



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

**“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE CON
DEPRESIÓN ASOCIADA A FACTORES FAMILIARES”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

P R E S E N T A:

FEDERICO HERNÁNDEZ REINARES.

DIRECTORA DE TESIS:

LIC: GLORIA RODRÍGUEZ DÍAZ.

MÉXICO, D.F. 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México pero en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, esperando que siga formando enfermeras(os) con un alto valor humano y un excelente nivel académico.

A mis Profesores porque han sido parte de mi formación profesional.

A la Coordinación de Salud Comunitaria del Instituto Mexicano del Seguro Social por todo el apoyo brindado durante la realización del servicio social.

A el Dr. Jorge Escobedo de la Peña ya que sin su apoyo y orientación, no hubiera podido llegar al final del presente estudio de investigación.

A la Lic. Gloria Rodríguez Díaz con admiración y respeto ya que con su valioso apoyo y dirección, logro transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración de la presente tesis.

A el Físico-matemático Hugo Tudon Cortes ya que con su ayuda para la estadística logre finalizar la presente investigación.

A las Escuelas Secundarias: Diurna “General Francisco L. Urquiza” No. 102, Técnica “Corregidora de Querétaro” No. 2 y el CETIS “Puerto Rico” No. 9, por su colaboración y compañía durante la estancia para aplicar los test correspondientes.

A todas aquellas personas que desinteresadamente colaboraron en la realización de este trabajo.

DEDICATORIAS

A Dios:

Ya que siempre me acompaña y dirige por el buen camino en mi vida.

A mis Padres: José Luis y Adelaida.

Por impulsarme y apoyarme siempre a seguir adelante, para hacer posible un logro y ayudarme a alcanzar una meta más en la vida dándome todo sin esperar nada a cambio.

A mis Hermanos: María Maura y Javier.

Ya que con su ayuda y tolerancia han sabido alentarme para no darme por vencido y seguir adelante.

A mis Amigos: Gledy, Patricia, Elizabeth A., Eric E., Marcos, Jorge y Gabriel.

Por brindarme su amistad ampliamente, como su paciencia y apoyo para cumplir mis objetivos.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN_-----	1
1. ANTECEDENTES_-----	3
1.1 Antecedentes Históricos_-----	3
1.2 Epidemiología_-----	10
2. PATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN_-----	21
2.1 Definiciones_-----	21
2.2 Tipos de Depresión y sus Síntomas_-----	22
Síntomas del Trastorno Depresivo Mayor_-----	24
Síntomas del Trastorno Distímico_-----	25
Síntomas del Trastorno Afectivo Bipolar_-----	25
2.3 Factores que Desencadenan el Intento Suicida en los Adolescentes_--	28
2.4 Características Clínicas de la Depresión_-----	31
2.5 Características Clínicas del Adolescente_-----	33
2.6 Depresión Adolescente con Fijaciones Edípicas_-----	35
2.7 La Depresión en la Adolescencia con una Resolución Incompleta de la Separación-Individuación_-----	36
2.8 Psicoterapia de la Depresión_-----	36
2.9 Depresión: un mal de nuestro tiempo_-----	39
2.10 La Familia_-----	40
2.11 Valores Familiares_-----	41
2.12 Violencia Familiar_-----	45
2.13 Familia Funcional_-----	46
2.14 En relación con lo anterior, habrá que señalar que existen Diversos Tipos de Familia: -----	48

3. FACTORES DE RIESGO_____	50
3.1 Sexo_____	50
3.2 Edad_____	52
3.3 Escolaridad_____	53
3.4 Estado Civil_____	53
3.5 Nivel Socioeconómico_____	54
3.6 Cambios en el Ambiente Familiar_____	54
3.7 Actitud Familiar_____	55
4. LA PARTICIPACIÓN DE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EN LA INVESTIGACIÓN_____	57
4.1 Rol de Enfermería_____	62
4.2 Planificación de Cuidados en Adolescentes Depresivos_____	63
4.3 Actuaciones del Equipo de Enfermería en la Asistencia a Domicilio_____	66
4.4 La Familia como Paciente_____	67
4.5 Actuaciones del Equipo de Enfermería de Salud Mental en la Comunidad	67
5. JUSTIFICACIÓN_____	69
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA_____	71
7. HIPOTESIS_____	73
8. OBJETIVOS_____	74
9. MATERIAL Y MÉTODOS_____	75

10. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES_____	78
11. ASPECTOS ÉTICOS_____	81
12. PLAN DE ANÁLISIS_____	82
13. RESULTADOS_____	83
14. CONCLUSIONES_____	86
15. PROPUESTA DE ENFERMERÍA_____	89
15.1 Proceso de Enfermería en cuestión a la Salud Mental_____	91
15.2 Grupo de Reflexión_____	96
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____	100
17. ANEXOS_____	106

INTRODUCCIÓN

La depresión en los adolescentes es un padecimiento que se va haciendo más frecuente en nuestro país, ya que hay un aumento brusco de las tasas de depresión y suicidio a partir de la pubertad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo.

La depresión es una condición incapacitante que afecta a millones de personas cada año, provocando un grave desequilibrio emocional; interfiriendo con la vida cotidiana, ocasionando un impacto tanto en el adolescente como en las relaciones familiares y sociales; las enfermedades afectivas se caracterizan por modificaciones en el estado de humor, asociadas a complicaciones como llegar al intento de suicidio. En la depresión los adolescentes están permanentemente tristes e infelices pasando a ser crónico y repetirse la crisis en la edad adulta.

La mayoría de estudios indican que el cuidado de las personas adolescentes deprimidas es asumido generalmente por el medio familiar. El rol de enfermería contempla patrones de conducta adecuados a situaciones y personas en particular con el fin de rehabilitar a los adolescentes favoreciendo su crecimiento y a mejorar su calidad de vida. La enfermera(o) debe actuar en coordinación con otros profesionales de la salud para disminuir el potencial de dependencia insana y no cubrir todas sus necesidades del paciente, con la finalidad de mantener el mayor tiempo posible condiciones de vida lo más cercano a lo habitual, es necesario integrar en el plan de alta a la familia para optimizar los resultados previniendo así complicaciones desagradables que pueden poner en riesgo la salud del adolescente.

El hecho es que no se cuenta con investigaciones que revelen aspectos sobre la información que requieren conocer los familiares acerca del desarrollo de los adolescentes deprimidos. Por lo que este estudio pretende identificar las características de los adolescentes con depresión en función de sus variables, con el objetivo de que personal de enfermería conozca las

necesidades de los adolescentes con este tipo de diagnóstico y se puedan planear nuevas estrategias para una adecuada atención.

1. ANTECEDENTES

1.1 Antecedentes Históricos

Es importante mencionar cómo el término depresión se ha construido, ya que el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, es por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía.¹

Areteo de Capadocia (siglo 11 a. C.). En su libro Manía-libro III, cap V- brinda una descripción médica del mal: afección sin fiebre en un espíritu triste que permanece fijado siempre sobre la misma idea y se pega a ella tozudamente. Esta afección se diferencia de la manía porque el espíritu se inclina alternadamente hacia la tristeza o hacia la alegría, mientras que en la melancolía permanece constantemente triste y abatido.

En el siglo V a. C. Hipócrates formuló la teoría de los cuatro humores o sustancias fluidas que se mantuvo hasta el renacimiento: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La salud dependía del equilibrio de estas sustancias y un exceso de las mismas producía una enfermedad. Estos humores se convirtieron en determinantes de los temperamentos del hombre. El predominio de la sangre generaba el tipo sanguíneo, el de la flema, tipos flemáticos, el de la bilis amarilla, tipos coléricos, y el de la bilis negra, tipos melancólicos.

Aristóteles, en sus Problema XXX, postuló por primera vez la conexión entre el humor melancólico y el talento sobresaliente para el arte y la ciencia. Así surgió la relación entre el genio y la melancolía. Si la bilis negra no se temple convenientemente, puede ocasionar depresiones o locura. Distinguió la melancolía

¹ Jaquels AGÜERO Lacan, et. al. "La Depresión y el Reverso de la Psiquiatría". Edit. Paidós. México. 1997. p 21.

(bilis negra fría) de la manía (bilis caliente) y el equilibrio entre estos dos fenómenos antagónicos producía la normalidad.²

La tradición filosófica siempre se interesó por los llamados "melancólicos". Desde la Antigüedad hasta el siglo **XIX** estos sujetos fueron considerados como individuos capaces de elevarse hasta las altas esferas del pensamiento. Bajo el signo de Saturno, tanto los artistas como los creadores formaban parte del temperamento melancólico ensimismados en su mundo interior y predispuestos, por ello mismo, a recibir inspiraciones y desembocar en la producción de obras de arte. Su caracterización era doble exaltación y abatimiento. Junto al impulso creador que sigue la estela de la intuición, la bilis negra que se enfría en su interior los consume y desespera, transformándose en un "veneno negro".

En los primeros siglos de nuestra era, Seranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señala como principales síntomas de la melancolía tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad.³

A partir del siglo XII la astrología estableció una base "científica" a la concepción de los temperamentos, el temperamento de un hombre era determinado por su planeta. Los hombres nacidos bajo el signo de Júpiter son sanguíneos, los de Marte, coléricos, y Saturno, el planeta de la revolución más lenta, determina el temperamento melancólico.

² Ídem

³ Guillermo CALDERON, N., "**Depresión: Causas y Manifestaciones y Tratamiento**". Edit. Trillas. México, 1984. p 42-48

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Sto. Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se abandonó en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado Anatomía de la Melancolía obra que facilitó la identificación de los estados depresivos.⁴

Por otro lado la tradición literaria e iconológica de los siglos XVI y XVII se ocuparon de ilustrar los rasgos en los que se entrecruzan la tristeza estéril y la meditación fecunda. El mentón sobre la mano, el cuerpo inclinado son sus gestos emblemáticos.⁵

A principios del siglo XIX, Philip Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos se concentraba en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar, las psicológicas (p ej. el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares), y en segundo, las físicas (por ej. la amenorrea y el puerperio).⁶

No se deben confundir estos espíritus melancólicos con que se nombraban a los creadores artísticos para mostrar hasta qué punto estaban captados por la intuición y la concentración con el cuadro que se desprende de las monomanías, y que paulatinamente cobró un destino autónomo para nombrar un tipo clínico de psicosis.

⁴ HILL, D., “La Depresión en la Historia, en Depresión”. Edit. MEDCOM. Nueva York, 1970. Pp. 36, 45

⁵ Guillermo CALDERON, N. Op. Cit. p. 51

⁶ Ídem

Vasari, por ejemplo, en su famoso libro *Vidas de los mejores pintores, escultores y arquitectos*, del que Freud extrajo la información contenida en la biografía de Leonardo da Vinci, insistió en el carácter melancólico de los artistas. Con Galeno toma forma la tradición hipocrática que se conservará hasta el siglo XVII. La melancolía es planteada como una enfermedad del espíritu, con tristeza profunda y alejamiento de las cosas más queridas.⁷

Durante el siglo XVIII, con Pinel, la manía fue el modelo nosográfico central, incluso global, de la locura. La describe como un delirio general, en contraposición a la melancolía planteada como delirio parcial.

A comienzos del siglo XIX, Esquirol reemplazó el cuadro de la melancolía por dos afecciones diferentes la lipemanía, o delirio triste, con formas que conducen al suicidio, y las monomanías, delirios tristes o alegres limitados a una sola idea o a un limitado número de ideas. Distinguió distintos tipos de monomanías intelectuales, afectivas e instintivas. Entre las últimas incluyó las monomanías homicidas sin delirio, objeto de debate en las discusiones de los alienistas.⁸

También, en el siglo XIX nació la clínica moderna que rompió con la tradición hipocrática y de la que se desprendieron desarrollos contemporáneos.⁹

En 1809, Haslam, boticario del Hospital Behtiem en Londres escribió los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de síntomas semblante ansioso y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar,

⁷ HILL, D., Loc. cit.

⁸ Ídem

⁹ Jacquels AGÜERO Lacan, et. al. Loc. cit.

se aíslan reclusándose en lugares oscuros, o permanecen en la cama la mayor parte del tiempo después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan, y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa.¹⁰

En 1854 Baillarger presentó en la Academia de Medicina una memoria sobre un nuevo cuadro nosográfico la "locura con forma doble". En ella, la sucesión de las formas maníaca y depresiva constituye un único acceso que se presenta regularmente. La pseudo-intermitencia no era, a su entender, un verdadero retorno al estado anterior con independencia de su duración.¹¹

Algunos días después de la lectura de este trabajo, Falret reclamó la prioridad y sostuvo ante la Academia su memoria sobre la "locura circular", donde unía, en una misma entidad mórbida, la fase de excitación maníaca de la manía y la fase de depresión de la melancolía (la lipemanía de Esquirol). La locura circular se caracteriza por la evolución sucesiva y regular de ambos estados, con un intervalo lúcido más o menos prolongado. Cada uno de estos accesos varía en su intensidad y duración para el mismo enfermo. Falret afirmó haber descrito con ese nombre el cuadro clínico durante sus lecciones de 1850, antes que Baillarger, con lo que se creó una verdadera polémica entre ambos psiquiatras.¹²

En su trabajo, Falret reemplazó definitivamente la palabra "melancolía" por "depresión" Rápidamente esta primera aparición del cuadro depresivo obtuvo éxito en el medio psiquiátrico y fue incorporado a concepciones comportamentalistas ligadas en la actualidad al uso de psicofármacos.

¹⁰ HILL, D., Loc. cit.

¹¹ Jaquels AGÜERO Lacan, et. al. Loc. cit.

¹² Ídem

Por lo tanto los trabajos de Falret y Baillarger no son iguales Baillarger continuó las afirmaciones sobre la monomanía de Esquirol aunque criticó la concepción del delirio parcial, conservó la noción de monomanía en la que incluye la paranoia y también la lipemanía, como un delirio afectivo triste. Esta perspectiva permitió a sus continuadores mantener, en relación con la manía, la autonomía del cuadro de la melancolía Falret, en cambio, se opuso tajantemente al cuadro de las monomanías, y dando lugar tiempo después a la creación por parte de Kraepelin de la psicosis maníaco-depresiva. Por otra parte, Baillarger no le otorgó un estatuto propio al período de intermitencia, Falret, en cambio, lo incluyó con el mismo valor que los otros dos estados.¹³

La sexta edición del Tratado de Kraepelin (1899) reemplaza el capítulo once del libro tercero la "locura periódica o circular" por la denominación "locura maníaco-depresiva" Kraepelin rechazó la existencia de la manía o melancolía simple: tarde o temprano los exámenes clínicos revelan la existencia de fases depresivas o expansivas. Estos trastornos afectan el humor (depresión), la ideación (fuga de ideas) y la voluntad (inhibición o excitación psicomotriz). La locura maníaco-depresiva se caracteriza por recaídas sucesivas, la última de ellas puede conducir a un estado terminal deficitario.

En el México prehispánico, la depresión o melancolía fue considerada como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badiano, y generalmente se le conoce como Códice Badiano, aunque su nombre original es *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*.

¹³ Ídem

El códice, que aún se conserva en la biblioteca del Vaticano incluye el título "Remedio para la sangre negra" (Negn remedium sanguinis), término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, recomienda como tratamiento un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes:¹⁴

Ha de andar en lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave) y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas.

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia (comitialis morbus), indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca.

El incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos, obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la clasificación de enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo el rubro 311 y con el nombre de Trastorno depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico penoso y molesto.¹⁵

¹⁴ Guillermo CALDERON, N., "Conceptos Psiquiátricos en la Medicina Azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI". Rev. Fac. Med. Méx., Volumen VII, núm. 4, 1965. Pp. 232-236

¹⁵ Guillermo CALDERON, N., "Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento". Edit. Trillas. México, 1984. p 11-14

1.2 Epidemiología

Al paso de la historia del hombre, la comprensión de los trastornos mentales ha sido motivo de múltiples especulaciones. Ahora durante el presente siglo, tenemos una gran variedad de teorías.

La información suministrada por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), revela que el 65% de los intentos de suicidio se encuentran asociados a la depresión.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos establecimientos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.¹⁷

Cuando un adolescente desde sus primeros años de vida ha pasado por lapsos de tristeza, de depresión, ha pasado por situaciones en las que finge una enfermedad, se rehúsa a separarse o alejarse de sus seres queridos, conforme va transcurriendo el tiempo y va creciendo se desarrolla como una persona de carácter recio y el cual se siente incomprendido por los que le rodean en la sociedad, sin embargo, en las personas adolescentes se desarrollan padecimientos psiquiátricos como son; trastornos depresivos menores y trastornos

¹⁶ <http://www.siicsalud.com/main/adolescencia.htm> 28 de Noviembre del 2004

¹⁷ **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”**. DSM IV 1195 Edit. Masson S.A., p

depresivos mayores que son los padecimientos psiquiátricos más frecuentes en la población joven de la ciudad de México.¹⁸

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aún, y de acuerdo con opiniones tan calificadas como las de Nathan Klain, como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

De acuerdo con las múltiples investigaciones realizadas sobre incidencia y extensión de los síndromes afectivos, aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres pueden padecer un cuadro depresivo durante su vida.¹⁹

La frecuencia de las depresiones es de un hombre por cada dos mujeres y que una razón básica que podría explicar aceptablemente esta evidencia son los cambios neurohormonales, como los que se dan durante el embarazo, el parto, el postparto y la premenstruación, que podrían provocar cambios biológicos y psíquicos que favorecerían el desarrollo de la enfermedad depresiva.²⁰

Los suicidios son la tercera causa de muerte en varones y la cuarta en mujeres con edades de 15 a 24 años. Ya que cuando un adolescente expresa tener serios problemas emocionales, especialmente cuando hace verbal su deseo de quitarse la vida, la (OPS) recomienda que sus familiares, amigos y profesionales que lo asisten jamás deben de hacer caso omiso ha dicho riesgo.²¹

¹⁸ Francisco DE LA PEÑA, et. al. "**Prevalencia de los Trastornos Depresivos y su Relación con el Bajo Aprovechamiento Escolar en Estudiantes de Secundaria**". Rev. Salud Mental, Volumen 22, núm. 4, agosto de 1999. p. 9,10

¹⁹ Guillermo CALDERON N. "**Depresión: Causas y Manifestaciones y Tratamiento**". Edit. Trillas. México, 1984. p. 132-138

²⁰ Francisco SABANES "**La Depresión**". Edit. Emeka. Buenos Aires. 1990. p. 58

²¹ <http://www.siicsalud.com/main/adolescencia.htm> 28 de Noviembre del 2004

Al principio se pensó que se podría tratar de un artefacto metodológico, justificado por ocultarse muchas veces la depresión en hombres detrás del abuso de alcohol o drogas y de la sociopatía, que podrían servirle como válvulas de escape del estrés. Desde el análisis valorativo de estos datos por Wissman y Klermann (1977), se admite que la prevalencia depresiva más alta en la mujer constituye un dato real indiscutible. Y su justificación no se puede hallar en la posible explicación genética de una transmisión ligada al cromosoma X en la etiología endosituacional propia de la mayor parte de las depresiones, esto si explicaría el predominio femenino.²²

También se disponen de una serie de argumentos:

En primer lugar la fisiología neuroendócrina, que se muestra más estable en el hombre y más cíclica en la mujer, dato que, siendo la depresión una enfermedad disrítmica por excelencia, podría justificar que su interrupción encontrase más facilidades allí donde el sustrato neuroendócrino estuviese sometido a una mayor ritmicidad.

Por lo pronto, los períodos peri menstruales y postpartum representan momentos especialmente propicios para la incidencia de la depresión, y la administración de contraceptivos es así mismo una vía depresógena frecuente. La personalidad de la mujer parece más propensa al abatimiento, quizá por su mayor riqueza de afectividad.

Además de los aspectos biológicos que son muy importantes, cabe señalar los aspectos sociales que conforman la vida de la mujer. Las condiciones sociales en las que vive la mujer le provocan malestares que frecuentemente se relacionan con la depresión.

²² FERNANDEZ, R., "Construyendo el Problema de Investigación". Depto. Educación y Comunicación. UAM- Xoch. México, 1998. p 17

Según datos de la Organización Mundial de la Salud encontraron en investigaciones mayores tasas de prevalencia a lo largo de la vida, hasta del 26% para las mujeres y el 12% para los hombres. En casi todos los estudios, independientemente de los factores temporales y culturales, el sexo femenino, con riesgo de enfermar de dos a tres veces más alto, resultó ser el factor más evidente.²³

A nivel internacional, se tienen datos muy variados, dependiendo de los instrumentos y los criterios diagnósticos utilizados para la detección de la depresión entre la población en general.²⁴

En un estudio realizado en la Universidad de Chile en 1998 se evaluó la sintomatología depresiva en adolescentes mediante el Inventario de Depresión de Beck (IDB) Por este método se evaluó una muestra de 1339 adolescentes alemanes de los cuales, 45.8% fueron hombres y 54.2% mujeres y cuya edad media era de 17 años, los cuales eran estudiantes de secundaria. En dicho año un 33% se encontró en mal estado de salud.²⁵

Se utilizó el método por grupos con sus debidas indicaciones prescritas.

En los resultados no fue necesario que se realizara un análisis por sexo pues la comparación estadística *-t de Student-* no arrojó diferencias significativas entre ambos grupos.

Cuando consideraron como variable a *alumnos que se sienten a menudo solos* el porcentaje obtenido fue de 4.8% los cuales refirieron sentirse solos.

²³ Elisabeth SCHRAMM. "**Psicoterapia Interpersonal**". Edit. Masson. México. 1998. p 13

²⁴ file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

²⁵

<http://renue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia/vol6/psicolo10.htm>

O file:///A:/Beek.htm 13 de Diciembre del 2004

En el momento de la evaluación en el grupo de sintomatología depresiva moderada a grave, un 22% de ellos refirieron presentar alguna forma de ideación suicida.

Con respecto al rendimiento académico no encontraron relación entre el bajo rendimiento escolar y puntajes que sugieran depresión en el (IDB).

Otro estudio realizado fuera del área Metropolitana de Costa Rica en 1997, que se realizó a 727 estudiantes de 8 a 9 años y a 97 adolescentes, aplicándose un cuestionario de tamizaje en depresión basados en el alfa de Cronbach por medio de profesionales especialistas en el campo de la salud.²⁶

Encontraron que uno de cada diez sujetos presentaba síntomas de depresión. Sin embargo en el área Metropolitana de Costa Rica se realizó un estudio con población de 15 a 25 años de edad utilizaron el (IDB). Obteniendo como resultado niveles bajos de depresión pero en dos casos se encontró que la expresión de depresión era por ira y la percepción de defectos.

En otro estudio realizado en Argentina en el año de 1996 se buscó el reconocimiento de impulsos suicidas en adolescentes, se utilizó el test de Rorschach el cual permite utilizar parámetros cuantitativos que posibilitan el establecimiento de valores comparativos y da acceso a los tres niveles de conciencia que son preconciente, consciente e inconsciente.²⁷

Con el propósito de hacer la detección precoz de impulsos suicidas, cuando aún se está muy a tiempo para intervenir con la prevención, la actuación del comportamiento suicida y edades en riesgo.

²⁶ <http://www.medicos.sa.cr/actamed/n1/indice.htm> 13 de Diciembre del 2004

²⁷ http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/vol3/12tema_2.htm 13 de Diciembre del 2004

Hay cuatro tipos de fantasías que se pueden reflejar en el test Rorschach.²⁸

- a) Relacionadas con la muerte en general
- b) Relacionadas con el intento de suicidio
- c) Relacionadas con fantasías de la muerte
- d) Relacionadas con dudas de cómo hacerlo, sin importar si es el método efectivamente elegido

Por este método se evaluaron 1665 adolescentes de la escuela de Enseñanza Media y a estudiantes de la Universidad de Buenos Aires que acudieron al Servicio de salud.

Los Test se dividieron en riesgo alto, medio y bajo, con un porcentaje para alto de 42% para medio de 34% y para bajo de 24%. De acuerdo a los resultados se observó una necesidad de realizar acciones preventivas a través de grupos de reflexión de adolescentes, padres, personal docente o de apoyo de las instituciones educativas a las que concurran.

Con respecto a nivel nacional el director de Salud Mental, Salvador González Gutiérrez, indicó que las cifras que se están manejando son alarmantes con respecto a los trastornos depresivos, ya que según registros del año 2000 padecieron depresión por primera vez hasta unos 250 mil mexicanos para lo cual la Secretaría de Salud y otras Instituciones dan apoyo para lograr un diagnóstico temprano, ayudando de esta forma al paciente, con el propósito de proporcionar orientación a toda la gente y proporcionando ayuda de asesoría.²⁹

Se realizó un estudio en la Universidad Nacional Autónoma de México, para determinar la relación entre depresión, actividad deportiva y consumo de drogas

²⁸ http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/vol3/12tema_2.htm 13 de Diciembre del 2004

²⁹ <file:///A:/Depresión y trastornos afectivos.htm> 21 de Abril del 2005

en adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria 9, durante el periodo comprendido entre marzo y abril de 1997, se seleccionaron 324 estudiantes a quienes se les aplicó el Inventario para depresión (de Beck), formándose dos grupos con práctica o no de actividad deportiva: uno sin depresión y otro con diagnóstico de dicha condición.³⁰

El diseño fue transversal, comparativo y observacional. Las edades oscilaron entre 15 y 18 años: predominando ligeramente el sexo femenino (54.3 %): 142 alumnos (43.8%) cursaban el cuarto grado de bachillerato, 114 (35.2 %) el quinto y 68 (21 %) el sexto: 135 (41.7 %) asistían al turno matutino y 189 (58.3%) al vespertino. Con una prevalencia de depresión de 28.4 % (92 alumnos), siendo más frecuente la leve (72.8 %) de 199 alumnos que no realizaban deporte 64 tuvieron depresión; de 125 que practicaban deporte, 28 manifestaron depresión. La diferencia entre un grupo y otro no fue estadísticamente significativa ($p = 0.05825$). En cambio, se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y tabaco con depresión ($p < 0.05$), así como consumo de tabaco con falta de actividad físico-deportiva ($p = 0.01$).

En relación con el primer nivel de atención médica, un estudio en México (Padilla y Peláez, 1985) sobre detección de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.³¹

³⁰ Jaime J. CEBALLOS RIVERA. "**Depresión en la Adolescencia; Su Relación con la Actividad Deportiva y Consumo de Drogas**". Rev. Med. IMSS 2000; 38 (5): p. 371-379

³¹ file://A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

Asimismo, las altas prevalencias de depresión mayor a lo largo de la vida del hombre fueron resultado de estudios conducidos a fines de los 80 y principio de los 90. La prevalencia a lo largo de la vida en el estudio conducido por Angst, en Zurich reportó cifras entre el 16% al 20%; mientras que en una muestra representativa de la población de Basel, realizada por Wacker, en 1992, esta prevalencia fue del 15.7%; por otra parte, Kessler y Cols, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos, reportaron una prevalencia a lo largo de la vida del 17.1%.³²

Angst menciona que en los estudios epidemiológicos de corte transversal se pueden subestimar los porcentajes de prevalencia durante la vida, porque los sujetos pueden haber olvidado los episodios anteriores por lo que, los estudios longitudinales, como el del Condado de Starlig en Canadá (que aportó 16%), pueden ser más representativos. Este autor refiere también que si los instrumentos utilizados son aplicados por no profesionales, los verdaderos porcentajes de prevalencia pueden estar subestimados.

En lo que respecta a los sujetos con trastornos afectivos, en comorbilidad con otras alteraciones, ellos están más seriamente afectados, padecen más síntomas que tardan más en desaparecer, tienen un índice más alto de intentos de suicidio y buscan tratamiento con más frecuencia. Es muy importante que al indicar los tratamientos se tomen en cuenta las situaciones en las que hay comorbilidad.

Observaciones hechas durante los años 60 y 70 reportan edades más tempranas de inicio de este padecimiento, que las encontradas antes de la segunda guerra mundial, y un incremento en el número de depresiones infantiles vistas por los clínicos, así como un incremento en los intentos de suicidio y muerte entre los adolescentes, por esta causa.

³² file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

En cuanto a los trastornos afectivos mayores, éstos se manifiestan en todos los aspectos de la conducta y los episodios a menudo duran años. Hay por lo tanto, un acuerdo en que estos trastornos tienen consecuencias adversas severas a largo plazo. La alta prevalencia con que se presentan, y el grado de deterioro que ocasionan en los individuos, hacen que tengan una alta significancia para la salud pública.³³

Así, en estudios sobre el efecto que produce la depresión en mujeres trabajadoras, realizados por Weissman y Cols., se reportó que éstas presentaban menor rendimiento en casi todas las áreas de funcionamiento laboral y de pareja. En cambio, en un estudio realizado en México en 1993 se encontró que la depresión en mujeres trabajadoras se relacionó más con la tensión dentro de los lugares de trabajo y el turno en que realizaban sus actividades laborales.

Por otro lado, el estudio ECA (Epidemiologic Catchment) mostró que, en comparación con sujetos de la comunidad sin historia de depresión mayor o trastorno de pánico, los sujetos con historias de depresión mayor tuvieron déficits significativos en el funcionamiento marital, menos actividades recreacionales y dependían económicamente de otras personas.

Si el problema se observa bajo la perspectiva de las tasas de mortalidad, tampoco es alentador. En las mujeres y los hombres deprimidos, las tasas de mortalidad son dos y tres veces más altas en la población general, respectivamente. Los motivos que explicarían esta mortalidad elevada son varios; entre los más aparentes se encuentran una mayor susceptibilidad de los pacientes deprimidos a las enfermedades, una tendencia alta a accidentes y, desde luego, al suicidio.

³³ file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

En relación con esto último, se ha calculado que entre el 45% y el 70% de los sujetos que se han suicidado sufrían depresión. También se ha estimado que alrededor del 15% de los pacientes deprimidos van a suicidarse. Las tasas de suicidio durante el primer año después de un periodo de hospitalización, entre el 1.5% y el 5%, lo que hace que sean 100 a 500 más que las encontradas en la población general.³⁴

Otros estudios, como el de Murphy, realizado a la población general, durante 16 años, reportó que aquellos individuos que representaron trastornos de depresión y/o ansiedad en la línea base el estudio mostraron 1.5 veces mayor número de muertes que el resto de la población.

En relación con el suicidio, estudios realizados en México revelaron que entre los jóvenes de 15 a 24 años que han intentado suicidarse, 90% presentan ansiedad intensa; 60.49% síntomas de depresión y 20.98% depresión intensa (Terroba y Cols en 1986). Asimismo, la revisión de 536 expedientes de pacientes con intentos suicidas que consultaron en el hospital Fray Bernardino Álvarez, mostró que 45% de ellos tenían trastornos afectivos.

Un estudio realizado en Caracas y Mérida, con el propósito de evaluar la funcionalidad familiar, se tomó una muestra de 112 adolescentes de Caracas y 141 de Mérida, a los cuales se les aplicó el test de APGAR Familiar entre marzo a mayo de 1998.³⁵

Ambos grupos mostraron un alto número de estudiantes, en Mérida 12.8% estudian y trabajan, el número de familias nucleares completas es bajo (33% y 48.9%), con gran proporción de familias incompletas (47.3% y 40.4%).

³⁴ file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

³⁵ file:///A:/Apgarfamiliaryadolescencia.htm 23 de Octubre del 2004

En Caracas predominan estratos sociales IV y V, en Mérida II, III y IV. El jefe de familia en Caracas: madre 46.4%, padre 40.2%. En Mérida: padre 56%, madre 36.9%. El nivel educativo de los jefes de familia en Mérida, predomina universitario y bachillerato con un 2.9% de analfabetas; en Caracas predomina el nivel primaria y bachillerato incompleto con un 12.6% de analfabetas. La disfunción familiar fue elevada en la capital, 47.6% mayor en las clases IV y V, en Mérida 17%, observada en las clases II y III. Ambos grupos muestran poca satisfacción de la funcionalidad familiar.³⁶

Concluyendo que la familia Venezolana sufre una crisis de valores. La disfunción familiar predispone a conductas de riesgo. Las familias en las que permanece la madre en el hogar, aunado a un buen nivel educativo, son factores protectores del desarrollo integral del adolescente.

³⁶ file:///A:/Apgarfamiliaryadolescencia.htm 23 de Octubre del 2004

2. PATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

2.1 Definiciones

La depresión juvenil es un estado emocional que se caracteriza por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima, que se presenta durante los años de la adolescencia.³⁷

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El ser humano se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que es característico de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración, con importantes signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.³⁸

La adolescencia es una fase que se distingue por ser el periodo de comienzo de la maduración, hacia el mayor desarrollo, que se considera entre los 11 a 19 años de edad; el adolescente tiene cambios de crecimiento físico, emocional, psicológico, social y mental.³⁹

La familia es un conjunto de personas que mantienen entre sí vínculos estrechos, organizados, para asegurar el desarrollo saludable de sus integrantes.

³⁷ <http://pcs.adam.com/ency/article/001518.htm> 28 de Noviembre del 2004.

³⁸ **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”**. DSM IV 1195 Edit.

Masson S.A. p. 1

³⁹ <http://pcs.adam.com/ency/article/001950.htm> 11 de Noviembre del 2004.

Por lo que la familia va creciendo y pasando por distintas etapas para apoyar el desarrollo individual de cada uno de sus miembros, proporcionando al mismo tiempo, un sentimiento de pertenencia e individualidad familiar; asimismo para adaptarse a la cultura en la que vive y ser transmisora de la misma. Sólo la familia puede cambiar y al mismo tiempo mantener la continuidad suficiente, para asegurar el crecimiento psicológico y social de cada miembro.⁴⁰

En relación a la depresión y en grave caso el intento suicida, la familia tiene un papel preponderante, ya que actúa como un protector de los integrantes de la misma y tiene la capacidad de relacionarse hacia el exterior con sus semejantes. “La familia es justamente la esencia de la sustancia viva que se encarga de conectar al adolescente con el mundo y transformarlo de niño a adulto”. Ya que la familia es "un sistema vivo de tipo abierto."⁴¹

2.2 Tipos de Depresión y sus Síntomas

Como se ha observado en otras patologías, por decir las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, el Trastorno distímico y el Trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de la sintomatología varía.⁴²

El trastorno depresivo mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para estudiar, comer, dormir, trabajar y disfrutar de actividades que antes eran recreativas.

⁴⁰ Kena, MORENO. “Orientación a la Familia en su Conjunto”. Centros de Integración Juvenil, A.C. 1999. p 16.

⁴¹ Lauro, ESTRADA Indy. “El ciclo vital de la Familia”. Edit. Grijalbo. México, 1997. p11.

⁴² “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. DSM IV 1195 Edit. Masson S.A. p. 1,2

El trastorno depresivo distímico es un tipo de depresión con menor gravedad, incluye síntomas crónicos es decir a largo plazo que no incapacitan tanto a la persona, pero sin embargo interfieren con la funcionalidad y el bienestar de la persona. Lo característico primordial de este trastorno es un estado de ánimo de forma crónico depresivo el cual se observa presente la mayor parte del día durante al menos 2 años.⁴³

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su existencia.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, en este su frecuencia es menor, como los otros trastornos depresivos. Lo que caracteriza al bipolar son los cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden suscitarse de manera dramática y rápida, pero con más frecuencia son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, tener una gran cantidad de energía y hablar excesivamente. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de hablar excesivamente. Puede llevar a que la persona se meta en comprometidos problemas y en posiciones embarazosas.

⁴³ Ídem

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

No todas las personas experimentan la depresión de la misma forma ya que los síntomas varían según las personas.

La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.⁴⁴

Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" de manera persistente.
- Sentimientos de pesimismo y desesperanza.
- Sentimientos de inutilidad, culpa y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento.
- Dificultad para concentrarse en temas, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de apetito, peso, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de intentos de suicidio.
- Inquietud o irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, entre otros dolores crónicos.

⁴⁴ Ídem p 3

SINTOMAS DEL TRASTORNO DISTIMICO

Estas características son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Los síntomas más frecuentes son:

- Sentimientos de incompetencia
- Pérdida generalizada de interés
- Aislamiento social
- Sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado
- Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva
- Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad

Síntomas dependientes de la edad y el sexo: en los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y los adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas.⁴⁵

Las mujeres adultas son dos o tres veces más propensas que los hombres a presentar un trastorno distímico.

SINTOMAS DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

En este hay cambios del ánimo patológico de manía a depresión, con una tendencia a recurrir y a desaparecer de una manera espontánea.

⁴⁵ Ídem pp. 3-4

Ya que tanto los episodios maníacos como los depresivos pueden predominar y producir algunos cambios en el estado de ánimo, o los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda.

Algunas personas se les puede denominar cicladores rápidos porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día. Otros presentan lo que se llama "estados mixtos", en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa.

Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta.

Durante la fase depresiva el infante presenta:

- Pérdida de su autoestima
- Ensimismamiento
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses
- Lentitud exagerada (inercia)
- Somnolencia diurna persistente
- Insomnio
- Problemas para poder concentrarse, fácil distracción por sucesos sin trascendencia
- Dificultad para tomar decisiones
- Pérdida del apetito
- Pérdida involuntaria de peso.
- Pensamientos anormales sobre la muerte.
- Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio.
- Disminución del interés en las actividades diarias.
- Disminución del placer producido por las actividades cotidianas.

En la fase maníaca se presentan:

- Exaltación del estado de ánimo
- Aumento de las actividades orientadas hacia metas
- Ideas fugaces o pensamientos acelerados
- Alta o baja autoestima
- Menor necesidad de dormir
- Agitación
- Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)
- Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos)
- Inquietud excesiva
- Aumento o disminución involuntario del peso
- Bajo control del temperamento
- Patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema
- Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual
- Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas).
- Creencias falsas (delirios).
- Alucinaciones.
- Aspecto personal

Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.⁴⁶

⁴⁶ Ídem

2.3 Factores que Desencadenan el Intento Suicida en los Adolescentes

Existen diversos factores por los que pueden cursar los adolescentes en estado depresivo, para llegar a la idea de suicidio y más aún ejercer una idea suicida para terminar con su vida, los cuales pueden ser:⁴⁷

Factores Sociales.

"La conducta suicida más frecuente tiene lugar después de una ruptura social importante, como el divorcio" sobre todo de sus padres o seres queridos.

La forma de vivir en la actualidad con la modernidad es de fácil manipulación, la sustitución de valores hacia lo material, los graves desarraigos, la desintegración familiar, un grandioso tecnicismo productivo, el rehusar a la religión, la sexualidad sin control, el alto índice de agresividad y las adicciones como escape de la realidad llevan a los adolescentes a tener conductas de autodestrucción.

Factores Biológicos.

Hay componentes neurobioquímicos que son cuantificables por métodos de laboratorio, principalmente observables en las depresiones rigurosas, estas se prestan a investigarse con fines prácticos. Cada vez más en algunas corrientes actuales de psiquiatría y neurofisiología.

Factores Psicológicos

Estos factores se observan en personas muy impulsivas y con personalidad epileptoide, en personas dependientes de otras para mantener su autoestima que se encuentra muy dañada, y en personas que son excesivamente ambiciosas con respecto a su persona, lo que crea un gran sentimiento de frustración e intolerancia.

⁴⁷ http://www.psiquiatriauna.com/asuicida/factores_desencadenantes_sociales.htm 12 de mayo del 2005

Factores Clínicos.

Estos actúan como el resultado de procesos patológicos en los sujetos, es una forma de reaccionar ante un padecimiento incurable, tales como las enfermedades terminales, cirugías recientes sin éxito, dolores crónicos y constantes, tumores, especialmente en la cabeza, deformaciones, especialmente faciales, amputaciones graves e incapacitantes.

Triángulo letal de Schneiderman.

En realidad este triángulo determina cuáles son los síntomas acompañantes en toda persona que pretende suicidarse; En este sentido el sujeto siente odio hacia sí mismo por una baja autoestima, existe un estado de extrema agitación donde coexiste una gran tensión en la persona involucrada, lo cual no le permite pensar con claridad, y para cerrar el triángulo una limitación de las posibilidades intelectuales y lo que los expertos llaman “visión en túnel”.⁴⁸

Factores Patológicos.

Se refiere básicamente a alteraciones psiquiátricas que pueden ser originadas en un estado depresivo o bien una enfermedad bipolar con cambios o trastornos de ánimo esta última en maníaco depresivos, así también en alteraciones como la distimia y enfermedades psicóticas.

Se habla de cierta seducción por la muerte que se desarrolla en algunas personas que son impulsadas a tener conductas suicidas por pensamientos depresivos.

⁴⁸ http://www.psiquiariarauna.com/asuicida/factores_desencadenantes_sociales.htm 12 de mayo del 2005

Factores Demográficos.

Se menciona por algunos autores que la idea del suicidio aumenta con la edad sobre todo a partir de los 40 años; Argentina reporta una tasa de 7.8/100 000 para 1981. Para 1990, se observó predominio entre las mujeres con respecto a los hombres por suicidio y lesiones autoinflingidas. Sin embargo, los intentos de suicidios son más frecuentes en edades jóvenes y a la mitad de la vida, ya que el 70% de los intentos son provocados en menores de 40 años.⁴⁹

Otra de las variables que se relacionan con el suicidio es el sexo del suicida, en este sentido la mujer lo intenta aproximadamente tres veces más que el hombre, sin embargo este finalmente lo logra tres veces mas que la mujer según la OMS.

La religión es un aspecto social que en muchas ocasiones sirve para frenar ciertos impulsos suicidas, en otros es factor determinante para este tipo de sucesos ya sea en forma individual o colectiva como lo hacen ciertas sectas.

Factores Motivantes Agudos.

Es importante señalar que los factores psicosociales *per se* incrementan el intento de suicidio, si el adolescente está atravesando por estas experiencias como sería una inmensa depresión, un estado anímico insoportable, pérdidas significativas como los duelos, por el deseo de unión con el ser querido muerto, ruptura de una relación amorosa, interrupción de un tratamiento psiquiátrico, farmacodependencia por alcohol o drogas.

⁴⁹ http://www.psiquiariarauna.com/asuicida/factores_desencadenantes_sociales.htm 12 de mayo del 2005

2.4 Características Clínicas de la Depresión

Estado de ánimo: Se presenta con insatisfacción, abatimiento, llanto, y tristeza que es la característica principal. El deprimido se queja de sentirse abatido, insatisfecho, de "no ser él mismo". No puede reaccionar a la alegría. Se siente inútil, vacío; esto en todo lo que toca a su vida. Algunas veces sabrá por qué está triste (o al menos cree saberlo), otras veces, las más quizás, lo ignora. El llanto es frecuente en depresiones medianas, moderadas o leves, incluso cuando no hay razón aparente, pero en la depresión profunda, el enfermo siente, con frecuencia, una dolorosa incapacidad de llorar: "Si al menos pudiera llorar..."⁵⁰

Pensamiento: pesimismo, culpabilidad, auto acusación, pérdida de interés y de motivación, disminución de la eficacia y de la concentración. A mayor depresión menos eficiencia, lo cual presupone la pérdida de interés que conlleva la incapacidad para hacer cualquier tarea, de concentración y lo que es muy importante, por la pérdida de motivación.

El deprimido se enjuicia, y caminará de la sensación de ser insuficiente e ineficaz, al sentimiento de una extrema culpabilidad. No responderá a la confianza que se le dé. Negará éxitos y habilidades sintiéndose incompetente. Cree que no es bueno por lo que rechazará la importancia de sus triunfos pasados. En muchos casos la idea de culpabilidad puede tener una fuente real, pero el deprimido siempre la distorsionará o exagerará.

Conducta y aspecto: hay marcada negligencia en el aspecto personal en cuanto al arreglo y retardo psicomotor y agitación en cuanto a conducta; rostro triste, insatisfecho, actitud decaída, postura derrotada. Si sonríe, su sonrisa es melancólica, aunque se esfuerce en parecer afable o contento. En la medida que avanza la depresión, el paciente va perdiendo su interés por el aspecto y cuidado de su persona pudiendo intentar el suicidio.

⁵⁰ REYES, A. "Depresión y Angustia, curso fundamental de Tanatología". México, 1991. pp.31-33

El retardo psicomotor implica una aparente inhibición y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. No puede platicar ni menos discutir, ni dará respuesta a preguntas concretas. En casos extremos, puede llegarse a la catatonía, puede manifestar una "agitación", una inquietud extrema, tanto física como psicológica.

Síntomas somáticos: pérdida de apetito, consiguiente baja de peso, estreñimiento, sueño ligero, diversos dolores y males, alteraciones en la menstruación, pérdida de la libido. La anorexia puede ser aguda y la baja de peso grave, cuando el deprimido acusa aumento de apetito se trata de una depresión leve. El estreñimiento, frecuente, puede ser agudo, además, muchos antidepresivos provocan el estreñimiento como una reacción secundaria. Muchas veces se presenta el insomnio el sueño no se concibe sino hasta la madrugada, o se duerme pronto pero se despierta demasiado temprano, o bien se está despertando continuamente durante la noche, o al despertarse ya no se puede volver a dormir o al contrario se duerme demasiado, como si el deprimido quisiera huir de sus problemas. Sea como sea el sueño no proporciona descanso. Los dolores y malestares más frecuentes son cefaleas, neuralgias, resequedad de boca que se aumenta por los fármacos, sensaciones de opresión en el pecho, dificultad para engullir, muchas veces un solo síntoma es el dominante.⁵¹

En las mujeres no es raro que se presenten alteraciones menstruales prolongación del ciclo mensual con flujo más ligero, por ejemplo, en ocasiones la menstruación puede cesar por largos períodos de tiempo. Respecto a la pérdida de la libido, común y corriente, puede variar del simple no interés hasta una marcada obsesión contra el sexo.

⁵¹ Ídem

Rasgo de ansiedad: el deprimido sufre de tensión, sufre por temores vagos e inespecíficos, sufre preocupación por todo. En algunos casos padecerá de temblor y sudoración asociados con estados de ansiedad.

Variabilidad de los síntomas: depende mucho la variación del tiempo y de las circunstancias y, en un grado considerable, del mismo ambiente.

"Depresión autónoma", o sea aquella en la que el estado de ánimo es fijo, pase lo que pase, el enfermo sufre de la misma depresión, ésta es constante, los enfermos no se entretienen por nada, dan la sensación de que les es lo mismo estar solos que acompañados. Sin embargo, parece que la mayoría de los deprimidos sufren variaciones durante el día generalmente los despertares, los amaneceres, son los peores momentos.⁵²

2.5 Características Clínicas del Adolescente

La adolescencia es una etapa, periodo o estado que se presenta con características bien definidas en el desarrollo del hombre, aparece como un salto importante entre la infancia y la adultez; para algunos sociólogos, la adolescencia se considera como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los problemas de ser en función de si mismos y con relación a su grupo familiar. La mayoría de las investigaciones hechas en relación con las emociones en la adolescencia concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos, así también desde el punto de vista de la conducta observada se considera que el adolescente vive en una desubicación en el tiempo, convirtiendo el tiempo en un presente y en un activo en un intento de manejarlo.⁵³

⁵² Ídem

⁵³ Arminda, ABERASTURY de Pichon y M. KNOBEL. "La adolescencia Normal". Edit. Paídos. México, 1994. P163.

Durante esta época el desarrollo de las facultades cognoscitivas del adolescente le permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo. A esta edad se encuentra más preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres.

Sin embargo, lleva dentro de sí mismo y trasmite a la comunidad los sistemas internalizados de creencias familiares que aprendió en el hogar, de acuerdo a estas enfrenta la frustración de diferentes maneras y recurre a diversos mecanismos de defensa, pudiendo mostrar una reacción afectiva inicial ante las frustraciones o a la pérdida de bienestar. Se produce entonces la consolidación de los procesos adaptativos, de modo que el niño reacciona a la tensión de una manera característica y reiterativa.

El crecimiento cognoscitivo en la pubertad permite que el adolescente se evalúe desde el punto de vista moral.

En vista de las demandas impuestas por la vida puede sentirse indigno o falto de valores, siendo frecuente la disminución de la autoestima. El estado afectivo deja de ser una evaluación lógica y personal. Solo hacia el final de la niñez es posible observar en esta etapa episodios depresivos comparados con el adulto.

LAS DEPRESIONES DE LA ADOLESCENCIA IGUALAN A LAS DE LA EDAD ADULTA EN SEVERIDAD, LA SOBREPASAN EN AUTODESTRUCTIVIDAD Y MUESTRAN TODAVIA EL SELLO CARACTERISTICO DE SU CONCOMITANTE CON EL PROCESO DE DESARROLLO.⁵⁴

⁵⁴ Ídem

El adolescente piensa constantemente en el futuro, la idea del tiempo sobresale en el pensamiento. Para él todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que la provocan. Este exagerado énfasis entre el hoy y el mañana escapa a la seguridad del niño y está mitigado por la mayor experiencia del adulto. EL ADOLESCENTE SIENTE QUE TODO SE HA PERDIDO Y QUE NADA PUEDE REDIMIRSE EN CONSECUENCIA SE DEPRIME.

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida reaccionando de una manera dramática y terminable. Todos estos factores expuestos son los que llevaron a Anna Freud a plantear de que todos los adolescentes se encontraban en un estado de duelo y que en realidad añoraban los períodos de la niñez en donde las soluciones eran relativamente simples.⁵⁵

2.6 Depresión Adolescente con Fijaciones Edípicas

La reacción depresiva se caracteriza por una ausencia notable de conducta adecuada para esta fase del desarrollo y por una pronunciada inmadurez de la capacidad de duelo, en donde la hostilidad dirigida hacia los padres, se desvía hacia el adolescente y las tendencias de autodesprecio se relacionan en última instancia con el deseo de destruir la imagen idealizada de los padres, por quienes el niño se siente traicionado.

Entonces la hostilidad puede dirigirse hacia la imagen que ha perdurado del padre o hacia el mismo, lo que origina una conducta provocativa, contradictoria o intentos masoquistas y suicidas de enfrentarse a los afectos depresivos.⁵⁶

⁵⁵ Ídem

⁵⁶ Therese, BENEDEK. "**Depresión y Existencia Humana**". Salvat. España. 1982.

2.7 La Depresión en la Adolescencia con una Resolución Incompleta de la Separación-Individuación.

Con frecuencia existe una relación intensa con la madre que a veces produce un vínculo de tipo dependiente y simbiótico; en otras ocasiones se plantea como una relación sadomasoquista llena de ataques hostiles a la familia y a las autoridades externas. Malmquist describe a estos jóvenes como seres conscientes de sus necesidades de emancipación al mismo tiempo que luchan contra su incapacidad.

Frecuentemente son hipocondríacos o manifiestan perturbaciones psicósomáticas.

Se observa su actuación de la conducta, acompañado de violencia física y verbal, que se altera con una necesidad de apego para obtener seguridad y protección.⁵⁷

2.8 Psicoterapia de la Depresión

La etapa inicial del tratamiento es la más difícil, pero también la más importante, en donde es imprescindible el establecimiento de un buen rapport, ya que de ello dependen las posibilidades del éxito terapéutico, teniendo gran relevancia la flexibilidad del terapeuta para comprender las necesidades del adolescente deprimido. En la primera etapa es difícil hacer contacto, ya que el joven se encuentra absorto en un estado de ánimo y muchas veces no encuentra palabras para expresar sus sentimientos. El esfuerzo para comunicarse le parece enorme, dando la impresión de estar poseído y abrumado por una sensación de futilidad, impotencia y desesperación. De ahí que el terapeuta debe dar muestras de solidaridad, sin que ello signifique para el paciente la admisión de su impotencia.⁵⁸

⁵⁷ Ídem

⁵⁸ Silbano, T. ARIETI y Jules, BEMPORAD. "**Psicoterapia de la Depresión**". Edit. Paídos, México, 1993. Pp 116-121.

Cuando el terapeuta consigue establecer el rapport y demuestra su deseo de llegar, iniciándose así una relación terapéutica adquiriendo este último un valor significativo para el paciente, se forma de esta manera un equipo de trabajo en donde hay dos personas dedicadas a indagar y a modificar efectos nocivos de la depresión, ambas partes están comprometidas, pero asumen roles distintos. La nebulosidad, la incertidumbre, las dudas y el desaliento del paciente están comparados por la orientación y sensación de seguridad del terapeuta. Una vez resueltos los problemas iniciales el terapeuta debe indagar sobre las pérdidas sufridas. Quizás la pérdida no se refiere a hechos concretos, sino a valores simbólicos atribuidos a determinar cosas o acontecimientos. Un hecho insignificante para cualquier persona puede significar para el paciente la pérdida de la esperanza o una fantasía consciente o inconsciente que llenaba gran parte de su vida psíquica.⁵⁹

En todo trabajo terapéutico:

- 1.- Se debe tratar de aumentar la autoestima disminuida del paciente, intentando resolver el hecho que el adolescente no sienta que ir a terapia, corresponde a una debilidad del mismo para enfrentar sus problemas.
- 2.- Se debe elevar la confianza del paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas del yó, siendo este un procedimiento que va ligado al incremento de la autoestima.
- 3.- El terapeuta debe tratar de expresar los sentimientos que invaden al paciente, eligiendo un lenguaje suficientemente burdo; con este método de la catarsis mediata no se le exige al paciente que se haga responsable por la hostilidad expresada, haciéndola mas aceptada cuando el que asume la responsabilidad de su verbalización es el terapeuta.
- 4.- Dar apoyo asegurando al paciente que el terapeuta está a su disposición en cualquier momento, puede ser una maniobra terapéutica muy importante

⁵⁹ Ídem

sobre todo en los pacientes deprimidos fuertemente y con riesgos de suicidio.

5.- El guía puede desempeñar un papel de gran valor en el tratamiento de las depresiones y puede ser particularmente urgente cuando hay peligro de suicidio.

6.- Si el paciente continua en franco descenso de la autoestima y en donde existe una gran hostilidad es recomendable la realización de ejercicios violentos (pegarle a un saco de arena, boliche, etc.).⁶⁰

Siendo el suicidio en adolescentes bastante frecuente es importante diferenciar la psicodinámica del suicidio de otras depresiones. La expresión del deseo de dormir sin preocupaciones, los deseos orales se encuentran muy extendidos entre la gente y son probablemente los responsables de la frecuencia de los pensamientos suicidas que existen entre los adolescentes. Cuando esos deseos orales se acompañan de una gran cantidad de hostilidad en personas que tienen muy poca fuerza en el yó y un super yó severo es un elemento para que el terapeuta se preocupe y los mecanismos que generalmente operan son:

- 1.- El deseo de expiar un crimen real o imaginario.
- 2.- El deseo de reunirse con un compañero o amante, distante o muerto.
- 3.- El deseo de forzar el amor de otra persona.⁶¹

Por lo tanto, las motivaciones que pueden presentar un acto suicida no siempre siguen el mismo patrón, aunque el elemento de depresión es común en la mayoría de ellos. De cualquier manera, debemos reconocer que el gesto suicida, la idea de suicidio y la depresión misma, son siempre gritos de auxilio y que el terapeuta debe responder a su llamado.

⁶⁰ Ídem

⁶¹ Leopold, BELLAK y Leonard, SMALL. "**Psicoterapia Breve y de Emergencia**". Edit. Pax. México. 1990. Pp 142-146.

2.9 Depresión: un mal de nuestro tiempo

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión, ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.⁶²

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 depresión:⁶³

- 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.

En el análisis histórico de la depresión hay conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como es: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre/hijo, la regulación de la autoestima y finalmente una asociación normal entre agresión, hostilidad, super yo y culpa resultante.

⁶² “**Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**”. DSM IV 1195 Edit.

Masson S.A. p. 1

⁶³ Arminda, ABERASTURY de Pichon y M. KNOBEL. Loc. cit.

Thederese Benedeck demostró que la naturaleza de la constelación depresiva descansa en la psicología de la función procreadora y en los propios cuidados maternos "Constelación" que se entiende de acuerdo a las propias interacciones recíprocas entre la madre y el hijo.⁶⁴

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 vida, por lo tanto, es un fenómeno muy frecuente en los adolescentes, ya que la angustia afecta tanto al adolescente como al adulto.⁶⁵

2.10 La Familia

En relación a la depresión e intento suicida, la familia tiene un papel preponderante, ya que actúa como un protector de los integrantes de la misma y tiene la capacidad de relacionarse con el exterior⁶⁶

Si nos referimos al desarrollo potencial del ser humano la familia es reconocida como el primer contacto social donde se vincula el individuo desde la infancia y que corresponde a un sistema social primario que le acompaña durante toda su vida; mediante ella se adquiere una elevada carga emocional, y se forman las premisas naturales que inciden directamente en la creación de bases sólidas que garantizan la formación del sujeto. En su desarrollo aparecen crisis, las cuales pueden ser normativas o transitorias.⁶⁷

El sistema familiar consta de tres aspectos fundamentales: estructura, organización y funcionamiento.

⁶⁴ Therese, BENEDEK. Loc. cit.

⁶⁵ Silbano, T. ARIETI y Jules, BEMPORAD. Loc. cit.

⁶⁶ Lauro, ESTRADA Indy. Loc. cit.

⁶⁷ <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V4n300/particulari.htm> 29 de Enero del 2005

Desde el enfoque *estructural* la familia atraviesa por un ciclo de vida constituido por diversas fases: formación, extensión, contradicción y disolución. Y se incluyen dentro de este aspecto estructural a los siguientes tipos de familia: nuclear, extensa, ampliada, uniparental y combinadas, entre otras.

Desde el punto de vista *organizativo* se ve la participación de los integrantes de la familia en la toma de decisiones. Existen roles los cuales se identifican como patrones de conducta establecidos para el cumplimiento de las funciones familiares, es decir, cada integrante realiza determinada tarea.

Desde el punto de vista *funcional* la educación de los padres hacia los hijos dentro de la familia, corresponde a los estilos educativos, de ahí que surjan situaciones familiares inadecuadas: sobreprotección, permisividad, rigidez, consistencia, rechazo y conflicto; más adelante se hace mención de la disfunción familiar.

La comunicación cobra un papel fundamental pues se considera como un mecanismo cognitivo y afectivo que se realiza entre los miembros de la familia mediante mensajes verbales, que deben ser directos y claros.⁶⁸

2.11 Valores Familiares

Los valores son la fuerza fundamental de ese conjunto llamado familia, ya que las creencias de identidad o temperamento acerca de lo que es esencial y lo que no lo es, lo que es benévolo y lo que es malvado, lo que se considera benigno y lo que es maligno. "Los valores le dan significado y dirección a cada aspecto de la vida familiar".⁶⁹

⁶⁸ <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V4n300/particulari.htm> 29 de Enero del 2005

⁶⁹ [file:///A/Tareas Familiares - Valores ¿Que son.htm](file:///A/Tareas%20Familiares%20-%20Valores%20¿Que%20son.htm) 04 de Diciembre del 2004

Todos los seres humanos vivimos con una serie de valores fundamentales, los cuales fueron adquiridos desde nuestra infancia en el seno familiar.⁷⁰

El conjunto familiar tiene normas diferentes de los valores, las cuales tienen un cierto significado para cada conjunto. Entre los valores se pueden mencionar la honradez, lealtad, lazos de amistad los cuales son muy importantes porque fomentan la unión entre las personas.⁷¹

Los valores se crean y se llevan a cabo dentro del núcleo familiar, los hijos desde que van creciendo van aprendiendo y adquiriendo valores, claro que cuando ingresan a alguna institución educativa adquieren nuevos valores o los que aprendieron en su familia los afinan más, con el objetivo de poder socializarse de una forma más adecuada.

Posteriormente cuando los hijos pasan de la infancia hacia la adolescencia, adquieren nuevos valores pero con una gran diferencia que es la toma de decisiones morales por sí solos, los cuales a futuro se realizarán como unos excelentes adultos, alegres, con un gran intelecto, respetuosos, con una iniciativa de desarrollo para ser útiles contribuyentes a la humanidad.

Claro que el no tener estudios no es un indicativo que el sujeto tiene un nivel bajo de valores, ya que en el transcurso de su vida pudo tener crecimiento de valores o cambios de sus conceptos de valores.

Es importante hablar de la disfunción familiar, esta se puede presentar al haber una ruptura o pérdida en la familia, el adolescente sufre un cambio en sus valores los cuales pueden caer en un abismo e inclinarse hacia erróneos conceptos de conducta o de hechos.

⁷⁰ file:///A/Tareas Familiares - Valores ¿Que son.htm 04 de Diciembre del 2004

⁷¹ file:///A/Los valores familiares ...o con la temprana adolescencia.htm 04 de Diciembre del 2004

Al enfocarnos en el duelo, etapa en la cual el ser humano experimenta una pérdida, si ésta después de experimentar sus distintas fases, se logra superar dicha pérdida, entonces, el sujeto alcanzó un equilibrio, en la aceptación de la realidad; a continuación se mencionan algunas definiciones de duelo y cómo se observa en el adolescente:

Según Sara Quintero es el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo o un proceso para volver al equilibrio normal.

Son cuatro las fases del proceso de duelo:

- a) Experimentar pena y dolor
- b) Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento
- c) Experimentar apatía, tristeza y desinterés
- d) Reparación de la esperanza y reconducción de la vida

Tareas del proceso del duelo:

- a) Aceptar la realidad de la pérdida
- b) Sufrir pena y dolor emocional
- c) Ajuste al medio sin la persona desaparecida
- d) Quitar la energía emocional del fallecido reconduciéndola hacia otras relaciones

Según Bowlby, el duelo es la etapa que abarcan las relaciones del ser humano a las pérdidas del ser humano, incluyendo aquellas que dan resultado patológico y así mismo las consecutivas a una pérdida acontecida en la temprana infancia, esta implica que el sujeto que sufre la pérdida, pase por unos prolongados y dolorosos esfuerzos de recordar y de comprobar la realidad, lo cual es natural que suceda.

El duelo en los adolescentes, en la actualidad no es común el registro de muertes en la niñez o en los adultos jóvenes, al menos en las naciones

desarrolladas, el 6% de los adolescentes norteamericanos han perdido por lo menos uno de sus padres. Algunos han perdido a sus abuelos muchos de los cuales desempeñaban un papel importante en sus vidas; otros lamentan la muerte de hermanos, familiares y de amigos.

Los adolescentes experimentan muchos de los mismos sentimientos de dolor de los adultos, pero existen algunos aspectos especiales relacionados con la edad que dependen de su nivel de desarrollo emocional y cognitivo los cuales su dolor lo demuestran de una manera diferente. Varios factores adicionales también pueden dificultar que ellos acepten una muerte. Estos incluyen la pérdida a comienzos de su niñez o su adolescencia, una relación difícil con la persona muerta después de su fallecimiento, un padre sobreviviente conflictivo y de quien depende demasiado, los propios problemas emocionales y de comportamiento que registraba con anterioridad, la falta de suficiente apoyo emocional y de la comunidad, y una muerte inesperada en especial debida al homicidio o suicidio.

Los padres u otras personas responsables del joven pueden mitigar el dolor de una pérdida en muchas formas. Primero necesitan ayudarlos a entender que la muerte es definitiva, que ellos no la causaron con su mal comportamiento o malos pensamientos o que la muerte de otra persona no representa un peligro fatal para ellos además es necesario garantizarles a ellos que continuarán recibiendo cuidados de adultos que los quieren; al hablar con ellos, los adultos deberán usar la palabra muerte y morir. En la medida de lo posible resulta útil realizar algunos cambios en el entorno de los jóvenes, las relaciones y las actividades diarias; responder a sus preguntas en forma clara y honesta y compartir su propia tristeza, animarlos y hablar acerca de la persona fallecida, ya que de lo contrario pueden manifestar:⁷²

—

⁷² file:///A/Los valores familiares ...o con la temprana adolescencia.htm 04 de Diciembre del 2004

- a) Deterioro del rendimiento escolar, pérdida de concentración, desinterés, no hacer tareas, renuncia para asistir a clase
- b) Ataques de llanto
- c) Mentir
- d) Robar
- e) Nerviosismo
- f) Dolor abdominal
- g) Indiferencia
- h) Dolor de cabeza
- i) Fatiga

Los padres deben cimentar bien los valores en sus hijos una manera de hacerlo es observando lo siguiente:

- "La manera en que ellos se relacionan entre sí
- Lo que ellos hacen en su tiempo libre
- La forma en que gastan su dinero
- La manera en que se visten
- Lo que ellos comen"⁷³

2.12 Violencia Familiar

Lo ideal es evitar conflictos en el interior de la familia como el divorcio, ya que los adolescentes con seguridad son los que van a sufrir al paso de unos años.

Otra forma de llegar a perjudicar al adolescente es el desarrollo de violencia intrafamiliar la cual se da cuando hay un acto que causa daño al cuerpo, la mente y a las emociones de cada miembro de la familia y se clasifica en:

- Violencia física: es todo acto que causa daño de forma corporal se puede manifestar de forma leve como pequeños moretes o grave como dañar alguna parte del cuerpo.

⁷³ file:///A/Tareas Familiares - Valores ¿Que son.htm 04 de Diciembre del 2004

- **Violencia psicológica:** es cuando por medio de acciones se pretende degradar y tener control de las personas, por medio de acciones que impidan el desarrollo integral, también se incluyen las formas de violencia verbal.
- **Violencia sexual:** es el acto adjunto a una amenaza o intimidación en la que hay roce corporal e incluso relaciones sexuales, sin el consentimiento de la persona agredida, hay manipulación y engaño.
- **Violencia patrimonial:** es cuando hay deterioro, extravío o retención de objetos, bienes y valores.

Sin embargo, cabe señalar que los integrantes de la familia más maltratados son, la mujer de cualquier edad, luego los ancianos, posteriormente los niños y las personas discapacitadas. Todo esto se da por querer tener el poder y el control de los miembros de la familia, en la que intervienen los patrones de crianza.⁷⁴

2.13 Familia Funcional

Cuando en la dinámica familiar los resultados de sus interacciones se establecen de una manera armónica, donde cada individuo tiene muy claro su papel, así como su relación psicoafectiva se comporta como una familia funcional.

A la capacidad de una familia para cumplir con estas funciones se le llama funcionalidad familiar y puede ser valorada con un cuestionario muy simple conocido como APGAR FAMILIAR.

⁷⁴ file:///A/Violencia Intrafamiliar.htm 11 de Diciembre del 2004

El Cuestionario APGAR FAMILIAR (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smikstein para explorar la funcionalidad familiar. Consta de cinco cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2, su rango es por tanto de 0 a 10. Se ha propuesto una puntuación de >6 como funcional y < o igual a 6 como disfuncional.⁷⁵

El Acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

En comparación con otras escalas similares (CES, Mc Master, FACE III, Pless-Saftewhite), presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols.

Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar, se ha utilizado en diversos estudios para la valoración familiar.

La salud familiar tiene varios indicadores:

-Manejo del conflicto: Conductas y aptitudes con las que se abordan los conflictos que se presentan en la familia.

-Cohesión: Satisfacción que se consigue mediante la cercanía de los miembros de la familia.

-Manejo del liderazgo: Es la distribución que existe en la familia sobre la toma de decisiones y su seguimiento.

-Expresividad afectiva: Es la percepción de sentimientos de cercanía, de expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos y la facilidad con que se expresan la calidez y el afecto.

⁷⁵ Luna del Castillo JD; et. al. "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar". Atención Primaria. 1996; 18(6): 289-90

2.14 En relación con lo anterior, habrá que señalar que existen Diversos Tipos de Familia:

- Familia punalúa: La comunidad consanguínea compuesta por cierto número de miembros en función de sus recursos, comienza a subdividirse en otras nuevas comunidades, nacidas de la separación de los hijos e hijas en familias diferentes; Uno o más grupos de hermanos se convierten en el núcleo de una comunidad.⁷⁶
- Familia nueva. De la familia consanguínea surge así, la forma de familia llamada por Morgan punalúa, que quiere decir compañero, consocio etc.
- Familia sindiásmica: Es la unión conyugal por parejas basada en la costumbre, que se va consolidando, al mismo tiempo se exige la más estricta fidelidad a las mujeres mientras dura la vida en común; sin embargo, el vínculo conyugal se disuelve con facilidad, quedando los hijos al lado de la madre.
- Familia monogámica: Nace de la familia sindiasmica, aparece dentro del periodo de la civilización, se funda con el predominio del hombre, procrea a sus hijos cuya paternidad es indiscutible, en la monogamia aparecen los hogares individuales para cada pareja.
- Familia con hijos adultos: Hay una transferencia gradual de responsabilidades a las siguientes generaciones.
- Familia compuesta: La presencia de personas no ligadas por parentesco.
- Familia extensa: Es aquella formada por el conjunto de ascendientes y descendientes, colaterales y afines de una familia nuclear (hay más de dos generaciones).

⁷⁶ Francisco Aurelio, GOMEZ Jara. "Sociología". Ed.24ª. Edit. Porrúa. México. 1993. P115-125.

- Familia nuclear: Es la elemental, simple o básica, constituida por el varón, su mujer y los hijos. Es la familia biológica, con lazos de consanguinidad (hijos y de afinidad esposos).⁷⁷
- Familia integrada: Es aquella que interactúa con coherencia y adecuación recíproca ante un sistema social.⁷⁸
- Familia desintegrada: Es la que sus miembros no se hallan suficientemente unidos y su identidad ha sufrido un grave deterioro.
- Familia posmoderna: Es la que se observa en nuestros días, es aquella que muestra alta desorganización y desintegración, manifiesta la crisis, con una pérdida de identidad.

Si la familia es el pilar de la sociedad en la que vivimos, es importante plantear que cada familia tiene categorías útiles para estudiar tales como:⁷⁹

- a) "La capacidad que tiene para reconocer y resolver problemas emocionales
- b) La intensidad y calidad de la comunicación
- c) La clase y graduación de la expresión afectiva
- d) El nivel de autonomía que se permite a sus miembros
- e) La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de la familia."

La familia tiene objetivos que de alguna forma le ayudan a resolver algunos de sus problemas y a mantener cierta estabilidad emocional. Estos objetivos los podemos dividir en los siguientes:

- "Resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo.
- Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro."

⁷⁷ file:///A/Tareas Familiares - Valores ¿Que son.htm 04 de Diciembre del 2004

⁷⁸ Francisco Aurelio, GOMEZ Jara. Loc. cit.

⁷⁹ Lauro, ESTRADA Indy. Loc. cit.

3. FACTORES DE RIESGO

La mayoría de los autores han definido a la *adolescencia* como la *edad del cambio*, etimológicamente significa *crecer*. Es el periodo en el que se da un conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales.

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* la define de la siguiente manera:

*“Etapa evolutiva específica del crecimiento y desarrollo del ser humano, de la que es necesario destacar los aspectos conflictivos más comunes y las variaciones en forma de periodos de crisis biopsicosociales para el progreso hacia la juventud y la etapa adulta”*⁸⁰

Aunque han sido discutidas las fronteras de su inicio y término, la categoría más aceptada ha sido la propuesta por la OMS, que va de los **10 años** a los **19 años** de edad.

3.1 Sexo

Generalmente los padres son más dados a dar información sobre los detalles biológicos reproductivos que en hablar sobre lo que más importa: los valores que gobiernan sus actitudes sobre la sexualidad.⁸¹

Casi todos los estudios realizados sobre la salud mental indican que las mujeres predominan a tener más trastornos psicopatológicos. Las mujeres son, por lo menos, dos veces más propensas a padecer depresión que los hombres. Desde hace mucho tiempo y en diversas culturas, se ha destacado como hecho notorio la

⁸⁰ Berta Lidia, NUÑO Gutiérrez; et. al. **“Mitos y expectativas de los adolescentes sobre la utilización de los servicios de salud”**. Rev. Med. IMSS 1998; 36 (1); pp.13-20.

⁸¹ file:///A/Los valores familiares ...o con la temprana adolescencia.htm 04 de Diciembre del 2004

depresión asociada a la maternidad. Se trata de una representación que liga a las mujeres indisolublemente a su función reproductora y al rol maternal. Con ello se legitima y naturaliza el fenómeno de la depresión.⁸²

Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es de 2 mujeres por un hombre. En nuestro país la encuesta Nacional de Salud Mental (1988) mostró una prevalencia de los trastornos depresivos más severos en 3.9% de la mujeres y en 2.2% de los varones. Un estudio reciente en la zona sur de la cd. de México muestra que 5.7% de la población sufre de trastornos depresivos, y 3.7% de depresiones graves o de distímia. Ambos son más frecuentes en las mujeres.⁸³

Por otra parte, como ya se indicó en los datos anteriores, la depresión es un padecimiento más frecuente en la mujer. En una revisión realizada por M. Weissman y G. Klerrnan en más de 30 investigaciones llevadas a cabo a lo largo de 40 años, se encontró que este trastorno se presentaba en 1.6 a 2.4 mujeres por cada hombre. Las explicaciones dadas para esta diferencia han considerado desde la forma más abierta de expresión de la sintomatología por las mujeres hasta la susceptibilidad biológica (genética y endocrina) y otros factores psicosociales.⁸⁴

⁸² Mabel BURIN; et. al. "**Género, Psicoanálisis y Subjetividad**". Edit. Paidós. México. 1996. pp. 267-271

⁸³ María Asunción LARA. "**Un Estudio de Factibilidad sobre la Prevención de la Depresión en las Mujeres**". Rev. Salud Mental. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 22. Núm. 4, Agosto de 1999. pp. 42, 43

⁸⁴ file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

Los adolescentes forman muy rápidamente vínculos intensamente emocionales. Durante su humor eufórico, se sienten encariñados con todo el mundo de su entorno. Se *enamoran* en cuestión de minutos y de una serie de personas y se preocupan por el sexo.⁸⁵

3.2 Edad

En relación con la edad, se ha pensado tradicionalmente que el riesgo de depresión se incrementa con el tiempo de la vida de un sujeto. Sin embargo, los resultados de varios estudios han mostrado una prevalencia considerablemente más alta en personas jóvenes que en ancianos, sugiriendo que en esta centuria la depresión se ha incrementado y la edad de inicio de la misma ha decrecido.⁸⁶

Pese a lo que se pueda creer, la juventud mundial no está exenta de la depresión, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud revelaron que el 5% de niños y adolescentes estadounidenses, entre los 9 y 17 años de edad, padece depresión.⁸⁷

Finalmente, el organismo revela que la depresión junto con la esquizofrenia, son enfermedades que en todo el mundo padecen 45 millones de personas mayores de 15 años, y son responsables del 60 por ciento de todos los suicidios a nivel mundial.

⁸⁵ Bases filosóficas de la enfermería en salud mental. "La enfermería ha evolucionado durante muchos años". La declaración de política social. 1980. p. 430

⁸⁶ file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

⁸⁷ file:///A:/En el mundo, un millón de personas padecen depresión.htm 04 de Diciembre del 2004.

3.3 Escolaridad

En un estudio realizado en (Granada) España, analizaron el rendimiento académico, los síntomas depresivos, la edad y el sexo de centros escolares públicos con alumnos de 12 y 16 años de edad, 123 hombres y 141 mujeres, aplicaron la escala de Depresión Children's, obteniendo que la presencia de síntomas depresivos se asociaba estadísticamente al peor rendimiento escolar, las mujeres presentaron una relación lineal, es decir, más síntomas depresivos a peor rendimiento escolar, y entre más edad más síntomas depresivos.⁸⁸

3.4 Estado Civil

Al intensificarse la depresión, puede producirse una separación severa de los miembros de la familia y el repudio de todas las relaciones significativas. Como ya se mencionó anteriormente el índice de depresión es más elevado en mujeres que en hombres, se puede observar que el estrés domina a las madres solteras. Con el elevado índice de divorcios, hay un aumento en el número de padres solteros, el 85 de cada 100 son mujeres, estas mujeres deben de tratar las preocupaciones económicas, problemas de paternidad, soledad y falta de relaciones de apoyo de adultos.⁸⁹

La pérdida de un ser querido se puede deber a una serie de eventos vitales como, la muerte, la separación marital, o el divorcio; que los hijos se vayan de casa, generalmente estas pérdidas tienen como consecuencia un duelo el cual es una experiencia dolorosa que al paso del tiempo llega a la recuperación emocional en los adolescentes. La sociedad reconoce la muerte o el divorcio como una razón "legítima" para el duelo y la depresión.⁹⁰

⁸⁸ Mercedes, PRADOS Cuesta, "**Equipos de Orientación Escolar**". España. 2003. pp. 15-19

⁸⁹ Bases filosóficas de la enfermería en salud mental. "La enfermería ha evolucionado durante muchos años". La declaración de política social. 1980. p.431

⁹⁰ John, PRESTON. "**Como Vencer la Depresión**". Edit. Pax. México. 1995. pp. 57-61

3.5 Nivel Socioeconómico

Los valores que se les inculcan a los hijos deben ser buenos ya que estos son importantes, sabemos que los hijos se guían por las palabras y hechos de sus padres, el dinero y las posesiones también moldean las actitudes de los hijos. Es importante que los padres cumplan con las necesidades de los hijos, siempre cubriendo las necesidades y no lo que quiera.⁹¹

Naturalmente los padres comparten información y dan consejos que encuadren con sus valores morales y religiosos.

En la familia cuando se desarrolla la violencia patrimonial, se causa daño, pérdida, disminución o retención de objetos, documentos, bienes y valores.⁹²

Las familias Venezolanas se encuentran atravesando un importante proceso de crisis a causa de la situación socioeconómica actual, lo que conlleva a un virtual proceso de debilitamiento de sus valores.⁹³

3.6 Cambios en el Ambiente Familiar

En la dinámica familiar los resultados de sus interacciones se establecen de una manera armónica, donde cada individuo tiene muy claro su papel, así como su relación psicoafectiva se comporta como una familia funcional. A la capacidad de una familia para cumplir con estas funciones se le llama funcionalidad familiar.⁹⁴

⁹¹ file:///A/Los valores familiares ...o con la temprana adolescencia.htm 04 de Diciembre del 2004

⁹² file:///A/Violencia Intrafamiliar.htm 11 de Diciembre del 2004

⁹³ file:///A/Apgarfamiliaryadolescencia.htm 23 de Octubre del 2004

⁹⁴ Luna del Castillo JD; et. al. "**Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar**". Atención Primaria. 1996; 18(6): pp. 289-90

La disfunción familiar constituye un factor pre-disponente en la aparición de trastornos emocionales y psicológicos, expresados con conductas dañinas para el adolescente, como deserción escolar, depresión, suicidios y otros.⁹⁵

3.7 Actitud Familiar

La familia como institución, necesita existir y progresar, teniendo en la actualidad múltiples factores que intervienen modificando y alterando su evolución, exponiéndola cada día al riesgo de la desintegración, por lo que se considera como una institución en crisis, la cual busca su sobre vivencia.⁹⁶

También, los problemas de salud pueden ser evaluados de acuerdo con la tasa de incapacidad social. Entre 27% y 35% de los pacientes con depresión presentan incapacidad social grave, quiere decir que una gran proporción de estos sujetos no esta en posibilidad de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, social y laboral.⁹⁷

El humor en la depresión comienza con una sensación de bajo ánimo. La estimulación de la familia y amigos y otras experiencias agradables pueden a veces elevar el humor del adolescente.⁹⁸

Durante un periodo de depresión leve o moderada, los adolescentes tienen una tendencia aumentada a llorar en situaciones que normalmente no provocarían las lágrimas, ya que en la depresión grave por lo regular hay una ausencia de llanto es como si no se tuviese la energía suficiente para derramar lágrimas.

⁹⁵ file:///A:/Apgarfamiliaryadolescencia.htm 23 de Octubre del 2004

⁹⁶ file:///A:/Apgarfamiliaryadolescencia.htm 23 de Octubre del 2004

⁹⁷ file:///A:/Depresión.htm 15 de Abril del 2005

⁹⁸ Bases filosóficas de la enfermería en salud mental. "La enfermería ha evolucionado durante muchos años". La declaración de política social. 1980. pp. 428-430

Se pierden los vínculos emocionales; comenzando por la disminución de cariño por los miembros de la familia. Los valores y la ética que se tienen en un humor normal no parecen influir en la conducta del adolescente.⁹⁹

Finalmente, debe mencionarse que es tarea de todos conocer nuestros propios patrones de conducta y estar abiertos a las opiniones de las personas que conviven con nosotros, ya que muchas veces el problema radica en la autoceguera ante nuestro patrón de crianza y ante nuestra forma de relacionarnos con los demás.¹⁰⁰

⁹⁹ Ídem

¹⁰⁰ file:///A/Violencia Intrafamiliar.htm 11 de Diciembre del 2004

4. LA PARTICIPACIÓN DE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EN LA INVESTIGACIÓN

Hemos visto a lo largo de la carrera que la Investigación en Enfermería se ha definido de diferentes formas, la bibliografía especializada sobre el tema nos refiere diversos conceptos, pero todas coinciden en los elementos que lo conforman.

Un artículo que habla sobre "***La cultura de la investigación en enfermería***" realizado por la Maestra Teresa Sánchez Estrada; quién es Coordinadora de Investigación en la ENEO, comenta que desde hace casi 25 años o más, se ha incorporado la metodología en el proceso de la Enfermería para la asistencia clínica y que particularmente en la metodología de la Investigación, se ha mostrado un entusiasmo en los alumnos de cursos posttécnicos y de los complementarios al nivel de licenciatura y quien con su amplio dominio en la práctica han planteado problemas trascendentales para la Investigación.¹⁰¹

Comenta que muchas profesoras en Investigación en Enfermería se formaron, aprendieron y comprendieron conjuntamente con los alumnos el ritmo y la intensidad que debe de tener el investigador.

Pero la experiencia en el área -según dicho artículo- fue en su momento un semillero de talentos y constituyó un movimiento de sensibilización, el más fuerte que la Enfermería Mexicana haya hecho antes en favor de la Investigación.

¹⁰¹ Teresa, SÁNCHEZ Estrada. "**La cultura de la investigación en Enfermería**". Rev. Enfermería. 1999; 7(2): 75-76.

Refiere en artículo la manera en que se realizaba Investigación, en donde algunas veces se construía de manera inmediata el instrumento sin antes definir las variables de estudio, al igual como las experiencias para construir el marco teórico en donde el apoyo bibliográfico era aparte de insuficiente no tenían una redacción correcta. También nos refiere de las épocas en las que no se distinguía la similitud entre *título de trabajo* y *pregunta de investigación*.

Menciona que de los estudios de Investigación: el 80% de los fenómenos requiere ser abordado mediante estudios descriptivos realizados por personal de pregrado, 15% por estudios explicativos y sólo 5% predictivos; y que corresponde tanto a los estudiantes o personal de nivel de posgrado el estudio de fenómenos de complejidad y profundidad explicativa y predictiva.

Es sabido que el Profesional en Enfermería participa activamente en diversas áreas, esto es: en la *DOCENCIA*, en la *INVESTIGACIÓN* y en la *ASISTENCIA* de la *ADMINISTRACIÓN* además de su participación a nivel *INSTITUCIONAL EN EL AREA DE LA SALUD* tanto en el sector público como privado en el Primer, Segundo y Tercer nivel de atención.

Resulta pues importante resaltar el modelo de Peplau el cual dice que el personal de enfermería debe de interactuar con el paciente. La enfermería es “un importante proceso terapéutico interpersonal” entre la enfermera(o) y el paciente que actúa como fuerza de maduración e instrumento formativo. De estos dos últimos puntos se desprende que la enfermería está relacionada con el desarrollo y con la formación, y es en este sentido que se produce la evolución. A través del proceso interpersonal, la enfermera(o) y el cliente exploran las reacciones del cliente ante las circunstancias del problema de salud. El problema psicológico y la comunicación son dos conceptos básicos del modelo de Peplau. Esta sostiene que los problemas psicológicos son una fuente de energía relacionada con el desarrollo, la fuerza conductora que promueve el crecimiento biológico y psicológico. Cuando un adolescente percibe una comunicación que de algún modo constituye una amenaza para su

seguridad biológica o psicológica, experimenta ansiedad. Inicialmente, ésta puede promover que el individuo la afronte eficazmente a través de una mayor concienciación y una mejora de su actuación. Sin embargo, un aumento de la ansiedad puede interferir en la capacidad para valorar la realidad y para interpretar adecuadamente la comunicación. En consecuencia, la persona puede responder preocupándose por las manifestaciones físicas de la ansiedad y por la propia reacción de ansiedad o bien huyendo del mundo real.¹⁰²

Ambas respuestas se consideran problemas de salud, las consecuencias de la enfermedad, especialmente acudir a un hospital, determinan que la persona se comporte de una forma que es característica de la inmadurez. Es en este sentido de regresión que se demuestra la idea central de desarrollo. Para ponerse bien, la persona debe crecer a fin de superar esta etapa inmadura.

La comunicación se considera un elemento clave en el desarrollo. Debe señalarse que la comunicación se usa aquí en su sentido más amplio, no consiste meramente en dar instrucciones o información ni se relaciona sólo con la comunicación verbal. La importancia de la comunicación para cada persona es evidente si reconocemos su influencia en la percepción de la realidad y en la comprensión de los demás y de sí mismo.

El propio proceso interpersonal recibe mucha atención en el modelo de Peplau, este identifica cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

Orientación

En esta fase, la enfermera hace que el paciente sea consciente de la disponibilidad de ayuda.

¹⁰² Betty, KERSHAW; et. al. "Modelos de Enfermería". Edic. Doyma. México. 1998. Pp. 103,

Identificación

La enfermera facilita la expresión de sentimientos por parte del paciente, sin rechazarlos como persona. El paciente puede responder de una de estas tres formas: como persona independiente y aislada de la enfermera, como persona independiente en relación con la enfermera o como persona totalmente dependiente de la enfermera.

Aprovechamiento

Es la fase más activa de la relación. La enfermera, por medio de la comunicación, ayuda al paciente a percibir de forma realista la situación problemática.

Resolución

En esta fase final, el paciente se deshace de la relación como persona independiente.

De esta conceptualización del proceso interpersonal se desprenden dos puntos:¹⁰³

El primero es que en una relación entre una enfermera y un paciente concreto puede no ser posible progresar más allá de la orientación o identificación.

El segundo es que la naturaleza de un problema particular del paciente puede ser de resolución tan compleja que no resulte posible. La fase de aprovechamiento puede continuar durante algún tiempo, quizá durante toda la vida.

La Investigación en Enfermería proporciona una serie de beneficios indudables, tanto de tipo *social* (mejora de la imagen y prestigio social de la enfermera(o), como *profesional* (incremento de la capacitación profesional, desarrollo de una actitud crítica frente a los problemas con capacidad para dudar y preguntar) y *personal* (satisfacción).

¹⁰³ Ídem

Sin embargo, pocos Profesionales de la Salud dedican parte de sus energías para la investigación. Si entendemos como INVESTIGACIÓN un proceso de búsqueda y generación de conocimientos que den respuesta a preguntas derivadas de la actividad diaria, se dice que sólo existen dos límites de la Investigación en Enfermería: ¹⁰⁴

1. La propia ambición, capacidad e inteligencia del investigador.
2. La necesidad de que la investigación se base en el método científico.

Las preguntas de investigación surgirán del trabajo y de la actividad diaria. El ámbito de investigación debe estar centrado, por tanto, el entorno que nos rodea, aquel en el que realizamos nuestro desarrollo profesional: en cuidados, en docencia, en evaluación de servicios. Como profesionales tenemos la obligación de comprobar que nuestra práctica (clínica, de salud pública, epidemiológica, administrativa o docente) se basa en evidencias y no en repetición de tradiciones. Estos problemas a los que nos enfrentamos en nuestra práctica han de tener una mejor respuesta cuando el investigador, es responsable de dar respuestas a las cuestiones planteadas, es un grupo multidisciplinario.

La investigación de Enfermería tendrá futuro si se demuestra la capacitación como investigadores, paralelamente a la de otros investigadores de ciencias de la salud. Si existe una investigación para enfermeras(os), tendremos poco que hacer. Debemos hacer Investigación de alta calidad.

Tampoco se debe de pensar que investigar es cosa exclusiva de los profesionales de la investigación.

Se debe de investigar sin poner límites a los conocimientos de las enfermeras(os).

¹⁰⁴ <http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades//IIcongreso/inv.pdf> 21 de mayo del 2005

Todo el mundo, con mayor o menor acierto, puede hacerlo. Como para cualquier otra actividad, se necesita conocer las reglas. Por último, seamos conscientes de que investigar es difícil y lo es para todo el mundo.

Las características deseables de las Investigaciones de Enfermería son:

- Lo primero no dañar.
- De utilidad social.
- Respetar el aforismo hipocrático.
- Poco iatrogénicas.
- Son de bajo costo.

Se centran en lograr un mayor bienestar.

Actualmente el Profesional de Enfermería ha tomado parte activa en los programas de Promoción para la Salud tanto en individuos sanos como enfermos, y en el área de la *INVESTIGACIÓN*. Existen importantes aportaciones en el área de la Investigación realizada por parte del área de Enfermería tanto en instituciones públicas como privadas, en la zona urbana como rural, y es importante puntualizar que la constante preparación el área de la Enfermería y el impulso de la Investigación en la misma, el cual de este modo mejorará la calidad en la atención, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, para el bien de la sociedad y de nosotros mismos como Profesionales de la Salud.

4.1 Rol de Enfermería

Los roles son patrones de conducta adecuados a situaciones y personas en particular. Los roles no existen aislados sino que adquieren su significado dentro de un contexto interpersonal. Dentro del proceso de enfermería, se utilizan múltiples roles para ayudar a los adolescentes a crecer y cambiar. Los roles a utilizar en un momento en particular se deciden sobre la base de las actuaciones planeadas. Dentro de la variedad de roles, las enfermeras(os) deben esforzarse, porque haya una coherencia general en la conducta, lo que podrá ayudar especialmente a promover el crecimiento de los adolescentes. ¹⁰⁵

Rol profesional. Dentro de la relación enfermera-paciente, enfermería deben actuar en un rol profesional más que en un rol social con los adolescentes. Los roles sociales son recíprocos en que ambos participantes esperan que sus necesidades individuales se cubran tan completamente como sea posible. El rol profesional, por otra parte, existe para los pacientes, y el enfoque está en las necesidades de dichos adolescentes. Para disminuir el potencial de dependencia insana, las enfermeras(os) deben intentar conscientemente no cubrir todas las necesidades. En el rol profesional, la enfermera(o) y el paciente trabajan juntos como un equipo; forman una alianza terapéutica, cuyo objetivo es ayudar al crecimiento y adaptación del adolescente a su medio.

4.2 Planificación de Cuidados en Adolescentes Depresivos

Los objetivos y pautas de actuación de enfermería en el plan de cuidados de pacientes depresivos son los siguientes: ¹⁰⁶

Objetivos

A corto plazo:

- Evitar que el paciente se autolesione o suicide.
- Establecer y mantener un buen funcionamiento biológico (nutrición, hidratación, eliminación, ritmo sueño-vigilia, etc.).
- Facilitar una adecuada higiene personal y autoimagen.
- Promover la expresión verbal y no verbal de los sentimientos.
- Canalizar la posible hostilidad de forma segura e idónea.

¹⁰⁵ Karen, Lee FONTAINE; et. al. "Enfermería Psiquiátrica". 2ª. Ed. Edit. Interamericana. México. 1993. Pp. 23.

¹⁰⁶ Julio, BOBES García. "Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica". Edit. Síntesis. Ejem. 3. España. 2000. Pp. 173,174.

- Orientar al paciente hacia la realidad.
- Recuperar e incrementar el nivel de autoestima.
- Cumplir y administrar correctamente la pauta terapéutica.

A largo plazo:

- Ayudar a elaborar o aceptar la "pérdida", si existe.
- Facilitar la solución de la conflictividad interna.
- Aumentar el nivel de autoestima.
- Facilitar el restablecimiento de relaciones sociofamiliares.
- Estimular la elaboración de planes futuros.
- Promover y reforzar incrementos de actividad diaria.
- Facilitar y orientar soporte emocional.
- Monitorizar los tratamientos psicofarmacológicos y los controles hematológicos periódicos.
- Mejorar el nivel de comprensión de las características de la enfermedad por parte del paciente y su familia.

Pautas de actuación¹⁰⁷

- Establecer un espacio seguro y tranquilo, con el fin de evitar riesgos de autólisis y de desesperación del paciente.
- Asegurar la ingesta de líquidos y otros nutrientes, lo más adecuados posible para la masticación perezosa y la eliminación dificultada, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.
- Registrar todas las ingestas y eliminaciones, con objeto de evitar constipaciones.
- Facilitar un sueño reparador nocturno programando una adecuada actividad diurna, evitando largas estancias en la cama o reposo y sobre todo la existencia de tiempos sin estructurar. Por otra parte se ha de limitar, la ingesta de xantinas (café, té, etc.).

¹⁰⁷ Ídem

- Facilitar el nivel de comunicación colaborando en el vestido e higiene, procurando una buena imagen. Debe suplirse al paciente en los autocuidados únicamente cuando sea totalmente necesario.
- Para conseguir un buen nivel de relación terapéutica se ha de asignar el mismo personal terapéutico para cada paciente, procurando utilizar un bajo tono de voz y un discurso comunicacional poco denso, utilizando los silencios en consonancia con la bradipsiquia del paciente. Al principio de la comunicación terapéutica deben evitarse las frases complejas y los mensajes indirectos.
- Con el fin de lograr un buen nivel de autoestima, se ha de gratificar sistemáticamente cualquier progreso habido, por mínimo que sea, y facilitar un mayor grado de incorporación a las actividades grupales y/o de terapia ocupacional.
- Ayudar al individuo a procesar la "pérdida" y establecer un correcto duelo facilitando la expresión verbal y no verbal de los sentimientos y la comprensión de lo universal y frecuente de la situación depresiva.
- Facilitar el cumplimiento terapéutico, vinculando estrechamente la medicación antidepresiva y sales de litio, con la resolución del episodio depresivo y con la evitación o disminución de recurrencias o recaídas.

La OMS, en su CIE-10 de asistencia primaria, recomienda tener presentes para los trastornos del humor las siguientes pautas informativas y de asesoramiento.

- *Información esencial para el paciente y la familia:*
 - Existen tratamientos efectivos disponibles.
 - Cambios del humor inexplicables son signos de enfermedad mental.
- *Asesoramiento específico para el paciente y la familia:*
 - Interrogar acerca del riesgo de suicidio, para saber si el paciente está seguro de no llevar a cabo ideas de suicidio. Puede ser necesaria una supervisión estrecha realizada por la familia o amigos.
 - Durante episodios maníacos: Evitar confrontaciones, excepto las necesarias para prevenir actos peligrosos. Recomendar precaución en el momento de comportamientos impulsivos o peligrosos.

- Durante episodios depresivos: Oponerse al pesimismo y autocrítica, no tomar decisiones basadas en ideas pesimistas. No concentrarse en pensamientos de culpa o negativos. Establecer un plan de actividades a corto plazo que proporcionen distracción o autoconfianza.

4.3 Actuaciones del Equipo de Enfermería en la Asistencia a Domicilio

1. Realizar el seguimiento del paciente para evaluar el resultado de los cuidados y tratamiento aplicados y así poder readecuar las actuaciones al estado de sus necesidades.
2. Detectar y reconducir a los enfermos que dejan de acudir a las visitas programadas.
3. Reforzar la vinculación con el centro de asistencia primaria en salud mental, para garantizar el seguimiento.
4. Asegurar la detección precoz de posibles reagudizaciones, para poder así intervenir eficazmente.
5. Realizar intervenciones terapéuticas fundamentalmente educativas y de apoyo en el marco del medio familiar.
6. Proporcionar medios para la utilización de los recursos personales del enfermo y de la familia, ayudando a conseguir un nivel de funcionamiento familiar óptimo y saludable, de acuerdo con las circunstancias y posibilidades presentes y futuras.
7. Recoger los datos clínicos en el marco en que se generan valorando el contexto en que se dan con el fin de ofrecer la atención adecuada a cada caso.
8. Ayudar al paciente/adolescente y a su familia a afrontar de forma adaptativa las situaciones de cambio y de estrés que puedan ocasionar un trastorno en la dinámica familiar, así como a tomar conciencia de las respuestas inadaptativas

que utilizan habitualmente.

9. Intervenir en las “situaciones de crisis” disminuyendo el impacto que puedan producir y proporcionando apoyo a las respuestas adaptativas, de acuerdo con la persona y situación.¹⁰⁸

4.4 La Familia como Paciente

El punto de interés central de las enfermeras(os) al trabajar con las familias es la prevención de las enfermedades y el mantenimiento y promoción de la salud. La enfermera(o) ayuda a la familia a mantener y/o incrementar la salud, lo cual contribuye a su vez a la habilidad del grupo para desempeñar sus funciones. Sin lugar a dudas, el nivel en el que una familia desempeña sus funciones tiene implicaciones importantes, para su salud y bienestar.¹⁰⁹

4.5 Actuaciones del Equipo de Enfermería de Salud Mental en la Comunidad

- a) Elaborar y/o participar en el desarrollo de programas de salud mental.
- b) Identificar los agentes estresantes y factores de riesgo que afectan la población en la comunidad (ruidos, contaminación, falta de espacios libres, etc.).
- c) Realizar “educación sanitaria en salud mental” a la población mediante charlas divulgativas, conferencias o cursos sobre autocuidados y habilidades sociales, así como aprovechamiento de recursos existentes.

¹⁰⁸ Dolores, GARCÍA Vilchiz; et. al. “**Perfil de la Enfermera Especialista en Salud Mental y de la Auxiliar de Enfermería Psiquiátrica**”. Edit. Masson. España. 1995. Pp. 30,31.

¹⁰⁹ Catherine, W. Tinkham y Eleanor, F. Voorhies. “**Enfermería Social, Evolución y Procedimientos**”. Edit. Limusa. México. 1986. Pp. 145.

- d) Realizar asesoramiento directo a las escuelas, empresas, asociaciones de vecinos y otros centros de la comunidad.
- e) Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas que se lleven a cabo y que estén a nuestro alcance. ¹¹⁰

¹¹⁰ Dolores, GARCÍA Vilchiz; et. al. Loc. cit.

5. JUSTIFICACIÓN

La depresión desde la adolescencia es una enfermedad mental que va en aumento en todos los países del mundo. A nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen cerca de 180 millones de enfermos mentales.

En la Republica Mexicana existen aproximadamente 4 millones de habitantes que padecen depresión en la actualidad.

Los adolescentes que presentan algún tipo de depresión o su grado extremo el intento suicida, se da por diversos factores entre los que se destacan la crisis económica, social, cultural, política y la vida intrafamiliar, ya que existe poca información relacionada a la depresión en adolescentes y los aspectos relacionados con la familia, amigos y las instituciones educativas.

Expuesto lo anterior considero que es importante apreciar que la depresión en la adolescencia es una entidad nosológica per se, y no considerarla solamente como una alteración de conducta, o únicamente que se trata de un probable cuadro clínico con su cortejo sintomático bien establecido.

Es por ello que el Profesional de Enfermería debe participar activamente en las áreas de Educación y Promoción de la Salud ya que es importante para determinar la influencia que tienen estos factores de riesgo frente a la problemática de atender a los adolescentes cuando se sospecha de depresión y en último de los casos el intento suicida.

Recordando pues que el Profesional en Enfermería participa en áreas tales como la Docencia, la Atención a la Salud en las Instituciones de Salud de Primer, Segundo y tercer nivel, las Actividades Administrativas y por supuesto en la Investigación.

El siguiente proyecto tratará de determinar las relaciones de LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE 11 A 19 AÑOS Y SU ASOCIACIÓN A FACTORES FAMILIARES, para que de esta forma, sobre la base de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se establezcan estrategias y se proponga la realización de actividades de educación y orientación con el objetivo de brindar ayuda a los adolescentes que se inclinan hacia la depresión, sin olvidar que por medio del apoyo de la familia se puede brindar salud y orientación para sus integrantes adolescentes.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura señala que la depresión en los adolescentes es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Considerando actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno padece depresión.

Para tener una apreciación de la magnitud de este problema a nivel mundial es útil considerar las tasas de depresión en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general.

En 1997, algunas apreciaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería de tratamiento específico. Solo en nuestro país se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían depresión.

En las instituciones psiquiátricas de nuestro país, se ha encontrado que los trastornos afectivos (dentro de los cuales se encuentra la depresión), ocupan el cuarto lugar; estos datos son compatibles con los reportados de otros países.

En los hospitales generales esta prevalencia aumenta. Por ejemplo, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento; asimismo en los Servicios de Medicina Interna y en las salas de pacientes crónicos se encontró un porcentaje del 38% y 48%, respectivamente.

Por lo que se refiere a la población estudiantil, según el Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48%. La cifra es muy cercana a la reportada por centros similares de Canadá e Inglaterra.

Por lo tanto en nuestro país no hay una idónea indagación acerca de las características del paciente con esta clase de patología, no es común que se

de a conocer a la población las características que tiene un adolescente deprimido. Por lo tanto los familiares no conocen las estrategias de educación y orientación para poder ayudar a los adolescentes que están expuestos a la depresión ya que se pretende con el apoyo familiar brindar salud a los integrantes adolescentes.

La desintegración familiar es una de las más frecuentes causas para que los adolescentes caigan en la depresión y lleguen a cometer el intento suicida.

Es por ello y por los argumentos antes descritos lo que da origen a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la influencia de factores como; sexo, edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, cambios en el ambiente familiar (APGAR familiar), y actitud familiar, que interfieren en el estado depresivo de los adolescentes?

7. HIPOTESIS

Hipótesis General:

La falta de interés por parte de la familia hacia los hijos puede llevar a que pierdan la autoestima o el interés en sus actividades normales, lo que puede llevar al adolescente a una depresión, ya que la familia se preocupa más por las necesidades primarias descuidando gradualmente a los hijos.

Hipótesis Específicas:

- Existe asociación entre el estado depresivo en los adolescentes y su sexo.
- Existe asociación entre edad y el estado depresivo en los adolescentes.
- Existe asociación entre el estado depresivo y escolaridad en los adolescentes.
- Existe asociación entre el estado depresivo y el estado civil en los adolescentes.
- Existe asociación entre el estado depresivo en adolescentes con el nivel socioeconómico.
- Existe asociación entre el estado depresivo en los adolescentes y los cambios en el ambiente o seno familiar (APGAR familiar).
- Existe relación del estado depresivo en los adolescentes con los cambios de actitud familiar en la vida de los adolescentes.

8. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la relación entre la dinámica familiar con el estado depresivo, en adolescentes de 11 a 19 años de edad, que lleven a intervenciones de enfermería de promoción, prevención “curación” y rehabilitación en un sentido profesional.

Objetivos Específicos:

- ◇ Determinar si existe asociación entre el estado depresivo en los adolescentes y su sexo.
- ◇ Identificar el rango de edad en la que se presenta con mayor frecuencia la depresión en los adolescentes.
- ◇ Determinar si existe asociación entre el estado depresivo y escolaridad en los adolescentes.
- ◇ Determinar la fuerza de asociación con el estado depresivo y el estado civil de los adolescentes.
- ◇ Determinar si se asocia el estado depresivo en adolescentes con el nivel socioeconómico.
- ◇ Identificar si existe asociación entre el estado depresivo en los adolescentes y los cambios en el ambiente o seno familiar (APGAR familiar).
- ◇ Identificar la relación del estado depresivo en los adolescentes con los cambios de actitud familiar en la vida de los adolescentes.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de Estudio:

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional.

Es transversal, debido a que se midieron las variables una sola ocasión y en un momento (tiempo) determinado sin pretender evaluar la evaluación de éstas.

Es descriptivo, porque se estudió una sola población que son los adolescentes, la cual se pretendió describir en función de un grupo de variables.

Y observacional, por ser un estudio que es examinado, analizado con atención y detenimiento.

Lugar:

Se realizó; en escuelas que se encuentran ubicadas dentro de la demarcación de la delegación Cuahutémoc, en la ciudad de México.

Población de Estudio:

Adolescentes de 11 a 19 años de edad, que acuden a secundarias (nivel medio) o Bachillerato (nivel medio superior de ambos turnos).

Se realizó en escuelas secundarias: Diurna "General Francisco L. Urquizo" No. 102, Técnica "Corregidora de Querétaro" No. 2 y en el CETIS "Puerto Rico" No. 9, de la misma delegación en la Ciudad de México.

Periodo de estudio:

Fecha de inicio: 1º de marzo del 2003.

Fecha de término: 31 de julio del 2003.

Tipo de muestreo:

Multietápico por conglomerados

- Primer paso: en un mapa del Distrito Federal, con división política (delegaciones), se asignó un número a cada delegación y de forma aleatoria se seleccionó una de ellas.

- Segundo paso: posteriormente en la delegación seleccionada, se contactaron a los planteles educativos en donde se solicitó la autorización a las autoridades para realizar el estudio.
- Tercer paso: se invitaron a los alumnos a participar en el estudio, aclarando que solo podrán participar aquellos que lo deseen y cuenten con un estado de salud óptimo (sin dolor de cabeza etc.).

Criterios de selección.

- Criterios de inclusión:
 - Adolescentes de entre 11 y 19 años de edad, de ambos sexos, de Escuelas Secundarias y Preparatorias, de ambos turnos y pertenecientes a la Delegación Cuahutémoc.
- Criterios de exclusión:
 - Todos aquellos adolescentes que se negaron a contestar el instrumento.
 - Todos aquellos adolescentes que contestaron tener algún malestar o sentirse mal al contestar el instrumento.

Instrumento:

Se aplicó una ENCUESTA AUTOAPLICABLE.

El instrumento pretendió determinar la influencia de los factores de riesgo antes mencionados.

Tamaño mínimo de Muestra:

Se utilizó el paquete estadístico EPI Info-versión 6.3

Se tomó una prevalencia de depresión del 5%

Con un nivel de confianza del 95%

Potencia de 80%

El tamaño mínimo de muestra se estimó de: 1023 adolescentes

Llegando a un total de 1088 adolescentes encuestados

10. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DEPENDIENTE
DEPRESIÓN.

Definición	Escala de Medición	Operacionalización	Indicadores
Cambios del estado de ánimo por medio de alteraciones significativas del pensamiento, conducta y las funciones primordiales físico-biológicas por las que pasa la persona	Ordinal y Nominal	Se realizó por medio de la aplicación de la Escala de Beck. La cual fue validada por Psicólogos en México en 1991. Evalúa categorías sintomático-conductuales, está constituida por un cuestionario de 22 afirmaciones en el cual se puede observar: Depresión ausente por un puntaje de 0 a 10 Depresión Leve por un puntaje de 11 a 17 Depresión Moderada por un puntaje de 18 a 24 Depresión Severa Cuando el puntaje es mayor a 25	-Ausencia de Depresión -Depresión Leve -Depresión Moderada - Depresión Severa

INDEPENDIENTES
DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL.

Variable	Definición	Escala de Medición	Valores de variable o indicadores
Sexo	Propiedades físico orgánicas que marcan los diferentes aspectos que hay entre el hombre y la mujer	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Años de vida a partir del nacimiento hasta el día de ser entrevistado	Razón	Años de vida cumplidos
Escolaridad	Grado de estudios oficiales cursados por el entrevistado	Ordinal	Nivel medio (Secundaria) Nivel medio superior (Bachillerato)
Estado civil	Condición de cada persona con relación a sus derechos y obligaciones ante la ley	Nominal	Soltero Unión libre Casado Divorciado o Viudo
Nivel socioeconómico *	Es la categoría del status que obtiene un individuo, el cual se determina por la cantidad de recursos que se encuentran en su población	Ordinal	Alto Medio Bajo

* Para conformar el nivel socioeconómico se les dio un peso a las características de la vivienda (conforme a las preguntas, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), a la escolaridad del jefe de familia (conforme a la pregunta 13) y también al número de pertenencias (conforme a la pregunta 14) a las que posteriormente se dividió en terciles (nivel bajo, medio y alto).

DISFUNCIÓN FAMILIAR.

Definición	Escala de Medición	Operacionalización	Indicadores
Cambios que se observan en el seno familiar los cuales perjudican a cada uno de sus integrantes	Ordinal	Se aplicó el APGAR Familiar, el instrumento consta de cinco interrogantes con tres posibles respuestas y con un valor de dos puntos cada una	-Disfunción familiar -Funcionalidad familiar
Cambios de actitud que observan los adolescentes conforme se van desarrollando, en su vida diaria en el seno familiar	Razón y Ordinal	Se les dio un peso a cada cuestión (de la 20 a la 30) a las que posteriormente se dividieron conforme su valor. en dos partes: buena o mala familia	Como consideran a su familia los adolescentes: ^ Buena ^ Mala

11. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación es considerada **SIN RIESGO** para la muestra de estudio, ya que en ningún momento se realizaron intervenciones que amenazaran la integridad física (De acuerdo a la Ley General de Salud, Título Segundo, Artículo 17, Fracción I).

Además se consideró la *protección a la confidencialidad y el anonimato* para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación (De acuerdo a la Ley General de Salud, Artículo 22, Fracción VIII).

Se solicitó por parte del IMSS el *consentimiento por escrito* a las autoridades de las instituciones educativas involucradas en el estudio.

La aplicación de los cuestionarios se realizó en las aulas de clases, se realizó la verificación de los cuestionarios ya resueltos por los alumnos encuestados.

Se tuvo presente que el adolescente o alumno pudo recibir *respuesta a cualquier duda* respecto a la encuesta, a la investigación o a la información acerca del estudio después de llenado el instrumento (De acuerdo a la Ley General de Salud, Artículo 21, Fracción VI).

12. PLAN DE ANÁLISIS

Se llevó a cabo de la siguiente forma:

1. Codificación de la información.
2. Captura de datos.
3. Verificar la consistencia de los datos; frecuencias simples y por medio de tablas.
4. Corregir en base al *instrumento – fuente*.
5. Análisis descriptivo de los datos.
6. Conformación de los indicadores.
7. Análisis bivariado, obteniendo por ejemplo: *frecuencias simples, “T” de student, diferencia de promedios, prevalencia IC 95% (índice de confiabilidad), pruebas de asociación*, todo esto a través del programa *EPI Info–versión 6.3* y Microsoft Excel, a fin de establecer las relaciones de las variables estudiadas.
8. Paquete Microsoft Word para la redacción de los resultados, conclusiones y propuesta.

13. RESULTADOS

El número de adolescentes estudiados fue de 1088 estudiantes de escuelas que se encuentran ubicadas dentro de la demarcación de la delegación Cuahutémoc, en la ciudad de México (ver gráfico 1), con un 52% del CETIS No 9, seguido por la Escuela Secundaria Técnica No.2 con un 35% y por último la Escuela Secundaria Diurna No. 102 con un 13%. En el cuadro 1 (anexos), se muestran las características sociodemográficas de los adolescentes estudiados que indicaron un predominio del sexo femenino con un 65.3%, la edad media fue de 43.5% con un intervalo de 14-16 años, la ocupación de los adolescentes como ya se sabe son estudiantes de secundaria un 49.9% y de bachillerato un 50.1%, con respecto al estado civil la mayoría es soltero (93.8%).

Según las características socioeconómicas de la muestra como se observa en el cuadro 2 (anexos), cuentan con casa el 68.4% de los adolescentes, el material de la vivienda en su mayoría es de concreto 94.4%, el piso de la vivienda tenía recubrimiento en 50.1%, únicamente 69 (6.4%) adolescentes no contaban con disposición de agua y baño dentro de su vivienda, solamente 12 (1.1%) adolescentes no contaban con electricidad, el nivel de hacinamiento es moderado (número de personas por cuarto) ya que normalmente habitan la casa de 5 a 8 personas de 619 (56.9%) adolescentes con 1 a 3 dormitorios de 922 (84.7%) adolescentes. En cuanto a las pertenencias se refiere, la mayoría disponían de televisión local (58.8%), teléfono (81.1%), teléfono celular (50.0%), y en menor proporción poseían computadora, automóvil, televisión por cable, internet y televisión satelital. La distribución por terciles de la escolaridad de los jefes de familia, la que es más frecuente es la menor de 9 años con 525 (48.3%) jefes de familia. Teniendo en cuenta todas estas características se conformó un índice socioeconómico, dándoles peso a cada una de estas características que posteriormente se dividió en terciles, donde se obtuvo como resultado, que gran parte de la población gozaba de un alto nivel socioeconómico.

Conforme a la distribución de los adolescentes estudiados según las características de la depresión, de la aplicación de la escala depresión de Beck en el cuadro 3 (anexos), se observa que; la mayoría de los adolescentes tienen

ausencia de depresión ya que son el 60.1%, seguidos por depresión leve con 22.9%, posteriormente depresión moderada por un 10.7%, y finalmente depresión severa con un 6.3%.

En lo que respecta a la aplicación del APGAR Familiar en el cuadro 4 (anexos), se observa que gran parte de familias son funcionales con un 78.3% y las familias que presentan disfunción familiar son un 21.7%.

En el cuadro 5 (anexos), se observa como es que consideran los adolescentes la atención o actitud de su familia hacia ellos, de los cuales viven con sus padres un 93.1% y 6.9% no, los integrantes de su familia predominan madre 93.4%, hermanos 87.8%, padre 74.5% y en menor proporción, tíos, abuelos maternos, primos, abuelos paternos y ninguno específico con otros, el espacio en donde viven lo consideran suficiente el 55.3%, regular el 35.4% e insuficiente el 9.3%, la preocupación de los familiares a que acudan a la escuela siempre es de 83.4%, casi siempre 8.4%, a veces 7.1% y nunca 1.2%, la preocupación de la familia si llegan tarde a su casa es de 75.1%, casi siempre 11.5%, a veces 10.7% y nunca 2.8%, las familias escuchan sus inquietudes un 79.1% si y 20.9% no los escuchan, las familias se preocupan por la forma en que se visten o se arreglan siempre es de 40.6%, casi siempre 17.7%, a veces 28.9% y nunca 12.8%, comentan sus problemas con su familia siempre es de 38.9%, casi siempre 18.5%, a veces 34.5% y nunca 8.2%. Conviven a la hora de la comida siempre es de 47.0%, casi siempre 20.5%, a veces 26.9%, y nunca 5.6%. Conviven en actividades recreativas siempre es de 27.0%, casi siempre 20.9%, a veces 39.8% y nunca 12.3%.

Con respecto a el cuadro 6 (anexos), se observa que los adolescentes perciben de su familia: en primer lugar problemas económicos 44.4%, en segundo lugar malos entendidos entre los integrantes 35%, en tercer lugar problemas vecinales 29.9%, y en cuarto lugar falta de organización y de reglas 26.9%.

14. CONCLUSIONES

En nuestro país debemos considerar a los adolescentes como una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, además únicamente son atendidos desde enfoques parciales y no integralmente, dicha situación es causa importante de su calidad de vida tanto en el interior de su familia como en la sociedad.

El test de depresión (BECK) me parece que es una medida útil para aprovechar el autoreporte de los pensamientos y sentimientos en los adolescentes con síntomas y signos depresivos. Además, el inventario es comprendido con facilidad y generalmente aceptado por esta población que oscila entre los 11 y 19 años de edad, y en aquéllos donde el coeficiente de inteligencia es adecuado.

Con respecto a la fiabilidad, el test de BECK me parece que tiene una consistencia interna aceptable con los adolescentes que presentan síntomas depresivos. Aunque, aún no se cuenta con un criterio bien definido para diagnosticar la depresión en la niñez y en la adolescencia, aún cuando parezca que la depresión pueda ser detectada en estas etapas. Sin embargo, mientras pueda ser demostrado que el test de BECK fue diseñado para detectar la depresión, más que el de proporcionar información de diagnóstico diferencial con el trastorno de conducta en la niñez y en la adolescencia debido a que la depresión en esta etapa de la vida puede no necesariamente ser un síndrome unívoco, por ello es aconsejable tener un panorama más amplio acerca de la aparición del trastorno depresivo, tanto en la infancia como en la adolescencia.

En resumen, puedo decir que el recurrir al test de BECK como un instrumento en la Investigación en adolescentes deprimidos, es bastante útil, debido a que el propósito de esta labor cumplió satisfactoriamente las expectativas, las hipótesis formuladas en la metodología es válida, sobre todo, cuando se analizaron los resultados de las puntuaciones que registraron los adolescentes con síntomas depresivos.

Finalmente podemos decir que las propiedades psicométricas del test de BECK son aceptables significativamente, y parece que a la luz del actual trabajo este test puede ser considerado como un instrumento de investigación valioso, para aprovecharlo en los adolescentes que presentan posibles síntomas depresivos. Sin embargo creo que se necesitan llevar a cabo más estudios en esta área para determinar de mejor manera el test de BECK.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo contemplan algunos factores de la depresión en los adolescentes, en donde se observan aspectos integrales de la vida familiar del adolescente que permiten obtener una visión más amplia de las situaciones que están propiciando ciertas situaciones de depresión y su estabilidad emocional.

Estas personas frecuentemente sienten temores, sentimientos de pérdida y estrés social; muchas veces la tristeza, la soledad y las preocupaciones socioeconómicas o familiares contribuyen a que los adolescentes presenten depresión, la cual juega un rol importante para llevar a cabo el acto suicida. Es bueno señalar que más que el número de contactos sociales es importante la calidad de los mismos, y recordar la importancia que tienen para los adolescentes la compañía, el apoyo y el afecto de los familiares o amigos. Esto quiere decir que se exige un mayor compromiso de los profesionales de salud, familiares y amigos relacionados con estas personas para tratar de superar las depresiones presentadas, las cuales en su mayoría son tratables y reversibles.

Puede decirse que hasta cierto punto es común que los adolescentes presenten depresión, sobre todo por los cambios del estado funcional tanto físico como mental que se presentan en esta edad.

Hay que recordar que el madurar de manera saludable implica no sólo tener la posibilidad de cuidados médicos ante los problemas de salud, implica también reconocer que los adolescentes necesitan reconocimiento, respeto, seguridad y

sentirse partícipes de la familia y de la sociedad.

Por lo que estos resultados de investigación permiten que la enfermera(o) profesional considere el marco contextual, y de salud mental para mejorar las intervenciones del cuidado en este grupo poblacional que generalmente tiene contacto en la psiquiatría de enlace.

Finalmente para concluir, solo resta compartir la satisfacción de culminar esta investigación, que intenta aportar herramientas para rescatar los deseos de vivir su vida plena y sanamente de aquellos que por alguna razón han perdido la esperanza.

15. PROPUESTA DE ENFERMERÍA

Actualmente no existe un solo modelo aceptado universalmente en la atención de pacientes con esta problemática pero como propuesta de este estudio se tiene lo siguiente:

Es notable que todos estos casos se apliquen a la teoría de Dorotea E. Orem ya que puede utilizarse para explicar los factores propios de las condiciones de vida de los adolescentes que interfieren con su capacidad de autocuidado.

La teoría de Orem nos indica lo siguiente:

“La enfermería tiene un compromiso especial con las necesidades del hombre de realizar acciones de autocuidado, con la prestación y la gestión de éstas, de forma continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o las lesiones y afrontar sus efectos.”¹¹¹

Ya que el autocuidado es una necesidad de cualquier persona, sin importar sexo, raza, creencia o edad. Cuando no se mantiene el autocuidado se producirá el malestar, la enfermedad o la muerte.

La teoría ofrece a enfermería una perspectiva para considerar la situación del adolescente, y un método para analizar e interpretar la información.

¹¹¹ Patricia, A. Potter; et al. “Fundamentos de Enfermería”. Vol.1, Edic.5ª, Edit. Harcourt, Madrid España, 2002.

Por tanto, en esta investigación el objetivo de la teoría de Orem es ayudar a los adolescentes a realizar el autocuidado, con el objetivo por parte de enfermería que es de aumentar la capacidad del adolescente para satisfacer sus necesidades de forma independiente, auxiliándose por medio de ayuda de otros, como familiares o amigos que pueden ayudar a los adolescentes, ya sea instruyendo o guiando a los adolescentes a medida que avanzan gradualmente hacia el autocuidado.

Definitivamente el propósito de la familia, es proteger y ayudar al desarrollo de sus miembros afrontando numerosos desafíos, ya que la familia continúa siendo una institución central en la sociedad caracterizada por tres atributos importantes: durabilidad, resistencia y diversidad.

Otro componente es la identidad personal de la percepción de la salud. Los adolescentes sanos pueden evaluar su propia salud de acuerdo a sentimientos de bienestar, a la capacidad de funcionar normalmente o a la ausencia de síntomas.

Las investigaciones indican que los adolescentes participan en prácticas de autocuidado relacionadas con la salud. Sin embargo, las intervenciones para mejorar la percepción de la salud deberían concentrarse en el periodo de la adolescencia. Los cambios rápidos que se producen durante este período hacen que los programas de promoción de la salud sean de interés crucial. Los adolescentes prueban nuevas funciones, empiezan a estabilizar su identidad y adquieren valores y conductas a partir de los cuales evolucionará su estilo de vida adulta.

15.1 AHORA EXPONGO A MI PARECER EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN CUESTIÓN A LA SALUD MENTAL.

1. La valoración de la enfermería en salud mental

La valoración implica revisar la condición humana desde una base de datos para diagnosticar los problemas potenciales o afirmar un estado de bienestar. En la valoración, la enfermera es capaz de confirmar un estado de enfermedad, de identificar los problemas prevalentes, determinar los problemas potenciales, e identificar el nivel de bienestar del adolescente. La recogida de datos, la base de la valoración, proporciona un retrato amplio del adolescente. La recogida de datos correctos y sistemáticos conduce a la identificación de los problemas del adolescente y a los diagnósticos de enfermería. Por consiguiente, el plan y la ejecución de las actuaciones dependen de una base de datos correcta.

Hay muchas fuentes de datos, pero la fuente principal es el adolescente. La familia y los allegados de éste son fuentes de datos adicionales. Dentro del centro clínico hay muchas fuentes de datos: registros médicos, registros sociales resultados de pruebas de diagnóstico observaciones de enfermería, informes de cambio de turno, planes de cuidados de enfermería, y notas de evolución. Cuando sea posible, un examen de la casa y comunidad del adolescente proporcionan aun otra fuente de datos.

Una función fundamental de enfermería al valorar al adolescente es determinar el grado en el que se han cubierto las necesidades humanas. Esto, proporciona un abordaje holístico al cuidado del adolescente. Este abordaje fomenta la individualidad reconociendo las variaciones en los patrones de interacción de la persona, la conciencia de si mismo, y la visión que tiene el adolescente de los demás. Junto con el reconocimiento de la individualidad del adolescente la enfermera(o) debe entender también su propia naturaleza de ser único. Cada enfermera(o) tiene unos potenciales, limitaciones, patrones de respuesta, valores y actitudes que son únicos y que deben ser reconocidos antes de responder a los del adolescente. La enfermera(o) lucha por ser sensible a la comunicación del adolescente y entender su significado dentro del marco de referencia de éste más que del de la enfermera(o).

Con un enfoque de valoración de la información, en relación con las necesidades humanas del adolescente, es importante incluir alguna información general sobre el adolescente en la valoración. Los factores generales sobre el adolescente incluyen la edad, sexo, educación, situación laboral, crecimiento y desarrollo, panorama cultural, estatus socioeconómico, preferencias religiosas, estatus físico, estatus emocional, patrones de adaptación, patrones de estilo de vida, patrones de interacción y visión del bienestar.¹¹²

2. Diagnóstico de enfermería psiquiátrica

En el centro de salud mental el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III-R) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición), ha sido el medio principal de identificar los diagnósticos en enfermería psiquiátrica. Sin embargo, este abordaje no tiene en cuenta el rol de la enfermera(o) en el control de las respuestas humanas a la enfermedad. Como resultado la ANA autorizó un proyecto que daría como resultado la identificación de los diagnósticos de enfermería específicos para el adolescente psiquiátrico. El primer sistema de clasificación, Psychiatric Nursing Diagnoses, First Edition. (PND-I) (Diagnósticos de enfermería psiquiátrica), se presentó a las enfermeras en la convención de la ANA de 1988.

El grupo de trabajo de la ANA para el PND-I reconoció la necesidad de coordinarse con la American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para desarrollar un único sistema amplio de clasificación. De este modo continúa el trabajo sobre el desarrollo de un sistema conjunto de clasificación que surja del PND-I.

¹¹² Linda, JUALL Carpenito. "Manual de Diagnósticos de Enfermería". Edt. Interamericana. Madrid España 1993.

3. La planificación de los cuidados de enfermería en salud mental

Una vez que se han identificado los diagnósticos de enfermería, se empieza a desarrollar el plan de cuidados. La planeación del rumbo de la acción es esencial para ayudar al adolescente a alcanzar el objetivo de un bienestar óptimo. La planificación consiste en:

- 1) establecer las prioridades en los cuidados de enfermería
- 2) establecer los objetivos a alcanzar
- 3) identificar las estrategias para las actuaciones

La base del paso de planificación es la valoración y los diagnósticos de enfermería.

4. Acciones de enfermería en salud mental

El siguiente paso en el proceso de enfermería en salud mental es aplicar el plan de cuidados ejecutando las actuaciones, aquellas actividades que lleva a cabo la enfermera para influir en el problema del adolescente. Siempre que los fundamentos racionales de las actuaciones de enfermería tengan una base de conocimientos científicos muy amplia (Teorías, modelos y principios de enfermería; ciencias naturales; ciencias conductuales; humanidades y así sucesivamente).

Hay tres tipos básicos de actuaciones:

- 1 *Actuaciones dependientes*, están basadas en los diagnósticos médicos de los adolescentes. Estas actuaciones se requieren por las prescripciones médicas e incluyen la administración de los medicamentos y tratamientos; generalmente no aparecen en el plan de cuidados de enfermería.
- 2 *Actuaciones interdependientes*, se basan en los problemas de enfermería clínica tratados interdisciplinariamente junto con los médicos, trabajadores sociales, y psicólogos. Un ejemplo de actuación interdependiente es la planificación del alta a una residencia y a cuidados domiciliarios.
- 3 *Actuaciones independientes* se basan en los diagnósticos de enfermería.

5. Examen de evolución del adolescente

En el paso de evaluación, enfermería compara el estado de salud del adolescente después de las actuaciones a los objetivos y resultados esperados definidos previamente. Idealmente, una evaluación de los resultados debe responder a estas preguntas:

- ¿Fueron efectivas las actuaciones planificadas?
- ¿Se alcanzó el objetivo?
- ¿Se demostraron los resultados esperados?
- ¿Que cambios tuvieron lugar en la conducta del adolescente?
- ¿Que actuaciones de enfermería fueron eficaces; cuales necesitan revisión?
- ¿Estuvo satisfecho el adolescente con los cuidados de enfermería?
- ¿Que planes necesitan cambiarse?
- ¿Es necesario planificar nuevas actuaciones?
- ¿Fue adecuadamente registrada la conducta para planificar los cambios en las actuaciones?

Enfermería debe intentar validar los resultados del plan de cuidados buscando las aportaciones del adolescente, familiares y amistades mediante la autoevaluación. Esta validación tiene lugar con las observaciones registradas, las discusiones de las visiones internas, y la revisión de la base de datos. Es importante documentar los resultados de la evaluación de los cuidados de enfermería.

Hay dos criterios adicionales a tener en cuenta en la evaluación son las evaluaciones formativas y las evaluaciones sumáries:

La *evaluación formativa* es un proceso continuado basado en las respuestas del adolescente a los cuidados. A partir de la evaluación formativa la enfermera reordena, modifica, o mantiene el plan de cuidados.

La *evaluación sumativa* es el proceso terminal y se usa para determinar si el adolescente ha alcanzado los objetivos establecidos mutuamente. Las evaluaciones sumativas se pueden ver en forma de informes de alta.

Para finalizar mi propuesta, quiero exponer la organización de grupos pequeños dentro de las instituciones de estudio para lo cual expongo lo siguiente para su adecuada comprensión.

Definición de Grupo

Salazar y colaboradores (1997) en su libro “Psicología Social”,¹¹³ recurren a la definición de Shawn que hace de grupo, el cual explica que un grupo son dos o mas personas que se relacionan entre si, de manera que cada persona influye y es influida recíprocamente por el resto de los integrantes. Tal vez, este entretejido de interacciones de la que habla Shawn se refiera a lo que etimológicamente significa la palabra grupo la cual proviene del italiano “grupo” que quiere decir nudo.

Valenzuela (2000)¹¹⁴ explica que un grupo clínico es un conjunto de personas y que el objetivo de su interacción es desarrollar “la dinámica y los procesos grupales necesarios que permitan la aplicación de técnicas psicológicas para llevar a cabo determinadas funciones dentro del campo clínico”.

Entre las funciones a las que se refiere la autora se encuentra la terapia grupal, que es el tipo de tratamiento en el que él o los terapeutas, por medio de procedimientos grupales basados en las teorías psicológicas y usando la vinculación de los sujetos, promueven cambios en las personas con problemas emocionales

¹¹³ Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C. y Cols. “Psicología Social”. Edit. Trillas. México. 1997.

¹¹⁴ Valenzuela, C. A. “Teoría y Técnica de la Psicoterapia de Grupo: Curso Taller Introductorio”. Disponible en la División de Educación Continúa de la Facultad de Psicología.

Una de las diferencias que se encuentran entre la terapia individual y grupal es que, en esta última, la depresión es considerada como una problemática de todos y no de unos cuantos los cuales sean afectados¹¹⁵

15.2 GRUPO DE REFLEXIÓN

El ir hacia un objeto aprehenderlo, comprender su significado dentro de la situación, desbrozar e incluir la carga emocional y los significados que esta agrega, busca significaciones de un código ya conocido, busca significados en la interacción interna y con el exogrupo usando conceptos que constituyen un sistema de referencia.¹¹⁶

El grupo es una caja negra, esto es, un sistema o campo de mecanismos que escapan al conocimiento... El miedo de estar en grupo, de perder su identidad en el grupo es, sin duda, la primera dificultad que encontramos.

En el fondo de estos temores están las fantasías, los argumentos imaginarios, inconscientes donde se trabajan los deseos más secretos con los mecanismos de defensa más arcaicos, donde se amarran nuestros puntos vulnerables y de donde puede emerger la obra de arte la locura y el crimen y también los sueños nocturnos y las queridas ensoñaciones diurnas.¹¹⁷

Un grupo de reflexión se diferencia de un grupo terapéutico por su objetivo y metodología, puesto que son grupos de entrenamiento y aprendizaje que suponen la existencia de una dimensión institucional. A partir de lo que el autor plantea como forma de trabajo de estos grupos intento trasladar este modelo a la población de adolescentes.

¹¹⁵ Bion, R.W. "Experiencias en Grupos". Edit. Paidós. México. 1994.

¹¹⁶ Dellarossa, A. y Cols. "Grupos de Reflexión". Edit. Paidós. Argentina. 1979. p. 9

¹¹⁷ Anzieu, D. "El Grupo y el Inconsciente; lo imaginario grupal". 4ª. Ed. Biblioteca nueva. España. 1998. Pp. 80-82.

Por lo tanto el trabajo de grupo que propongo como método en las instituciones por que ofrece la posibilidad de extender la atención dada la gran demanda, y de ahorrarse el número de horas y de terapeutas que esto implica es el grupo de reflexión ya que es idóneo por que no se tratan con adolescentes con retardo mental, psicosis o perversiones.

Por otro lado al existir la función de “observador” se logra mejorar el nivel técnico y terapéutico, pues por una parte, el principiante tiene acceso a una experiencia “in vivo” y, por otra, el terapeuta se retroalimenta al tener cierto grado de coparticipación y crítica del trabajo realizado.

Finalmente es importante señalar que el sistema de comunicación institucional es el elemento más dinámico, donde se gesta el grosor de los conflictos; al circular información contradictoria sobre las normas o decisiones que se activa la patología, la cual se puede manifestar por crisis depresivas de mayor o menor magnitud y por rasgos paranoides que se alimentan de mal entendidos y prejuicios, creando situaciones de características psicóticas.

Ante tal problemática¹¹⁸ pone en marcha un proyecto para realizar la formación sistemática de profesionales en la coordinación de grupos en general y de grupos terapéuticos en particular teniendo entre sus objetivos incluir un lugar donde los alumnos pudieran participar como miembros de un grupo por lo que junto con sus colaboradores, retorna y modifica lo que un grupo de psicoanalistas de Buenos Aires denominó grupos de reflexión, que consistían en realizar una experiencia con los médicos residentes del instituto Borda. El objetivo era que se elaboraran las tensiones que se generaban en la atención de pacientes psiquiátricos y en las actividades que incluían a los profesionales y coordinadores de las instituciones.

¹¹⁸ Dellarossa, A. y Cols. Loc. cit.

Para delinear el funcionamiento del grupo de reflexión elegí del esquema construido por Dellarossa y su equipo de trabajo, los elementos que creo más convenientes de acuerdo a la población y al objetivo que me propuse alcanzar.

Coincidió con el autor en los siguientes puntos:

- El número de miembros que deben integrar un grupo de reflexión, pues dice que éste debe ser semejante al de los grupos de trabajo escolar (de 10 a 14 alumnos)
- La duración que cada sesión tendrá es de 75 minutos aproximadamente
- El grupo se comprometerá a mantener la confidencialidad del material surgido en las sesiones
- Los coordinadores deberán evitar, en lo posible, participar en la organización de la institución educativa y sobre todo desempeñar funciones ejecutivas
- La temática de cada sesión se abordará dependiendo de la aportación de los participantes; sin embargo, no se perderá de vista la tarea propuesta, pues cada grupo tiene un objetivo específico

En un grupo de reflexión, los participantes se reúnen para conversar, filosofar e incluso para redramatizar inconscientemente, al hablar de redramatización Dellarossa, se refiere al fenómeno por el cual cuando un integrante del grupo relata una situación en la que ha participado fuera de éste, el resto del grupo comienza a repetir dicha situación. En este suceso aparecerá con una intensidad proporcional a la carga de afectos que el miembro que hable pueda transmitir a sus compañeros.

La esencia del grupo de reflexión es que las discusiones de los integrantes actúan predominantemente a nivel intelectual, Dellarossa apunta que cuando pasa a primer término el contenido dramático, donde lo afectivo domina, se halla en una situación semejante a la de un grupo terapéutico.

Cuando el coordinador del grupo considere necesario tratar de motivar la capacidad de los miembros para lograr cierta “disociación operativa” que les permita pasar a ser observadores de todo lo que ellos mismos han estado

actuando. También se fomenta que se pase del pensamiento más simple hasta la creación de nuevos esquemas y su conceptualización, exigiendo un alto nivel reflexivo.

El autor reconoce que un grupo organizado para reflexionar lo logrará sólo cuando el campo grupal se cargue de una tensión óptima, pero que el fenómeno, aunque “trasciende al individuo y es interpersonal, guarda relación con la esencia y el momento que esté viviendo cada uno de sus integrantes,” es decir, con la manera que se manifiesta en lo relacional la dinámica intrapsíquica; y cerrando el circuito, los cambios que en este ámbito intrapsíquico provocan los estímulos provenientes del campo grupal.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY de Pichón, Arminda, y KNOBEL, M. "La adolescencia Normal". Edit. Paídos. México, 1994. P163.

AGÜERO Lacan, Jaquels ; et. al. "La Depresión y el Reverso de la Psiquiatría". Edit. Paidos. México. 1997. p 21.

ANZIEU, D. "El Grupo y el Inconsciente; lo imaginario grupal". 4ª. Ed. Biblioteca nueva. España. 1998. Pp. 80-82.

A. Potter, Patricia; et al. "Fundamentos de Enfermería". Vol.1, Edic.5ª, Edit. Harcourt, Madrid España, 2002.

ARIETI, Silvano T., y BEMPORAD, Jules. "Psicoterapia de la Depresión". Edit. Paídos, México, 1993. Pp 116-121.

Bases filosóficas de la enfermería en salud mental. "La enfermería ha evolucionado durante muchos años". La declaración de política social. 1980. pp. 430, 431

BELLAK, Leopold, y SMALL, Leonard. "Psicoterapia Breve y de Emergencia". Edit. Pax. México. 1990. Pp 142-146.

BENEDEK, Therese. "Depresión y Existencia Humana". Salvat. España. 1982.

BION, R.W. "Experiencias en Grupos". Edit. Paidós. México. 1994.

BOBES García, Julio. "Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica". Edit. Síntesis. Ejem. 3. España. 2000. Pp. 173,174.

BURIN, Mabel; et. al. "Género, Psicoanálisis y Subjetividad". Edit. Paidos. México. 1996. pp. 267-271

CALDERON, N., Guillermo. "Depresión: Causas y Manifestaciones y Tratamiento". Edit. Trillas. México, 1984. p 42-48

CALDERON, N., Guillermo. "Conceptos Psiquiátricos en la Medicina Azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI". Rev. Fac. Med. Méx., Volumen VII, núm. 4, 1965. Pp. 232-236

CEBALLOS Rivera, Jaime J. "Depresión en la Adolescencia; Su Relación con la Actividad Deportiva y Consumo de Drogas". Rev. Med. IMSS 2000; 38 (5): p. 371-379

DE LA PEÑA, Francisco; et. al. "Prevalencia de los Trastornos Depresivos y su Relación con el Bajo Aprovechamiento Escolar en Estudiantes de Secundaria". Rev. Salud Mental, Volumen 22, núm. 4, agosto de 1999. p. 9,10

DELLAROSSA, A. y Cols. "Grupos de Reflexión". Edit. Paidós. Argentina. 1979. p. 9

ESTRADA Indy, Lauro. "El ciclo vital de la Familia". Edit. Grijalbo. México, 1997. p11.

FERNANDEZ, R. "Construyendo el Problema de Investigación". Depto. Educación y Comunicación. UAM- Xoch. México, 1998. p 17

FONTAINE, Karen, Lee; et. al. "Enfermería Psiquiátrica". 2ª. Ed. Edit. Interamericana. México. 1993. Pp. 23.

GARCÍA Vilchiz, Dolores; et. al. "Perfil de la Enfermera Especialista en Salud Mental y de la Auxiliar de Enfermería Psiquiátrica". Edit. Masson. España. 1995. Pp. 30,31.

GOMEZ Jara, Francisco Aurelio. "Sociología". Ed.24ª. Edit. Porrúa. México. 1993. P115-125.

HILL, D., "La Depresión en la Historia, en Depresión". Edit. MEDCOM. Nueva York, 1970. Pp. 36, 45

JUALL Carpenito, Linda. "Manual de Diagnósticos de Enfermería". Edt. Interamericana. Madrid España 1993.

KERSHAW, Betty; et. al. "Modelos de Enfermería". Edic. Doyma. México. 1998. p. 103, 104

LARA, María Asunción. "Un Estudio de Factibilidad sobre la Prevención de la Depresión en las Mujeres". Rev. Salud Mental. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 22. Núm. 4, Agosto de 1999. pp. 42, 43

LUNA DEL CASTILLO, JD; et. al. "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar". Atención Primaria. 1996; 18(6): 289-90

"Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". DSM IV 1195 Edit. Masson S.A. pp. 1, 2

MORENO, kena. "Orientación a la Familia en su Conjunto". Centros de Integración Juvenil, A.C. 1999. p 16.

MONTERO J. M. Salazar; Muñoz, C. y Cols. "Psicología Social". Edit. Trillas. México. 1997.

NUÑO Gutiérrez, Berta Lidia; et. al. "Mitos y expectativas de los adolescentes sobre la utilización de los servicios de salud". Rev. Med. IMSS 1998; 36 (1); pp.13-20.

PRADOS Cuesta, Mercedes. "Equipos de Orientación Escolar". España. 2003. pp. 15-19

PRESTON, John. "Como Vencer la Depresión". Edit. Pax. México. 1995. pp. 57-61

REYES, A. "Depresión y Angustia, curso fundamental de Tanatología". México, 1991. pp.31-33

SABANES, Francisco. "La Depresión". Edit. Emeka. Buenos Aires. 1990. p. 58

SÁNCHEZ Estrada, Teresa. "La cultura de la investigación en Enfermería". Rev. Enfermería. 1999; 7(2): 75-76.

SCHRAMM, Elisabeth. "Psicoterapia Interpersonal". Edit. Masson. México. 1998. p -13

VALENZUELA, C. A. "Teoría y Técnica de la Psicoterapia de Grupo: Curso Taller Introductorio". Disponible en la División de Educación Continúa de la Facultad de Psicología.

W. Tinkham, Catherine, y F. Voorhies, Eleanor. "Enfermería Social, Evolución y Procedimientos". Edit. Limusa. México. 1986. Pp. 145.

DIRECCIONES DE INTERNET (Por orden de aparición)

<http://www.siicsalud.com/main/adolescencia.htm> 28 de Noviembre del 2004

<file://A:/Depresión.htm> 15 de Abril del 2005

<http://renue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia/vol6/psicolo10.htm> O <file://A:/Beek.htm> 13 de Diciembre del 2004

<http://www.medicos.sa.cr/actamed/n1/indice.htm> 13 de Diciembre del 2004

http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/vol3/12tema_2.htm 13 de Diciembre del 2004

<file://A:/Depresión y trastornos afectivos.htm> 21 de Abril del 2005

<file://A:/Apgarfamiliaryadolescencia.htm> 23 de Octubre del 2004

<http://pcs.adam.com/ency/article/001518.htm> 28 de Noviembre del 2004.

<http://pcs.adam.com/ency/article/001950.htm> 11 de Noviembre del 2004.

http://www.psiquiatriarauna.com/asuicida/factores_desencadenantes_sociales.htm 12 de mayo del 2005

<http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V4n300/particulari.htm> 29 de Enero del 2005

[file:///A/Tareas Familiares - Valores ¿Que son.htm](file:///A/Tareas_Familiares_-_Valores_¿Que_son.htm) 04 de Diciembre del 2004

[file:///A/Los valores familiares ...o con la temprana adolescencia.htm](file:///A/Los_valores_familiares_...o_con_la_temprana_adolescencia.htm) 04 de Diciembre del 2004

[file:///A/Violencia Intrafamiliar.htm](file:///A/Violencia_Intrafamiliar.htm) 11 de Diciembre del 2004

[file:///A/En el mundo, un millón de personas padecen depresión.htm](file:///A/En_el_mundo_un_millón_de_personas_padecen_depresión.htm) 04 de Diciembre del 2004.

<http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades//IIcongreso/inv.pdf> 21 de mayo del 2005

17. ANEXOS

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2. INSTRUMENTO

3. CUADROS

4. GRAFICAS

1. <i>Análisis</i>						XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX	
7. <i>Presentación en conferencias</i>						XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	
8. <i>Reproducción de Tesis</i>						XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	
1. <i>Examen Profesional</i>							XXX XXX XXX XXX

Lee con atención y contesta poniendo en el "()" la respuesta que te parezca más correcta con respecto a tu estado de ánimo en la última semana (marca solo una opción), no dejes preguntas sin responder.

- 1 ()
- 1) No me siento triste
 - 2) Me siento triste
 - 3) Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
 - 4) Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto
- 2 ()
- 1) No me siento desanimado acerca del futuro
 - 2) Me siento desanimado acerca del futuro
 - 3) Siento que no tengo para que pensar en el porvenir
 - 4) Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
- 3 ()
- 1) No me siento como un fracasado
 - 2) Siento que he fracasado más que otras personas
 - 3) Conforme veo hacia atrás, en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos
 - 4) Siento que como persona soy un completo fracaso
- 4 ()
- 1) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
 - 2) No disfruto las cosas como antes
 - 3) Ya no tengo satisfacción de nada
 - 4) Estoy insatisfecho y molesto con todo
- 5 ()
- 1) No me siento culpable
 - 2) En algunos momentos me siento culpable
 - 3) La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
 - 4) Me siento culpable todo el tiempo
- 6 ()
- 1) No siento que seré castigado
 - 2) Siento que puedo ser castigado
 - 3) Creo que seré castigado
 - 4) Siento que estoy siendo castigado
- 7 ()
- 1) No me siento descontento conmigo mismo
 - 2) Me siento descontento conmigo mismo
 - 3) Me siento a disgusto conmigo mismo
 - 4) Me odio a mí mismo
- 8 ()
- 1) No siento que sea peor que otros
 - 2) Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores
 - 3) Me culpo todo el tiempo por mis errores
 - 4) Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9 ()
- 1) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
 - 2) Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
 - 3) Quisiera suicidarme
 - 4) Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10 ()
- 1) No lloro más que de costumbre
 - 2) Lloro más que antes
 - 3) Lloro todo el tiempo
 - 4) Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11 ()
- 1) Ahora no estoy más irritable que antes
 - 2) Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - 3) Me siento irritado todo el tiempo
 - 4) No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12 ()
- 1) No he perdido el interés en la gente
 - 2) No me interesa la gente como antes
 - 3) He perdido la mayor parte de mi interés en la gente

- 13 4) He perdido todo el interés en la gente ()
- 1) Tomo decisiones tan bien como siempre
2) Pospongo decisiones con más frecuencia que antes
3) Se me dificulta tomar decisiones
4) No puedo tomar decisiones en nada
- 14 ()
- 1) No siento que me vea más feo que antes
2) Me preocupa que me vea viejo y feo
3) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo
4) Creo que me veo horrible
- 15 ()
- 1) Puedo trabajar tan bien como antes
2) Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
3) Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
4) No puedo trabajar para nada
- 16 ()
- 1) Duermo tan bien como antes
2) No duermo tan bien como antes
3) Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir
4) Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme
- 17 ()
- 1) No me canso más de lo habitual
2) Me canso más fácilmente que antes
3) Me canso de hacer casi cualquier cosa
4) Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa
- 18 ()
- 1) Mi apetito es igual que siempre
2) Mi apetito no es tan bueno como antes
3) Casi no tengo apetito
4) No tengo apetito en lo absoluto
- 19 ()
- 1) No he perdido peso o casi nada
2) He perdido más de 2.5 kilos
3) He perdido más de 5 kilos
4) He perdido más de 7.5 kilos
(Estoy a dieta Si No)
- 20 ()
- 1) Mi salud no me preocupa más que antes
2) Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento
3) Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
4) Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa
- 21 ()
- 1) Mi interés por el sexo es igual que antes
2) Estoy menos interesado en el sexo que antes
3) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
4) He perdido completamente el interés en el sexo
- 22

¿Al momento de contestar este cuestionario, tienes alguna molestia física, como dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor de muela, dolor relacionado con la menstruación?

No Si

¿Cuál? _____

CUADRO 1

Datos demográficos de los adolescentes estudiados (n=1088).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	377	34.7%
Femenino	711	65.3%
Edad		
De 11 a 13 años	257	23.7%
De 14 a 16 años	473	43.5%
De 17 a 19 años	358	32.9%
Escolaridad		
Secundaria	543	49.9%
Bachillerato	545	50.1%
Estado Civil		
Soltero	1021	93.8%
Unión libre	50	4.6%
Casado	14	1.3%
Divorciado	3	0.3%

Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

CUADRO 2

Características de la vivienda y datos socioeconómicos de los adolescentes estudiados (n=1088).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Casa		
Prestada	82	7.5%
Rentada	262	24.1%
Propia	744	68.4%
Material		
Concreto	1027	94.4%
Asbesto	39	3.6%
Otro	22	2.0%
Habitantes		
1 a 4 personas	398	36.6%
5 a 8 personas	619	56.9%
9 a 12 personas	61	5.6%
13 a 16 personas	10	1.0%
Dormitorios		
1 a 3 habitaciones	922	84.7%
4 a 6 habitaciones	158	14.6%
7 a 9 habitaciones	8	0.8%
Piso		
Cemento	533	49.0%
Madera	118	10.8%
Alfombra	437	40.2%

Agua y Baño		
Dentro de la casa	1019	93.7%
Fuera de la casa	68	6.3%
Otro	1	0.1%
Electricidad		
Si	1076	98.9%
No	12	1.1%
Escolaridad del jefe de familia		
Menor de 9 años	525	48.3%
Entre 9 y 12 años	440	40.4%
Mayor de 12 años	123	11.3%
Pertenencias		
T.V. Local	934	85.8%
T.V. Cable	280	25.7%
T.V. Satelital	65	5.9%
Teléfono	883	81.1%
Teléfono celular	545	50.0%
Automóvil	366	33.6%
Internet	192	17.6%
Computadora	427	39.2%

Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN.

Datos de los adolescentes según la Escala de Depresión de Beck (n=1088)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Ausente 0 a 10 puntos	654	60.1%
Leve 11 a 17 puntos	249	22.9%
Moderada 18 a 24 puntos	116	10.7%
Severa 25 a más puntos	69	6.3%

Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

CUADRO 4

Datos de los adolescentes según el APGAR Familiar (n=1088)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familia		
Funcional	852	78.3%
Disfuncional	236	21.7%

Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

CUADRO 5

Datos de los adolescentes según su consideración de atención o actitud de su familia hacia ellos (n=1088)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Vives con tus padres		
Si	1013	93.1%
No	75	6.9%
Integran tu familia		
Padre	807	74.5%
Madre	1012	93.4%
Hermanos	950	87.8%
Tíos	134	12.6%
Abuelo(s) maternos	106	10.0%
Abuelo(s) paternos	47	4.6%
Primos	55	5.2%
Otros	0	0%
Espacio en el que vives		
Suficiente	602	55.3%
Regular	385	35.4%
Insuficiente	101	9.3%
Acudes a la escuela		
Siempre	907	83.4%
Casi siempre	91	8.4%
A veces	77	7.1%
Nunca	13	1.2%
Llegas tarde a casa		
Siempre	817	75.1%
Casi siempre	125	11.5%
A veces	116	10.7%
Nunca	30	2.8%
Escuchan tus inquietudes		
Si	861	79.1%
No	227	20.9%
Se preocupan como vistes o te arreglas		
Siempre	442	40.6%
Casi siempre	193	17.7%
A veces	314	28.9%
Nunca	139	12.8%
Comentas problemas escolares		
Siempre	423	38.9%
Casi siempre	201	18.5%
A veces	375	34.5%
Nunca	89	8.2%
Convives a la hora de la comida		

Siempre	511	47.0%
Casi siempre	223	20.5%
A veces	293	26.9%
Nunca	61	5.6%
Convives en actividades recreativas		
Siempre	294	27.0%
Casi siempre	227	20.9%
A veces	433	39.8%
Nunca	134	12.3%

Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

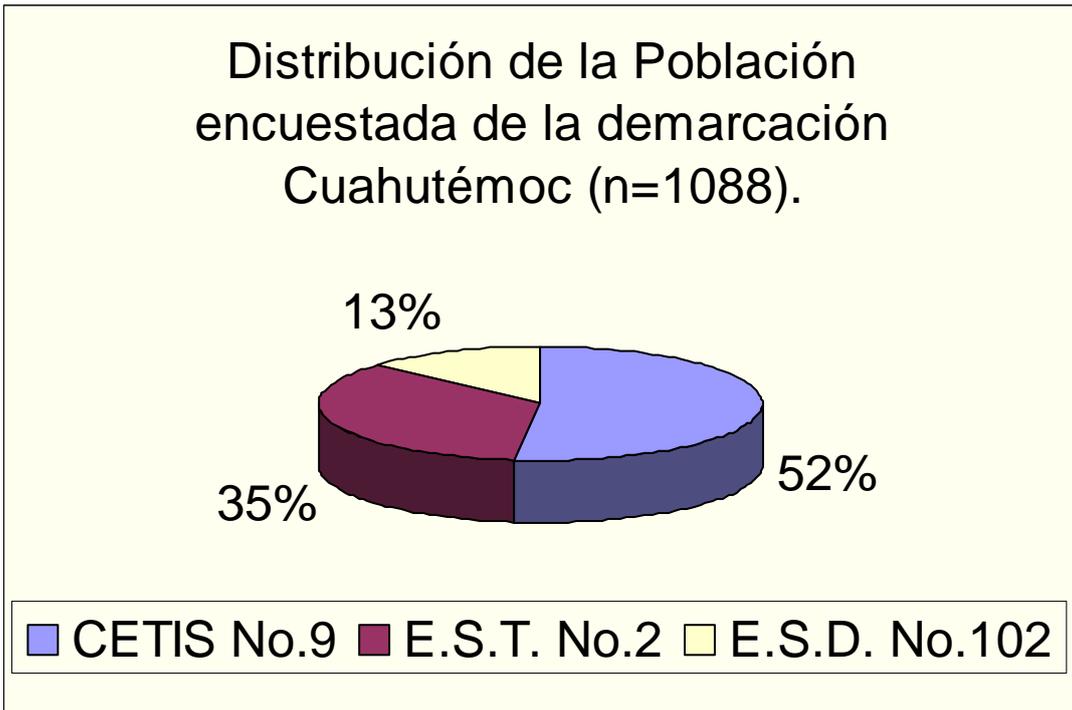
CUADRO 6

Datos de los adolescentes según lo que perciben de su familia hacia ellos (n=1088).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
En tu familia hay:		
Malos entendidos entre los integrantes	385	35.3%
Falta de organización y de reglas	293	26.9%
Problemas vecinales	326	29.9%
Problemas económicos	484	44.4%

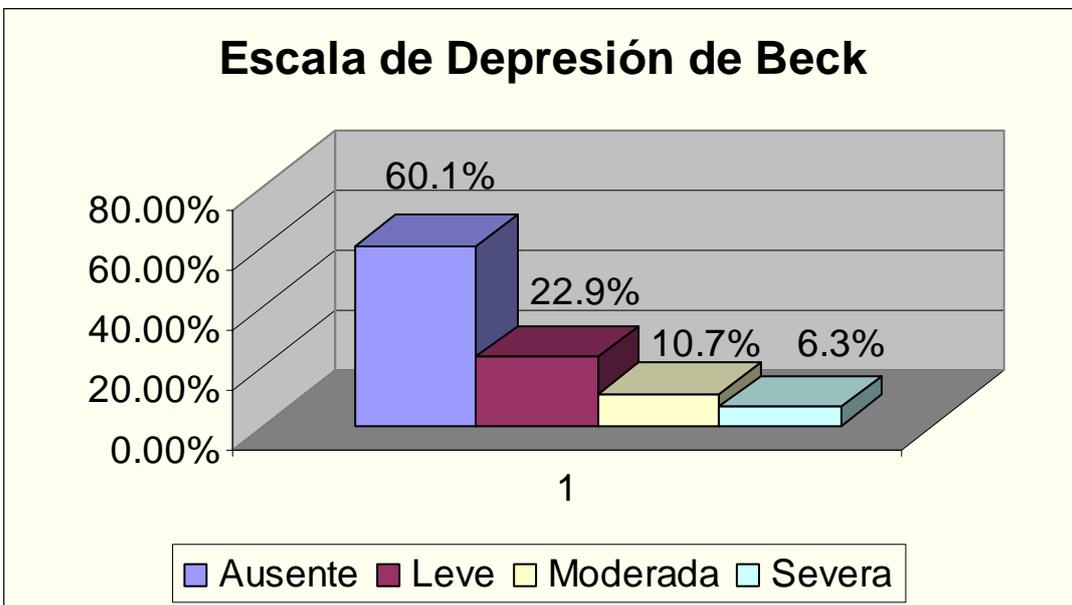
Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

Grafico 1



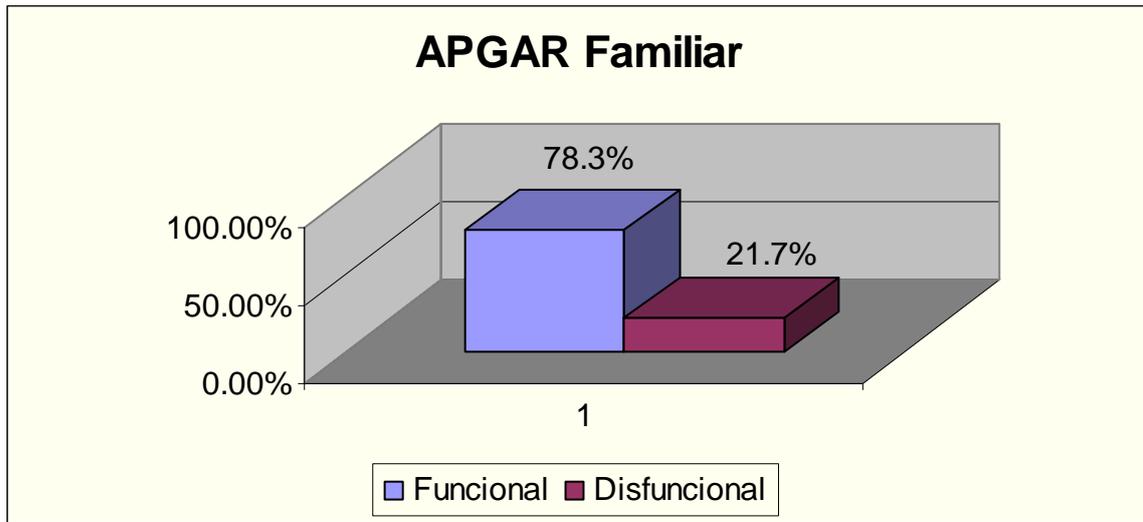
Fuente: Encuesta autoaplicada a los adolescentes entre los meses de Marzo a Julio del 2003.

Grafico 2



Fuente: CUADRO 3.

Grafico 3



Fuente: CUADRO 4.