes en esta área han sido detectadas en relación con las llamadas depresiones endógenas. Se han descrito alteraciones en distintos ejes endocrinológicos:

a) Eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal.

En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento del llamado eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal.

Estas tres glándulas (el hipotálamo y la hipófisis se encuentran en el cerebro y las suprarrenales sobre los riñones) funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

A su vez la cantidad de hormona segregada sirve de freno a la glándula estimuladora, mecanismo que se llama retroalimentación. Parece que en la depresión esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad y en trastornos como la depresión mayor se han visto niveles elevados de cortisol (producido por las glándulas suprarrenales).

b) Eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo

También se han visto niveles elevados de las hormonas producidas por hipotálamo e hipófisis, que son el factor liberador de corticotropina; por lo tanto, en ciertos tipos de depresión no funcionaría el sistema de autorregulación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y se producirían hormonas por encima del nivel normal.

Neurotransmisores como la serotonina o la noradrenalina regulan en parte la secreción del hipotálamo.

Desde hace muchos años, las anomalías de la función de la glándula tiroidea también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo.

Existe así una:

- Disminución de la elevación nocturna de los niveles de hormona tiroidea
- El pico nocturno se amortigua más en personas con depresión que presentan hipercortisolemia

c) Eje somatotropo

- Hipersecreción de GH (hormona de crecimiento) durante el día ligada a la disminución del aporte calórico
- La secreción nocturna de GH es menor o desaparece

d) Glándula pineal

- Los niveles nocturnos de melatonina son menores que en los sujetos normales

e) Eje lactotropo

- El perfil secretor de la prolactina está adelantado, produciéndose la elevación nocturna desde el final de la tarde
- La elevación nocturna es de menor amplitud que en el sujeto normal

Alteraciones neurofisiológicas

La investigación en esta área se ha centrado en los hallazgos observados mediante técnicas como el Electroencefalograma (EEG) tradicional o el EEG computarizado, los estudios de las fases del sueño y los estudios de potenciales evocados.

Las alteraciones detectadas en relación con el sueño en la depresión se han utilizado para estudios clínicos y terapéuticos. Por una parte, se han empleado como técnicas diagnósticas (p.ej.; la disminución de latencia de los movimientos oculares rápidos (LREM) se ha utilizado como marcador de depresión endógena) y, por otra, como técnicas terapéuticas (p.ej.; la privación del sueño ha sido empleada en el tratamiento de la depresión).

El estudio de las funciones neurofisiológicas ha aportado algunos datos de interés en la investigación de los correlatos clínico-neuropatológicos en presencia de lesiones del SNC. En diversos estudios se ha encontrado que las lesiones del hemisferio izquierdo tienen tendencia a producir trastornos de tipo

depresivo. En cambio, las lesiones del lado derecho han sido asociadas con el desarrollo de trastornos bipolares. Estos hallazgos están en la línea de la hipótesis sobre lateralidad en la génesis de la depresión. Sin embargo, hay otros estudios en los que no se han encontrado evidencias de lateralidad y los síntomas depresivos se han relacionado con lesiones localizadas en la región frontal.

Enfermedades médicas y/o físicas y depresión

La relación entre un trastorno depresivo y las enfermedades somáticas pueden establecerse en función de los siguientes modelos:

- *Reacción normal*: La aparición de síntomas depresivos en pacientes con una enfermedad somática grave son una reacción normal. Los síntomas aparecen después de la enfermedad física y fluctúan de acuerdo con la fase de gravedad de dicha enfermedad.
- *Coincidencia*: La depresión puede preceder al inicio de la enfermedad somática. Ambas, tanto la depresión como la enfermedad física pueden empezar después de un grave suceso vital, tal como una pérdida familiar o laboral. En estos casos hay que constatar que el trastorno psíquico no parece tener relación con el trastorno somático, aunque complican el tratamiento de este último.
- *El trastorno psíquico puede ser responsable o puede causar una enfermedad física*: Aunque esta es una idea controvertida se ha señalado que la supresión de la función inmune sería el mecanismo que podría explicar esta situación. En cualquier caso, no hay evidencias convincentes para pensar que la depresión puede desempeñar este papel etiológico en el desarrollo de una enfermedad física.
- *La enfermedad física puede causar un trastorno depresivo*: Este tipo de relación es la que nos interesa en este apartado. En la Tabla I se enumeran las enfermedades que más frecuentemente han sido asociadas como causas de depresión.

Fármacos y/o sustancias y depresión

Del mismo modo que se ha asociado la presencia de un trastorno depresivo con diferentes condiciones médicas, también se ha encontrado que determinados tratamientos y la utilización de algunas sustancias pueden ocasionar estos trastornos (Tabla I).

Tabla 1	
Enfermedades y Medicamentos que pueden causar y/o inducir Depresión	
ENFERMEDADES MÉDICAS	MEDICACIONES Y/O SUSTANCIAS
<p>Neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia tipo Alzheimer • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad de Wilson • Enfermedad de Huntington • Esclerosis Múltiple • Hematoma subdural crónico • Lesiones ocupantes de espacio 	<p>Fármacos antihipertensivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propanolol • Reserpina • Alfametildopa
<p>Endocrinológicas y Alteraciones Metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipo/hipertiroidismo • Hipo/hiperparatiroidismo • Hiponatremia • Hipopotasemia • Anemia perniciosa • Pelagra • Enfermedad de Cushing • Enfermedad de Addison • Hipogonadismo • Hipoglucemia y Diabetes Mellitas • Uremia • Síndrome de Wernicke-Korsakoff • Déficit de niacina, piridoxina, vitamina B12 y/o Ácido fólico 	<p>Antagonistas receptores H2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cimetidina • Ranitidina
<p>Reumatológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades colágenas con afectación vascular • Lupus Eritematoso sistémico 	<p>Agentes quimioterápicos/Antineoplásicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vincristina • Vinblastina

(Lupus cerebritis) <ul style="list-style-type: none"> • Artritis reumatoide 	<ul style="list-style-type: none"> • Procarbazina • Interferon
Infecciosas <ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH-1 (SIDA) • Encefalitis • Estados postencefalíticos • Tuberculosis • Mononucleosis infecciosa • Neurosífilis • Neumonía viral (fase postaguda) 	Psicofármacos <ul style="list-style-type: none"> • Barbitúricos • Neurolépticos • Benzodiazepinas
Oncológicas <ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de páncreas • Tumores cerebrales 	Sustancias de abuso <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Anfetaminas • Cocaína • Opiáceos
Otras <ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatía hepática • Hipoxia • Enfermedades que producen productos paraendocrinos: broncogénicas (ACTH), linfoma (PTH), hepatoma (insulina) y de pulmón (IADH) 	Otros <ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales • Antiepilépticos • Inhibidores de las prostaglandinas

Factores genéticos

En términos generales, los resultados de diversos estudios muestran que los familiares de los pacientes con depresión padecen la enfermedad con una frecuencia hasta tres veces superior a la de los familiares de los controles sanos. Tanto en pacientes con depresión unipolar como en aquellos con un trastorno bipolar el riesgo de morbilidad familiar es mucho más alto que el esperado para la población general.

Hasta hace relativamente poco tiempo, los datos relativos a la implicación de los factores genéticos en los trastornos del estado de ánimo

venían definidos por los estudios de gemelos, los estudios de adopción (en los que se separaban los factores genéticos y los ambientales) y por estudios familiares de segregación (determinan hasta que punto un trastorno tiene carácter familiar y el modo de transmisión de la enfermedad).

Los resultados de estos estudios establecen una predisposición genética hacia el trastorno depresivo mayor y hacia el trastorno bipolar. Existiendo una mayor tasa de concordancia entre los gemelos idénticos (monocigóticos) que entre los fraternales (dicigóticos). La concordancia entre los pares de hermanos monocigotos es mayor para el trastorno bipolar que para el trastorno depresivo mayor, lo cual sugiere una mayor base genética para el trastorno bipolar. De acuerdo con un estudio con gemelos realizado en Dinamarca, los probandos bipolares poseen una concordancia homocigótica del 69% y una concordancia dicigótica del 19% (un índice de 2,3 a 1). Aunque los cogemelos tienden a desarrollar el mismo trastorno, éste no es siempre el caso, por lo que en un par de gemelos pueden coexistir los trastornos unipolares y los bipolares. Los pocos estudios sobre gemelos idénticos criados por separado también apoyan la presencia de una base genética para los trastornos mayores del estado de ánimo.

Aunque existen numerosos defectos en sus diseños, la mayoría de estudios de adopción proporcionan un apoyo adicional con respecto a la base genética de los trastornos unipolares y bipolares. En resumen, los padres biológicos de niños adoptados con un trastorno mayor del estado de ánimo presentan una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo que los padres adoptivos.

Los estudios familiares han examinado los índices de los trastornos del estado de ánimo en los familiares de primer grado de los pacientes con trastornos unipolares y bipolares. Aunque los resultados varían considerablemente entre los estudios, se han formulado las siguientes generalizaciones:

- (1) los trastornos afectivos son familiares, ya que el índice entre los familiares de los pacientes es de dos a tres veces superior que entre los familiares de los controles apropiadamente elegidos.
- (2) el trastorno afectivo más frecuente entre los familiares de los pacientes con un trastorno bipolar no es el trastorno bipolar sino el trastorno unipolar; el trastorno bipolar es el siguiente más frecuente.
- (3) entre los familiares de un paciente con un trastorno unipolar, se observa una tendencia, aunque no siempre significativa, a que la presencia de un trastorno bipolar sea más frecuente que en los controles.

Estos hallazgos sugieren que existe una relación genética entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar, y que estos trastornos, más que ser independientes, comparten una predisposición genética común.

La naturaleza hereditaria de los trastornos mayores del estado de ánimo indica la necesidad del asesoramiento genético. De acuerdo con Gershon (1990), en la descendencia adulta de 300 progenitores con un trastorno bipolar (el otro progenitor no presentaba ninguna enfermedad), se observó que existía un riesgo del 29.5% (13% bipolares I o II, 15% unipolares y 1% esquizoafectivos).

Cuando ambos progenitores presentaban un trastorno afectivo, siendo uno de ellos bipolar, el riesgo de trastorno afectivo mayor fue del 74% entre los 28 descendientes observados.

Otro estudio halló un riesgo del 50% entre la descendencia de los individuos que tenían un progenitor con un trastorno bipolar y el otro con un trastorno afectivo. Hasta la fecha, sin embargo, no ha sido posible identificar un modo específico de transmisión genética de los trastornos del estado de ánimo.

Durante los últimos años, con el avance de la genética molecular, se han realizado importantes investigaciones, fundamentalmente mediante el análisis de "linkage" (ligamiento), que estudia la cosegregación de la enfermedad y de los marcadores genéticos biológicos o de polimorfismos del ADN ya localizados sobre el genoma.

Los estudios de ligamiento cromosómico se han centrado sobre el cromosoma X, el cromosoma 11 y varios ligamientos sobre los antígenos leucocitarios humanos (HLA), pero los resultados no han sido consistentes si se comparan los datos de los diferentes estudios.

Cuadro Clínico de la Depresión

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual se encuentra un predominio de síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el profesional como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Trastornos afectivos

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos.

El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés, apareciendo la tristeza de modo persistente.

Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad. El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su voluntad y su actividad. El pesimismo

que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal manifestándose con frases como: "Soy un inútil", "Para mí ya no hay nada", "Todo lo hago mal", etc.

Otro síntoma frecuente es el miedo que a veces se presenta en forma no precisa; el paciente siente temor pero no puede explicar a que, pudiendo ser todo o nada en especial.

La ansiedad suele presentarse en grado variable, con frecuencia aparece en la mañana y disminuye en el transcurso del día.

Finalmente aparece la irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta.

Trastornos intelectuales

Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta.

Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea.

Aparte hay una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto.

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: "me he vuelto muy malo", "soy nefasto para los demás", etc.

El pensamiento obsesivo además, contribuye a torturar más al enfermo; ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan.

Trastornos conductuales

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aún teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos mas delicados y peligroso que debe valorarse al inicio de un tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia.

Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que a cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

Trastornos somáticos.

A este cuadro se le llama “depresión enmascarada” y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Esto provoca que el paciente vaya de medico en medico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio. La dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiada queja por muchos años. El insomnio puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o se despierta por la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño.

Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, cuando es pertinaz y se prolonga por años implica considerables pérdidas de peso, hasta de 10 y 15 kg. Por otro lado el enfermo puede reaccionar expresando un deseo compulsivo de comer con el correspondiente incremento de peso, esta diversidad de reacciones ha hecho que se denomine a la depresión “la enfermedad de las mil caras”.

Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia (falta de erección, o eyaculación precoz) no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es también muy evidente, aunque suele perturbarla menos que al hombre.

Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional, se localiza especialmente en la nuca y a veces en las regiones temporales; se debe a estados emocionales, soliendo ser intensa y persistente.

El aparato digestivo con frecuencia está implicado en las quejas del enfermo: la dispepsia, aerofagia, nausea y otros síntomas que se diagnostican

generalmente como "colon irritable" son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo.

Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardioracidas etc. Son trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo, quien al no encontrar ninguna explicación orgánica, elabora un diagnóstico de "neurosis cardíaca" o de "astenia neurocirculatoria". Un conjunto adicional de síntomas del deprimido está constituido de mareos, prurito, entre otros,

El examen clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada y triste; la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca bajas; al caminar, el enfermo deprimido lo hace encorvado como si tuviera que soportar un gran peso. Con frecuencia se le ve desaliñado y con un total desinterés por lo que le rodea (Calderón, 1990).

A continuación se presenta una tabla con las principales manifestaciones de la depresión enmascarada:

TABLA 2	
MANIFESTACIONES SOMATICAS MAS FRECUENTES EN LA DEPRESION ENMASCARADA	
NEUROLOGICAS	Parestesias, vértigo, mareo, pérdida de memoria, temblores, cefalea, algias (lumbalgias, coccigodinia, neuralgia, dolores crónicos).
GASTROINTESTINALES	Náuseas, vómitos, gastralgias, acidez, meteorismo, aerofagia, diarrea o estreñimiento, bulimia o anorexia.
CARDIO RESPIRATORIAS	Disnea, taquicardia, palpitaciones, dolor torácico.
GENITO - URINARIAS	Disuria, poliuria, dismenorrea, disminución de la libido, impotencia, eyaculación precoz.
CUTANEAS	Prurito, eczema, alopecia, neurodermitis.
GENERALES	Cansancio, debilidad, fatiga crónica, sudoración, variaciones del peso, alteraciones del sueño, etc.

Tipos de Depresión

Depresión endógena

Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por la tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño).

Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

Depresión exógena

Depresión fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno.

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán.

Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

Paykel (1982) afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos. Toda la fisiología y la patología del estrés es inseparable de la emoción, de la angustia y de la depresión, sobretudo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma.

Depresión somatógica

Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son:

- Trastornos tiroideos
- Anemias
- Infecciones víricas
- Lupus
- Cáncer
- Parkinson
- Causas yatrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, psicodélicos y otros.

Clasificación de la Depresión según el DSM- IV y EL CIE-10

DSM IV

El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la American Psychological Association (APA)) ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. La encontramos en dos categorías: como episodio y como trastorno.

El listado del catálogo de trastornos DSM-IV El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1994.

CIE-10

Es la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades según la OMS (Organización Mundial de la Salud).

TABLA 3
CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE 10

DSM-IV	CIE10
<p>Episodios afectivos Episodio depresivo mayor. Episodio maniaco. Episodio mixto. Episodio hipomaniaco.</p> <p>Trastornos depresivos Trastorno depresivo mayor. Trastorno distímico. Trastorno depresivo no especificado.</p> <p>Trastornos bipolares Trastorno bipolar I. Trastorno bipolar II. Trastorno ciclotímico. Trastorno bipolar no especificado.</p> <p>Otros trastornos del estado de ánimo T. del estado de ánimo debido a enf. médica. T. del estado de ánimo inducido por sustancias. T. del estado de ánimo no especificado.</p>	<p>Trastorno bipolar (F31) T. afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente. T. afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos. T. afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos. T. afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado. T. afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos. T. afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos. T. afectivo bipolar, episodio mixto presente. T. afectivo bipolar, actualmente en remisión.</p> <p>Otros trastornos afectivos bipolares T. afectivo bipolar, no especificado.</p> <p>Trastornos depresivos (F32) T. depresivo leve. T. depresivo moderado. T. depresivo grave sin síntomas psicóticos. T. depresivo grave con síntomas psicóticos. Otros episodios depresivos. Episodio depresivo sin especificación.</p> <p>Trastorno depresivo recurrente (F33) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión.</p> <p>Otros trastornos depresivos recurrentes Trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34). Ciclotimia. Distimia. Otros trastornos del humor persistentes. T. del humor persistente sin especificación.</p> <p>T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica (F06.3) T. del estado de ánimo inducido por sustancias. Trastorno de adaptación depresivo (F43).</p>

Los Criterios establecidos por el DSM-IV para diagnosticar los Trastornos Depresivos son:

TABLA 4

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-IV)

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ej., llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ej., un cambio de más del 5 por ciento del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

TABLA 5

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DISTIMICO (DSM-IV)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida o aumento de apetito.
- (2) Insomnio o hipersomnía.
- (3) Falta de energía o fatiga.
- (4) Baja autoestima.
- (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- (6) Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los 2 últimos años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos.

TABLA 6

**ESPECIFICACIONES QUE DESCRIBEN EL EPISODIO
AFECTIVO MAS RECIENTE (DSM-IV)**

I) Crónico**II) Depresión con rasgos psicóticos**

Si están presentes, suelen indicar una forma grave de depresión. Las características psicóticas pueden ser:

- Congruentes con el estado de ánimo: delirios o alucinaciones cuyo contenido es totalmente coherente con los temas depresivos típicos de inadecuación personal, culpabilidad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

- Incongruentes con el estado de ánimo: delirios o alucinaciones cuyo contenido no está relacionado con los temas depresivos típicos de inadecuación personal, culpabilidad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Estos síntomas consisten en delirios de persecución (no relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento y delirios de control.

III) Características melancólicas

A. Cualquiera de las siguientes, ocurridas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de la capacidad de sentir placer con todas o casi todas las actividades.

2. Falta de reacción ante estímulos habitualmente placenteros (no se siente mucho mejor, aunque sea de forma temporal, cuando le sucede algo bueno).

B. Tres o más de las siguientes:

1. Calidad específica del estado de ánimo deprimido (es decir, el estado de ánimo deprimido experimentado es claramente diferente del tipo de sentimiento experimentado tras la pérdida de un ser querido).

2. La depresión habitualmente empeora por las mañanas.

3. Despertar temprano por la mañana (al menos dos horas antes de la hora habitual).

4. Enlentecimiento o agitación psicomotriz intensas.

5. Importante pérdida de peso o anorexia.

6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

IV) Características atípicas

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, el estado de ánimo mejora como respuesta a acontecimientos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de las siguientes características:

1. Ganancia de peso o aumento del apetito importantes.

2. Hipersomnia.

3. Parálisis "plomiza" (es decir, sensación "plomiza" en brazos o piernas).

4. Patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que conduce a un deterioro social o laboral importante.

V) De inicio en el postparto

Con el fin de comprender mejor los conceptos temporales para el diagnóstico de la depresión, se incluye la siguiente tabla:

Tabla 7
<p>EPISODIO: Es el periodo de tiempo con síntomas de depresión mayor.</p> <p>REMISION PARCIAL: importante mejoría clínica del episodio, pero con síntomas residuales.</p> <p>REMISION COMPLETA: la mejora es completa y el paciente está asintomático.</p> <p>RECUPERACIÓN: es el periodo de tiempo asintomático prolongado, de cuatro a seis meses, que hace considerar el episodio depresivo como finalizado.</p> <p>RECAIDA: es la reagudización de la sintomatología durante la remisión, pero antes de la recuperación.</p> <p>RECURRENCIA: es la aparición de un nuevo episodio depresivo después de producirse la recuperación</p>

Prevalencia y Estadísticas

La incidencia y la prevalencia de la depresión son elevadas. Se trata del más común de los desórdenes psiquiátricos identificables en los servicios de consulta tanto externa como interna.

La depresión es un trastorno psicológico cuyas tasas han ido en aumento en los últimos tiempos.

La prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico.

Los estudios más recientes sugieren cifras de trastornos afectivos sensiblemente superiores a los de pasadas décadas, sobre todo a partir de 1945. Este incremento se detecta no tan solo en estudios comunitarios, sino también en la práctica médica general, en la que se ha estimado un aumento de 3 a 10 veces.

La Organización Mundial de la Salud, también, ha manifestado su preocupación acerca de ciertas enfermedades que los países, tanto desarrollados como no desarrollados, no han atendido correctamente. Entre ellos se encuentra la depresión en primer lugar.

Se calcula que para el año 2035 la depresión y el suicidio, así como los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas: serán un problema de salud pública muy serio, si no empezamos a tener mecanismos que favorezcan un adecuado desarrollo. Estos datos, en la actualidad, no están demasiado alejados de la realidad

Por el momento, en esta década de nuevo milenio, la depresión se ha vuelto cada vez más frecuente. En particular en las áreas urbanas por el estilo moderno de vida que se lleva.

En una reciente revisión de la epidemiología de la depresión en América Latina se encuentran prevalencias similares en la población general: 9.8% en la República Dominicana, 11% en Perú, 12% en Argentina y 15.3% en Chile.

Es importante añadir, como revelan algunos estudios, que la proporción de mujeres que padecen depresión es, como poco, el doble de los hombres, su prevalencia en el episodio unipolar es de 1.9% para hombres y 3.2% para mujeres, y el 5.8% de hombres y el 9.5% de mujeres experimentarían un episodio depresivo en un período de 12 meses (excepto en la depresión bipolar en la que los sexos están equilibrados). Esta prevalencia puede variar según la población y en algunas poblaciones puede ser aún mayor (OMS, 2001).

Otro aspecto preocupante es que ataca en los años más productivos de una persona, ya que se da entre los 18 y 44 años, especialmente entre los 25 a 34 años, empezando a darse la mayor incidencia entre los 15 y 19 años, encontrándose cada vez más en edades tan tempranas como la niñez y la adolescencia.

A pesar de que hay toda una gama de tratamiento psicológico y farmacológico disponible, (de 1987 a 1997 la prescripción de fármacos antidepresivos ha aumentado del 37% al 75% en Estados Unidos); así como la realización de investigaciones en tratamiento combinado (psicoterapia y fármacos), dejando ver el aumento en la funcionalidad de ambos abordajes el padecimiento de este trastorno no presenta indicios de disminución, según la proyección de la OMS.

De cada 10 personas, una habrá de sufrir depresión en el curso de su vida. En el caso de los jóvenes 1 de cada 5. De la población en general, solamente 1 de cada 5 enfermos deprimidos recibe tratamiento médico. Solo 1 de cada 50 es hospitalizado y 1 de cada 200 se suicida, por no tener información y tratamiento adecuado. Cálculos también aproximados, permiten sostener que el 50 % de las personas que se quitan voluntariamente la vida sufrían de depresión. Se trata, por lo tanto, de un padecimiento con una tasa de mortalidad elevada. Según cifras de la OMS, (2001), alrededor del 15% al 20% de los pacientes con depresión cometen suicidio.

Según el DSM-IV, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor (TDM) es de 10-25% para mujeres y entre 5-12% para hombres.

La depresión y en particular el trastorno depresivo mayor tiene una historia natural de recuperación y recurrencia. En concreto, del orden del 55% de los pacientes con depresión mayor (que por definición dura al menos dos semanas) mejoran solos a lo largo de 6 meses, del orden del 70% en un año, del 85% en 2 años y del 97% en 6 años. Esto quiere decir también que del

orden del 30% mantienen una persistente depresión (durante un año al menos). Por otro lado, las recaídas y las recurrencias son igualmente «muy naturales», del orden del 50% en un año y del 75% en 5 años, siendo más probable que ocurran en los primeros meses de la recuperación.

Así, la incidencia y la prevalencia de la depresión son elevadas. Se trata del más común de los desórdenes psiquiátricos identificables en los servicios de consulta tanto externa como interna.

Dimensiones de la Depresión

La depresión en la mujer

Como ya se mencionó, la depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.

Es por ello, que los investigadores se están concentrando en estudiar la depresión en la mujer.

Adolescencia

Antes de la adolescencia, casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas.

Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. Esto ocurre en un momento durante la adolescencia en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente.

Los factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son generalmente diferentes para los varones, y en las mujeres pueden estar relacionados con la mayor incidencia de depresión.

Hay estudios que demuestran que durante el bachillerato las niñas tienen tasas de incidencia más altas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, y trastornos de desajuste emocional que los varones. Los hombres, por otro lado, presentan una tasa más alta de trastornos de comportamiento disruptivo.

Edad adulta: Relaciones interpersonales y roles en el trabajo

El estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad.

Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos. No se entiende todavía del todo de que manera estos factores afectan específicamente a la mujer.

Tanto en las mujeres como en los hombres, la incidencia de depresión grave es mayor para los separados y divorciados, y menor para los casados; pero mayor para las mujeres en ambos casos. La calidad de un matrimonio, sin embargo, puede contribuir significativamente a la depresión.

Se ha demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. De hecho, se demostró que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices.

Acontecimientos relacionados con la sexualidad femenina

Estos incluyen el ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio, la infertilidad, la menopausia y, a veces, la decisión de no tener hijos. Estos acontecimientos causan fluctuaciones en el estado de ánimo y en algunas mujeres incluye la depresión.

Los investigadores han confirmado que las hormonas afectan las sustancias químicas del cerebro que controlan las emociones y los estados de ánimo.

Muchas mujeres experimentan ciertos cambios físicos y de comportamiento asociados con las distintas fases del ciclo menstrual. En algunas mujeres, estos cambios son severos, ocurren regularmente, e incluyen estados de depresión, irritabilidad, y otros cambios emocionales y físicos. Estos cambios, conocidos como *síndrome premenstrual* o *trastorno disfórico premenstrual*, típicamente comienzan luego de la ovulación y gradualmente se intensifican hasta que comienza la menstruación. Los científicos están explorando cómo el ciclo de altas y bajas, en la concentración del estrógeno y otras hormonas, pueden afectar los procesos químicos del cerebro relacionados específicamente con los trastornos depresivos.

Las *fluctuaciones en el estado de ánimo durante el puerperio o lactancia* pueden variar desde "bajas" pasajeras del estado de ánimo que ocurren inmediatamente después del parto, hasta episodios de depresión grave que se transforman en depresiones severas, discapacitantes y psicóticas. Hay estudios que sugieren que las mujeres que experimentan depresión grave luego del parto a menudo han tenido episodios previos de depresión, aunque éstos pueden no haber sido diagnosticados y la paciente no haber recibido tratamiento.

El *embarazo* (si es deseado) raramente es un factor contribuyente a la depresión, y el aborto no parece aumentar la incidencia de la depresión. Las mujeres que tienen problemas de infertilidad pueden experimentar extrema ansiedad o tristeza, pero no se ha determinado si esto contribuye al aumento de la incidencia de la depresión. Además, la etapa de ser madre puede ser una de alto riesgo para la depresión por el estrés y las exigencias que conlleva.

La *menopausia*, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios depresivos previos.

Consideraciones culturales

En cuanto a la depresión en general, la tasa prevalente de depresión entre las mujeres de origen africano e hispano sigue siendo el doble de la de los hombres del mismo origen. Hay ciertos factores, sin embargo, que indican que la depresión grave y la distimia probablemente se diagnostican con menos frecuencia en las mujeres afroamericanas y con un poco más frecuencia en las hispanas que en las mujeres caucásicas. La información de prevalencia para otros grupos raciales y étnicos no es definitiva.

Los síntomas se pueden presentar de manera distinta, y esto puede influir el que se reconozca y diagnostique la depresión en las minorías. Por ejemplo, los afroamericanos son más propensos a quejarse de síntomas somáticos, como el cambio de apetito y los malestares y dolores en el cuerpo.

Además, la manera en que las personas perciben los síntomas de la depresión depende de su cultura. Tales factores deben ser considerados al trabajar con mujeres de distintos orígenes étnicos.

Victimización

Hay estudios que demuestran que las mujeres que fueron acosadas o maltratadas sexualmente en su niñez tienden más a sufrir de depresión clínica en algún momento de su vida en comparación con las que no tuvieron esa experiencia. Además, varios estudios muestran una mayor incidencia de depresión entre las mujeres que fueron violadas en la adolescencia o en la edad adulta. Estas observaciones son muy importantes, ya que más mujeres que hombres han sido víctimas del abuso sexual en la niñez.

Las mujeres que han sido víctimas de otras formas comunes de maltrato, como el maltrato físico o el acoso sexual en el trabajo, pueden también tener una mayor incidencia de depresión.

El maltrato puede llevar a la depresión porque baja la autoestima y causa tristeza, culpabilidad y aislamiento social. Es posible que existan factores de riesgo para la depresión de tipo biológico y ambiental, como la crianza en una familia disfuncional.

Pobreza

Las mujeres y los niños representan el 75% de la población que vive en situación de pobreza en los EE.UU.

La pobreza trae consigo muchos factores de estrés como el aislamiento, la incertidumbre, los acontecimientos negativos frecuentes y el poco acceso a los recursos de ayuda.

La tristeza y la falta de entusiasmo son comunes entre las personas de ingresos bajos y entre aquéllas que no tienen apoyo social. Pero las investigaciones no han establecido todavía si la depresión es más prevalente entre las personas que enfrentan estos factores ambientales de estrés.

La depresión en la tercera edad

Hace algún tiempo, se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la depresión cuando los hijos se iban de la casa y ellas enfrentaban el "síndrome del nido vacío", sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Similarmente, en todas las edades, el no estar casado (incluyendo la viudez) es un factor de riesgo para la depresión.

Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida.

Aproximadamente 800,000 personas en EE.UU quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o recibir otros tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las personas viudas, sean hombres o mujeres, tienen un episodio de depresión grave en el primer mes luego de la muerte del cónyuge, y la mitad de éstas permanecen clínicamente deprimidas por un año.

Estos trastornos depresivos responden al tratamiento con antidepresivos, pero todavía se está investigando cuándo es el mejor momento para comenzar la terapia y cómo se deben combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales.

Depresión en el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados.

El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer.

La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante, o en algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el tratamiento.

Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

La depresión en la niñez

La depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera.

El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión.

A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser él mismo". En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. De ser necesario un tratamiento, el médico puede sugerir psicoterapia, generalmente hecha por otro profesional, como un

trabajador social o un psicólogo, mientras él receta medicamentos si son necesarios.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación. Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (Research Units on Pediatric Psychopharmacology, RUPP), respaldadas y financiadas por el NIMH, conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión, cuando el médico los receta y supervisa correctamente.

1.2 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN

Instrumentos para medir la Depresión

Existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista y el otro la auto-aplicación de pruebas y cada uno de ellos dispone de numerosos instrumentos.

Obviamente, el clínico utiliza y combina los métodos e instrumentos de acuerdo con las condiciones del caso y los propósitos de la evaluación (entrevista, diagnóstico, etc). Por ejemplo la Escala de Hamilton (aplicada en una entrevista) y el Inventario de Beck (auto-aplicado) para ayuda diagnóstica de los síntomas depresivos. Ambos instrumentos fueron desarrollados a principios de los años sesenta. Sin embargo, la primera escala de depresión de la que se tiene noticia fue la descrita por Kempft en 1915 y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (personal Data Sheet).

Actualmente se cuenta con una numerosa variedad de escalas para medir la depresión; sin embargo la mayoría son extranjeras, siendo por ello poco útiles en nuestro país, ya que no todas cuentan con una adaptación para la población mexicana.

Algunas de las escalas que han sido utilizadas son:

- Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones Neuróticas. Klerman (1979).
- Escala de Autovaloración de Zerssen, para la detección de la depresión postparto.
- Inventario de Depresión de Aaron T. Beck (IDB) en 1978.
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
- Children`s Depression Scale.
- Children Depressive Rating Scale-Revised (CDRS-R) (Escala de puntuación de la depresión en la infancia- revisada) (13). Inspirada en la escala de depresión del adulto de Hamilton. Consta de 17 items, 14 precisados sobre el discurso del niño, 3 referidos al plano no verbal. Cada ítem se puntúa de 1 a 7; significando 1 un comportamiento normal, 3 una patología leve y 5 o más una psicopatología severa. Algunos ítems como los referidos a sueño, alimentación y los aspectos verbales puntúan de 1 a 5. Una puntuación final de 40 a 60 caracteriza un estado depresivo moderado o ligero; superior a 60 estima un estado depresivo severo.
- CODE-DD (Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders).
- Crandell Cognitions Inventory.
- Depression Adjective Check List (DACL).
- Geriatric Depression Scale.
- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD).
- Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS).

- Mini-mental State Examination.
- MMPI D Scale
- Self-rating Depression Scale (SDS), Zung 1969.
- SCL-90
- Children Depression Inventory (CDI) (Cuestionario de depresión para niños) (14). Es una adaptación del cuestionario de Beck de la depresión (BDI). Consta de 27 ítems, a cada uno de los cuales corresponden tres frases, numeradas de 0 a 2. El niño debe escoger la que mejor se adecúe a su estado afectivo en los últimos días. Se aplica a niños y adolescentes de 7 a 17 años.
- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (Cuestionario infantil para los trastornos afectivos y la esquizofrenia).
- Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA) (Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes).
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria de la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez.

** Los instrumentos que no aparecen con su cita, es debido a que no se tiene acceso a la fuente original*

Pruebas Utilizadas y Adaptadas para la Población Mexicana

En el trabajo realizado por Rodríguez Sayago(1999) se describen los diversos trabajos realizados en nuestro país. Entre ellos se cuenta con la adaptación de la Escala de Autoevaluación de Zung en población de estudiantes de secundaria (Suárez, 1988), y del Inventario de Depresión de Beck en enfermos con problemas cardíacos (Torres, Hernández, Ortega, 1991).

Existe también la adaptación castellana del Inventario de Beck, la cual fue realizada por Conde, Chamorro y Aseros en 1976 en Madrid, en la que se modificaron varios reactivos y se omitieron otros tantos (Conde, Chamorro y Serrano, 1976).

Se cuenta también con el estudio de traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Aaron T. Beck para población mexicana (Méndez, 1995), donde participaron 1589 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación.

De acuerdo con el trabajo de Méndez en 1995, se han llevado a cabo diversos estudios en nuestro país donde se utilizó el Inventario de Depresión

de Aaron T. Beck (IDB), siendo éstos realizados por Alvarado (1991), Guzmán (1991), Redmon (1991), Sánchez (1991), Amiela (1992) y Sainz (1992).

Alvarado, aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) en una muestra de 120 estudiantes de entre 15 y 20 años del Colegio de Ciencias y Humanidades, reportando que los alumnos con depresión mayor y reacción de ajuste con ánimo depresivo obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los alumnos sin diagnóstico. Concluye que el IDB es un instrumento válido para su empleo en población estudiantil de nivel medio superior.

Guzmán (1991) por su parte, realiza un estudio con 30 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", con cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica. Se les aplicó el IDB en dos momentos diferentes, donde encontró un coeficiente de correlación de Pearson $r = .908$ y un coeficiente de correlación por rangos de Spearman de $.550$ con un intervalo de tiempo de 48 horas.

Redmon (1991), llevó a cabo un estudio de validez concurrente en una población de 50 pacientes neumológicos diagnosticados como deprimidos y contrastarlos con los que no presentaban condiciones diagnósticas consideradas como Depresión; utilizó el IDB y la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton para el hospital General, reportando que los pacientes deprimidos obtuvieron puntajes más altos a los obtenidos por los pacientes no deprimidos. Al aplicar la t de Student, se encontró un valor de 5.64 y una $p < .001$; considerando a ambas escalas como instrumentos útiles en el estudio de síndromes depresivos.

Sánchez (1991), realizó un estudio en mujeres embarazadas, sin riesgo alguno, a las cuales se les aplicó el IDB; reportando los resultados en tres grupos:

- el 90% de las pacientes, obtuvieron puntajes de 0 a 13, es decir, sin Depresión.
- En la clasificación de Depresión leve a moderada hubo un 8.19%.
- En la clasificación de Depresión Severa un 1.81%.

Con ello, concluye que un 10% del total de la muestra presenta depresión, con lo que demuestra la utilidad del instrumento.

Amiela en 1992, realizó una investigación en una muestra de 114 pacientes de primera vez del Servicio de Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M. A cada uno de ellos, les fue aplicado el IDB y se les realizó una evaluación clínica basada en una entrevista semiestructurada y en los criterios diagnósticos del DSM-III-R, que permiten diagnosticar el síndrome depresivo. Su trabajo consistió en comparar los resultados del Inventario de Depresión de Beck, con los obtenidos mediante la evaluación clínica. Los puntajes más altos en el IDB fueron los aquellos diagnosticados como deprimidos en la entrevista, y los puntajes más bajos se obtuvieron de aquellos que no cumplían los criterios utilizados. Con todo esto,

Amieva considera útil el IDB para distinguir dentro de los pacientes a quienes les fue aplicado a aquellos que padecían un síndrome depresivo.

Por último, Sainz (1992) realiza un estudio de validez concurrente de la Escala de Depresión Geriátrica y el IDB en una población de 65 pacientes de entre 65 y 79 años de edad internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", concluyendo que ambas son útiles en el diagnóstico de la depresión.

Inventario de Depresión de Aaron T. Beck

De acuerdo con lo investigado por Méndez en 1995, a principios de los años 60's Aaron T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania (Beck y Steer, 1987).

Fue elaborada originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra que era leída en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara "Cuál de esas definía mejor cómo se sentía en ese instante". En ningún momento debería de sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondieran a la manera como se sentía, debía registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas.

El instrumento fue diseñado para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos, adolescentes y adultos, no para comprobar ninguna teoría sobre depresión; sin embargo, tomando las debidas precauciones puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en personas "normales".

En 1978, Beck publicó la versión revisada, en la cual uno de los cambios viene a ser el que ya puede ser un instrumento autoaplicable, ya que trae las instrucciones perfectamente claras al principio del inventario, por lo que no es necesario que el aplicador esté con el entrevistado. No obstante, es de suma importancia el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas calificadas para hacerlo.

El Manual del Inventario de Depresión (Beck, Steer, 1993), nos indican que el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente. Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprende el Inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo el puntaje máximo 63.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta. Se debe tener mucho cuidado con el reactivo No. 19, que se refiere a la pérdida de peso, ya que si la persona indica que sí está tratando de bajar de peso, su valor será de "0".

Beck (1967) identificó cuatro clases de síntomas, indicando también que cada síntoma puede tener distintos grados de intensidad, y los más leves son sin duda similares a los observados en personas normales que se sienten tristes.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas, es el rango de depresión. Esto es:

Tabla 8

PUNTUACIONES	RANGO
De 0 al 9	Depresión Mínima
De 10 a 16	Depresión Leve
De 17 a 29	Depresión Moderada
De 30 a 63	Depresión Severa

Las puntuaciones mayores a 15 puntos, ya deben ser tratadas como depresivas.

Se debe tener mucho cuidado, ya que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión. Es muy importante ponerle mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

Las actitudes y síntomas valuados en la Escala por reactivos son:

- 1) Estado de ánimo
- 2) Pesimismo
- 3) Sentimiento de fracaso
- 4) Insatisfacción personal
- 5) Culpa
- 6) Castigo
- 7) Auto-disgusto
- 8) Auto-acusación
- 9) Ideas suicidas
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Desinterés Social
- 13) Indecisión
- 14) Cambio de imagen corporal
- 15) Dificultad laboral
- 16) Insomnio
- 17) Fatiga

- 18) Pérdida de apetito
- 19) Pérdida de peso
- 20) Preocupación somática
- 21) Pérdida de la libido

Los primeros 14 apartados, se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos, que pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

Los síntomas que se reconocen entonces son:

- **Síntomas Afectivos:** Ánimo abatido, auto-desagrado, insatisfacción, indiferencia afectiva, accesos de llanto y pérdida del sentido del humor.
- **Síntomas Motivacionales:** Pérdida de motivaciones, deseos de evasión, escape y aislamiento y pensamientos suicidas.
- **Síntomas Cognoscitivos:** Baja valoración de sí mismo, pesimismo, autoacusación y autocrítica, indecisión y autoimagen distorsionada.
- **Síntomas Físicos y Neurovegetativos:** Pérdida de apetito, trastornos de sueño, pérdida de la libido y fatiga. (Santamaría, 2005).

En el trabajo de Santamaría (2005), se establece una clasificación de acuerdo a la intensidad de los síntomas.

Síntomas Afectivos:

Ánimo abatido

- a) **Leve:** El paciente informa que se siente abatido o triste, sentimiento que fluctúa en el transcurso del día.
- b) **Moderada:** La disforia tiende a ser más pronunciada y persistente y varía en el transcurso del día, a menudo es peor durante la mañana y tiende a disminuir a medida que avanza el día.
- c) **Severa:** El paciente suele decir que se siente sin esperanza o desdichado siendo algo que no puede soportar.

Auto-desagrado:

- a) **Leve:** El paciente declara que se siente decepcionado de sí mismo.
- b) **Moderada:** El sentimiento de autodesagrado es más intenso y puede transformarse en disgusto consigo mismo.
- c) **Severa:** El sentimiento puede progresar hasta el punto de que el paciente se odie a sí mismo.

Insatisfacción: Este sentimiento es tan penetrante en los pacientes deprimidos que muchos de ellos lo consideran la manifestación principal de su enfermedad.

- a) **Leve:** El paciente se queja de que ha perdido algo de la alegría de vivir. Es característico que las actividades que implican responsabilidad le satisfacen menos que antes.

- b) **Moderada:** el paciente se siente aburrido gran parte del tiempo.
- c) **Severa:** El paciente no encuentra ningún placer en actividades que antes le agradaban, e incluso puede llegar a sentir aversión por ellas.

Indiferencia Afectiva: La pérdida del sentimiento de satisfacción suele ir acompañada de una pérdida de la relación emocional con otras personas u otras actividades. Esto se manifiesta por una disminución del interés del paciente en determinadas actividades o de su afecto o preocupación por otras personas, incluyendo familiares.

- a) **Leve:** Disminuye un tanto el grado de entusiasmo o dedicación por una actividad.
- b) **Moderada:** Puede llegar a convertirse en indiferencia.
- c) **Severa:** La pérdida de interés por los demás puede progresar hasta la apatía.

Accesos de llanto: Son frecuentes en los pacientes con depresión.

- a) **Leve:** Aumenta la tendencia a sollozar o llorar. Los estímulos que antes no causaban llanto, pueden hacerlo ahora.
- b) **Moderada:** Durante la entrevista con el psicólogo, el paciente puede llorar al mencionar sus problemas, aunque se trate de un hombre que no ha llorado desde su niñez.
- c) **Severa:** El paciente que antes lloraba con facilidad, puede encontrar que ahora ya no puede llorar aunque lo desee. Puede sollozar pero no tiene lágrimas.

Pérdida del sentido del humor: Es frecuente que los pacientes con depresión informen que han perdido el sentido del humor, siendo el problema que el paciente no responde al humorismo de manera habitual.

- a) **Leve:** Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no los satisface como antes. Es normal que éstos ya no les causen gracia y ya no son tolerantes a las bromas de sus amigos.
- b) **Moderada:** El paciente ya no es capaz de ver el lado gracioso de las cosas y tiende a tomar todo muy en serio.
- c) **Severa:** El paciente no responde de ninguna forma a las bromas de otras personas, tendiendo a reaccionar agresiva y hostilmente, sintiéndose lastimado o disgustado.

Síntomas Motivacionales:

Pérdida de motivación: Es una de las características sobresalientes de la depresión. Al paciente puede parecerle difícil ponerse en movimiento para realizar incluso las tareas más elementales e importantes como comer, evacuar o tomar los medicamentos para aliviar sus molestias. La base del problema parece ser que, aunque el paciente sabe que debe hacer las cosas, no siente ningún estímulo interno para hacerlo.

- a) **Leve:** El paciente descubre que ya no tiene el deseo espontáneo de realizar determinadas actividades, especialmente las que no le proporcionan ninguna satisfacción inmediata.
- b) **Moderada:** La pérdida de deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales del paciente.
- c) **Severa:** Es frecuente una completa parálisis de la voluntad. El paciente no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida.

Deseos de evasión, escape y aislamiento: Es el deseo de escapar de la rutina de las actividades cotidianas. El individuo con depresión considera sus deberes como aburridos, sin sentido o pesados y desea escapar hacia una actividad que le ofrezca tranquilidad y refugio.

- a) **Leve:** El paciente experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes.
- b) **Moderada:** Los deseos de evasión son más intensos extendiéndose a una gama mucho más amplia de las actividades cotidianas del paciente.
- c) **Severa:** El deseo de evasión o escape se manifiesta por un marcado retraimiento, siendo una forma de escape común el suicidio.

Pensamientos suicidas: puede ser experimentado como un deseo pasivo, como un deseo activo, como un deseo repetitivo o como una fantasía.

- a) **Leve:** A menudo estos pacientes toman una forma pasiva. Aunque el paciente asegure que no haría nada para acelerar su muerte, puede encontrara atractiva la idea de morir.
- b) **Moderada:** Los deseos suicidas son más directos y frecuentes. Existe un riesgo definido de que el paciente intente suicidarse, ya sea de manera pasiva o premeditada.
- c) **Severa:** Los deseos de suicidio son intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse.

Síntomas Cognoscitivos:

Baja valoración de sí mismo: La autodevaluación forma parte del patrón que sigue el paciente deprimido para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, fuerza, atractivo personal, popularidad o fortuna.

- a) **Leve:** El paciente reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o como defecto propio.
- b) **Moderada:** La mayoría de los pensamientos del paciente gira alrededor de su sensación de deficiencia, sólo ve fracasos en su pasado y presente. Exagera el grado de importancia de cualquier error. El paciente religioso tiende también a cavilar sobre sus pecados.
- c) **Severa:** Las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo. Se considera a sí mismo inservible, inepto y un completo fracaso, afirmando que es una carga para su familia.

Pesimismo: Los sentimientos de desesperanza antes mencionados están estrechamente relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro.

- a) **Leve:** El paciente tiende a esperar un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas.
- b) **Moderada:** Considera que su futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar.
- c) **Severa:** Ve el futuro sombrío y sin esperanza, creyendo que ninguno de sus problemas tiene solución.

Autoacusación y autocrítica: Estas parecen estar relacionadas con su concepto egocéntrico de la causalidad y su tendencia a criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias.

- a) **Leve:** El paciente tiende a culparse a sí mismo cuando no llega a satisfacer plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas.
- b) **Moderada:** El paciente tiende a autocriticarse severamente por cualquier aspecto de su personalidad o de su conducta que considere inferior a lo normal.
- c) **Severa:** El paciente es aún más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas. Se ve así mismo como un criminal, e interpreta diversos hechos externos como signos de reprobación pública.

Indecisión: La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que Selene ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente; incluso para él mismo. Tiene dos facetas: el paciente teme que va a tomar la decisión equivocada, y al paciente le falta motivación suficiente para realizar todas las operaciones mentales requeridas para llegar a una conclusión. Las decisiones cotidianas se convierten en verdaderos problemas para ellos.

- a) **Leve:** Un paciente que normalmente podía tomar decisiones inmediatas, nota que las decisiones no las toma tan fácilmente como antes.
- b) **Moderada:** La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas muy triviales, como qué ropa ponerse, qué camino seguir hasta la casa u oficina, etc.
- c) **Severa:** Generalmente los pacientes deprimidos creen que son incapaces para tomar una decisión y por lo mismo ni siquiera lo intentan.

Autoimagen distorsionada: A menudo el paciente deprimido tiene una imagen muy distorsionada de su aspecto físico, en especial las mujeres.

- a) **Leve:** El paciente empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico.
- b) **Moderada:** Aumenta la preocupación por el aspecto físico. El paciente cree que su aspecto ha sufrido un cambio desde que empezó la depresión, aunque no tenga una prueba objetiva de esta idea.
- c) **Severa:** La idea de la falta de atractivo personal se hace más fija. El paciente cree que su aspecto es repulsivo.

Síntomas Físicos y Neurovegetativos:

Pérdida del Apetito: En muchos casos es el primer signo de una depresión incipiente, y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión empieza a ceder.

- a) **Leve:** El paciente puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes. También es algo menor su deseo de comer.
- b) **Moderada:** El deseo de comer puede faltar casi por completo, y el paciente puede omitir una comida casi sin darse cuenta.
- c) **Severa:** El paciente puede tener que obligarse, o ser obligado a comer llegando tal vez a sentir aversión por la comida. Después de varias semanas de depresión intensa, la pérdida del peso corporal puede ser considerable.

Trastornos del sueño: La dificultad para dormir puede ser uno de los síntomas más notables de la depresión, aunque también se presenta como una gran proporción de enfermos no deprimidos. Puede presentarse tanto insomnio como hipersomnio, siendo mucho más frecuente el primero.

- a) **Leve:** El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a una media hora antes de lo habitual.
- b) **Moderada:** El paciente se despierta una o dos horas antes de lo habitual, informando con frecuencia que su sueño no es reparador.
- c) **Severa:** Con frecuencia el paciente se despierta después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volver a dormir. En algunos casos los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche "pensando".

Pérdida de la libido: Se presenta alguna disminución del interés por el sexo.

- a) **Leve:** Hay generalmente una disminución del deseo sexual espontáneo y de la respuesta a estímulos sexuales. Sin embargo en algunos casos de depresión leve el deseo sexual parece estar aumentando.
- b) **Moderada:** El deseo sexual está marcadamente disminuido y sólo responde a estímulos externos.
- c) **Severa:** Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión por el sexo, llegando incluso a no tener respuesta alguna.

Fatiga: Se presenta un aumento en el cansancio. Ésta tiende a presentar variabilidad en el transcurso del día, paralela al abatimiento del estado de ánimo y a la actitud pesimista. Se puede acompañar de retardo psicomotor.

- a) **Leve:** El paciente nota que ahora se cansa más fácilmente que antes.
- b) **Moderada:** Generalmente el paciente se siente cansado desde que despierta y casi cualquier actividad parece acentuar ese cansancio. El reposo, la tranquilidad y las distracciones no parecen aliviar esa sensación y de hecho pueden agravarla.

- c) **Severa:** El paciente se queja de que está demasiado cansado para hacer algo.

Además citando a Santamaría (2005), dice que Beck también menciona que existen delirios que acompañan a la depresión y que éstos pueden ser de varios tipos: delirio de insignificancia, delirios somáticos, delirios de pobreza y delirio de haber cometido un pecado imperdonable y de estar esperando o recibiendo algún castigo.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria.

Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación, aire y sin distractores.

Su duración no debe pasar de 15 minutos. La aplicación también puede ser oral.

Existen traducciones de este inventario al chino, castellano, francés, alemán, suizo, árabe y persa.

Características Psicométricas

Estabilidad

Beck y Beamesderfer, sugirieron que por lo menos en lo que respecta a detectar cambios en pacientes psiquiátricos, las estimaciones de la estabilidad test-retest pueden no resultar útiles por que se espera que los pacientes muestren reducción en la depresión debido tanto a la intervención terapéutica como al paso del tiempo. Sin embargo, en un estudio realizado por Beck, Steer y Harbin en 1988, las correlaciones del test-retest en pacientes no psiquiátricos resultaron altas.

Validez

Validez de Contenido

Moran y Lambert (1983) compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck ya revisado, contra los Desórdenes Afectivos del DSM III y concluyeron que el primero reflejaba sólo seis de los nueve criterios del segundo.

Beck (1967) comenta que no consideró conveniente incluir reactivos que hablaran de un incremento en el apetito y en el sueño, así como de agitación (síntomas que aparecen en el DSMIII) por que estos están con frecuencia

presentes en adultos normales, y su inclusión ocasionaría un rango alto de positivos falsos.

Validez Discriminante

Varios estudios han indicado que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales.

También puede discriminar entre Desórdenes Distímicos y de Depresión Mayor (Steer, Beck, Brown & Berchick, 1987).

Validez de Constructo

Ha habido muchos estudios en relación a la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck.

Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), encontraron que la Escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el inventario.

Validez Concurrente

Beck, Steer y Garbin (1988), encontraron con la ecuación de Pearson, producto-momento, que las correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de .60.

Validez Factorial

Este Inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beck, Steer y Garbin, 1988).

El número de factores extraídos depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas.

Así también el método de extracción es crucial para definir la estructura factorial.

Con los apartados anteriores se trató de explicar el contexto general de la Depresión; por lo que en los siguiente apartados se hablará ya de la Adolescencia, explicando en ellos todo lo que ésta etapa implica: cambios físicos, intelectuales y sociales, con el fin de comprender mejor posteriormente la depresión en los adolescentes.

1.3 ADOLESCENCIA

Definición de la Adolescencia

Etimológicamente el término “*adolescencia*” proviene del latín “*adolescere*” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, y esto no sólo significa el crecimiento físico, si no también mental.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años con dos fases, *adolescencia temprana 10 a 14 años* y la *adolescencia tardía 15 a 19 años*.

En general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente. Es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

Es una etapa en la que experimentan fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos; al mismo tiempo que hay que asumir, aunque sea bueno o malo, las transformaciones de su cuerpo, el adolescente descubre que tiene que hacer una cosa más y que es muy importante: hacerse cargo de su vida personal.

La adolescencia es una etapa de transición, una etapa del ciclo de crecimiento físico que marca el final de la niñez y pronuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, pero en este periodo los adolescentes están conscientes de los cambios que experimentan sus cuerpos.

La adolescencia abarca un intervalo de años que se extiende hasta los veintitantos años. Se puede pensar en el periodo que va de los 12 a los 22 años como de transición física (pubertad), al igual que como un momento de transición psicológica hacia la edad adulta completa, que culmina en el logro de la independencia; con respecto a los padres, la adolescencia no termina sino hasta los primeros años de la segunda parte de nuestra vida.

La primera de éstas, que se ha denominado adolescencia se inicia con la pubertad hasta casi los 18 años, hasta que el joven deja su hogar para ir a la universidad o para buscar un empleo o una existencia independiente.

El periodo de la juventud empieza de los 18 años aproximadamente y dura hasta los 22 o más, cuando se ha terminado la universidad o cuando se ha llevado a cabo una transición a una independencia más completa.

Pero no se aplica la palabra adolescente a una persona joven de 19,20 o 22 años, en lugar de ello, se habla de la frase "adulto joven", para describir el periodo que va de los 18 a los 22 años.

La transición del adolescente puede ser agrupada de manera esquemática en tres fases o sub-etapas que duran, cada una de ellas, aproximadamente tres años:

- la adolescencia temprana (de 10 a 13 años)
- la adolescencia media (de 14 a 16 años)
- la adolescencia tardía (de 17 a19 años)

Antropológicamente, la adolescencia es un periodo vital muy determinado, en cuanto a duración y otras características, por las diversas culturas y sociedades. Como proceso continuo del transcurrir humano, nada falta en este periodo que no contenga el hombre mismo en su línea ascendente del desarrollo, pero con algunos rasgos muy resultantes y muy típicos como para hacer una definición pormenorizada de esta etapa, que será útil y necesaria en todo lo relacionado con su atención y cuidado.

En una visión más amplia, y en el mundo presente de "culturas prósperas" o de "subculturas deficientes", de "países desarrollados" o de "en vías de desarrollo", la adolescencia tiene un significado más profundo, pues involucra la realización del paso de una determinada "unidad generacional" entre dos ámbitos sociales de muy distinta textura: el del núcleo familiar protegido, cerrado, pequeño y en mucho afectivo, y el de la sociedad total, abierto en mucho desequilibrio y hasta amenazador y enigmático.

El fenómeno juvenil de hoy no puede entenderse sin tomar en cuenta la estructura sociocultural total en donde el adolescente se desenvuelve; sus tensiones emergen del choque entre los ajustes complicados, y a veces dolorosos para adecuar la autonomía de la personalidad a los ámbitos saturados de tecnología, de cientificismo, de angustia competitiva, de decadencia de valores espirituales y morales o bien a las estructuras deficitarias, frustrantes, en donde el joven casi nada recibe; estructuras quizá incomprensibles para él, que lo inducen a tomar una posición violenta y negativa, con múltiples expresiones desconcertantes para las comunidades.

Pero desde el punto de vista práctico y del profesional que tiene tareas de cuidado y atención de sujetos que atraviesan tal etapa, debe implantarse una definición de aplicación corriente y enfoque integral, diciendo que *"es el periodo del desarrollo del ser humano durante el cual se realizan una serie de cambios o de integraciones bio-psico-sociales suficientes y necesarios como para que el niño se transforme y asuma el papel del adulto integrado a la sociedad; esto es, que el niño se haga hombre y la niña se vuelva mujer"*.

Diversas ciencias se han ocupado del estudio de la adolescencia: la Efebología, en lo concerniente a la adolescencia de los varones; la Hebelogía

(de Hebe = la diosa griega de la juventud), en lo referente a la adolescencia femenina; y últimamente ha aparecido un neologismo aceptado por la Academia de la Lengua Española que es la Nianiscología (del vocablo griego neanisco = el que tiene un nuevo aliento), o ciencia que tiene por fin el estudio integral de la adolescencia. Éste último es más adecuado porque, en verdad, lo que caracteriza a la adolescencia es una nueva manera de sentir y ver la vida, "una nueva cenestesia", como un autor ha dicho, en respuestas a los grandes cambios y estímulos percibidos en esta época.

Todo lo anterior nos lleva a querer saber como ha ido evolucionando el término "adolescencia" y encontramos lo siguiente:

Las primeras teorías sobre la adolescencia y que aún siguen dominando desde 1904 fueron formuladas por Stanley G. Hall, quien caracteriza a la adolescencia como una etapa de "tempestad y estímulo" contenida en una base fisiológica, que convierte a la adolescencia en un estadio inevitable, pues es un corte tajante con la infancia, tornándose como un nuevo nacimiento, en donde el joven adquiere los caracteres humanos más elevados. Encontramos con este autor la teoría psicológica de la recapitulación, en la cual la estructura genética de la personalidad lleva incorporada la historia del género humano. Por lo cual, Hall sostuvo que la adolescencia era una etapa de moratoria social y de crisis.

En contra de Hall se encontraba la antropóloga estadounidense Margaret Mead, quien dirigió algunos estudios notables en Nueva Guinea, Samoa y Bali, muestra que no en todas las culturas la adolescencia debía verse como la fase de crisis, ya que en sus estudios en Samoa, encontró que la adolescencia era un desenvolvimiento armónico de un conjunto de intereses y actividades que maduraban lentamente. Y, al hablar de un período tormentoso y de tensiones, se debía a que los jóvenes se tienen que enfrentar con un medio social que se les presenta lleno de limitaciones y, que los adultos no proporcionan las herramientas necesarias. Con lo cual, Mead señalaría que los conflictos adolescentes son un producto social y no una característica habitual del desarrollo humano.

Por otra parte, Derek Freeman pone en entredicho lo que decía Mead, pues para Freeman, la conflictividad y la tensión no estaban ausentes de la vida de las adolescentes samoanas; pues Mead se encontraba condicionada por sus presupuestos ideológicos y por las limitaciones del trabajo de campo desarrollado por ella.

Otros autores, como Moreno, señalan que los cambios en las formas de vida suscitadas en las sociedades occidentales son las responsables de las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes; estos cambios se refieren a la situación legal, al papel dentro de la familia y a la educación en hacia los jóvenes. Moreno señala un aspecto sobresaliente, el cual es la prolongación del período de dependencia de los adultos, resultado de la escolaridad obligatoria en el siglo XIX, la prohibición del trabajo infantil y las leyes que limitan el poder de los padres sobre sus hijos, lo que conlleva a un retraso en la incorporación del joven a la sociedad adulta.

Características Físicas de la Adolescencia

Durante la adolescencia el desarrollo físico se divide en crecimiento externo e interno.

El crecimiento externo se refiere a cambios en el tamaño y la forma: en cuanto al tamaño hay un impulso de crecimiento en los primeros años de la adolescencia, cuando tanto la estatura como el peso aumentan rápidamente.

El crecimiento interno se refiere a músculos, grasas y hormonas. Aunque el crecimiento durante la adolescencia no es tan rápido como durante la infancia, ciertamente es mucho más rápido que durante el resto de la niñez.

El impulso empieza y termina antes en el caso de las niñas y nunca alcanza en ellas la misma tasa que en los niños.

Una diferencia que existe tanto en los cambios externos como internos que ocurren en los adolescentes es que hay una amplia gama de tiempos normales para que se presenten tales cambios. Los niños de la misma edad pueden diferir ampliamente en su maduración física.

En cuanto a la forma durante la adolescencia, cambian las proporciones del cuerpo, esto es los tamaños relativos de la cabeza, el tronco y las piernas. Las piernas aumentan de longitud primero, unos seis a nueve meses antes de que lo haga el tronco; aunque la cabeza no cambie mucho de tamaño y cambie en otras maneras como la frente, se hace más prominente y ambas mandíbulas crecen hacia delante, la inferior más que la superior. Estos cambios son bastante notables en especial en los muchachos a quienes les empieza a crecer el vello facial.

Durante el crecimiento interno los huesos, músculos y nervios, también muestran importantes cambios en la adolescencia. Se presentan fortalecimientos en el tejido muscular, así como el crecimiento de la capacidad de los pulmones y el corazón produciendo mayor fuerza y velocidad.

El cuerpo está conformado por dos tipos de tejido; masa corporal delgada (MCD), y grasa corporal total (GCT). La masa corporal delgada incluye todos los huesos, los órganos internos, los músculos y la piel; mientras que la grasa corporal total incluye principalmente al almacenamiento de la grasa bajo la piel (llamada algunas veces grasa subcutánea). Varios de los cambios externos son en realidad un resultado de los cambios de la masa corporal delgada, en particular en la maduración de los huesos. Los huesos largos en el cuerpo, particularmente los de los brazos y piernas, crecen a medida que se osifica el cartilago cerca de los extremos de los huesos. Durante la adolescencia aumenta este proceso, disminuyendo en forma gradual alrededor de los 18 en el caso de las mujeres y de los 20 años para los hombres.

Tanto los niños como las niñas aumentan su MCD después de los 15 años o más; los muchachos no muestran luego ningún cambio hasta un momento bastante avanzado. Los muchachos, por otra parte continúan

aumentando su MCD hasta el final de los " diez y tantos" y tal vez hasta principios de los " veintitantos".

Las mujeres tienen ligeramente más grasa corporal total que los hombres al principio de la pubertad y esta diferencia se hace cada vez mayor durante la adolescencia a medida que las muchachas muestran incremento y los muchachos reducciones.

Pubertad

Aunque los procesos básicos de crecimiento del Sistema Nervioso se completan antes de la adolescencia, el cerebro continúa desempeñando un importante papel en el desarrollo físico.

Durante la pubertad, la glándula pituitaria está en si bajo el control de la parte del cerebro en el hipotálamo denominadas neuroreceptoras, sirven para mantener la concentración de las hormonas en el cuerpo en un nivel preestablecido. Los niveles hormonales a los que responden los neuroreceptores están bajo el control de las influencias de la maduración (y en un grado menor, ambientales). Los puntos establecidos para los neuroreceptores son bastante bajos pero aumentan al principio de la pubertad. Es cierto que las hormonas afectan al cerebro, por lo que las hormonas entonces, proceden a dirigir la maduración de las características sexuales tanto en varones como en las mujeres

La pubertad, es el periodo de la vida donde maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y en ambos por el aumento de tamaño de los genitales externos. El rápido desarrollo indica una serie de cambios fisiológicos.

Así mismo, durante la pubertad aparecen por primera vez los caracteres sexuales secundarios. En los hombres, se incrementa de forma notable la producción de vello en ciertas partes del cuerpo, en particular en la zona púbica, en las axilas y en la cara; además por lo general, la voz cambia y comienza a tener tono más grave. En las mujeres, también aparece vello en la región púbica y en las axilas y los senos empiezan a crecer. El desarrollo acelerado de las glándulas sudoríparas en ambos sexos puede provocar la aparición de acné.

Otro importante cambio es el de la amplitud de los hombros y caderas, tanto los hombres como en las mujeres, muestran un impulso en el crecimiento de la pelvis (los huesos planos, largos que determinan la forma del tronco inferior). Pero los hombres muestran un impulso similar en la amplitud de los hombros que no se observa en las mujeres.

La pubertad suele ocurrir en los hombres entre los 13 y 16 años de edad, y en las mujeres entre los 11 y los 14 años aproximadamente.

Ciertas patologías relacionadas con la pubertad son la amenorrea y la pubertad precoz. La primera se caracteriza por una ausencia o cese de flujo menstrual sin que exista embarazo. La segunda es la aparición prematura, en hombres o mujeres de las características fisiológicas típicas de la pubertad está causada por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas (Enciclopedia M. 2000).

Crecimiento y Sexualidad

Los cambios mas notables de la adolescencia no son los del peso y la estatura, ni siquiera los de las composiciones corporales, sino los concernientes al desarrollo de las características sexuales; estas se dividen en dos grupos:

- en las *características sexuales primarias*, que son las necesarias para la reproducción; incluyen los testículos y el pene en el varón, el útero y la vagina en la mujer.
- las *características sexuales secundarias*, son las no necesarias para la reproducción e incluyen el desarrollo del pecho (en el caso de las mujeres), el crecimiento de vello púbico (en mujeres y hombres), el tono de voz y el crecimiento de vello en la cara y en las axilas.

En los jóvenes los cambios en los órganos reproductores son graduales; pero hay un hecho único claramente marcado que con frecuencia es tomado como medida de madurez sexual en la mujer, el cual es la primera menstruación, llamada *menarca*.

Se creé que la primera menstruación señala que la niña o joven es fértil y esta biológicamente lista para tener hijos, sin embargo este no es realmente el caso. En la mayoría de las muchachas, los primeros periodos menstruales no van acompañados por la producción de un óvulo. Por algún tiempo sólo algunos ciclos son fértiles, hasta que finalmente se alcanza la total fertilidad, la mayor parte de las mujeres alcanza la menarca entre las edades de 10 y 16 años. Por lo regular sigue poco después de que se ha alcanzado el punto máximo del impulso de crecimiento y por lo tanto es bastante tarde en la secuencia de cambios pubertales en los jóvenes.

En los hombres hay cambios importantes en los órganos reproductores que empiezan alrededor de los 11 -12 años. Los primeros signos de cambio son un alargamiento de los testículos y del escroto; el pene empieza a crecer un poco más tarde. Todo el proceso de cambio normalmente toma tres o cuatro años para completarse la madurez reproductora masculina, también es difícil decir cuando empieza el liquido seminal a incluir esperma viable.

Con todo lo explicado anteriormente, y debido a las notables preocupaciones de los adolescentes sobre su cuerpo, podemos clasificar los

temores más comunes tanto en los hombres como en las mujeres, ya que en esta etapa se presentan una gran parte de angustias debido al aspecto físico.

Temores Femeninos

- El desarrollo de los senos.- debido a que en nuestra tradición cultural se les ha considerado siempre un símbolo privilegiado de feminidad, belleza y excitación sexual.
- El himen.- su presencia, ausencia, configuración, el supuesto dolor que provoca el desgarre y el papel que se le ha atribuido en cuanto a la virginidad de la mujer. Sin embargo hay que dejar en claro que el aspecto del himen no determina si una mujer o no es virgen, ya que el rompimiento de éste puede ser de forma accidental por prácticas deportivas o movimientos violentos. En ciertos casos, una especial configuración del himen permite que éste siga intacto tras una o varias relaciones sexuales; sólo un muy escaso número de mujeres presenta un himen resistente a la penetración.
- La menstruación.- Suele ocasionar cierta ansiedad, debido a que la chica le preocupa si produce dolor, incomodidad, si los demás lo notan, si las irregularidades son anómalas, qué cosas se pueden hacer o no durante los días de menstruación, etc.

Temores masculinos

- El tamaño del pene.- Esto debido a la errónea tradición sobre que los varones que poseen un pene más grande son más hombres; sin embargo el tener un pene grande o pequeño no afecta de ninguna forma su capacidad de dar o sentir placer.
- Las desviaciones del pene erecto.- Es decir, hay entre los adolescentes una preocupación sobre una leve inclinación del pene hacia la derecha o hacia la izquierda, lo cual va unido a un sentimiento de culpabilidad sobre prácticas masturbatorias, ya que según es esto lo que provoca la desviación. Sin embargo esto es absolutamente normal.
- Sentimientos de culpabilidad.- debido a las emisiones involuntarias de semen (poluciones nocturnas), las erecciones involuntarias o la distinta conformación de los testículos. No obstante. estos son fenómenos normales y comunes durante la adolescencia y entre varones.

Factores que intervienen en la Adolescencia

La adolescencia es la etapa de la vida cuando ocurre una decisiva transición de una niñez dependiente a una autosuficiencia psicológica, social y económica, en la cual estos factores intervienen tanto en el desarrollo como en la aceptación y que con un buen manejo de ellos permitirá que se culmine de una manera más satisfactoria

Factor Biológico

El desarrollo de las características sexuales empieza con el cerebro (en particular el hipotálamo), que controla a la glándula pituitaria, la cual se encarga del crecimiento de los ovarios y los testículos en los cuales se producen la cantidad de estrógenos y andrógenos en el cuerpo.

El estudio de las hormonas nos muestra que algunos son detectados más fácilmente en la sangre y otras en la orina, y que muchas hormonas indican ciclos en sus niveles; esto es, son más altas en ciertos momentos del día o en especial en las mujeres en ciertos momentos del mes.

La forma como las hormonas influyen en los patrones de crecimiento en la pubertad es por medio de la glándula pituitaria que empieza a secretar hormonas gonadotrópicas (dos en los hombres, tres en las mujeres) que son hormonas que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales.

Al mismo tiempo, la pituitaria secreta tres hormonas relacionadas con el crecimiento, pero no con el desarrollo sexual: una regula a la glándula adrenal, una que regula a la glándula tiroides y una que regula el crecimiento general especialmente de los huesos. Lo que significa que hay por lo menos cinco hormonas (seis en la mujer), que influyen en el crecimiento y el desarrollo durante la pubertad. Juntas regulan la forma y función del sistema endocrino, el metabolismo basal, el crecimiento del esqueleto y las características sexuales tanto primarias como secundarias.

El sistema bioquímico es lo suficientemente complejo, las hormonas gonadotrópicas estimulan a los ovarios y testículos a producir hormonas propias - el estrógeno y andrógeno- Estas dos hormonas son las más importantes para el desarrollo de las características sexuales secundarias y para el desarrollo genital de los muchachos. Aunque se piensa en el estrógeno como la hormona femenina y en el andrógeno como la hormona masculina, lo importante es que ambos sexos tienen parte de ambas. Una chica desarrolla un cuerpo femenino debido a que tiene más estrógenos en relación con el andrógeno, y un chico desarrolla características masculinas debido a que esta relación es inversa.

Factor Psicológico

Durante el transcurso del crecimiento, todo joven se enfrenta a determinados problemas psicológicos, la mayoría experimenta sentimientos de angustia, frustración o conflictos con sí mismo y con los demás, también alegría y amor. Estos problemas tienden a surgir con más frecuencia durante los periodos de rápidos cambios en el desarrollo y transición social como la adolescencia.

Aberastury y Knobel (1978) consideran a la adolescencia como un periodo de la vida que tiene una expresión característica dentro del marco

cultural social en el cual se desarrolla. Señalan que ante la situación social cambiante, el adolescente como un ser con actitudes igualmente cambiantes tiende a manejarse de una manera particular expresando cierta sintomatología que conforma el llamado "Síndrome Normal de la Adolescencia"

Diez aspectos que caracterizan dicho síndrome son:

- búsqueda de sí mismo y de la identidad
- tendencia grupal
- necesidad de intelectualizar y fantasear
- la crisis religiosa
- la desubicación temporal
- la evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad
- actitud social reivindicada
- contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta
- superación progresiva de los padres
- constantes fluctuaciones del humor y estados de ánimo, que se ven matizadas por un sentimiento de ansiedad y depresión

Algunos problemas psicológicos son comprensibles ya que un adolescente que es rechazado continuamente por sus compañeros puede volverse ansioso y refugiarse en el aislamiento. Un muchacho sometido a una disciplina dura o incongruente, así como el rechazo o ridículo por parte de los padres, mientras crece puede convertirse en un adolescente irritable o destructivo.

Factor Social y Cognitivo

Aproximadamente a los doce años de edad, la habilidad para pensar acerca de sí mismo y de las relaciones sociales es muy grande.

Durante los años intermedios y finales de la niñez el niño es capaz de inferir los sentimientos, los pensamientos y las intenciones de otras personas con cierta exactitud.

Después junto con su continuo crecimiento cognoscitivo, el adolescente logra una mayor conciencia de sus pensamientos y del de los demás. Aunque las habilidades cognoscitivas se expanden durante la adolescencia en algún grado, el egocentrismo los obstaculiza, es decir por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. Para algunos adolescentes, la transición de la dependencia en la niñez a la auto-regulación independiente está llena de conflictos y tensiones interpersonales, aunque otros cumplen sus tareas con poca tensión.

Los cambios que se producen en la adolescencia a nivel del pensamiento, es donde empieza a existir un pensamiento lógico formal, el cual les permite pensar en ideas y no sólo en objetos reales (característico de la

infancia). Este tipo de pensamiento permite al sujeto la capacidad de reflexionar. En un primer momento el adolescente reemplaza los objetos por ideas. Las ideas se manejan como antes hacía con los juguetes. Las palabras y la acción son reemplazadas por el pensar. El intelectualismo es un mecanismo de defensa que el adolescente utiliza asiduamente. Esto se manifiesta en el interés de las ideas, la lectura, siendo normal que discuta ideas e ideologías con su grupo de pares.

A partir de este nuevo tipo de pensamiento formal el adolescente se incorpora al mundo adulto, liberando su pensamiento infantil subordinado, programando su futuro y reformando el mundo donde va a vivir. También le permite incorporarse en la sociedad y un mayor dominio de sus impulsos.

En este momento muchos adolescentes muestran una destacada creatividad, que expresan por medio de la música, el arte y la poesía. La creatividad también puede expresarse en el deporte, y en el mundo de las ideas, discutiendo, reflexionando, por ejemplo, sobre moral, religión, ética, labores humanitarias. El escribir en un diario personal es otra manifestación de la creatividad en éste periodo.

Además de los complejos procesos mentales, por los que tiene que pasar el adolescente es otra su mayor preocupación, las exigencias a las que se enfrenta. El adolescente debe llevar a cabo una selección constante; no solo cambian ellos sino también su mundo social y sus relaciones con él, se enfrenta a múltiples posibilidades acerca de cómo vivir.

A medida que los adolescentes se desarrollan cognoscitivamente, sus perspectivas del tiempo se extienden hacia el futuro. Esto también aumenta la sensación de que es urgente desarrollar un conjunto de valores. El joven que comienza a vislumbrar una vida en su totalidad necesita mucho más que un conjunto de principios morales que le sirvan como guía para que su vida parezca ordenada, congruente y significativa. Sus compañeros pueden presionarlos para aceptar una serie de valores, completamente opuestos a los propuestos por sus padres. Además sus compañeros mismos pueden estar divididos en este aspecto. Algunos pueden decirle que no hay nada de malo en las relaciones sexuales premaritales o en el empleo de marihuana o el alcohol, en tanto que otros pueden tener sus dudas al respecto o bien oponerse por completo. Existe otro tipo de influencias que también se presenta con mucha frecuencia en el escenario de la selección de los valores del adolescente, como los profesores, el cine, los libros, la televisión así como los representantes de los grupos conflictivos de la sociedad en general.

Usualmente, la mayoría de los adolescentes se llevan muy bien con sus padres y hermanos y participan cada vez más en las decisiones que los afectan. Estos adolescentes están dispuestos a tomar decisiones importantes con respecto a la elección de una carrera profesional y a las relaciones con sus compañeros por su cuenta o aconsejados por sus padres (Serafino, 1988). Conforme el adolescente se aleja de su familia comienza a depender más de sus compañeros y de sí mismo

Los conflictos que surgen a edad temprana en la adolescencia por lo general se deben a cuestiones más bien triviales, como la forma de vestirse. Las relaciones sociales entre hermanos dependen de diversos factores como la edad y el sexo. En la mayoría de las familias, estas relaciones pueden formalizarse cuando los padres asignan obligaciones y roles. El resentimiento por la asignación de tareas puede depender de la manera como se plantean. Los padres pueden reducir el resentimiento al explicar la necesidad de que dichas tareas domésticas sean realizadas y preguntar que se piensa.

Las relaciones sociales de los adolescentes incluyen también el pertenecer a grupos mayores, las agrupaciones de adolescentes se constituyen en torno a intereses, habilidades e ideales comunes.

Algunos adolescentes tienden más que otros a orientarse hacia las actitudes de los adultos. Los que se inclinan por ellas son formales y participan en las actividades escolares y en los grupos serios. Los que están orientados hacia los compañeros, manifiestan menos interés en los estudios académicos y los grupos formales. Normalmente los adolescentes orientados hacia los compañeros tienen una opinión más negativa de sí mismos que los orientados hacia los adultos.

En el desarrollo social estos cambios no sólo afectan sus relaciones con sus compañeros, también afectan sus relaciones con sus padres, periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inicia las relaciones heterosexuales.

Así, parece haber un desequilibrio muy importante casi en todos los aspectos en particular en los primeros años de la adolescencia, los viejos patrones son hechos a un lado, y se deben encontrar nuevos patrones en los ámbitos: sexual, intelectual y social.

La Búsqueda de la Identidad

El desarrollo mental del adolescente también desempeña un papel importante en el surgimiento de una sensación bien definida de su identidad. Se entiende la identidad como el ser uno mismo en tiempo y espacio, en relación con los demás y con uno mismo. Es el sentimiento de seguridad sobre sí mismo.

En cuestión de la personalidad, en adolescencia se produce el duelo de la identidad lo que provoca una lucha por la misma.

La confusión de la identidad, lo cual es característica de la adolescencia, se refiere a la imposibilidad de desarrollar una idea de sí mismo coherente,

El adolescente se da cuenta de que ya no puede seguir así, siendo el niño o la niña que obedece a sus papás. Ya que a pesar de que no es un niño,

tampoco es un adulto, y entonces entra en la crisis de identidad, porque no sabe quien es; le hace falta descubrir a cualquier precio cuáles son sus puntos de referencia y para ello pasará por varias etapas como la duda, el rechazo, la provocación, las experiencias, la ansiedad, etc.

El adolescente puede probar muchos papeles distintos buscando los que personalmente le parezcan más cómodos, gratificantes y desafiantes, así como los que parezcan realistas o irreales, habilidad y posibilidad. El simple hecho de darse cuenta de que una parte de sí mismo puede razonar, formular y modificar suposiciones considerar las alternativas y llegar a conclusiones, aunque sólo sean tentativas, ayuda a fomentar dicho sentido de identidad.

Parte de la resolución de la crisis de identidad consiste en pasar de ser dependiente a ser independiente. Es frecuente que los padres y sus hijos adolescentes discutan sobre la elección de amigos, pandillas, planes de estudio y temas relacionados con la filosofía, modo en que los adolescentes van afianzando su propia identidad.

El Desarrollo de la Personalidad

El desarrollo cognoscitivo del adolescente también se refleja en sus actitudes personales hacia sí mismo, así como en las características de su personalidad que pueden destacar durante este periodo.

En esta etapa muchos adolescentes se vuelven más introspectivos y analíticos. Suelen interesarse por los enigmas filosóficos como, si realmente existe el mundo que perciben y si ellos mismos son reales o sólo un producto de la conciencia.

A menudo los adolescentes se muestran egocéntricos en su forma de pensar y de comportarse. En esta etapa se pueden percatar de que otras personas son capaces de desarrollar procesos de pensamiento semejantes a los suyos.

Características en la Adolescencia

Entre los 11 y los 12 años

A nivel socioemocional

Se manifiesta inquieto y hablador y no le gusta estar solo. Desarrolla múltiples relaciones interpersonales.

A nivel emocional

Se descontrola con facilidad, sufre frecuentes ataques de risa y cambios de humor; si se le contraría, su voz se exalta con facilidad y cuando falta una autoridad moral realmente firme, resulta difícil controlarlo de ahí su rebeldía contra los padres, las peleas y constantes riñas con los hermanos, la oposición a ayudar en las tareas de casa, la resistencia a adoptar buenos modales, la constante protesta, etc., fenómenos que en gran medida son simples manifestaciones de afirmación personal de la primera fase de la adolescencia.

Se nota una resistencia a las normas familiares, agresión casi sin darse cuenta a los propios padres a pesar de que indiscutiblemente los quiere.

Hay un gusto por la acción en grupo, en forma de competición con sus semejantes; energía en el trabajo, espontaneidad en la conducta e inmediatez en la acción.

Estos son los caracteres normales en el aspecto social del adolescente a los 11 años de edad.

A nivel sexual

Es el principio del descubrimiento de su heterosexualidad, o sea, de la transferencia de sus energías libidinosas hacia objetos no incestuosos, comenzando a manifestar afectos hacia la persona adulta o adolescente que le gusta:

- haciéndole pequeños favores con la esperanza de hacerla feliz, de serle agradable o útil
- escuchando con embeleso cuanto esta persona dice o hace
- y además es profundamente fiel y tolerante.

Todo ello motiva el que en estos primeros años los adolescentes:

1. Se proyecten apasionadamente en los problemas humanos o en los acontecimientos de la actualidad, aplicándose en ellos o criticándolos radicalmente, llevando hasta las últimas consecuencias sus razonamientos manifestados por medio de la acción, la crítica, el rechazo o la repulsión.
2. Monten teorías -emanadas de razonamientos y sentimientos muy complejos sobre el universo, la sociedad, la solidaridad social, la paz o el amor, que al ser resultado de conflictos internos, se convierten en tema de interminables y apasionantes debates que, dirigidos por su portentosa imaginación y perspicaz fantasía, los llevan: al mundo de la ilusión, de la meditación y de la pura especulación intelectual; o al temor de enfrentarse con lo real y a la desconfianza de lo social. Por eso desarrollan una extensa gama de

sentimientos, desencadenan innumerables pasiones y transforman las relaciones con el sexo opuesto y auténticos romances efectivos.

3. Experimenten sentimientos de culpa y de angustia; complejos y conductas insaciables; vivan constreñidos y manifiesten actitudes agresivas, coléricas o violentas, o por el contrario se comporten con delicadeza extremada y sumisión exagerada, tengan miedo de perder la amistad y el afecto de sus padres y planeen perspectivas de futuro (vida aventurera, heroicidades, viajes fantásticos, etc.), modos de comportarse que les permiten liberar una intensa y dinámica carga afectiva.

Entre los 13 y 16 años

En el ámbito sociofamiliar

- el adolescente sueña y medita;
- critica minuciosamente el comportamiento de sus padres;
- tiende a alejarse del círculo familiar.

A nivel psicológico

Es el período de la "conciencia interiorizante", que incluye al mundo exterior. Por eso interacciona lo interior con lo exterior mediante un juego intelectual y una dialéctica de conflictos; proceso de interiorización que lo conducirá al descubrimiento de su propio proceso de construcción individual y a su maduración personal.

Este proceso de interiorización lleva al adolescente a descubrir una manera nueva de ser y de estar, a reflexionar sobre sí mismo y sobre el mundo circundante, a darse cuenta de la aparición de nuevas fuerzas y tendencias menos difusas y más uniformes, y a exteriorizar una nueva fuerza de voluntad, que es la mayor característica de los adolescentes entre los 13 y los 15 años; hecho que no impide la existencia de desconfianzas e inhibiciones, de momentos de tristeza y de cambios de humor, de actitudes contradictorias y de expresiones insolentes.

Tras esta amplia gama de actitudes, los adolescentes tienen denominadores comunes:

- aspiran a ser elegantes y a tener cualidades estéticas, robustez y fuerza física, habilidades deportivas y buena presencia;
- dominio de sí mismos y sentido del deber;

- a ser inteligentes y leales, idealistas y activos, tolerantes y deseosos de que tengan buena opinión de ellos; realistas y originales.

A nivel afectivo

Al revés de lo que sucedía durante la niñez, el adolescente canaliza sus sentimientos y afectos hacia fuera de casa, hacia los compañeros o adultos, o sea, hacia cuantas personas se interesen por él, sean sensibles para con sus problemas y comprensivos con su conducta. Estos sentimientos, además de proporcionarle seguridad personal y confianza en sí mismo, desencadenan en él una serie de asociaciones cada vez más placenteras y reconfortantes, lo que motiva que el adolescente se encuentre cada vez más a gusto entre esas personas y lo manifieste en sus actitudes y comportamiento.

Esta situación afectiva lleva al adolescente a la búsqueda del sentido social, al encuentro con los demás y a una especie de sensación de que necesita completarse. Es en ese momento cuando se da la tendencia a los primeros flirteos. Por eso el chico -más agresivo e impulsivo visceralmente- siente la necesidad de ternura, amparo y cariño.

La chica a su vez, siente la necesidad de alguien que la estimule, la comprenda y le dé fuerza y apoyo. Es el momento de la apertura al mundo afectivo y del descubrimiento del otro y de sí mismo, época de romances y amores efímeros, que acaban tan pronto como empiezan -porque han empezado únicamente como un mecanismo de fuga y evasión-. En ese momento el adolescente necesita, más que nunca, ser ayudado, tener unos padres a la altura de su misión educadora, profesores que comprendan esta compleja problemática de la adolescencia.

El origen de estos problemas se sitúa la mayoría de las veces, en la escasa preparación cultural y en la falta de educación sexual de los púberes cuando aparece el vello en los órganos sexuales o las primeras erecciones en el muchacho, o se desarrollan los senos y aparece la primera menstruación en la niña, fenómenos que pueden suscitar angustias y traumas en el posterior desarrollo de la sexualidad. Esto sucede porque el crecimiento en lo afectivo, no acompaña necesariamente en simbiosis funcional al crecimiento en lo genital.

Con mucha dificultad consiguen en la pubertad desarrollarse plenamente las dos componentes de una vida sexual normal, la genital y la sentimental. En la chica la componente sentimental va por delante de la genital y en el chico, por el contrario, en la primera fase de la pubertad, es lo sexual lo que se impone a lo sentimental. Sólo en la fase final de la pubertad y de la adolescencia, al conseguir la maduración completa y entrar en la vida adulta, se alcanza el equilibrio en el desarrollo de estas dos componentes.

La primera fase de la adolescencia, caracterizada por una profunda y recíproca atracción, se presenta como la etapa del desarrollo humano en que el

aspecto biopsicológico del crecimiento psicosexual se manifiesta por medio de simpatías, afectos, caricias, abrazos, admiración, respeto, orgullo, sumisión, dedicación, lealtad, amistad, agresividad, deseo de protección, poder o dominio.

A cada elemento de este conjunto de emociones corresponden determinadas funciones y papeles en el desarrollo de la personalidad del adolescente. Existen todas como entidades distintas y con diferentes finalidades; pero son interactuantes, por lo cual se hace imprescindible comprender la finalidad y la interacción de la afectividad, de la sexualidad, del amor, etc. que son características esenciales para que el desarrollo de toda la personalidad humana resulte íntegro y armonioso.

Estas constelaciones de sentimientos y emociones, síntomas de su desarrollo psicoafectivo y sexual, hacen de la personalidad del adolescente un terreno abonado para los conflictos.

Su narcisismo lo lleva, en la segunda etapa de la pubertad, a volcarse sobre sí mismo, sobre su aspecto y a la autocomplacencia; a analizar su conducta, a criticarse y a explorar y descubrir su mundo; en esos momentos experimenta una sensación de soledad, de tristeza y melancolía, deleitándose en esos estados de naturaleza psicoafectiva y emocional, aunque acusa a los miembros de su familia y a cuantos lo rodean de ser los responsables de su mal humor.

Siente necesidad de amar y de ser amado, pero se ve mediatizado por sentimientos de egoísmo y hasta por ciertos rasgos egocéntricos y de vanidad personal.

Va ganando confianza en sí mismo, pero necesita servirse de los demás para reforzar su comportamiento con su aprobación benevolente. Sueña el amor antes de vivenciarlo y lo desea ardientemente para satisfacer sus necesidades esenciales: por su necesidad de ternura y por exigencia sexual.

Canaliza el amor hacia el sexo contrario, dando origen a un amor mezcla de ansiedad y de alegría, de desafío y estímulo, de "deseo-amenaza" de seducción y de deseo-riesgo de ser amado, de satisfacción afectiva y de desesperación solitaria, de superioridad y de inferioridad, de placer y de culpa.

En este momento (la adolescencia media, entre los 13 y 16 años), el joven empieza a desligarse de su familia, hasta entonces centro de su vida, e inicia el camino del proceso de su identidad.

Para que este proceso se realice con seguridad y equilibrio, es necesario que las fases anteriores del desarrollo se hayan realizado con normalidad y tolerancia, de modo especial la etapa edípica, ya que, como hemos visto, este estadio supone la superación del apego erotizado a uno de los progenitores. Esta ruptura progresiva con los padres conduce al adolescente a renunciar a su dominio y superprotección, a producirle inseguridad e inquietud y a poner de manifiesto su capacidad y sus limitaciones. Se trata del inicio del conflicto

generacional y el prelude de la etapa de afirmación de la individualidad del adolescente en la cual, son necesarios cambios de actitud en las manifestaciones de autoridad familiar y modificaciones en la dinámica de su Superyo.

En este momento psicológico las modificaciones son resultado de la adquisición de una fuerza adicional a la acción del Ello, la cual, impulsando la acción del Yo, conduce al sujeto a enfrentarse con las restricciones, normas y prohibiciones del Superyo. Llevado por la fuerza, seguridad y autodeterminación del Yo, el individuo orienta su comportamiento y sus actitudes, creando en sí mismo seguridad y confianza en su capacidad para hacer frente a los impulsos sexuales, para conseguir normas con que protegerse de manera realista, para experimentar los límites de su tolerancia frente a la ansiedad y al sentimiento de culpa y para modificar su Superyo mediante la interacción en grupos de compañeros y amigos de su misma edad y con idénticos problemas.

En este momento, al final de la adolescencia media, es probable que el joven inicie su primer amor, que, a pesar del descubrimiento del otro sexo, entraña muchos componentes narcisistas. Por ejemplo, el joven, al enamorarse de una chica, ve en ella, inconscientemente, a la persona a quien le gustaría parecerse si hubiera nacido mujer. Y en la joven sucede algo parecido. Estos enamoramientos pueden ser mientras tanto muy importantes para dar mayor seguridad y significación a su propia identidad sexual.

El surgir de nuevas fuerzas interiores despierta en ellos:

- optimismo
- necesidad de independencia y de afirmación de su propio Yo
- florecimiento de cualidades y actitudes especiales
- profundización en su personalidad
- apasionamiento por sus ideales
- revalorización de su propia imagen
- deseo de éxito profesional.

A nivel psicosexual

El adolescente, al interiorizar las funciones de sus órganos genitales, aparta sus tendencias libidinosas de la familia y las dirige hacia lo exterior; hecho que exige un refuerzo de su propia identidad, mediante un proceso sociopsicológico de identificación con los compañeros del mismo sexo.

Este cambio de naturaleza afectiva y sexual lleva al adolescente:

- a concientizarse de que sus órganos sexuales, además de su función placentera, tienen una función reproductora
- a nivel socioafectivo, a la liberación de la autoridad familiar
- a nivel cultural, a enfrentarse con el legado sociocultural del medio
- a nivel social, a cuestionarse el orden y la dinámica de la misma sociedad circundante
- a nivel afectivo, a integrarse sólidamente en la institución escolar

Este proceso de liberación sucesiva de la autoridad conduce al adolescente:

- al reencuentro de su propia forma de expresión, a descubrir su propio comportamiento
- al aprendizaje del modo idóneo de comunicarse consigo mismo y con los demás, en resumen, al desarrollo de su propia personalidad. A pesar de que, con frecuencia, le invade una angustia originada unas veces por la necesidad de aceptar su propia situación social, y otras porque se da cuenta que es preciso aceptar los límites de su propia naturaleza humana.

Esta es en el fondo la dinámica de la escisión adolescente/adultos, realizada hacia los 16 años, y que es el principio de la tercera fase del desarrollo evolutivo del adolescente, antecámara de su entrada en la edad adulta.

Esta fase de su evolución, caracterizada por la necesidad que siente de aumentar la confianza en sí mismo para asumir las responsabilidades que está contrayendo, hace al adolescente sentir la necesidad de tener tiempo libre, aunque le encanta verse rodeado de otros jóvenes del mismo sexo, a discutir y someter a prueba su independencia y autodeterminación individual, con lo que demuestra que posee una mente mucho más organizada que antes, una estabilidad espiritual más equilibrada, mayor poder de autocontrol, menos actitudes de mal humor y mayor imparcialidad en su análisis de las relaciones, de los hechos y de los acontecimientos, tanto en relación con sus padres, como con sus compañeros, con sus profesores o con la sociedad en general.

Así se inicia el proceso de integración y de búsqueda de su puesto en el mundo de los adultos.

Tal estado de búsqueda de equilibrio psicoemocional, de armonía interior y de adaptación a las exigencias de la vida adulta, tanto en el ámbito de la conducta como en lo económico y social, es un período de cambios mucho más lentos y tranquilos que los anteriores y termina cuando el joven se siente plenamente integrado, completamente independiente, sin necesidad del apoyo

emocional de otras personas, sin rechazar su propio pasado, con una nueva valoración de su futuro y una maduración de su forma de pensar.

Problemas en la Adolescencia

Con mayor frecuencia:

1. Problemas emocionales

La investigación ha puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. En el transcurso de su adolescencia uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Las ingestas alimenticias excesivas, la somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser también signos de malestar emocional. De forma más obvia, pueden aparecer fobias y ataques de pánico. Los estudios recientes han demostrado que los problemas emocionales del adolescente no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus familiares o amigos.

2. Problemas sexuales

Los dramáticos cambios físicos de la adolescencia pueden llegar a ser muy preocupantes para algunos adolescentes, especialmente para aquellos que son tímidos y que no desean hacer preguntas al respecto. En el otro extremo, las preocupaciones pueden ponerse de manifiesto en forma de presunción excesiva tanto sobre su capacidad sexual como sobre sus experiencias. Más de la mitad de los adolescentes tendrán su primera experiencia sexual completa antes de los 16 años. Aquellos que comienzan tempranamente con relaciones sexuales tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud. Los nuevos riesgos para la salud que suponen la infección por VIH o SIDA constituyen una preocupación adicional.

Además, un adolescente puede no estar seguro de su orientación sexual, sobre si es homosexual o no. Esta preocupación puede ser compartida por sus padres.

El apoyo sensible, una guía clara e información exacta acerca de estos diferentes aspectos de la sexualidad son muy apreciados por los adolescentes ya sean procedentes de sus padres, del colegio, del médico de cabecera o de los centros de orientación familiar.

La mayoría de los adolescentes son bastante cuidadosos a la hora de la elección de sus parejas. La promiscuidad sexual y las relaciones de riesgo repetitivas sin protección suelen ser signo de la presencia de problemas emocionales subyacentes, aunque también pueden reflejar un estilo de vida al límite - los adolescentes que asumen riesgos en algunos aspectos de su vida tienden a asumirlos en otras facetas de la misma.

3. **Problemas conductuales**

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes, al mismo tiempo que desean que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites, sin embargo, se toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos. Los desacuerdos son frecuentes, ya que la persona joven lucha por forjar una identidad independiente. Aunque todo esto es bastante normal, lo cierto es que la situación puede alcanzar un punto en el que los padres realmente pierdan el control, no sabiendo dónde están sus hijos, quiénes son ellos o qué les está pasando.

4. **Problemas escolares**

Los adolescentes que rechazan ir al colegio con frecuencia tienen dificultades en separarse de sus padres, y este problema puede haber tenido su origen ya en la escuela primaria. Este problema puede también manifestarse en forma de molestias del tipo de dolores de cabeza o estómago. Ante un adolescente que no desea ir al colegio es necesario comprobar la posibilidad de que esté siendo acosado por alguno de sus compañeros. El acoso es un problema frecuente del que la gente joven encuentra difícil el hablar y que puede hacer que ir al colegio resulte una experiencia solitaria, miserable y amenazadora, que finalmente puede dar lugar a problemas del tipo de ansiedad y depresión, falta de confianza en sí mismo, y dificultad para hacer amigos. La forma que tienen los padres para poder ayudarles es asegurándose que el colegio es seguro, e informando a los profesores de su hijo cuando precise de su ayuda.

Los problemas emocionales con frecuencia afectan el rendimiento escolar. Es difícil concentrarse adecuadamente cuando uno está preocupado sobre sí mismo o sobre lo que ocurre en casa. Aunque la presión para hacerlo bien y para aprobar los exámenes suele proceder de los padres o profesores, los adolescentes generalmente desean hacerlo bien y se presionan a sí mismos si se les da la oportunidad. El insistir de forma excesiva al respecto puede ser contraproducente. Los exámenes son importantes, pero no se les debe permitir que dominen sus vidas o que les hagan infelices.

5. **Problemas con la ley**

La mayoría de la gente joven no viola la ley y aquellos que lo hacen son generalmente varones. Cuando lo hacen, generalmente lo hacen una sola vez. Las ofensas repetidas pueden reflejar una cultura familiar, aunque también pueden ser resultado de la infelicidad o del malestar emocional. Es necesario descartar la presencia de estos trastornos ante un adolescente que se mete de forma repetida en problemas.

6. **Problemas de alimentación**

El sobrepeso es una causa frecuente de infelicidad en los adolescentes. Si son criticados o se ríen de su aspecto físico pueden disgustarse consigo mismos y llegar a deprimirse de forma significativa, estableciéndose un círculo vicioso, ellos hacen poco y comen para sentirse mejor, pero esto sólo hace que el problema del peso empeore. El hacer dieta puede realmente agravar la situación. Es más importante que se sientan felices consigo mismos estén gordos o delgados. A pesar de que muchos adolescentes hacen dieta, especialmente las mujeres, afortunadamente son muy pocos los que desarrollarán un trastorno de la alimentación del tipo de la bulimia o la anorexia nerviosa. Sin embargo, estos trastornos ocurrirán con mayor probabilidad si los que se someten a una dieta estricta tienen una pobre opinión de sí mismos, se encuentran bajo tensión o han tenido un problema de sobrepeso en la infancia.

7. **Drogas, Pegamentos y Alcohol**

La mayoría de los adolescentes no usa drogas, ni inhala pegamento, y la mayoría de los que lo hacen no irá más allá de experimentar ocasionalmente con ellos, sin embargo suelen presentarse también problemas de farmacodependencia. No obstante a pesar de la publicidad sobre otras drogas, el alcohol es la droga que con mayor frecuencia causa problemas a los adolescentes. La posibilidad del uso de cualquier tipo de droga debería ser considerada cuando los padres observen cambios repentinos y graves en la conducta de sus hijos.

8. **Abuso**

Los abusos sexuales, físicos y emocionales pueden tener lugar en la adolescencia y pueden dar lugar a muchos de los problemas mencionados con anterioridad. Las familias con estos problemas precisan de ayuda especializada además de consejo legal ya que muchas de estas conductas constituyen un delito que debe ser denunciado. No es infrecuente que el desconocimiento sea cómplice de la permisividad y que la ayuda en este orden de cosas resulte tardía.

Menor frecuencia

Los cambios conductuales y los cambios graduales en el estado de ánimo pueden ser signo de un trastorno psiquiátrico más grave. Aunque son trastornos infrecuentes, la esquizofrenia y la depresión maniaca pueden comenzar en la adolescencia. El aislamiento extremo puede ser un signo de esquizofrenia, aunque pueden existir otras explicaciones para el mismo. Los padres preocupados con estas posibilidades deben acudir con médicos especializados.

1.4 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Durante años se ha negado la existencia de enfermedad depresiva en los menores. Ahora sabemos que hay muchos niños sumidos en ella, pero, a menudo, cuesta diagnosticarla, debido a que aparece enmascarada bajo síntomas aparentemente banales (inapetencia, irritabilidad, insomnio, enuresis, etc.).

Se puede decir que aproximadamente el 2 ó el 3% de todos los niños con un comportamiento alterado presentan depresiones de grado medio a severo, y otro 6 a 8% de carácter leve. Su incidencia es prácticamente el doble en el sexo femenino.

Durante siglos ninguna otra etapa de la vida ha sido más exaltada y censurada que esta.

Algunas de las opiniones de nuestros contemporáneos, son por ejemplo el de Aristóteles hace 23 siglos, donde dice *“los jóvenes, son apasionados y tienden a dejarse llevar por sus impulsos, particularmente los sexuales... y en este sentido no conocen la continencia. También son volubles y sus deseos inconstantes, además de transitorios y vehementes todos los llevan al extremo, aun tratándose del amor, el odio o cualquier otra cosa. Se sienten sabelotodo”*.

Asociar la adolescencia con un período de conflictos es hoy en día parte de la cultura popular. A este segmento de la vida humana generalmente se le califica como un momento de evolución física y psicológica, caracterizado por múltiples crisis y confrontaciones con las normas sociales establecidas.

Hace 30 años atrás los psiquiatras infantiles no pensaban en la depresión infantil como entidad nosológica, sólo se decía que un niño estaba triste.

La influencia de la teoría psicoanalítica expresaba que al no tener el niño un superyo formado, no podía hablarse de una depresión en la infancia.

En nuestro país, la inclusión de los psicofármacos a partir de la década del 1950, produjo un uso y abuso de los mismos provocando una reacción de crítica por parte de muchos profesionales.

La incorporación del psicoanálisis de los Hospitales cambió la óptica del tratamiento, a través del lenguaje y la palabra.

Esto dio lugar a una discusión permanente, respecto a los tratamientos a seguir, sobre todo en la psiquiatría de adultos.

Aparecen complejas explicaciones fenomenológicas y psicodinámicas, que dieron lugar a las clasificaciones de acuerdo a la escuela científica del momento.

En relación a los tratamientos psicofarmacológicos en niños, eran muy escasos los recursos ya que se pensaba que como el niño estaba en proceso de maduración podría afectar la neurobiología.

Los trabajos presentados en el mundo sobre las distintas poblaciones infantiles, son escasos, y recién en los últimos años comienza a difundirse una mayor cantidad de trabajos científicos al respecto, aunque con cantidades pequeñas de pacientes.

Verena Kuhn, psiquiatra infantil, comienza a usar en 1958 la imipramina, observando cambios importantes en los niños.

Es notable que en nuestro país se comenzara a usar la imipramina en los años 70 para el cuadro de enuresis infantil. En ese momento, se pensaba que su uso era sólo por el efecto anticolinérgico, al favorecer la contracción del esfínter vesical y la dilatación de la vejiga, produciendo la mejoría del cuadro. No se atribuía al efecto antidepresivo de la droga.

En la actualidad se plantea que el trastorno del control de los esfínteres puede ser considerado uno de los tantos síntomas de depresión.

Puig Antich, director del Servicio de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Columbia, comprueba en 1978, que las depresiones infantiles, responden a similares parámetros biológicos que los adultos.

Los criterios de depresión fueron aplicados en niños y adolescentes entre 1970 y 1980.

Hammen(1999), describe trastornos en el desarrollo escolar, como síntomas depresivos prodrómicos de la sintomatología.

Otros autores describen, que el abandono de las actividades académicas y el bajo rendimiento escolar son indicadores de depresión en la población estudiantil.

No obstante, las circunstancias que producen la depresión, pueden variar desde los estados temporales (relativamente no perjudiciales), aunque agudos de tristeza, como respuesta a una pérdida genuina (por ejemplo, de una persona amada o de un amigo de toda la vida), hasta las condiciones psicóticas sumamente perturbadas, que comprenden las alteraciones mentales y emocionales. Dichos desórdenes depresivos psicóticos son raros en la adolescencia en tanto que las sensaciones de depresión, en una escala menos peligrosa, son muy comunes.

Según FUNSALUD (2000), los factores asociados con una mayor presentación de síntomas de depresión en jóvenes adolescentes son:

- La pertenencia a una minoría
- Bajo nivel socioeconómico
- Una constelación familiar conflictiva o desintegrada

- Bajo desempeño escolar

De acuerdo con Aberastury (1982), existen algunos elementos comunes que pueden provocar la depresión en el adolescente ya que el paso de la infancia a la pubertad implica la necesidad de realizar diferentes duelos, y estos son:

- Duelo por el cuerpo infantil, que se deja atrás merced a los cambios hormonales y físicos característicos de este momento. Duelo por la organización mental, afectiva, infantil para dar paso a un modo de funcionamiento distinto, acorde con las demandas de la educación secundaria, entre otras.
- Aunado a estos duelos, se superpone otro: el de la caída de los padres de la infancia, idealizados, por otros más de acuerdo a la realidad. Es decir padres que no lo saben ni lo pueden todo, figuras con las que el adolescente entra en inevitable conflicto.
- La entrada a un mundo de exigencias más ambiguas, más difíciles de decodificar, produciendo en muchos adolescentes sentimientos de inadecuación e incapacidad.
- Aprender a lidiar con un cuerpo en transformación constante, a veces con cambios dramáticos en cortos períodos de tiempo, genera muchas veces sentimientos de torpeza, de incoordinación. Si esto se conjuga con la necesidad de aceptación y de ser atractivo para los demás, el terreno para la aparición de sentimientos de tristeza y ansiedad es favorable.

Su sintomatología psíquica oscila entre la actitud pasiva-inhibida, propia de las chicas, y la actitud activa-agitada, frecuente en los chicos. Las adolescentes depresivas son con preferencia tristes, inhibidas en sus relaciones sociales, obedientes en casa, discretas y tranquilas (lo que se ha venido en llamar "síndrome de la Cenicienta"), mientras que los varones son rebeldes, irritables, miedosos, temerosos a la hora de establecer contactos y agresivos en su relación social.

Sin embargo, en esta población es más peligrosa la enfermedad, debido a que cuando un niño o un adolescente tocan fondo en la depresión, tienen pocos recursos para salir a flote por sus propios medios (a los adultos también les cuesta, pero tienen más ayudas a su alcance y saben cómo solicitarlas).

Un adolescente tiene ahora el doble de posibilidades de sufrir una depresión de las que tenían sus padres y el triple de las que tenían sus abuelos.

En realidad "si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para esta etapa de la vida este sería la depresión". (Garber,2002).

Para la mayoría de los adolescentes tales sentimientos son pasajeros, son parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse entre los jóvenes. No obstante, para algunos la depresión o la melancolía puede ser el estado de ánimo predominante, en este tipo de casos es cuando se debe poner

atención para que el estado de depresión no se tome crónico y acarree problemas mas serios.

Como ya es bien sabido, la depresión en la adolescencia suele manifestarse de una manera distinta a la depresión adulta.

La mayor parte de los cambios de conducta en la adolescencia son propios de la edad; sin embargo, muchas veces los problemas no son transitorios, sino trastornos psiquiátricos serios que se presentan en el 20% de los adolescentes, por lo que padres, maestros y médicos, deben estar pendientes para detectar los indicadores en los cambios conductuales.

Recientemente, numerosos estudios epidemiológicos han analizado aquellos elementos de dolor y apoyo al dolor que se presentan indistintamente de la situación de pérdida, lo que ha permitido demostrar que los trastornos depresivos tanto en niños como en adolescentes, son más comunes de lo que se piensa.

Causas, Incidencia y Factores de riesgo

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés.

Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con periodos alternos de alegría y felicidad y tristeza y enojo. Estos estados de ánimo pueden alternar en periodos de horas o días.

Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, como ya se mencionó, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.

El exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso el comportamiento criminal (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro

síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión.

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión.

La Familia del Adolescente

En nuestra cultura, la familia nuclear se compone de dos adultos (hombre y mujer) que procrean hijos y viven bajo el mismo techo, comparte pobreza o riqueza, obligaciones y derechos.

Sin embargo, es de vital importancia lo que los hijos observan en la relación de los padres, esto va a ser esencial para su salud mental o para su enfermedad psicológica. Una relación conyugal satisfactoria determina que una familia sea sana, y una relación conflictiva puede afectar las funciones de la familia y de sus integrantes.

Existen también estudios donde se observan que la depresión está relacionada con niveles altos de rechazo por parte de los padres, atribuciones negativas, estrategias de enfrentamiento pasivas y bajos niveles de autoeficacia. En este sentido, proponen un modelo que considera a las conductas parentales negativas y los estilos de atribución negativa como fuentes primarias del trastorno depresivo, mientras que los estilos de enfrentamiento y la autoeficacia juegan un papel de mediadores en la formación de los síntomas depresivos.

Por otro lado, otro estudio realizado por Grossman & Rowat (1995), permitió analizar el impacto que tiene la calidad de la relación de pareja y la relación familiar sobre las estrategias de enfrentamiento, el apoyo recibido y el bienestar psicológico de los adolescentes miembros de familias separadas, divorciadas y casadas. Demostraron que la existencia de una relación parental poco afectiva y la ausencia de una estructura familiar sólida, estaba asociada con una baja satisfacción personal y sentido de futuro; así como por altos niveles de ansiedad en adolescentes miembros de familias con padres divorciados.

También se indicó que las familias con un clima familiar de apoyo caracterizado por la confianza y el control, era un importante predictor de estrategias positivas y activas de enfrentamiento. En cambio, aquellas familias con un clima familiar menos afectivo permitía predecir estrategias de evitación.

Como consecuencia tienen conflictos académicos y los padres no toleran y se enojan por la disminución del rendimiento escolar agravando el vínculo. Comienzan con trastornos del comportamiento y como consecuencia utilizan mal el tiempo, esto es, con tendencia al uso de sustancias y aumento del riesgo de promiscuidad sexual. Puede aparecer ideación suicida, o acto suicida consumado. La desintegración familiar ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha motivado a los investigadores a determinar de qué manera la experiencia de divorcio durante la infancia está relacionada con la salud subjetiva y conductual durante la adolescencia.

Breidablik & Meland (1999) encontraron diferencias significativas en relación a un grupo de adolescentes miembros de familias con padres divorciados, en los que se presentaban quejas físicas y emocionales, menor bienestar psicológico, un desempeño menos eficiente, así como una mayor presencia de conductas de riesgo como el hábito de fumar. Concluyendo que la experiencia de divorcio para los hijos durante la infancia representa un evento estresante significativo con consecuencias en la salud mental durante la adolescencia. Y que dichas consecuencias deben ser consideradas al momento de planificar programas de prevención para este tipo de población. Eso sin mencionar que existen etapas y tareas durante el desarrollo psicosocial normal de los adolescentes, que se ven afectadas por el divorcio de los padres.

Son muchos los factores que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes para presentar problemas físicos y psicológicos después del divorcio de los padres: la ausencia del padre, conflicto entre los padres, problemas económicos, estresores de la vida diaria, adaptación de los padres y la duración de la crisis.

Thompson (1998), por su parte analizó los problemas sociales y clínicos en un grupo de adolescentes con padres divorciados, con el propósito de explicar dicha vulnerabilidad e identificar las intervenciones más apropiadas para promover la salud mental en esta población. Entre otras medidas recomienda la mediación durante las distintas etapas del divorcio, las remisiones tempranas y la terapia entre hermanos (*sibling therapy*), así como la implementación de programas en los centros educativos con el objetivo de identificar a aquellos estudiantes que requieran de este apoyo. Coincidiendo con Emery & Laumann-Billings (1998) en la necesidad de asistir a estos jóvenes y a sus familias durante las distintas etapas de transición.

Spruijt & Goede (1997) decidieron realizar una investigación para estudiar los efectos del divorcio en la dinámica familiar, con variables como la estructura familiar, la salud física y mental, las ideas de suicidio, el bienestar psicológico y la situación laboral en un grupo de adolescentes; de acuerdo a cuatro tipos de estructuras: familias intactas y estables, familias intactas y con conflictos, familias con un solo padre, y familias reconstruidas. Los

adolescentes miembros de familias divorciadas presentaron más problemas relacionales y experiencia de desempleo en relación a aquellos miembros de familias intactas y estables. Estos resultados no fueron tan significativos en los adolescentes miembros de familias intactas y con conflictos, así como en las familias reconstruidas.

McCurdy & Sherman (1996), también estudiaron el efecto de la estructura familiar en el proceso de individuación de acuerdo a tres tipos de estructura: familias intactas; padres divorciados, con la custodia materna y sin volver a contraer nupcias; y familias divorciadas, con la custodia materna y con un nuevo matrimonio. Los componentes del proceso de individuación analizados fueron el apego a los padres, conflictos para lograr la independencia, timidez, identidad, y autoestima. Los resultados sugerían que los adolescentes miembros de familias intactas se percibían a sí mismos con más conflictos de independencia pero con más relaciones emocionales positivas con sus padres, que aquellos pertenecientes a familias divorciadas o reconstruidas. El apego, la identidad y los conflictos para lograr la independencia de los padres, estuvo asociada con la autoestima.

Otra línea de investigación sugiere que no es la configuración familiar lo que determina la efectividad del funcionamiento familiar y el bienestar psicológico de los adolescentes, sino el estilo de relación parental y los conflictos de la pareja previos al divorcio.

En un trabajo citado por Amato & Booth, (2001) también encontraron que los conflictos de pareja estaban asociados con un elevado número de problemas de conducta en los hijos pequeños. Y que posteriormente, cuando adultos, experimentaban problemas con las relaciones interpersonales, afectándose negativamente la calidad de sus propios matrimonios. Esto se debe al hecho de que los niños aprenden una variedad de conductas interpersonales a través de la simple observación de los modelos adultos, lo que se evidencia en la utilización de estrategias similares para la resolución de conflictos tanto en padres como en hijos, en los estilos afectivos similares, y en la tendencia a presentar niveles similares de rabia.

En este sentido, los conflictos de pareja entre los padres son considerados un factor de riesgo por ser un estresor que actúa directamente sobre los hijos, porque los hijos muchas veces se atribuyen la culpa de los conflictos entre los padres, y porque los conflictos de pareja muchas veces vuelve a los padres menos afectivos y más críticos con los hijos. Esto explica, el por qué existe un aumento de síntomas depresivos en los hijos, no sólo durante la infancia sino a lo largo de la vida.

Así, al evaluar síntomas ansiosos o depresivos en un adolescente es relevante considerar al sintoma como indicador de una patología del sistema familiar, ya que existen organizaciones familiares patológicas que conducen a la aparición del trastorno.

Lo planteado anteriormente nos lleva a considerar un aspecto relevante, y es que existe suficiente evidencia empírica que demuestra que la calidad de

las relaciones de pareja es transmitida a través de las generaciones. Pareciera existir una correlación entre la percepción del propio matrimonio y la percepción del matrimonio de los padres, por lo que, aquellas personas que tuvieron padres infelizmente casados tienden a presentar un mayor número de problemas en sus propios matrimonios (Amato & Booth, 2001).

Por otro lado, existen algunos factores que durante la infancia, y ante la presencia de un divorcio, generan una depresión durante la adolescencia. Palosaari, Aro & Laippala (1996), concluyeron que la baja autoestima durante la edad de 16 años era un factor que hacía más vulnerables a los jóvenes para desarrollar síntomas de depresión, indistintamente del género. Se observó que entre las hijas mujeres, los efectos a largo plazo estuvieron asociados a la baja autoestima y a la falta de acercamiento con el padre. Sin embargo, cuando la relación con el padre era estrecha disminuía el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. A su vez, no se observó relación entre la baja autoestima, las relaciones poco satisfactorias con los padres y la depresión en los hijos hombres después de un divorcio.

Se ha observado que la respuesta de los hijos ante la separación de sus padres va a depender entre otras cosas de la edad, ya que su forma de percibir la situación será distinta. Por ejemplo, alguien de 3 años puede que no comprenda lo que sucede y llegue a sentirse culpable de la separación de sus padres, mientras que alguien de 10 años refleje sus sentimientos en una baja del rendimiento escolar. Por otro lado, los adolescentes tienen edad suficiente para entender más la separación de los padres, sin embargo experimentan las mismas emociones que experimentan los niños más pequeños; y muchas veces se debe a que desconocen las razones verdaderas por las que sus padres decidieron separarse. Lo cierto es que, común a todas las edades existe la mayor parte de las veces un grado de alteración emocional y conductual.

Fergusson & Woodward (2002) realizaron un estudio longitudinal con un grupo de jóvenes diagnosticados con depresión durante la etapa de adolescencia media (14-16 años). De acuerdo a los resultados, concluyeron que un diagnóstico de este tipo y a esa edad, aumentaba significativamente el riesgo de padecer una depresión mayor en la adolescencia tardía (16-21 años), así como desórdenes de ansiedad, dependencia a la nicotina, abuso o dependencia al alcohol, intentos de suicidios, bajo desempeño académico, desempleo y una paternidad temprana. Estos resultados confirman los encontrados por Sampson & Mrazek (2001), acerca del riesgo significativo de recurrencia durante la edad adulta debido a un trastorno de depresión durante la adolescencia.

Essau & Petermann (2000) lograron identificar algunos de los factores de riesgo asociados a este trastorno tales como: algún tipo de psicopatología en los padres, disfunción familiar y eventos de la vida negativos. De esta forma, la depresión frecuentemente se veía acompañada de otros trastornos y de la tendencia a que se volviera un trastorno crónico.

En esta misma línea de investigación, Shiner & Marmorstein (1998) estudiaron una muestra de adolescentes gemelos cuyas madres tenían un trastorno de depresión, y se evaluó el funcionamiento familiar en base a las siguientes condiciones: adolescentes depresivos con madres depresivas, adolescentes depresivos con madres no depresivas, y un grupo control conformado por adolescentes no depresivos. Los resultados indicaron que un gran porcentaje de adolescentes deprimidos tenían madres deprimidas, lo que resalta la importancia de considerar la depresión de los padres en el tratamiento de los adolescentes con este mismo trastorno. Y subraya el hecho de determinar los patrones de interacción familiar, sobre todo en aquellas familias con más de un miembro con este tipo de trastorno.

Garber, Keiley & Martín (2002) plantearon un diseño de investigación que incluía el género y la presencia de una madre depresiva en un grupo de adolescentes con trastorno depresivo. Encontraron que las mujeres demostraban un mayor aumento de los síntomas depresivos en relación a los hombres; y que aquellos adolescentes con madres depresivas tuvieron inicialmente más síntomas, que aquellos con madres sin un diagnóstico de depresión. Sólo cuando se controlaron estas dos variables, fue posible predecir significativamente los niveles iniciales de síntomas depresivos a partir de las atribuciones negativas y los estresores.

Se ha utilizado por mucho tiempo la teoría del apego para explicar los desórdenes de personalidad, partiendo de la premisa que existe una estructura común a ciertos estilos de apego y ciertos desórdenes de personalidad. Brennan & Shaver (1998) evaluaron un grupo de adolescentes para investigar la relación entre personalidad y factores antecedentes familiares como: la muerte de uno de los padres, el divorcio de los padres y sus representaciones actuales de la relación con sus padres durante la infancia. Los resultados indicaron una alta correlación entre el tipo de apego y los desórdenes de personalidad.

Así, con todo lo anterior nos cuestionamos acerca de lo que una familia debe hacer para que sus miembros crezcan y se desarrollen adecuadamente; y para ello, según Macías (1988) es necesario que cumpla con determinados objetivos tanto psicológicos como sociales. Esto es:

- La familia debe asegurar la subsistencia de los menores cubriendo sus necesidades básicas de abrigo, alimento y protección.
- Debe promover los lazos afectivos, la unión social y la armonía.
- Debe impulsar el desarrollo de la identidad personal, familiar y la identidad de grupo social al que se pertenece, permitiéndole a los integrantes adquirir integridad y fortaleza, facilitando el enfrentamiento a nuevas experiencias.
- También debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias, fomentar la libre relación de sus miembros y permitir la individuación mediante el respeto y reconocimiento de cada uno de sus integrantes.
- La familia debe permitir la participación social de los hijos para que estos se integren a sus roles sociales, así como al rol sexual el cual depende

de la imagen que los hijos tengan de sus padres, por lo tanto estos deben proyectar integración y madurez.

- Y por último mantener la unión y solidaridad de la familia, promoviendo la libertad y autonomía de sus miembros respecto a los valores que establece y trasmite.

De este modo, si la familia cumple con dichas funciones facilitará el desarrollo sano de sus miembros, de no hacerlo obstaculizará, bloqueará e impedirá el desarrollo adecuado de los hijos.

El pronóstico de la familia y el desarrollo individual depende de si hay o no identificación y comprensión de los sentimientos de sus componentes y si se satisfacen sus necesidades. Encontrando así tres factores que determinan el desarrollo de la personalidad en un sujeto, siendo éstos:

- La **autoestima**, que es la forma en como nos valoramos a nosotros mismos.
- La **comunicación**, ya que nos sirve para relacionarnos con los demás.
- Las **normas**, ya que son las reglas establecidas en la familia y que deben cumplirse.

Es por todo ello, que en el DSM IV -TR 2000, pone énfasis en los datos aportados por la familia, la escuela y el pediatra.

Otro factor, de riesgo que puede contribuir en la aparición de sintomatología depresiva en los adolescentes es la preferencia sexual, sobre todo, cuando es homosexual, constituyendo un factor de riesgo para el suicidio, precisamente por el auto rechazo y el rechazo social. Un 30% del total de suicidio en varones es por esta causa.

Aunque no es nuestro tema principal, debemos mencionar que el suicidio es una consecuencia grave en un trastorno depresivo y es otro de los factores de riesgo importantes.

Las tentativas de suicidio en niños son raras comparadas con las del adolescente. Solo el 10% de las tentativas de niños y adolescentes acontecen antes de los 12 años, y un 4% antes de los 10 años. Las tentativas son relativamente frecuentes entre los 10 y los 15 años (29%), y alcanzan su máxima frecuencia entre los 15 y 18 (67%). De este modo, su frecuencia parece aumentar durante la pubertad, y se incrementa progresivamente en los años adolescentes.

Las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente que los varones, sin embargo éstos tienen un índice mayor de suicidio consumado y pueden estar precipitados por un problema interpersonal (familiar, afectivo etc.), otros factores precipitantes, son los problemas escolares, ambientes abusivos, duelo, rechazo, problemas de drogas etc.

El grupo más relacionado con los que realizan suicidio, (es decir similares a los que cometen suicidio) son aquellos que tienen un alto índice de

desesperanza, que preparan su intento, que dejan notas de despedida y disculpa, que utilizan métodos violento. La desesperanza es el factor más predictor del grupo de riesgo que comete suicido, incluso mucho más que la depresión.

Los adolescentes que realizan intentos de suicido generalmente están más concentrados en sí mismos, tienen menos estrategias para resolver sus problemas, y son más pesimistas acerca de las posibilidades que tienen de realizarlo con éxito. La mayoría realizan el intento sin premeditación y de manera impulsiva (menor relación con el grupo que comete suicidio) y éstos tienen un menor riesgo de que estén deprimidos, de tener desesperanza.

Se señala que el 40% de los adolescentes que se suicidan tienen trastornos depresivos, del 10 al 30% presentan trastornos de personalidad y un 50 por ciento abusan de drogas y alcohol.

Algunos autores consideran que el 75% de los adolescentes que se quitan la vida, avisan, por lo que es importante que los padres tomen en serio estas señales y pidan ayuda especializada. En algunos casos los jóvenes no tienen la intención de matarse, pero quieren llamar la atención y a veces se les pasa la mano, como también hay quienes sí quieren quitarse la vida y no lo logran.

La mayor parte de los adolescentes que se suicidan han manifestado ideas suicidas a amigos, familiares, profesores o médicos. Una historia de intento de suicidio previo, es uno de los predictores más potentes de suicidio.

Sintomatología

En los inicios de la adolescencia los síntomas se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos como la fatiga persistente, intranquilidad, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento. En la etapa final de la adolescencia la depresión puede manifestarse con algunos de los síntomas que presentan los adultos o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual, actos delictivos y la búsqueda de peligro y los intentos suicidas; no obstante el aislamiento social y el actuar impulsivamente no son características de la depresión adulta.

Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas, o bien una continua búsqueda de nuevas actividades.

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso.

Lo que desencadena este tipo de depresión es la pérdida de una relación querida.

Entre los síntomas más generales aparecen:

- ❖ Estado de ánimo depresivo o irritable
- ❖ Mal genio, agitación
- ❖ Pérdida del interés en las actividades, apatía
- ❖ Disminución del placer por las actividades diarias
- ❖ Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras
- ❖ Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo
- ❖ Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria)
- ❖ Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes
- ❖ Somnolencia diurna excesiva
- ❖ Fatiga
- ❖ Dificultades para concentrarse
- ❖ Dificultad para tomar decisiones
- ❖ Episodios de pérdida de la memoria (amnesia)
- ❖ Preocupación por sí mismo
- ❖ Sentimientos de minusvalía, tristeza, soledad, baja autoestima o desprecio hacia sí mismo y comportamientos autodestructivos
- ❖ Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- ❖ Expresión en la cara de tristeza o llorar sin causa aparente y de manera constante
- ❖ Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común)
- ❖ Aislamiento social y ausentismo escolar
- ❖ Poca atención en la higiene y apariencia personal
- ❖ Dolores de cabeza o abdominales frecuentes
- ❖ Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte
- ❖ Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio
- ❖ Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable

Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y causan una significativa perturbación o dificultad para desempeñarse, se debe buscar tratamiento.

En las siguientes tablas se efectuó una descripción general de síntomas por edades:

Tabla 9	
Sintomas de la depresión infantil según la edad.	
Edad	Sintomas
Inferior a 7 años	<p>Llanto inmotivado.</p> <p>Quejas somáticas.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Detenciones del desarrollo.</p> <p>Fobia escolar.</p> <p>Encopresis.</p>
7 años a edad puberal	<p>Quejas somáticas.</p> <p>Agitación psicomotriz y ansiedad (no reactivas a nada en concreto).</p> <p>Agresividad.</p> <p>Apatía y tristeza. Sensación de "aburrimiento".</p> <p>Sensación de "estar superado por las exigencias".</p> <p>Falta de concentración.</p> <p>Bajo rendimiento escolar. Problemas importantes de desadaptación escolar.</p> <p>Fobia escolar.</p> <p>Trastornos del sueño. Cambios en los hábitos de sueño.</p> <p>Astenia y fatiga o pérdida de energía.</p> <p>Anorexia.</p> <p>Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad.</p> <p>Indecisión.</p>

	<p>Ideas o conductas obsesivas.</p> <p>Ideas de muerte recurrentes (no necesariamente ideas de suicidio).</p> <p>Preguntas angustiadas acerca del más allá.</p>	
Adolescencia	<p>Mismos síntomas que en la edad prepuberal.</p> <p>Conducta negativista o claramente antisocial..</p> <p>Hurtos.</p> <p>Agresividad.</p> <p>Consumo de alcohol y/o drogas.</p> <p>Deseos de marchar de casa.</p> <p>Sentimiento de no ser comprendido (alienación) o aprobado.</p> <p>Malhumor e irritabilidad.</p> <p>Desgana para cooperar en actividades familiares.</p> <p>Tendencia a recluirse en la propia habitación.</p> <p>Desinterés por el aseo personal .</p> <p>Dificultades escolares.</p> <p>Retraimiento social con hipersensibilidad; especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas.</p> <p>Trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría.</p> <p>Desinterés por cosas que antes le atraían.</p>	

Tipos de Depresión

De acuerdo con FUNSALUD, considerando la edad de aparición de la enfermedad se puede hablar de dos subtipos generales de depresión.

- **PRIMER GRUPO.-** Compuesto por adolescentes que iniciaron la depresión durante la infancia. Estos adolescentes con un inicio temprano se caracterizan por una mayor comorbilidad con patologías ansiosas, las que usualmente persisten aún remitida la depresión, tiene un mayor índice de recaídas y una mayor posibilidad de evolucionar hacia padecimientos bipolares.
- **SEGUNDO GRUPO.-** Integrado por los adolescentes que inician la enfermedad a partir de los 12 o 13 años y que manifiestan una sintomatología similar a la del adulto.

Considerando la forma de presentación se puede hablar de 2 subtipos:

- a) **PRIMARIA:** No es antecedida por algún otro padecimiento psiquiátrico y se presenta en el 40% de todos los casos.
- b) **SECUNDARIA:** Se presenta después de la aparición previa de otro padecimiento y ocurre en el restante 60%, siendo el padecimiento previo más frecuente el Trastorno por Déficit de Atención.

Comorbilidad

Es frecuente que la depresión en el adolescente se asocie a otro tipo de padecimientos o problemas graves.

Tanto las investigaciones clínicas como las epidemiológicas han demostrado que entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos tienen un trastorno psiquiátrico asociado, y que entre el 20 y el 50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos.

Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son:

- Distimia
- Trastornos de Ansiedad en el 30 al 80% de los casos
- Trastornos de Conducta entre el 10 y el 80%
- Abuso del alcohol y sustancias psicoactivas entre el 20 y el 30%

Los adolescentes deprimidos con trastornos de conducta se caracterizan por tener menos síntomas físicos de la depresión, una menor posibilidad de recurrencia y menos antecedentes familiares de trastornos afectivos, sin embargo se asocian con una mayor incidencia de criminalidad en la vida adulta.

El abuso de sustancias normalmente antecede a la depresión y en muchas ocasiones persiste una vez remitida la misma.

La presencia de comorbilidad es importante con respecto al pronóstico, ya que aumenta el riesgo de una depresión recurrente, alarga el episodio depresivo, aumenta los intentos y conductas suicidas y disminuye la respuesta al tratamiento

Recaídas

Estas parecen estar relacionadas con una mayor comorbilidad y un peor funcionamiento psicosocial, incluyendo el bajo aprovechamiento o abandono escolar.

La tasa de recuperación a dos años en la depresión entre los adolescentes es alrededor del 85%

Las intervenciones psicoterapéuticas a los familiares pueden disminuir los riesgos de manifestaciones severas del padecimiento. (FUNSALUD, 2000)

¿Cómo reconocer a un adolescente deprimido?

Los cambios de conducta en los adolescentes tanto en la casa como en la escuela, que deterioren de forma significativa su funcionamiento y que sean más o menos duraderos deben ser vistos como elementos indicativos para la búsqueda de ayuda especializada.

Es importante tener siempre presente el tiempo en el que se han presentado los síntomas.

Si el adolescente presenta ideas suicidas, falta de apetito y falta de interés en toda actividad social durante más de 2 semanas, se debe estar muy alerta.

Tienden a aislarse y a tener ideas suicidas por los sentimientos de culpa y de incapacidad para afrontar la vida diaria. La depresión en el adolescente envuelve más problemas interpersonales y de baja estima que la depresión en el adulto.

El mecanismo más común que utiliza el adolescente para ocultar su fondo depresivo es la tendencia a actuar, también conocido como "actuación", lo cual no le ayuda a resolver el problema, pero le sirve para controlar la angustia que le ocasiona el sentimiento de ser rechazado(a).

Ante situaciones muy frustrantes o productoras de ansiedad, el adolescente busca hacer algo que lo aleje de la situación dolorosa y le impida pensar en ella.

En algunos casos, cuando la depresión está "enmascarada" se puede confundir este comportamiento alterado con el síndrome de falta de atención, agresividad, hiperactividad, desórdenes de la alimentación, problemas del sueño, cuando en realidad la enfermedad de fondo es la depresión.

Pronóstico de la Depresión en el Adolescente

Como ya hemos mencionado a lo largo del tema, la depresión mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la adolescencia, pero también una de las condiciones más difíciles de diagnosticar por parte de los médicos. Incluso, los mismos pacientes tampoco suelen reconocer que tienen un problema afectivo.

Por ello, sólo una proporción baja de personas es detectada y entre quienes reciben el diagnóstico oportuno sólo 20% obtiene los beneficios de un tratamiento adecuado. Aún más, en un ensayo clínico con fluoxetina, los autores observaron cómo 39% de los sujetos que respondieron de manera adecuada al antidepresivo, en el transcurso de una año experimentaron al menos una recaída.

Lo anterior cobra especial importancia, al considerar las consecuencias potenciales de la enfermedad en la etapa adulta. Al respecto, trabajos realizados en el pasado demuestran que los jóvenes deprimidos desarrollan con mayor frecuencia adicción a sustancias psicoactivas, experimentan problemas escolares y de socialización, tienen más embarazos no planeados y constituyen una población con un alto índice de suicidios.

Este ominoso panorama motivó a un grupo de investigadores del Instituto de Investigaciones de Oregon, de la Universidad de Nueva York y de la Universidad de Stanford, quienes realizaron el seguimiento de un grupo de adolescentes que habían sufrido depresión entre los 14 y 18 años de edad, para conocer la evolución de su salud mental en la etapa adulta, entre los 19 y 20 años.

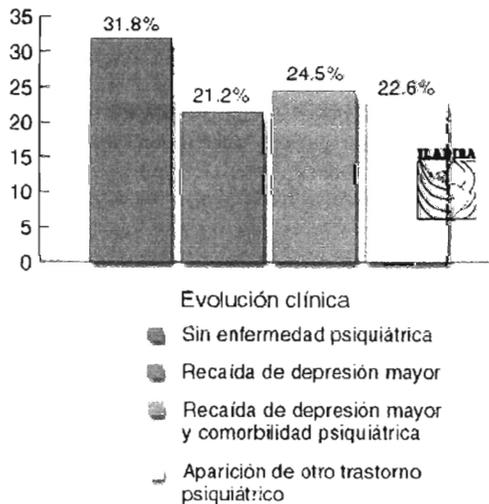
Para ello el equipo de científicos, liderados por el doctor Peter M. Lewinsohn, escogieron al azar 1709 jóvenes que cursaban los grados superiores de educación secundaria, procedentes de nueve instituciones académicas en el occidente del estado de Oregon. A través de cuestionarios especializados e información de la familia lograron identificar 274 adolescentes de ambos sexos, quienes habían sufrido un episodio depresivo mayor antes de los 19 años de edad y que pudieron ser evaluados hasta el día que cumplieron 24 años.

Durante el periodo de seguimiento, los investigadores determinaron la frecuencia de recaídas o la presencia de otra enfermedad mental asociada (distimia, ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de conducta y trastornos de personalidad).

Después de recolectar los datos, siguió una etapa de análisis estadístico en la cual fueron obtenidos resultados desalentadores: la mayoría de participantes experimentaron complicaciones psiquiátricas en los años que siguieron al diagnóstico de depresión.

Para facilitar la interpretación de los datos establecieron cuatro categorías de pronóstico. La primera consistió en los voluntarios que durante el seguimiento no experimentaron recaídas de su depresión y tampoco desarrollaron otra condición psiquiátrica. Este grupo estaba compuesto por 87 personas, equivalente a 31,8% de la muestra.

La segunda categoría estuvo representada por 58 jóvenes que experimentaron un nuevo episodio de depresión mayor antes de los 24 años de edad, es decir, 21,2% de los voluntarios. La tercera categoría correspondió al subgrupo que desarrolló en forma simultánea recurrencia de depresión mayor y otro trastorno psiquiátrico, que en total fue de 67 personas (24,5%). Por último, en la cuarta categoría estaban los pacientes que no experimentaron episodios adicionales pero sufrieron otro trastorno psiquiátrico, conformado por 62 participantes (22,6%) (**figura**).



Pronóstico de los pacientes con depresión en la adolescencia que fueron seguidos durante varios años por investigadores del Instituto de Investigaciones de Oregon.

Entre las condiciones mentales diferentes a depresión, reportadas en 129 voluntarios de la muestra, la más frecuente fue abuso de sustancias, presente en 76,7% de ellos. En segundo lugar se encontraron trastornos de ansiedad en 34,1% de los jóvenes.

Los factores de mal pronóstico, que permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad límite y, en mujeres, conflictos con los padres. La relación con la historia familiar concuerda con un reciente metaanálisis realizado por el doctor Patrick F. Sullivan y su equipo de colaboradores del Instituto de Virginia para la Genética Psiquiátrica y del Comportamiento. En dicha revisión crítica los investigadores encontraron que la contribución genética a la depresión era de 37%.

Por el contrario, la historia de un solo episodio depresivo durante la adolescencia, pocos miembros en la familia con depresión mayor, bajos puntajes para trastornos de personalidad límite o antisocial y una visión positiva de la vida eran elementos que identificaban los pacientes con bajo riesgo de recurrencia.

En conclusión, la depresión es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven. Además, como ya mencionamos anteriormente con frecuencia se encuentra acompañada por otros trastornos psiquiátricos encabezado por abuso de sustancias psicoactivas. Dada la importancia de esta enfermedad entre las personas jóvenes, resulta de vital importancia que los médicos mejoren su sensibilidad hacia el diagnóstico y motiven a los pacientes para iniciar el tratamiento respectivo.

Otros estudios realizados en Adolescentes

En la facultad de Psicología de la U.N.A.M se han realizado diversos estudios. En 1988, Suárez González, realizó una investigación en donde concluyó que la escala de Zung es válida y confiable para detectar aspectos de la depresión en adolescentes mexicanos. (Escalante, 2002).

Ramírez Yáñez, (1988), por su parte en un estudio de depresión en adolescentes utilizó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. Su objetivo era determinar la relación entre la incidencia de depresión con el sexo y muerte física del padre, encontrando que más de la cuarta parte de la población estudiada presentaba índices de depresión del tipo "ambulatoria", mencionando que existe una mayor tendencia a padecer este trastorno en las mujeres y que la muerte del padre no fue un factor influyente en la presencia de depresión. (Escalante 2002).

Monroy Gutiérrez (1990), encontró que existen síntomas depresivos tanto en los sujetos que consumen sustancias volátiles como en los que no las utilizan.

En 1992, Ledesma Reyes realizó una investigación llamada "Rendimiento escolar y Depresión en adolescentes" en el que encontró que existe una relación significativa entre rendimiento escolar y la depresión en los adolescentes.

Navarro Rojas (1995), en su estudio sobre las fantasías de suicidio en los adolescentes deprimidos y no deprimidos, encontró que existen diferencias en cuanto a las fantasías entre ambos grupos, llegando a la conclusión de que es importante tomar en cuenta los indicios o cualquier alteración física y psicológica por menor que ésta sea, ya que algunos indicios como la soledad, el abatimiento, la agresión, frustración y culpa suelen estar presentes en el adolescente suicida.

Axelrod Praes, por su parte, elaboró una prueba para medir la depresión en sujetos mexicanos, y un dato importante que encontró en su investigación fue que a mayor nivel de escolaridad, mayor probabilidad de sentirse deprimido.

Estadísticas de Depresión en la Adolescencia

La incidencia y la prevalencia de la depresión son elevadas. Se trata del más común de los desórdenes psiquiátricos identificables en los servicios de consulta tanto externa como interna.

De acuerdo a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la prevalencia de depresión en los adolescentes es entre el .4 y el 8%, y según numerosas investigaciones es alrededor del 8-10%. Dicha prevalencia, a lo largo de la vida en adolescentes se ha estimado en un rango del 15 al 20%, lo que sugiere que la depresión del adulto inicia frecuentemente en la adolescencia.

Se ha podido demostrar empíricamente, que los trastornos depresivos parecen aumentar con la edad, y que los adolescentes logran adaptarse a la experiencia de depresión de manera distinta, según el género.

Otros estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

Los estudios epidemiológicos realizados en poblaciones de niños, han reportado tasas de prevalencia de la depresión entre 0.4 a 2.5% sin diferencia de sexo, mientras que en adolescentes las tasas han sido desde 0.4 a 8.3%. Así la depresión se convierte en un problema de salud pública ya que por lo menos el 15% de los adolescentes y adultos jóvenes en México sufren de depresión.

En un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, aproximadamente el 38 % de más de 1.000 estudiantes que han consultado en el Programa de Salud Mental del Departamento Universitario, sufrían algún grado de depresión. De este 38 % que sufrían depresión, se extrajo una población de 9.5 % que sufría la depresión debido al abuso de drogas.

En general podemos mencionar que en estudios epidemiológicos se encuentra una incidencia del 10 al 30 % de adolescentes deprimidos. Lo anterior se agrava en poblaciones urbanas.

En poblaciones urbanas se calcula que llega a haber hasta un 60 % de adolescentes que reportan depresión. Lo que más sorprende es que el 22 % indicaron que se deprimen muy seguido, además que el 50 % reportaron ideación suicida y 28 % intento de suicidio.

Con respecto al suicidio, son más mujeres que tienen ideas suicidas e intentos de suicidio que los hombres. Datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud, indican que mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 y 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es por lo tanto de alta prioridad. Dado el hecho de que en muchos países y regiones la mayoría de los comprendidos en este grupo concurren al colegio, este último aparece como un lugar excelente para desarrollar acciones preventivas apropiadas, sin olvidar que también desde casa se puede apoyar para un mejoramiento de la salud mental de nuestros adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud, también, ha manifestado su preocupación acerca de ciertas enfermedades que los países, tanto desarrollados como no desarrollados, no han atendido correctamente. Entre ellos se encuentran: la depresión en primer lugar. Se calcula que para el año 2035 la depresión y el suicidio, así como los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas: serán un problema de salud pública muy serio, si no empezamos a tener mecanismos que favorezcan el sano desarrollo de nuestros hijos. Estos datos, en la actualidad, no están demasiado alejados de la realidad.

Tratamiento

Aunque en nuestro tema no se propone algún tratamiento creemos que es importante explicar brevemente las principales alternativas de tratamiento en la depresión juvenil.

De acuerdo a FUNSALUD (2000), existen dos principales formas de tratarla y son:

- el tratamiento farmacológico
- el tratamiento psicológico

En cuanto al tratamiento farmacológico, los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, la amitriptilina y la desimipramina han sido los medicamentos más analizados y utilizados, observándose una tasa de respuesta de entre el 44 y el 75%. Y se les debe considerar como alternativas de gran utilidad en casos de intensidad moderada a severa. Es necesario esperar un mínimo de tres a seis semanas para obtener una respuesta adecuada.

Los inhibidores de la recaptura de la serotonina (ISRS), como la fluoxetina, paroxetina y sertralina, presentan una menor cantidad de efectos colaterales comparados con los tricíclicos; sin embargo hay que tener presente que pueden presentarse manifestaciones tales como náusea, vómito, pérdida de peso, ansiedad, nerviosismo e insomnio. Tienen asimismo menos riesgo de intoxicación por sobredosis y especialmente en los adolescentes, la facilidad de administrarse en una sola toma al día favorecen el apego al tratamiento.

Sobre el tratamiento psicológico, la terapia individual cognitivo-conductual, la psicoterapia de apoyo y la terapia familiar logran dar una respuesta en el 70% de los casos, no obstante la cognitivo-conductual demuestra una mayor rapidez de respuesta.

Las Terapias Psicológicas más utilizadas son:

• **Cognitivo-Conductual:** se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica.

• **Conductual:** se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.

• **Psicodinámica**

• **Interpersonal**

• Familiar**• Grupal y de Apoyo.**

Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). La intervención terapéutica con los padres resulta de gran utilidad, mientras que las de grupo parecen ser particularmente importantes como elementos socializadores en aquellos adolescentes con importante retraimiento.

El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento.

El tratamiento en Fase Aguda, incluye: Psicológico, Farmacológico y Combinado.

El Tratamiento Combinado, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad.

Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento.

Los factores que pueden pronosticar una mala respuesta a la intervención psicoterapéutica son:

- mayor severidad del padecimiento
- comorbilidad con ansiedad
- falta de una red de apoyo adecuada
- presencia de psicopatología en los padres
- conflictos familiares
- bajo nivel socioeconómico

Así, a modo de conclusión, podemos decir que en la actualidad la existencia de la depresión infantil es un hecho comúnmente aceptado por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento. Algunos han llegado a denominar a la depresión como la enfermedad del siglo XXI.

Capítulo II

MÉTODO

MÉTODO

2.1 Planteamiento del Problema

En base a que la adolescencia es una etapa de constantes cambios físicos, psicológicos y sociales, es también una de las etapas con mayor vulnerabilidad.

Aunado a ello, los aspectos del ambiente pueden afectar enormemente la estructura afectiva en nuestros adolescentes, provocando así un desequilibrio en ellos, convirtiéndose la depresión en uno de los grandes problemas de salud mental actuales, que se incrementa cada día más.

Además, el diagnóstico adecuado y oportuno de depresión en los adolescentes es difícil debido a que los constantes cambios que sufren no permiten detectar correctamente los síntomas depresivos; pudiendo ser esto peligroso para el individuo, ya que la depresión es considerada como una enfermedad que si no es tratada a tiempo puede conducir a la muerte; y cada vez más, los jóvenes están mayormente predispuestos a padecer una depresión.

Es por ello, que nuestra investigación pretende averiguar la magnitud de dicha enfermedad en los jóvenes tanto psiquiátricos como escolares, tratando así mismo de describir y comparar los ambientes en los que se desenvuelven los adolescentes para poder así, detectar elementos que influyan en la aparición de este trastorno.

2.2 Justificación y Objetivo

A pesar de que se cuentan ya con muchos trabajos acerca depresión en adolescentes, no se cuenta todavía en nuestro país con una adecuada información acerca de éste tema.

Se cree en muchas ocasiones, que los adolescentes "normales" no tienden a sufrir de esta enfermedad. Por lo que al realizar una comparación entre un grupo psiquiátrico y no psiquiátrico nos podremos dar cuenta de que aún con sus diferencias ambos podrían estar sufriendo de depresión.

Así mismo, es importante conocer los elementos o síntomas que muchas veces pueden percibirse como conductas sin importancia brindando también con esto, información a los padres, maestros y a los mismos adolescentes para poder detectar a tiempo éste padecimiento y recibir la atención adecuada.

Objetivo

Esta investigación tiene el propósito de conocer la intensidad o nivel de depresión que sufren los adolescentes hospitalizados y no hospitalizados; comparando resultados y así determinar cómo, cuando y en qué medida se presenta la depresión entre los adolescentes de la Ciudad de México, así como también las diferencias entre los sexos mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

2.3 Hipótesis de Investigación

H1.- Existirá un mayor nivel o índice de depresión en el grupo de los adolescentes hospitalizados psiquiátricos, que en el grupo de los adolescentes de educación media.

Ho1.- No existirá un mayor nivel o índice de depresión en el grupo de los adolescentes hospitalizados psiquiátricos, que en el grupo de los adolescentes de educación media.

Hipótesis Alternas:

H2.- Existirá un mayor nivel o índice de depresión en las mujeres adolescentes de ambos grupos, que en los varones adolescentes de ambos grupos.

Ho2.- No existirá un mayor nivel o índice de depresión en las mujeres adolescentes de ambos grupos, que en los varones adolescentes de ambos grupos.

H3.- Existirá un mayor nivel o índice de depresión en los adolescentes varones hospitalizados psiquiátricos, que en los adolescentes varones de educación media.

Ho3.- No existirá un mayor nivel o índice de depresión en los adolescentes varones hospitalizados psiquiátricos, que en los adolescentes varones de educación media.

H4.- Existirá un mayor nivel o índice de depresión en las adolescentes mujeres hospitalizadas psiquiátricas, que en las adolescentes mujeres de educación media.

Ho4.- No existirá un mayor nivel o índice de depresión en las adolescentes mujeres hospitalizadas psiquiátricas, que en las adolescentes mujeres de educación media.

H5.- Existirá un mayor nivel o índice de depresión en las adolescentes mujeres hospitalizadas psiquiátricas, que en los varones adolescentes hospitalizados psiquiátricos.

Ho5.- No existirá un mayor nivel o índice de depresión en las adolescentes mujeres hospitalizadas psiquiátricas, que en los varones adolescentes hospitalizados psiquiátricos.

H6.- Existirá un mayor nivel o índice de depresión en las adolescentes mujeres de educación media, que en los varones adolescentes de educación media.

Ho6.- No existirá un mayor nivel o índice de depresión en las adolescentes mujeres de educación media, que en los varones adolescentes de educación media.

H7.- Existirán diferencias en los niveles de depresión, según las edades.

Ho7.- No existirán diferencias en los niveles de depresión, según las edades

H8.- A mayor edad, existirá una mayor puntuación de depresión.

Ho8.- A mayor edad, no existirá una mayor puntuación de depresión.

2.4 Variables

2.4.1 Definición Conceptual

Variable Independiente: Sexo, edad y la condición de hospitalización psiquiátrica y no hospitalización psiquiátrica.

Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra o al hombre de la mujer en los seres humanos.

Hospitalización Psiquiátrica: Admisión y estancia en un Hospital de Salud Mental.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Período de la vida.

Variable Dependiente: Depresión

Depresión: Estado patológico de sufrimiento psíquico señalado por un abatimiento de ánimo.

2.4.2 Definición Operacional

Variable Independiente: Sexo y la condición de hospitalización psiquiátrica y no hospitalización psiquiátrica.

Sexo: Adolescentes hombres y mujeres.

Hospitalización Psiquiátrica: Acto de internamiento o permanencia en un Hospital de Salud Mental.

Edad: Rango de 11 a 17 años de edad en los adolescentes hospitalizados y adolescentes escolares.

Variable Dependiente: Resultados obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck.

2.5 Muestra

Constituida por 205 adolescentes escolares de Nivel Secundaria y Preparatoria de ambos sexos, correspondiendo 91 y varones y 114 mujeres ; así como 82 adolescentes hospitalizados psiquiátricos igualmente de ambos sexos, de los cuales fueron 25 varones y 52 mujeres con diagnósticos de depresión, drogadicción, trastornos conductuales y trastornos alimenticios. Los adolescentes de ambos grupos se encontraron entre los 11 y los 17 años de edad.

El muestreo empleado fue no probabilística, intencional, por cuota; siendo un procedimiento de selección informal, esto es que no todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, si no que fue decisión de las investigadoras y los maestros de las escuelas, ya que fueron estos quienes decidieron con qué grupos se podía trabajar en ese momento.

Los tests fueron aplicados a partir de los cuales se llenan cuotas de acuerdo a la proporción de las variables estudiadas, con el propósito de seleccionar así a los adolescentes con los que se trabajó, siendo éstos 205 adolescentes escolares de la Escuela Secundaria Diurna 229 "Ludmila Yivkova" y de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos", y 82 adolescentes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". En ambos grupos se trabajó con hombres y mujeres, cuya edad osciló entre los 11 y los 17 años de edad.

2.6 Tipo de Estudio

El tipo de estudio utilizado fue comparativo debido a que los resultados obtenidos se compararon entre ambos grupos, entre sexos y entre las diversas edades; siendo transversal debido a que los datos fueron recolectados en un solo momento durante un tiempo delimitado. .

2.7 Diseño de Investigación

Es un diseño pre-experimental de dos grupos (Adolescentes Hospitalizados y Adolescentes Escolares), con una sola medida.

2.8 Instrumento

El Instrumento utilizado para medir los síntomas depresivos en los adolescentes fue el Inventario de Depresión de Beck, el cual fue desarrollado por Aaron T. Beck en la década de los 60's, publicando una versión revisada en 1978, y en 1993 la más actualizada.

Este inventario está compuesto por 21 reactivos relacionados con la depresión. Los síntomas y actitudes evaluados son el estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, insatisfacción personal, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida del interés en el sexo.

De estos reactivos, los primeros 14 reflejan los síntomas afectivo-cognoscitivos, y los otros 7 a síntomas somáticos.

El modo de respuesta es la elección de una o varias de las cuatro opciones, que van del 0 al 3, significando el cero la ausencia de síntomas depresivos y el 3 una depresión severa.

La calificación es la suma de los puntajes de cada reactivo y de este modo a mayor puntaje, mayor nivel de depresión. (Ver pag.84).

Además del Inventario de Beck, fue utilizado un instrumento con el que se pretendió conocer el ambiente familiar y social en el que viven los adolescentes con el fin de obtener información que complementara nuestro estudio. (Ver anexos)

2.9 Procedimiento

Se solicitó la autorización a la Escuela Secundaria Diurna "Ludmila Yivkova" y de la Escuela Nacional Preparatoria No.5 "José Vasconcelos".

Posteriormente, los maestros nos asignaron a los grupos con los que se trabajaría, cubriendo todos ellos la edad necesaria. El cuestionario fue aplicado por grupos (1ro, 2do y 3ro).

En cada uno de ellos, se les entregaron a los adolescentes las hojas de los cuestionarios, y se les pidió que leyeran las instrucciones, asegurándonos que no existieran dudas antes de resolverlo.

En el caso de la población hospitalizada, se verificaba la lista de los ingresos, con el fin de seleccionar a los sujetos que presentaran condiciones de trabajar. Una vez seleccionados los adolescentes, se les conjuntaba en grupos, igualmente se leían las instrucciones, se les aclaraban dudas y se les aplicaba la prueba.

En ninguno de los dos grupos, se indicó un límite de tiempo, por lo que se solicitó como parte de las instrucciones, que los cuestionarios fueran entregados conforme fueran terminando. Se revisó que estuvieran completos y perfectamente llenados, de lo contrario se les pedía que anotaran lo faltante.

Posteriormente se calificaron las pruebas para llevar a cabo la codificación y el análisis estadístico de los datos.

- *Análisis Estadístico*

Se analizaron los resultados obtenidos mediante el uso del Programa Estadístico de Cómputo SPSS, versión 12.0.

Capítulo III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este trabajo de tesis, la finalidad fundamental contribuyó a investigar el nivel de depresión en los adolescentes de la Ciudad de México, internados en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", ubicado en Calle Buenaventura No.86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan; así como de la Escuela Secundaria Diurna 229 "Ludmila Yivkova", ubicada en Avenida México 1968 s/n, Colonia Pedregal de Carrasco en la Delegación Coyoacán y de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos", ubicada en Calzada del Hueso No. 729, Colonia Ex Hacienda Coapa en la Delegación Coyoacán.

3.1 Descripción de la Muestra

La muestra con la que se trabajó se conformó de **82 sujetos Hospitalizados Psiquiátricos**, siendo 25 sujetos varones y mujeres 57 mujeres adolescentes. Todos los sujetos, contaron con diversos diagnósticos, tales como la drogadicción, los trastornos depresivos, trastornos conductuales y los trastornos alimenticios, ya que las condiciones que solicitamos para el estudio únicamente fueron la condición de "hospitalización" y que los adolescentes se encontraran en condiciones de laborar, por lo que se excluyeron a los adolescentes con diagnósticos psicóticos, agresivos o muy medicados. La muestra escolar por su parte, se constituyó por **205 adolescentes de nivel Secundaria y Preparatoria**, igualmente hombres y mujeres conformando a este grupo 91 varones y 114 mujeres. Todos los sujetos de la investigación se encontraron ubicados en el rango de edad de entre 11 y 17 años.

Tabla 1
MUESTRA

Grupos	Frecuencia	Percentil
Hospitalizado	82	28.6
No Hospitalizado	205	71.4
Total	287	100.0

Tabla 2
SEXO

Grupos	Frecuencia	Percentil
Hombres	116	40.4
Mujeres	171	59.6
Total	287	100.0

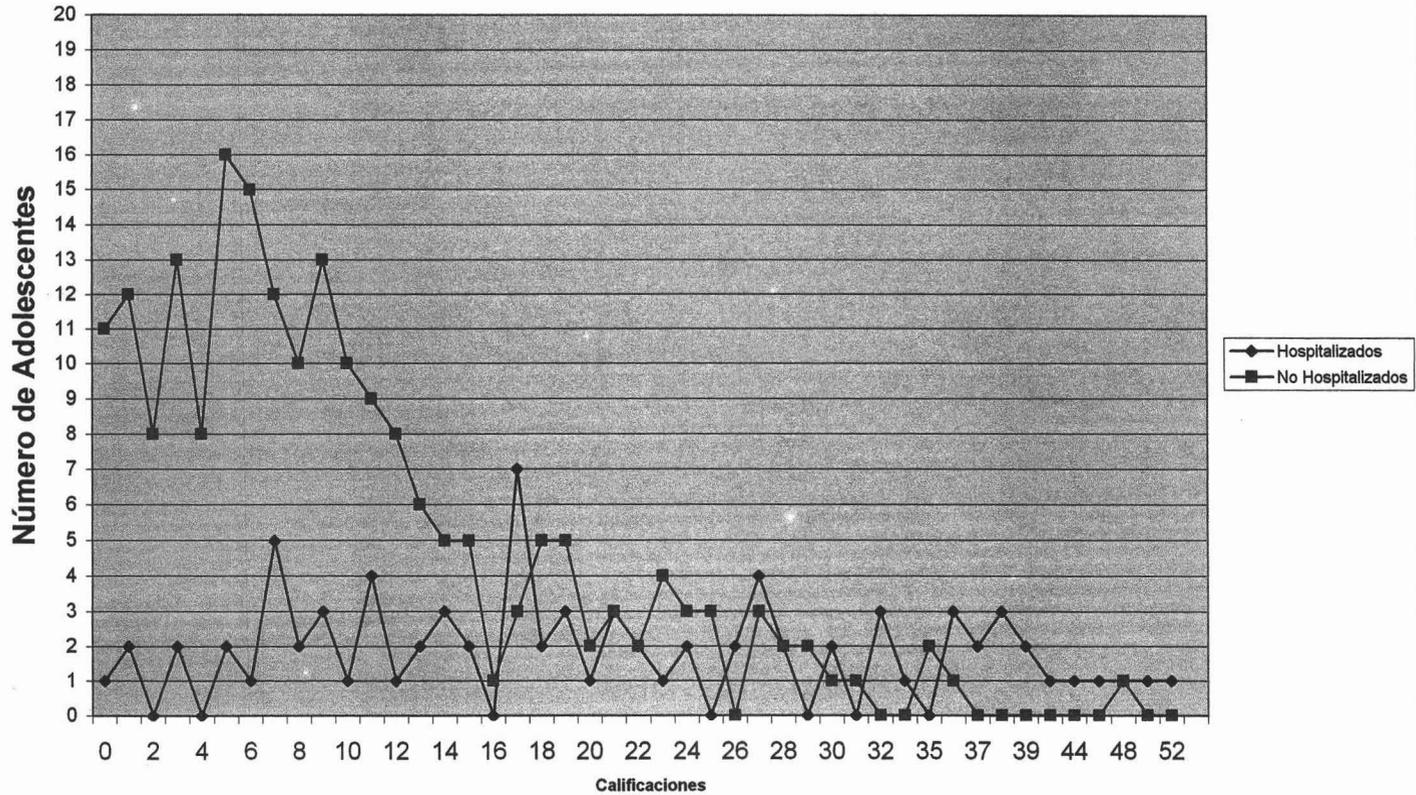
Tabla 3
EDAD

	Frecuencia	Percentil
11	4	1.4
12	43	15.0
13	51	17.8
14	73	25.4
15	34	11.8
16	45	15.7
17	37	12.9
Total	287	100.0

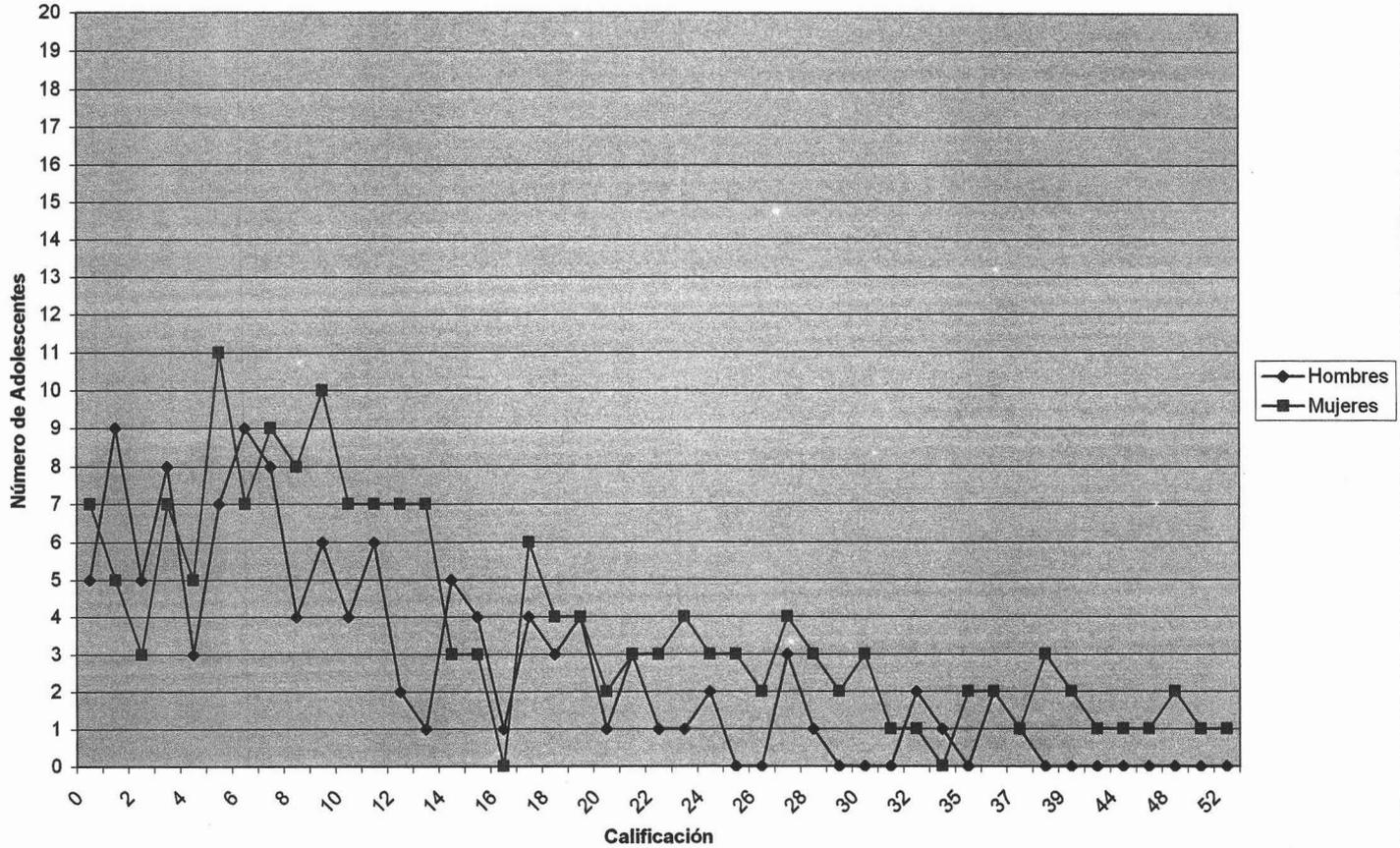
En ambos grupos, se aplicó el Inventario de Depresión de Aaron T. Beck, el cual está estandarizado para la población mexicana (Mendez, 1995); y se compararon los puntajes obtenidos.

Los puntajes que se obtuvieron en ambos grupos y por sexos, se observan en las siguientes gráficas:

Distribución de calificaciones en el Inventario de Depresión de Beck en adolescentes Hospitalizados y no Hospitalizados



Distribución de las calificaciones del Inventario de Depresión de Beck en adolescentes hombres y Mujeres



3.2 Comparaciones

3.2.1 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE EL GRUPO HOSPITALIZADO Y ESCOLAR

Al comparar los datos entre grupos; es decir **Grupo 1**, que corresponde a los **adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos** contra el **Grupo 2**, correspondiente a los **adolescentes No Hospitalizados o escolares** se encontró:

Tabla 4

	Grupo	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
PUNTAJE	Hospitalizado	82	21.17	12.789	8.379	.000
	No Hospitalizado	205	10.32	8.499		

Por lo que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo el Grupo 1 (Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos), el que obtuvo los puntajes más altos, observándose en la media. Lo cual se puede deber que son sujetos que se encuentran ya diagnosticados con un Trastorno Psiquiátrico.

3.2.2 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE SEXOS

En cuanto a las diferencias obtenidas entre los puntajes de **todos los hombres y todas las mujeres de ambos grupos** (Hospitalizados y No Hospitalizados), se observó:

Tabla 5

	SEXO	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
PUNTAJE	Hombres	116	10.90	8.972	-3.243	.001
	Mujeres	171	15.13	11.975		

En estos resultados, se observa una significancia de .001, lo cual refleja que las diferencias son significativas estadísticamente. Se observa en la media que las mujeres obtuvieron puntajes mayores a los varones, rectificando que son éstas mayormente propensas a padecer depresión.

3.2.3 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE VARONES ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS Y VARONES ADOLESCENTES ESCOLARES

En la comparación de los datos obtenidos entre los hombres de ambos grupos, el análisis arrojó los siguientes datos:

Tabla 6

	HOSPIT.	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
PUNTAJE	Hospitalizado	25	18.68	11.010	5.481	.002
	No Hospitalizado	91	8.76	7.005		

Nuevamente, podemos observar que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los varones, siendo los hombres hospitalizados los que obtuvieron los puntajes más altos, ya que su media fue de 18.68, mientras que los no hospitalizados obtuvieron una media de 8.76.

3.2.4 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE MUJERES ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS Y MUJERES ADOLESCENTES ESCOLARES

Los resultados que se obtuvieron entre éstas fueron:

Tabla7

	HOSPIT.	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
PUNTAJE	Hospitalizado	57	22.26	13.440	6.054	.000
	No Hospitalizado	114	11.57	9.369		

Los resultados nos muestran que de nueva cuenta, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de las mujeres de ambos grupos, siendo las adolescentes hospitalizadas las que obtuvieron datos más altos que las mujeres adolescentes escolares. Lo cual nos habla de que a pesar de que son las mujeres más propensas a sufrir de depresión en comparación con los hombres, existen aún así diferencias entre las mujeres de ambos grupos, lo cual era esperado debido a que las adolescentes hospitalizadas en su mayoría se encuentran diagnosticadas con algún tipo de Trastorno Depresivo; sin embargo se observó que las aún diagnosticadas con otros padecimientos también puntuaron alto, ya que el simple hecho de estar

hospitalizadas, lejos de sus familiares les causa abatimiento y tristeza, no obstante hay que especificar que éste hecho no se aplica en todos los casos.

3.2.5 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE SEXOS DEL GRUPO DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

Los datos que arrojó la comparación entre hombres y mujeres hospitalizados, fueron los que a continuación se presentan:

Tabla 8

	SEXO	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
PUNTAJE	Hombres	25	18.68	11.010	-1.171	.155
	Mujeres	57	22.26	13.440		

En estos resultados, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo que se puede decir, que tanto hombres como mujeres adolescentes hospitalizados, se encuentran en similares niveles de depresión; sin embargo las mujeres obtuvieron una media más alta que los varones. Y cabe mencionar nuevamente que no precisamente tienen como diagnóstico un Trastorno Depresivo, lo cual refleja que además de su padecimiento psiquiátrico, están afectando en ellos otras circunstancias, tales como la situación familiar, escolar, oportunidades económicas y culturales, etc., que quizá no se esté presentando en el grupo no hospitalizado o escolar. Esto se describirá más adelante, de acuerdo a la información obtenida a través del cuestionario aplicado sobre su situación vivencial.

3.2.6 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE SEXOS DEL GRUPO DE ADOLESCENTES ESCOLARES

En cuanto a la comparación de estos datos, el análisis demostró:

Tabla 9

	SEXO	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
PUNTAJE	Hombres	91	8.76	7.005	-2.380	.012
	Mujeres	114	11.57	9.369		

Se observa que las diferencias en este grupo, sí son estadísticamente significativas, siendo las mujeres nuevamente las que obtuvieron puntajes más

altos, lo cual se puede observar en el valor de la media. Lo cual reafirma lo que se menciona en la literatura; las mujeres tienden a sufrir en mayor porcentaje los Trastornos Depresivos en comparación con los hombres, y con estos resultados, podemos ver que se aplica también en la etapa de la adolescencia.

3.2.7 COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ENTRE LAS DIFERENTES EDADES

Se realizó una comparación entre los grupos de las diferentes edades, a través de la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

Tabla 10

	EDAD	N	Media de Rangos
PUNTAJE	11	4	165.50
	12	43	115.42
	13	51	125.12
	14	73	153.20
	15	34	155.74
	16	45	163.02
	17	37	148.85
	Total	287	

a Kruskal Wallis Test

b Variable de Grupo: EDAD

	PUNTAJE
Chi- Cuadrada	12.094
df	6
Sig.	.060

Como se puede observar, no existen diferencias entre las diferentes edades, concluyéndose que la edad no es un factor predisponente en la depresión.

3.3 Clasificación del Puntaje

Una vez que se obtienen los puntajes, podemos clasificar el nivel de depresión del sujeto en Depresión Mínima, Depresión Leve, Depresión Moderada y Depresión Severa.

Y al realizar los percentiles en cada grupo, y por sexos obtuvimos:

Tabla 11

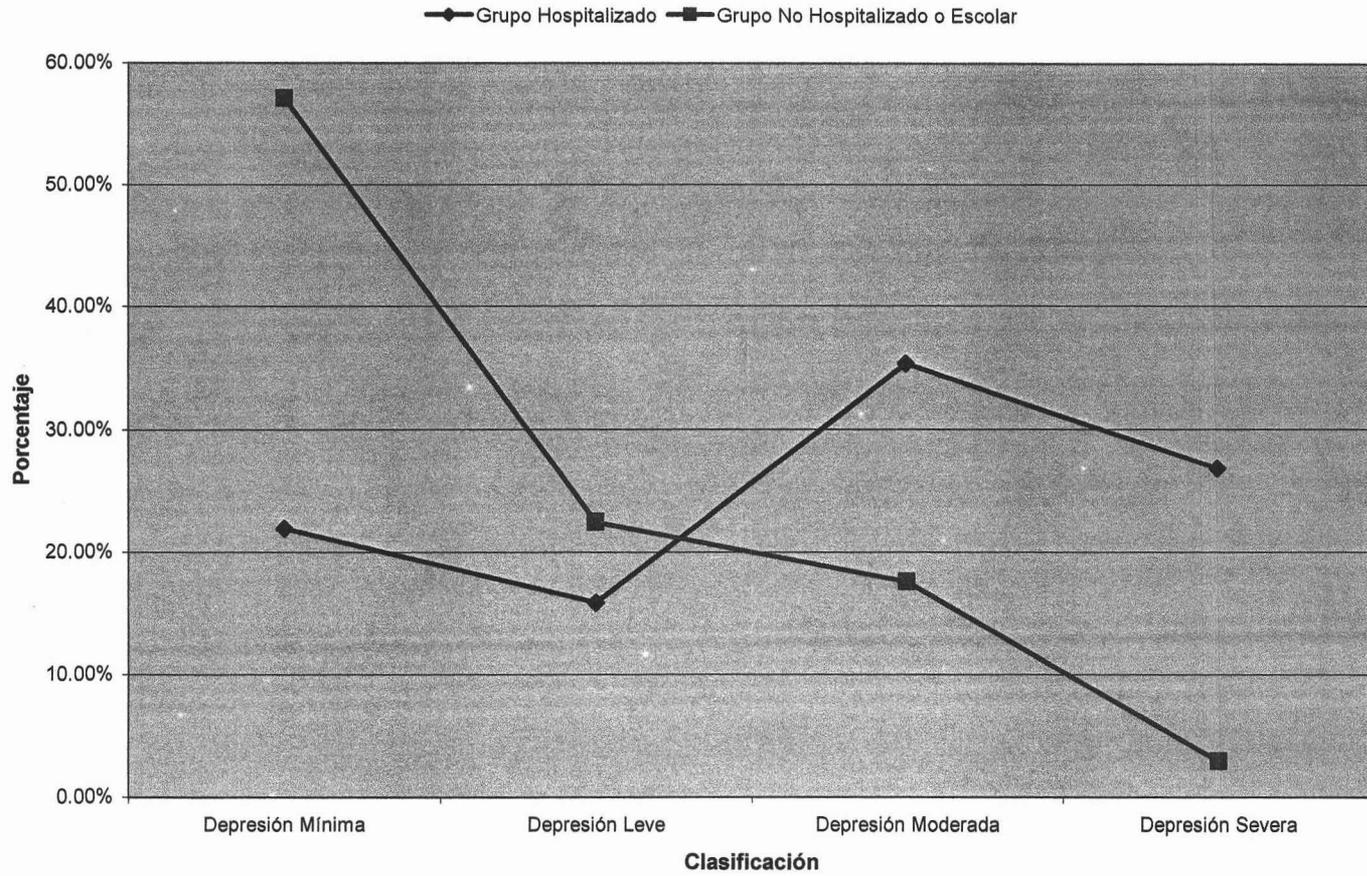
GRUPO 1							
Adolescentes Varones				Adolescentes Mujeres			
Puntaje	Sujetos	Nivel de Depresión	Porcentaje	Puntaje	Sujetos	Nivel de Depresión	Porcentaje
0-9	6	Depresión Mínima	24%	0-9	12	Depresión Mínima	21%
10-16	3	Depresión Leve	12%	10-16	10	Depresión Leve	17.54%
17-29	11	Depresión Moderada	44%	17-29	18	Depresión Moderada	31.57%
30-63	5	Depresión Severa	20%	30-63	17	Depresión Severa	29.82%
N = 25				N = 57			
TOTAL (Ambos Sexos)							
No. De Sujetos							
18		Depresión Mínima				21.95 %	
13		Depresión Leve				15.85 %	
29		Depresión Moderada				35.36 %	
22		Depresión Severa				26.82 %	
N = 82							

Tabla 12

GRUPO 2							
Adolescentes Varones				Adolescentes Mujeres			
Puntaje	Sujetos	Nivel de Depresión	Porcentaje	Puntaje	Sujetos	Nivel de Depresión	Porcentaje
0-9	58	Depresión Mínima	63.73%	0-9	59	Depresión Mínima	51.75%
10-16	20	Depresión Leve	21.97%	10-16	26	Depresión Leve	22.80%
17-29	12	Depresión Moderada	13.18%	17-29	24	Depresión Moderada	21.05%
30-63	1	Depresión Severa	1.09%	30-63	5	Depresión Severa	4.38%
N = 91				N = 114			
TOTAL (Ambos Sexos)							
No. De Sujetos							
117		Depresión Mínima				57.07 %	
45		Depresión Leve				22.43 %	
36		Depresión Moderada				17.56 %	
6		Depresión Severa				2.92 %	
N = 205							

En la siguiente hoja, se observa la gráfica de la comparación de éstos datos entre ambos grupos.

Clasificación del puntaje



Ahora, tomando en cuenta que las puntuaciones a partir de 15 puntos, se consideran como depresivas, tenemos en porcentajes que:

Tabla 13

Grupo 1			
Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos			
Sujetos	Sexo	No. De Sujetos	Porcentaje
16	Varones Adolescentes	N=25	64 %
43	Mujeres Adolescentes	N=57	75.43 %
59	Total	N=82	71.95 %

- Esto es, 16 varones de los 25, obtuvieron puntajes arriba de los 15 puntos. Considerándose ya como depresivos, correspondiendo a estos el 64%.
- 43 mujeres de las 57, obtuvieron igualmente puntajes por arriba de los 15 puntos, correspondiendo el 75.43%.
- En total, el 71.95% de este grupo hospitalizado, se consideran sujetos depresivos.

Tabla 14

Grupo 2			
Adolescentes No Hospitalizados o Escolares			
Sujetos	Sexo	No. De Sujetos	Porcentaje
18	Varones Adolescentes	N=91	19.78 %
31	Mujeres Adolescentes	N=114	27.19 %
49	Total	N=205	23.90 %

- 18 varones de los 91, obtuvieron puntajes arriba de los 15 puntos, considerándoseles ya como sujetos depresivos siendo en porcentaje el 19.78%.
- 31 mujeres de las 114, obtuvieron igualmente puntajes por arriba de los 15 puntos, correspondiendo el 27.19%.
- En total, el 23.90% del grupo escolar son sujetos depresivos.

Con ello, podemos confirmar los resultados anteriores, verificando que los adolescentes hospitalizados, obtuvieron un porcentaje mucho más alto en cuanto al nivel de depresión. Encontrando así que en este grupo existen más adolescentes considerados como deprimidos que en el grupo escolar.

3.4 Cuestionario Complementario

Este cuestionario, como ya se mencionó con anterioridad, se aplicó con el objetivo de conocer el entorno de nuestros sujetos, a fin de comparar las diferentes situaciones en ambos grupos.

En éste se les preguntó, con quién viven, si sus padres están juntos o separados, si fuman, toman, etc.

Estos datos se convirtieron en porcentajes, para sí establecer las comparaciones.

Tabla 15 Comparaciones			
Grupo 1 Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos		Grupo 2 Adolescentes Escolares	
Años		Años	
11	1.21 %	11	1.39 %
12	4.87 %	12	18.06 %
13	8.53 %	13	20.83 %
14	21.95 %	14	30.56 %
15	17.07 %	15	9.26 %
16	30.48 %	16	8.79 %
17	15.85 %	17	11.11 %
Motivo de Internamiento		No se les preguntó	
Intento de Suicidio	56.09 %		
Drogadicción	21.95 %		
Problem. Conducta	9.75 %		
Agresividad	3.65 %		
Maltrato	2.43 %		
Depresión	2.43 %		
Ts. Alimentación	2.43 %		
Alcoholismo	1.21 %		
Estudian		Nivel Escolar	
SI	69.51 %	1ro Secundaria	21.30 %
NO	30.48 %	2do Secundaria	19.44 %
		3ro Secundaria	36.11 %
		1ro de Preparatoria	5.55 %
		2do de Preparatoria	10.65 %
		3ro de Preparatoria	6.94 %
* No todos especificaron el nivel que estudian, por lo que no se pudo obtener esa información.			
Con quién viven		Con quién viven	
Padres	54.87 %	Padres	95.37 %
Familiares	6.09 %	Familiares	3.70 %
Sólo con la Madre	25.60 %	Sólo con la madre	.46 %
Sólo con el Padre	2.43 %	Sólo con el Padre	.46 %
Esposo (a)	2.43 %	Esposo (a)	0
Madre y Padrastro	3.65 %	Madre y Padrastro	0
Fundaciones o Instituciones	3.65 %	Fundaciones o Instituciones	0
Otros	1.21 %	Otros	0
Relación con los Padres		Relación con los Padres	
Buena	28.04 %	Buena	74.07 %
Regular	63.41 %	Regular	22.69 %
Mala	8.53 %	Mala	3.24 %

Grupo 1 Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos Relación con Hermanos		Grupo 2 Adolescentes Escolares Relación con Hermanos	
Buena	39.47 %	Buena	61 %
Regular	52.63 %	Regular	36 %
Mala	7.89 %	Mala	3 %
Situación de los Padres		Situación de los Padres	
Juntos	52.43 %	Juntos	81.02 %
Separados	46.34 %	Separados	17.13 %
Fallecimiento del Padre	1.19 %	Fallecimiento del Padre	1.85 %
Sufrimiento de algún Abuso		Sufrimiento de algún Abuso	
SI	47.56 %	SI	7.87 %
NO	52.43 %	NO	92.13 %
<i>Tipo</i>		<i>Tipo</i>	
Sexual	41.66 %	Sexual	9.52 %
Físico	25 %	Físico	9.52 %
Verbal	18.75 %	Verbal	42.86 %
Psicológico	14.58 %	Psicológico	38.09 %
Fumar		Fumar	
SI	59.75 %	SI	13.43 %
NO	40.24 %	NO	86.57 %
<i>Frecuencia</i>		<i>Frecuencia</i>	
Diario	46.93 %	Diario	17.24 %
1 vez a la semana	16.32 %	1 vez a la semana	3.45 %
1 vez al mes	2.04 %	1 vez al mes	3.45 %
Rara vez	34.69 %	Rara vez	75.86 %
Tomar		Tomar	
SI	53.65 %	SI	30.09 %
NO	46.34 %	NO	69.91 %
<i>Frecuencia</i>		<i>Frecuencia</i>	
Diario	9.09 %	Diario	3.08 %
1 vez a la semana	22.72 %	1 vez a la semana	3.08 %
1 vez al mes	25 %	1 vez al mes	12.30 %
Rara vez	43.18 %	Rara vez	81.54 %
Drogas		Drogas	
SI	34.14 %	SI	1.39 %
NO	65.85 %	NO	98.61 %

Grupo 1 Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos		Grupo 2 Adolescentes Escolares	
<i>Frecuencia</i>		<i>Frecuencia</i>	
Diario	39.28 %	Diario	0 %
1 vez a la semana	28.57 %	1 vez a la semana	0 %
1 vez al mes	3.57 %	1 vez al mes	33.33 %
Rara vez	28.57 %	Rara vez	66.67 %
Alguna vez te has sentido deprimido		Alguna vez te has sentido deprimido	
SI	91.46 %	SI	66.67 %
NO	8.53 %	NO	33.33 %

Con todos estos datos, podemos darnos cuenta cómo el ambiente o entorno de los adolescentes hospitalizados es más caótico, es decir, envuelven mayor cantidad de disfuncionalidades y problemas que los adolescentes no hospitalizados o escolares.

Se observa en mayor cantidad con los chicos hospitalizados, las familias desintegradas (padres separados), ya que un porcentaje relativamente alto manifiesta vivir sólo con su madre, el porcentaje en cuanto a los abusos es notablemente mayor al grupo 2, además de que se observa claramente que la percepción en cuanto a la relación de éstos adolescentes con sus padres y hermanos es diferente en ambos grupos, ya que los adolescentes hospitalizados refieren en mayoría mantener una relación "regular" con sus familias, mientras que los adolescentes escolares dicen llevar una "buena" relación con ellos.

Con todo lo anterior, observamos que es quizá por esto que los adolescentes hospitalizados manifiestan también un mayor nivel de depresión en comparación con los adolescentes escolares, ya que el entorno no equilibrado está tal vez ocasionando este trastorno en los chicos. Ya que como se menciona en la literatura el ambiente es muy importante en el origen y desarrollo de esta enfermedad.

Además de lo anterior, se les preguntó a los adolescentes qué sentían cuando estaban deprimidos y sus respuestas más comunes fueron:

Tabla 16

Grupo 1 Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos		Grupo 2 Adolescentes No Hospitalizados	
Tristeza	19.37 %	Tristeza	20.41 %
Ganas de morirme o matarme	14.65 %	Sin ganas de nada	11.52 %
Ganas de Llorar	14.13 %	Ganas de morirme, suicidarme, no vale la pena vivir	10.20 %
Sin Ganas de nada	9.42 %	Soledad	7.65 %
Coraje, enojo	6.80 %	Ganas de llorar	6.63 %
Soledad	6.80 %	Sentimientos de inutilidad	5.10 %
Desesperación	4.19 %	Mal	5.10 %
Angustia	3.67 %	Nadie me quiere	4.59 %
Ganas de dormir	3.14 %	No me comprenden	3.57 %
Sentimientos de inutilidad	2.09 %	Enojo	3.57 %
Aburrimiento	2.09 %	Sueño y hambre en exceso	3.06 %
Nadie me quiere	2.09 %	Sin hambre	2.55 %
No quiero ver a nadie	2.09 %	Nada me importa	2.04 %
Nadie me entiende	1.57 %	Sentimiento de vacío	2.04 %
Sentimientos de inferioridad	1.57 %	Mal conmigo mismo	2.04 %
Sentimiento de vacío	1.05 %	No quiero ver a nadie	1.53 %
Ganas de comer	1.05 %	Sentimientos de inferioridad	1.53 %
Desamparo, sin protección	.52 %	Culpa	1.53 %
Alejarme del mundo	.52 %	Dolor de cabeza	1.02 %
Impotencia	.52 %	Impotencia	.51 %
Sin hambre	.52 %	Sin sueño	.51 %
Dolor	.52 %	Pierdo el interés en todo	.51 %
Mal	.52 %	Nadie me apoya	.51 %
Rechazo	.52 %	Ansiedad	.51 %
Culpa	.52 %	Cansado	.51 %
		Desolación	.51 %
		Me siento feo	.51 %
		Se me acaba el mundo	.51 %

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación fue obtener un estimado de la intensidad de los síntomas depresivos en la población adolescente, que nos permitiera investigar la magnitud que está cobrando esta enfermedad entre los adolescentes, evaluando así mismo la intensidad de la depresión entre sexos y entre las edades.

La población se conformó por 205 adolescentes escolares y 82 adolescentes hospitalizados, comprendidos ente los 11 y los 17 años de edad.

De acuerdo a los resultados obtenidos, observamos que sí existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre adolescentes hospitalizados y adolescentes escolares; por lo que se acepta nuestra Hipótesis de Investigación en la que se propone que sí existen diferencias entre ambos grupos.

Las tablas muestran claramente puntuaciones significativamente más altas en el Grupo Hospitalizado, debiéndose este resultado, tal vez, al hecho de que estos chicos ya están diagnosticados con algún padecimiento, además de que se encuentran lejos de sus casas y familiares; no obstante debemos subrayar siempre que NO en todos los casos es así, ya que algunos pacientes refirieron sentirse mejor lejos de casa o haber mejorado su estado de ánimo una vez que ingresaron al Hospital.

Otra probable causa de las puntuaciones altas en el Grupo Hospitalizado, pueden deberse a que los chicos diagnosticados con Problemas de Adicción y Trastornos Alimenticios, suelen presentar síntomas depresivos secundarios al padecimiento, como se observa en la tabla 1 (Pag.20).

Además es importante y necesario tener presente que dichas diferencias significativas en los niveles de depresión entre ambos grupos, pudieron deberse también a la presencia de "negación" de parte de los Adolescentes Escolares; esto es que no aceptan que tienen algún problema afectivo negando los síntomas depresivos, o bien no aceptan que existen problemas en casa; siendo algunas de las posibles causas, que el adolescente no quiere dar a conocer sus problemas ante otros y miente por miedo o por pena, o simplemente por que no quiere hablar de sus problemas a personas desconocidas.

Otra posibilidad es que los sujetos se hayan tomado el cuestionario a broma o juego, o que sencillamente no le interesaba contestar la prueba, respondiendo al azar y desinteresadamente sin analizar las opciones de respuesta.

De esta forma, debido a todos estos aspectos, las puntuaciones de los adolescentes escolares pudieron haber resultado enmascaradas bajo una "Inexistencia de Depresión"; no obstante el instrumento nos ayudó a detectar algunos casos con síntomas depresivos severos de los cuales las autoridades escolares no tenían conocimiento, pudiendo brindarles a estos chicos una

atención adecuada. Mientras que en el Hospital se ayudó a algunos de los médicos a confirmar su diagnóstico.

En lo referente a la comparación de puntuaciones entre varones y mujeres de ambos grupos, los resultados arrojaron que sí existen diferencias significativas entre los sexos, siendo las mujeres las más propensas a padecer esta enfermedad.

Se sabe que el individuo en la adolescencia se encuentra vulnerable, y por ello con una mayor tendencia a la depresión; no obstante las mujeres también en esta etapa muestran una mayor inclinación a sufrir de Trastornos del estado de ánimo, debido quizá entre muchas otras razones a los constantes cambios hormonales (OMS, 2001).

Entre adolescentes varones hospitalizados y escolares, también se observan diferencias significativas siendo los adolescentes hospitalizados los que obtuvieron puntuaciones mayores. De igual manera al comparar a las adolescentes mujeres hospitalizadas y escolares también observamos diferencias significativas, siendo las chicas hospitalizadas las más depresivas.

Al comparar a los adolescentes hombres y mujeres del grupo hospitalizado, observamos que no existieron diferencias significativas entre ellos; sin embargo las mujeres obtuvieron los puntajes más altos, rechazando la Hipótesis 5, que supone una diferencia estadística entre ambos sexos del grupo hospitalizado. Por el contrario se acepta la Hipótesis 6, que plantea que sí existen diferencias entre sexos del grupo escolar, ya que en la comparación de adolescentes hombres y mujeres escolares, si se observan diferencias significativas, siendo las mujeres las que obtuvieron puntuaciones mayores rectificando nuevamente la tendencia de éstas a ser más propensas a la depresión. (DSM-IV). (pag, 63).

En lo que se refiere al Nivel de Depresión por edades, los resultados arrojaron que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo que nos hace pensar que la edad no interfiere en la aparición o padecimiento de la depresión durante la adolescencia, rechazando con esto la Hipótesis 8, que supone que a mayor edad, mayor puntuación de depresión.

Por otro lado, la mayoría de los adolescentes hospitalizados caen en la clasificación de Depresión Moderada, correspondiéndoles el 35.36% del total de la población hospitalizada. Los adolescentes escolares cayeron mayormente en la clasificación de la Depresión Mínima (57.07%).

En cuanto al porcentaje de adolescentes que reportan síntomas depresivos de moderados a severos, tenemos un 62.18% de Adolescentes Hospitalizados y un 20.48% de Adolescentes Escolares.

En base a la puntuación obtenida con el Inventario de Depresión de Beck, podemos clasificar ya como sujetos deprimidos a aquellos que obtengan una puntuación a partir de los 15 puntos, por lo que nuestros resultados indicaron que 59 adolescentes hospitalizados de un total de 82, así como 49

adolescentes escolares de un total de 205 se consideraron ya como pacientes deprimidos, lo cual es alarmante, ya que a pesar de que la población escolar no es la mayoría, sí podemos mencionar que ninguno de ellos ha recibido algún tipo de atención.

De igual forma, como ya se explicó en el marco teórico, diversos estudios indican que la familia del adolescente es un factor de riesgo en la depresión, por lo que la información obtenida acerca del entorno en el que viven, nos habla mucho del soporte que reciben los chicos y de la funcionalidad general de la familia a la que pertenecen, ayudándonos a comprender mejor el por qué pueden los adolescentes presentar rasgos depresivos. (FUNSALUD, 2000)

En el Grupo de Adolescentes Hospitalizados Psiquiátricos, encontramos en general familias desintegradas y disfuncionales en su mayoría, refiriendo éstos adolescentes en mayor cantidad problemas con el alcohol, el tabaco y las drogas, reportando además más abusos en todos los aspectos, siendo su soporte familiar más pobre en todos los sentidos y con una mayor tendencia a percibir como malas sus relaciones con padres y hermanos. Mientras que en el Grupo Escolar, se denotan en menor cantidad los problemas familiares tales como la separación de los padres, abusos e inclinación por el consumo de sustancias adictivas, reportando éste grupo una mejor relación con sus familiares.

Además de todo lo anterior, se les preguntó también que sentían cuando estaban deprimidos, con el fin de detectar de acuerdo a sus propias palabras y descripciones cómo es su estado de ánimo al encontrarse deprimidos y que de esta forma sea más fácil ayudar a los padres y autoridades a darse cuenta de su problema. La mayoría reportó sentirse triste y con ganas de llorar, sin embargo mencionan también que no tienen ganas de hacer nada, quieren estar solos, sienten que nadie los quiere y los comprende, entre muchas otras. Con ello será más fácil darnos cuenta de cómo es que los chicos en esta etapa se sienten y así podamos actuar oportuna y adecuadamente.

Finalmente con nuestro trabajo se corroboran datos de diversos estudios anteriormente realizados con población adolescente y depresión (pag. 94), donde se estudiaron los niveles de depresión y la relación de ésta con el sexo y con el factor ambiental y familiar, los cuales son también sumamente importantes en la aparición y padecimiento de este trastorno (pag.80).

Por ello proponemos así la realización de programas de atención para los adolescentes en todas las escuelas, así como talleres o pláticas para ellos, para los padres de familia y maestros, con el fin de informarlos acerca de este padecimiento, brindándoles con esta información, herramientas que los ayuden a detectar los síntomas depresivos a tiempo, dándoles con ello a los adolescentes la atención necesaria y un oportuno y adecuado tratamiento.

LIMITACIONES

En el curso de nuestra investigación nos encontramos con diferentes problemas que obstaculizaron nuestro trabajo.

Una de ellas, fue que no se contó con el apoyo y autorización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" para laborar con los chicos, ya que las autoridades del área de investigación no estuvieron de acuerdo con nuestro proyecto alegando que éste carecía de importancia.

Los datos que pudimos obtener, fueron gracias a la cooperación y atenciones de las Unidades de de Adolescentes Mujeres y Adolescentes Varones Hospitalizados, ya que nos permitieron trabajar con los chicos internados, mientras nos autorizaban el proyecto.

Otro impedimento para trabajar fue la muestra de los Varones Adolescentes Hospitalizados, ya que debido a los pocos ingresos no se pudo conseguir la población de 50 sujetos que necesitábamos, por lo que sólo trabajamos con 25, ya que de los pocos ingresos registrados a lo largo de casi 5 meses la mayoría no presentaba las condiciones para trabajar.

Otra limitación fue que requeríamos sujetos de 11 a 17 años, sin embargo la población de la Escuela Secundaria no abarcaba hasta los 17 años, por lo que tuvimos que aplicar el Inventario en la Escuela Nacional Preparatoria No. 5, de la UNAM, con el fin de lograr un mejor equilibrio de las muestras y poder obtener así mejores resultados y más confiables.

ALCANCES

Consideramos que es importante haber realizado este trabajo ya que en la actualidad el índice de suicidios ha aumentado de forma considerable, por lo que es relevante que investigaciones como esta ayuden a detectar casos severos de depresión y no solo en adolescentes sino en cualquier etapa de la vida por medio de pruebas estandarizadas en población mexicana como lo es el Inventario de Depresión de Arón T. Beck que permitan disminuir ese índice pudiendo hacer algo al respecto tal y como se hizo con algunos casos detectados en la Escuela Secundaria, donde se recomendó fueran canalizados a centros de ayuda para que pudieran ser atendidos por profesionales, que ayudaran a disminuir su depresión.

Aunque el objetivo del presente fue determinar el índice de depresión entre adolescentes hospitalizados psiquiátricos y adolescentes de educación media, se consideró importante señalar lo anterior, ya que en muchas ocasiones, las autoridades de las escuelas ignoran la importancia de lo que es contar con psicólogos que permitan evaluar constantemente el estado emocional de los alumnos.

A pesar de que hay muchas investigaciones de este tipo donde se concluye que la población clínica es mas depresiva que la no clínica o que las mujeres tienden más a sufrir depresión que los varones; es de vital importancia no descartar la posibilidad de que en estudios posteriores los resultados pudieran variar debido al complejo y constante comportamiento que tenemos los seres humanos.

SUGERENCIAS

Cambiar un término del Inventario, debido a que al momento de la aplicación se presentaron varias confusiones en un vocablo de la prueba, esto es: "descorazonado" por "desesperanzado" o "sin esperanza".

Realizar un estudio comparativo entre adolescentes, controlando ahora la variable de nivel socioeconómico, con el fin de investigar la influencia de ésta en la depresión.

Realizar igualmente un estudio en población únicamente psiquiátrica, con el fin de verificar si es necesario elaborar o no tablas de normalización para este grupo.

A pesar de que hay muchas investigaciones de este tipo donde se concluye que la población clínica es mas depresiva que la no clínica o que las mujeres tienden más a sufrir depresión que los varones; es de vital importancia no descartar la posibilidad de que en estudios posteriores los resultados pudieran variar debido al complejo y constante comportamiento que tenemos los seres humanos.

SUGERENCIAS

Cambiar un término del Inventario, debido a que al momento de la aplicación se presentaron varias confusiones en un vocablo de la prueba, esto es: "descorazonado" por "desesperanzado" o "sin esperanza".

Realizar un estudio comparativo entre adolescentes, controlando ahora la variable de nivel socioeconómico, con el fin de investigar la influencia de ésta en la depresión.

Realizar igualmente un estudio en población únicamente psiquiátrica, con el fin de verificar si es necesario elaborar o no tablas de normalización para este grupo.

REFERENCIAS

- Ψ ABERASTURY, A. y KNOBEL, M. La Adolescencia: un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1971.
- Ψ ABERASTURY, A. y KNOBEL, M. La Adolescencia Normal. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1976.
- Ψ ABERASTURY, A. Adolescencia. Ediciones Kargieman. Buenos Aires, 1978.
- Ψ ALVARADO, E. Validez de una traducción al castellano del Inventario de Depresión de Beck para la depresión en estudiantes de bachillerato. Tesis para la especialidad de Psiquiatría. UNAM, 1991.
- Ψ AMATO, P. y BOOTH, A. "The legacy of Parents Marital Discord: consequences for children marital quality". Journal of Personality and Social Psychology, 81: 627-638. 2001.
- Ψ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV Diagnostical Manual of Mental Disorders. Washington D. C.
- Ψ AMIEVA, M. Validez del Inventario para la Depresión de Beck en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Tesis para la especialización de Psiquiatría, UNAM. 1992.
- Ψ AMPUDIA, A. Trastornos Emocionales, problema de salud frecuente en los niños. Facultad de Psicología, UNAM. Disponible en: <http://www.dgi.unam.mx/boletín/bdboletin/2001>
- Ψ ANTHONY, L. y BENEDEK, T. Depresión y Existencia Humana. Editorial Salvat. España, 1981.
- Ψ ARIETI, S. T. BEMPORAD. Psicoterapia de la Depresión. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1981.
- Ψ AXELROD, R. Desarrollo y Validación de una Escala de Depresión para Adolescentes. Psicología Social en México, vol 2. 34-45. 1988.
- Ψ AXELROD, R. Una alternativa para la medición de la Depresión. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. 1990.
- Ψ BALDESSARINI, R. J. Las bases biomédicas de la depresión y su tratamiento. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1986.
- Ψ BANDURA, A. y cols. "Self-efficacy pathways to childhood depression". Journal of Personality and Social Psychology, 76: 258-269. 1999.

- Ψ BECK, A.T. Diagnóstico y tratamiento de la depresión. Merck Sharp & Dohme Internacional. México, 1976.
- Ψ BECK, A. Depresión: clinical, experimental and theoretical aspects. Herber. New York, 1976.
- Ψ BECK, A & STEER, R. A. Beck Depression Inventory, Manual. The Psychological Corporation. San Antonio, 1987.
- Ψ BEE, H. y MITCHELL, S. El Desarrollo de la Persona. Editorial Harla. México, 1987.
- Ψ BELLA y SMAL. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Editorial Pax. México, 1988.
- Ψ BLOSS, P. La Transición Adolescente. Editorial Amorroutu. Argentina, 1981.
- Ψ BLOSS, P. Psicoanálisis de la Adolescencia. Editorial Joaquín Mortis. México, 1971.
- Ψ BRENNAN, K & SHAVER, P. "Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64: 424-427. 1996.
- Ψ CABO, C. La depresión Infantil del Nacimiento a la Adolescencia.
- Ψ CALDERÓN, N. Depresión. Editorial Trillas. México, 1990.
- Ψ CALDERÓN, N. Guillermo. Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. Editorial Trillas. México, D. F, 1984.
- Ψ CALZADA, M. Depresión y su relación con Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de Mujeres Adolescentes. Tesis de Licenciatura, UNAM. 2004.
- Ψ CAMERON, N. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Ed. Trillas. México, 1990.
- Ψ CAMPILLO, S.C., CAREBEO, A.J. Epidemiología de la Depresión. Salud Mental. México, 1979.
- Ψ CASTILLA DEL PINO, C. Introducción a la Psiquiatría. Editorial Alianza. Madrid, 1978.
- Ψ CASTILLA DEL PINO, C. Un Estudio sobre la Depresión: fundamentos de antropología dialéctica. Tercera Edición. Ed. Península. Barcelona, 1979.

- Ψ CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor. Madrid, 1994.
- Ψ CHINCHILLA, A y CEBOLLADA, A. Guía Terapéutica de las Depresiones. Editorial Masson, S. A. Barcelona, 1999.
- i
- Ψ CODERCH, J. Psiquiatría Dinámica. Ed. Heder. 1979.
- Ψ COLEMAN, J. Psicología de la Adolescencia. Editorial Morata. Madrid, 1980.
- Ψ CONDE, V., CHAMORRO, T., SERRANO, U. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada. 31(138). 469-497. 1976.
- Ψ CONGER, J. Adolescencia. Editorial Harla. México, 1980.
- Ψ DE LA FUENTE, Ramón. Papel de la Depresión en la Patología Humana. "Revista de Psicología", N0.14. UNAM, México, D. F, Febrero de 1994).
- Ψ DE LA GÁNDARA, J. Manejo de Depresión y Ansiedad en Atención Primaria. Atención Primaria, 1997. 20 (7). Pags. 389- 394.
- Ψ DE LOS SANTOS, M. A. Depresión: Trastorno de la mente y del cuerpo. Clínica de Especialidades Neuropsiquiátricas del ISSSTE, México. Disponible en:<http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/junio2000/junio34/depresión>
- Ψ DI CAPRIO, N. Teoría de la Personalidad. Nueva Editorial Interamericana. México, 1976.
- Ψ DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Meditor. Madrid, 1995.
- Ψ EMERY, A & LAUMANN-BILLINGS, L. "Practical and emotional consequences of parental divorce". Adolescent Medicine, 9: 271-282. 1998.
- Ψ Enciclopedia Microsoft Encarta. "Pubertad". 2000.
- Ψ ERICKSON, E. H. El Ciclo Vital Completo. Editorial Paidós. Buenos Aires. México, 1985.
- Ψ ERICKSON, E. H. Identidad, Juventud y Crisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1974.

- Ψ ESCALANTE, P. Elaboración de una Escala de Medición de la Depresión en Adolescentes Mexicanos de 12 a 16 años. Tesis de Licenciatura, UNAM. 2002.
- Ψ ESCARCEGA, C. Desarrollo psicomotor y dislalia funcional en niños preescolares: estudio correlacional. Tesis de Licenciatura, UNAM. 1996.
- Ψ FERGUSSON, D. & WOODWARD, L. "Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression". Archives of General Psychiatry, 59: 225-231. 2002.
- Ψ FISHMAN, H. Tratamiento de Adolescentes con Problemas. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1989.
- Ψ FREDMAN, M. y KAPLAN, H. Tratado de Psiquiatría. Editorial Salvat. España, 1986.
- Ψ FRICK, W. Psicología Humanística. Editorial Guadalupe. Buenos Aires 1973.
- Ψ FRIEDRICH, Dorsch. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. Barcelona, 1985.
- Ψ FUNSALUD - SMITHKLINE BEECHAM. La Depresión en la Adolescencia. Primera Edición. México, 2000.
- Ψ GARAY, V. Autoconcepto en Hombres y Mujeres Adultos con Sordera Profunda. Tesis de Licenciatura, UNAM. 2001.
- Ψ GARBER, J. "Developmental trajectories of adolescents depressive symptoms: predictors of change" Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70:79-95. 2002.
- Ψ GOLMAN, H. Psiquiatría General. Editorial Manual Moderno. México, D. F., 1989.
- Ψ GONZÁLEZ, J. y cols. Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. Editorial Trillas.
- Ψ GORDILLO, M. El asesoramiento a los Padres en los Problemas Educativos en Pedagogía Familiar. Editorial Nancea. Madrid, 1994.
- Ψ GRIMBERG, L. Culpa y Depresión, un estudio psicoanalítico. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1983.
- Ψ GRINDER, J. Adolescencia. Editorial Limusa. México, 1996.
- Ψ GROSSMAN, M & ROWAT, K. "Parental relationships, coping strategies, received support, and well-being in adolescents of separated or divorced and married parents". Res Nurs Health, 18: 249-261. 1995.

- Ψ GUIDANO, V.F. Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy. Guilford. Nueva York, 1983.
- Ψ GUZMAN, I. Reproductibilidad del Inventario de Beck para Depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Tesis para la especialidad de Psiquiatría, UNAM. 1991.
- Ψ HABER, A. Estadística General. Fondo Educativo Interamericano, S.A. E.U.A., 1973.
- Ψ JOSSELYN, I. El adolescente y su Mundo. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1973.
- Ψ KAPLAN, G. y LEVOVICCI, S. Psicología Social de la Adolescencia. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1973.
- Ψ KAPLAN, L. J. Adolescencia, el adiós a la infancia. Paidós, Argentina, 1986.
- Ψ KERLINGER, F. investigación del Comportamiento. Editorial Mc Graw Hill. 2da Edición. México, 1990.
- Ψ LAHALLE, H. Psicología de los Adolescentes. Editorial Grijalbo, México, 1990.
- Ψ LARA TAPIA. Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología- Neurocirugía- Psiquiatría. 17(1). México, 1984.
- Ψ LARA TAPIA. Psicoterapia de Niños y del Adolescente Deprimido. Salud Mental. 1985.
- Ψ LARA, W. Estudio del perfil de Personalidad de individuos con obesidad mórbida (IMC*30) Pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Tesis de Licenciatura, UNAM. 2003.
- Ψ LEDESMA, A. y MELERO, L. Estudio sobre las Depresiones. Salamanca, 1989.
- Ψ LLABERIA, D. y LORENTE, P. Epidemiología de la Depresión Infantil. Editorial Espaxis. España 1990.
- Ψ MARTÍNEZ, R. Los Adolescentes y sus Problemas, la Pubertad, Desarrollo. Apuntes de la Facultad. Disponible en: <http://www.lafacu.com/apuntes/educación/puber/default.htm>.
- Ψ MÉNDEZ, L. Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para la Población Mexicana. Tesis de Licenciatura, UNAM. 1995.

- Ψ MERCK, SAHRP & DOHME. Ansiedad y Depresión. España. Disponible en: <http://odontocat.com/ansietat.htm>.
- Ψ MILNE, L & LANCASTER, S. "Predictors of depression in female adolescents". Adolescence, 36: 207- 223. 2001.
- Ψ MONROY, G. A. Estudio comparativo de síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. 1990.
- Ψ MORALES, M. Tipo de Carácter y Motivación en Académicos. Tesis de Licenciatura, UNAM. 2001.
- Ψ MOUSSEN, Paul y cols. Desarrollo de la Personalidad del Niño. Editorial Trillas. México, 1991.
- Ψ MÚGICA, E. Salud Mental y Emocional de los Jóvenes, Adolescencia. CIPAL. Universidad de Zaragoza. Disponible en :<http://www.cipaj.org>
- Ψ MURGUÍA, R. Depresión y Suicidio. Revista Médica Pediátrica. Vol 6 No.12.
- Ψ MUSS, R. Teorías de la Adolescencia. Editorial Paidós. México, 1984.
- Ψ NAVARRO, R. A. M. Fantasías de Suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. 1995.
- Ψ Organización Mundial de la Salud, 2001. Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas. 1997. Disponible en: <http://www.cm.es/inf/fined/medicina.edu/pediatria/suicidio.htm>.
- Ψ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. The ICD-10 classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Editorial Meditor. Madrid, 1992.
- Ψ Organización Mundial de Salud, 2001. Informe sobre la Salud en el Mundo.
- Ψ PAYKEL & cols. Psicopatología de los Trastornos Afectivos. Ed. Pirámide. Madrid, 1982.
- Ψ PÉREZ, M y cols. Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria, 1993. 12 (6). Pags. 345- 349.
- Ψ PÉREZ, V. Estudio comparativo entre niños de familias integradas y niños de madres solteras. Tesis de Licenciatura, UNAM. 1987.

- Ψ PINE, D. y cols. "Cerebral Laterality in Adolescents Major Depression". *Psychiatry Research*, 93: 135-144. 2000.
- Ψ POLAINO-LORENTE, A. *La Depresión*. España, 1985.
- Ψ POLAINO-LORENTE, A. *Las Depresiones Infantiles*. Editorial Morata, S. A. Madrid, 1988.
- Ψ RAMÍREZ, Y. J. *Un estudio exploratorio sobre la Depresión en Adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. 1998.
- Ψ REDMON, M. *Validez de Diagnóstico y Concurrente de la aplicación de una traducción al castellano del Inventario de Beck para la Depresión en Pacientes Neumológicos Hospitalizados*. Tesis para la especialización de Psiquiatría. UNAM. 1991.
- Ψ RICE, Philip F. *Desarrollo Humano, Estudio del Ciclo Vital*. Segunda Edición. Editorial Printed in México. 1997.
- Ψ RIVERO, C. *Depresión en la Adolescencia: un enfoque sobre la depresión en la adolescencia*. Disponible en: http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresión_adolescencia.htm
- Ψ RODRÍGUEZ, A. *Validez Concurrente de los Inventarios de Depresión de Beck y Zung en personas Deprimidas*. Tesis de Licenciatura, UNAM. 1999.
- Ψ ROGERS, C. *El Proceso de Convertirse en Persona*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1979.
- Ψ ROGERS, C. *Orientación Psicológica y Psicoterapia*. Editorial Nancea. Madrid 1978.
- Ψ ROGERS, C. y Otros. *Persona a Persona*. Editorial Amorroutu. Buenos Aires, 1980.
- Ψ ROGERS, C. y ROSENBERG, C. *La persona como centro*. Editorial Herder. Barcelona, 1981.
- Ψ RUBINOW, D.R. y cols. "Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation". *Biological Psychiatry*, 44(9): 839-850. 1998.
- Ψ RUILOBA, V. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Editorial Salvat. Tercera Edición, México, 1991.
- Ψ SAINZ, S. *Evaluar la validez de la Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck*. Tesis para la especialización de Psiquiatría. UNAM. 1992.

- Ψ SÁNCHEZ, Hidalgo. La Conducta en el Hombre. Editorial Eudeba. Buenos Aires, 1982.
- Ψ SÁNCHEZ, S. Frecuencia de Depresión en Embarazadas detectadas con el Inventario de Depresión de Beck en una Unidad de Medicina Familiar. Tesis para la especialización de Psiquiatría. UNAM. 1991.
- Ψ SANTAMARÍA, S. Normalización del Inventario de Depresión de Beck en una población penitenciaria del sexo masculino. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. 2005.
- Ψ SERAFINO, E. Desarrollo del Niño y del Adolescente. Editorial Trillas, México, 1988.
- Ψ STEVEN, H y BECK, A. Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial Gedisa. España, 1981.
- Ψ SUÁREZ, V. Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en Pacientes Deprimidos. Tesis de Licenciatura, UNAM. 1998.
- Ψ THOMPSON, P. "Adolescents from Families of divorce: vulnerability to psysiological and psychological disturbances". Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 36: 34-39.1998.
- Ψ TORRE, A. La Depresión en la Adolescencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Disponible en : <http://www.medyred.com/buscar.asp?id=1397&site=Medyred>
- Ψ TORRES, M., HERNÁNDEZ, E., ORTEGA, H. Validez y reproductibilidad del Inventario de Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. Salud Mental. 14.1-16. 1991.
- Ψ UNICEF. La infancia y la Juventud en el Desarrollo Nacional de Latinoamérica, publicado por UNICEF, Gráfica Panamericanba. México, 1996.
- Ψ VALDÉS, M., MASANA, J. DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, S.A., 1984.
- Ψ VALLEJO, J., GASTÓ, C. Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Editorial Salvat. 1990.

ANEXOS

En este
apartado se incluye
el
Inventario de Depresión de Beck

Los cuestionarios utilizados para
nuestra investigación,
también son anexados,
uno pertenece al
Área de Hospitalización y otro al
Área Escolar

INVENTARIO DE BECK

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Domicilio (Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1.
 0. Yo no me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 0. En general no me siento descorazonado por el futuro.
 1. Me siento descorazonado por mi futuro.
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 0. Yo no me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
4.
 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
5.
 0. En realidad yo no me siento culpable.
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.
6.
 0. Yo no me siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que podría ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que he sido castigado.
7.
 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
 1. Estoy desilusionado de mí mismo.
 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
 3. Me odio.
8.
 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.
 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
 2. Me gustaría suicidarme.
 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad.
10.
 0. Yo no lloro más de lo usual.
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
 2. Actualmente lloro todo el tiempo.
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11.
 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
 1. Me enoja o irrita más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado todo el tiempo.
 3. Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo.

- 12.
0. Yo no he perdido el interés en la gente.
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
 3. He perdido todo el interés en la gente.
- 13.
0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
 3. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
0. Yo no siento que me vea peor de como me veía.
 1. Estoy preocupado (a) de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
 3. Creo que me veo feo (a).
- 15.
0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
 2. Tengo que obligarme para hacer algo.
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
- 16.
0. Puedo dormir tan bien como antes.
 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.
- 17.
0. Yo no me canso más de lo habitual.
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
 2. Con cualquier cosa que hago me canso.
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
- 18.
0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
 2. Mi apetito está muy mal ahora.
 3. No tengo apetito de nada.
- 19.
0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
 1. He perdido más de dos kilogramos.
 2. He perdido más de cinco kilogramos.
 3. He perdido más de ocho kilogramos.
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos:
SI _____ NO _____
- 20.
0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21
0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

AREA DE HOSPITALIZACION

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **FECHA DE APLICACIÓN** _____

A continuación te presentamos algunas preguntas que nos gustaría pudieras contestar. No hay respuestas buenas ni malas, pero si son muy importantes para un estudio para adolescentes como tú, así que responde sinceramente. La información que tú nos brindes es absolutamente **CONFIDENCIAL**.

1.- Explica brevemente ¿Por qué te trajeron aquí?

2.- Estudias? SI () NO (). Si tu respuesta es **NO**, menciona hasta qué año y la razón de porqué lo dejaste. _____

3.- ¿Con quién vives? PADRES() FAMILIARES() NOVIO (A)() SOLO() OTROS()
Y explica cómo es tu relación con ellos

- Buena
- Regular
- Mala

¿Y porqué? _____

4.- ¿Tienes hermanos? SI() NO() ¿Cuántos? _____
Y cómo te llevas con ellos?

- Buena
- Regular
- Mala

¿Porqué? _____

ÁREA ESCOLAR

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

A continuación te presentamos algunas preguntas que nos gustaría pudieras contestar. No hay respuestas buenas ni malas, pero sí son muy importantes para un estudio de adolescentes como tú, así que responde sinceramente. La información que tú nos brindes es absolutamente CONFIDENCIAL.

1.- ¿En qué año vas? _____

2.- ¿Con quién vives? PADRES() FAMILIARES() NOVIO(A)() SOLO()
OTROS()

Y explica cómo es tu relación con ellos:

- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()

Y ¿porqué? _____

3.- ¿Tienes hermanos? SI() NO() ¿Cuántos? _____

¿Y cómo te llevas con ellos?

- Bien ()
- Regular ()
- Mal ()

¿Porqué? _____

4.- ¿Tus papás viven juntos o separados? Y de estar separados menciona desde hace cuánto tiempo _____

5.- ¿Has sufrido algún abuso (físico, sexual, verbal o psicológico) SI() NO()

¿De quién? _____

6.- ¿Fumas? SI() NO() ¿Cada cuándo? DIARIO ()
UNA VEZ A LA SEMANA ()
UNA VEZ AL MES ()
MUY RARA VEZ ()

7.- ¿Tomas? SI() NO() ¿Cada cuándo? DIARIO ()
UNA VEZ A LA SEMANA ()
UNA VEZ AL MES ()
MUY RARA VEZ ()

8.- ¿Has probado las Drogas? SI() NO() ¿Cuáles? _____

¿Y cada cuándo las consumes? DIARIO ()
UNA VEZ A LA SEMANA ()
UNA VEZ AL MES ()
MUY RARA VEZ ()

9.- ¿Alguna vez te has sentido deprimido? SI() NO() ¿Y qué sientes cuando estás así? _____



GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!!