



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25**

**TESIS PROFESIONAL**

**“PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES CON UN  
TRASTORNO DEPRESIVO”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MARCOS CASTILLO GUZMÁN**

**ASESOR:**

**PSIC. ANDRÉS MENDOZA CONTRERAS**

**ORIZABA, VER.**

**2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

*“Jehová es mi fortaleza y mi escudo; en él confió mi corazón, y fui ayudado, por lo que se gozó mi corazón, y con mi cántico le alabaré”. Salmo 28:7*

*Muchas gracias mi Dios por que sin ti, esto no hubiera sido posible, gracias porque sin duda alguna tú has sido conmigo a cada paso de mi vida y en especial a lo largo de este viaje, gracias por tu amor, tu fidelidad, tu misericordia, tu gracia que ha cada momento la he visto en mi vida, y muy en especial gracias por ser mi Padre.*

*Gracias a mi hermosa familia, mis padres y mis hermanos, gracias por su apoyo incondicional y porque siempre en cada decisión que he tomado han estado ustedes a mi lado, los amo con todo mi corazón.*

*Gracias Mayra porque siempre estuviste conmigo en las buenas y en las malas, gracias porque aunque la carga pareciera muy pesada, siempre estuviste ahí, te amo (con el corazón).*

*Gracias a los profesores Andrés Mendoza Contreras y José Antonio Reyes Gutiérrez, gracias porque a lo largo de la carrera y en especial en este proyecto, he contado con su apoyo en todo momento, siempre buscando conseguir el mejor resultado.*

*Gracias a todos los profesores que he tenido a lo largo de la carrera, gracias por sus conocimientos, sus experiencias y por su amistad, siempre los llevaré conmigo.*

**Eben-ezer: Hasta aquí nos ayudó Jehová**

# TABLA DE CONTENIDO.

## Agradecimientos

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b> .....	I
<b>Capítulo 1.- Planteamiento del problema</b> .....	1
1.1.- Descripción del problema.....	1
1.2.- Formulación del problema.....	3
1.3.- Justificación del problema .....	3
1.4.- Formulación de la hipótesis.....	6
1.4.1.- Determinación de las variables.....	6
1.4.2.- Operalización de variables.....	7
1.5.- Delimitación de objetivos.....	8
1.5.1.- Objetivo general.....	8
1.5.2.- Objetivos específicos.....	8
1.6.- Marco conceptual.....	9
1.6.1.- Suicidio .....	9
1.6.2.- Autoflagelación .....	10
1.6.2.1.- Tratamiento de la autoflagelación.....	12
1.6.3.- Depresión .....	12
1.6.3.1.- Evaluación diagnóstica de la depresión.....	17
1.6.3.2.- Tratamiento de la depresión .....	18
<b>Capítulo 2.- Marco contextual de referencia</b> .....	20
2.1.- Antecedentes y ubicación geográfica.....	20
2.1.1.- Evolución demográfica .....	21

<b>Capítulo 3.- Marco teórico</b> .....	23
3.1.- Etapa de la adolescencia enfocada al aspecto físico y emocional .....	23
3.2.- La depresión como trastorno emocional .....	27
3.2.1.- Trastornos depresivos primarios.....	37
3.2.2.- Trastornos depresivos secundarios .....	52
3.3.- El suicidio enfocado a un trastorno depresivo.....	53
3.3.1.- El suicidio en los adolescentes .....	56
3.3.2.- Aspectos médico legales .....	62
3.4.- La autoflagelación como factor en la depresión .....	63
<b>Capítulo 4.- Propuesta de la tesis</b> .....	69
4.1.- Nombre .....	69
4.2.- Justificación.....	69
4.3.- Objetivos .....	70
4.4.- Población o público .....	70
4.5.- Desarrollo de la propuesta .....	71
4.5.1.- Sesión número 1: Valores.....	72
4.5.2.- Sesión número 2: Autoestima.....	76
4.5.3.- Sesión número 3: Controlar y decidir tu vida .....	79
4.5.4.- Sesión número 4: Expectativas futuras .....	83
4.5.5.- Sesión número 5: Depresión en los adolescentes.....	86
4.5.6.- Sesión número 6: Autoflagelación .....	89
4.5.7.- Sesión número 7: Suicidio .....	92
4.5.8.- Sesión número 8: Comunicación asertiva .....	96
4.5.9.- Sesión número 9: Manejo de ansiedad .....	99
4.5.10.- Sesión número 10: Cierre .....	102

<b>Capítulo 5.- Diseño metodológico</b> .....	105
5.1.- Enfoque de la investigación .....	105
5.2.- Alcance de la investigación .....	106
5.3.- Diseño de la investigación.....	107
5.4.- Tipo de investigación .....	107
5.5.- Delimitación de la población.....	108
5.6.- Selección de la muestra .....	108
5.7.- Instrumento de prueba .....	109
<b>Capítulo 6.- Resultados de la investigación</b> .....	110
6.1.- Tabulación.....	110
6.2.- Interpretación de los resultados gráficos.....	111
6.3.- Conclusiones del tratamiento estadístico .....	119
<b>Conclusión</b> .....	120
<b>Referencias</b> .....	123
<b>Glosario</b> .....	126
<b>Anexos</b> .....	129

## **INTRODUCCIÓN.**

La presente tesis es una investigación que tiene como objetivo conocer si el suicidio y/o la autoflagelación son consecuencias de un adolescente de entre los 16 y 18 años de edad con un trastorno depresivo mayor.

Tanto la psiquiatría como la psicología coinciden que la depresión es un trastorno dentro del cual el principal aspecto que afecta dentro del desarrollo de una persona es en el aspecto emocional y afectivo, es por ello que en esta investigación se toman en cuenta algunas de las prácticas más comunes de las personas con un trastorno depresivo mayor las cuales son la autoflagelación y en algunos casos el suicidio. Por tal motivo, en la actualidad es muy importante el poder conocer acerca de la autoflagelación y el suicidio relacionándolo con la depresión, ya que en muchas ocasiones podemos estar cerca de alguna persona con este tipo de trastorno y sin darnos cuenta, no podríamos darle orientación, información o principalmente la ayuda que la persona necesita para salir adelante. Por tal motivo, en esta investigación se toman en cuenta algunos conceptos que pueden ayudar a conocer y entender al trastorno de la depresión, y así reconocer si la práctica de la autoflagelación y/o la práctica del suicidio son consecuencias de la misma.

Esta tesis consta de 6 capítulos los cuales están orientados a la investigación de la depresión y sus posibles consecuencias.

En el capítulo 1 se enuncia de forma breve lo que es la depresión, la autoflagelación y el suicidio, además de que establece el planteamiento del problema, la hipótesis, las variables de la investigación, los objetivos de la investigación y la justificación. En concreto, contiene la fundamentación de la investigación.

En el capítulo 2 se habla sobre el marco contextual de la investigación, el cual incluye la ubicación geográfica donde se estudia el problema, grupos étnicos y evolución demográfica de la ciudad de Orizaba, lugar en donde se realizó la investigación.

En el capítulo 3 se hace referencia al marco teórico de la investigación, donde se incluye la conceptualización del término suicidio en nuestra sociedad, conceptualización del término autoflagelación en nuestra sociedad, la depresión como factor desencadenante del suicidio y/o la autoflagelación.

En el capítulo 4 se habla acerca de la propuesta de la tesis, la cual consta de unos talleres divididos en 10 sesiones. Los temas a tratar van desde la autoestima, depresión, autoflagelación, etc.

En el capítulo 5 se hace referencia sobre la comprobación de la hipótesis, en donde se incluyen los resultados del instrumento de medición.

Por último, en el capítulo 6 se habla sobre el enfoque de la investigación, el diseño de la investigación, el tipo de la investigación y la selección de muestra, aspectos que son importantes en cuanto a la dirección de esta investigación.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

### 1.1.- Descripción del problema.

El creciente número de casos relacionados con la depresión ha sido alarmante en los últimos años en nuestra sociedad, ya que aproximadamente un 17%, es decir 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión. De acuerdo a estudios realizados por el INEGI en el 2005, uno de cada cinco mexicanos padecen depresión y solo uno de cada diez recibe la atención adecuada. (INEGI)

Si a lo anterior le agregamos la variación poblacional hasta el día de hoy, encontramos la gran necesidad de conocer más acerca de la depresión, como lo son sus consecuencias, síntomas, tratamientos, entre otras cosas a fin de poder responder ante esta enfermedad de la mejor manera posible.

En la actualidad, la depresión ha afectado de manera importante a la población joven. Desafortunadamente se ha vuelto muy común ver jóvenes en la calle o inclusive en las escuelas con lesiones ocasionadas por ellos mismos para poder según ellos manejar emociones fuertes o situaciones que sean de mucha

presión. Cuando los jóvenes no pueden manejar este tipo de emociones por medio de la autoflagelación, en algunos casos llegan al suicidio.

El suicidio en nuestro país se ha convertido en la tercera causa de muerte en los adolescentes, ya que en la última década se incremento la tasa de suicidio en un 31% en especial en los jóvenes de entre 14 y 21 años. (CONADIC)

A raíz del incremento constante en los últimos años de casos depresivos en nuestro país y como consecuencia de ellos, el aumento de prácticas de autoflagelación e intentos suicidas que en ocasiones se llegan a consumir, ha surgido la gran necesidad de hacer un proyecto basado en talleres informativos y vivenciales, dentro de los cuales los jóvenes que tengan un trastorno depresivo puedan primordialmente llegar a conocerse así mismos, trabajar en su autoestima, poder concretar un plan de vida, tener información acerca de la depresión, el suicidio y la autoflagelación, entre otros temas.

Es de gran interés para mí poder aplicar éste proyecto en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba, debido a que en la actualidad los jóvenes se enfrentan a circunstancias que pueden desencadenar un trastorno depresivo, y

por lo que se ha observado, la mayoría no saben las consecuencias de este trastorno, ni como manejarlo o tratarlo.

La finalidad de este proyecto es poder evitar que los adolescentes cometan la práctica de la autoflagelación y el suicidio, y a su vez puedan compartir la información que se les presente y lo principal, que puedan compartir con sus similares las experiencias por las que han atravesado.

## **1.2.- Formulación del problema.**

¿Cuáles son las consecuencias que se genera en un adolescente de entre los 16 y 18 años de edad con un trastorno depresivo?

## **1.3.- Justificación del problema.**

Conocer si el suicidio y la autoflagelación son las consecuencias que un adolescente de entre los 16 y 18 años de edad con un trastorno depresivo puede llegar a presentar.

La importancia de este estudio nace a partir del gran aumento de casos en los últimos años en la ciudad de Orizaba Veracruz, en la que los jóvenes de entre 16 y 18 años se autoflagelan para poder disminuir algún sufrimiento de origen psicológico, y en ocasiones desafortunadamente cometen el acto del suicidio.

La depresión es un problema emocional que se ve reflejado en un desajuste conductual, el cual altera la percepción del individuo e impide la búsqueda de alternativas de solución ante cualquier dificultad enfrentada. Los síntomas más comunes de depresión, según la American Psychiatric Association, son incapacidad de concentración, falta de motivación, cambios repentinos de peso, insomnio, inactividad o hiperactividad, fatiga, incapacidad para divertirse y pensamientos recurrentes relacionados con la muerte.

Preguntarse por la correlación existente entre la depresión a tempranas edades y el rendimiento académico obedece a un interés personal por la psicopatología y en especial por su influencia en el sector educativo. Sin duda alguna este crecimiento es el inicio de proyectos que futuros psicólogos pueden desempeñar como un aporte desde la psicología para la educación emocional.

Sin embargo la importancia del tema trasciende los intereses personales. La depresión, por sí misma justifica un estudio con estas características ya que es uno de los problemas psicológicos que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. De hecho se ha llegado a concluir que cerca del 4% de la población sufre este trastorno, mientras que aproximadamente el 20% de las personas que acuden a consulta médica tienen depresión, aunque no sea necesariamente éste su motivo de consulta. (Yepes, 1998).

La situación resulta más preocupante hoy en día, cuando se ha encontrado que la frecuencia con la que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de iniciación ha disminuido. (Yepes, 1998). Es así que la depresión en jóvenes se está convirtiendo en un fenómeno frecuente, lo cual resulta desalentador cuando empiezan a percibirse que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo y, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida. (Reynolds & Mazza, 1998).

La cuestión empeora si se tiene en cuenta que las dificultades afectivas en general, y los estados de ánimo (o trastornos) depresivos en particular, no solamente son desatendidos, sino que pueden generar diferentes inconvenientes de orden. Interesa a la presente investigación realizar un acercamiento al fenómeno del desarrollo afectivo de los jóvenes, a través de un análisis de la

posible correlación entre la depresión junto con la autoflagelación y el suicidio de una población particular.

Dicho estudio se estructura como un aporte a la comprensión del fenómeno, cuyas conclusiones pueden ser empleadas para concientizar a los padres de familia sobre la importancia crucial que tiene el revisar el estado emocional de los jóvenes.

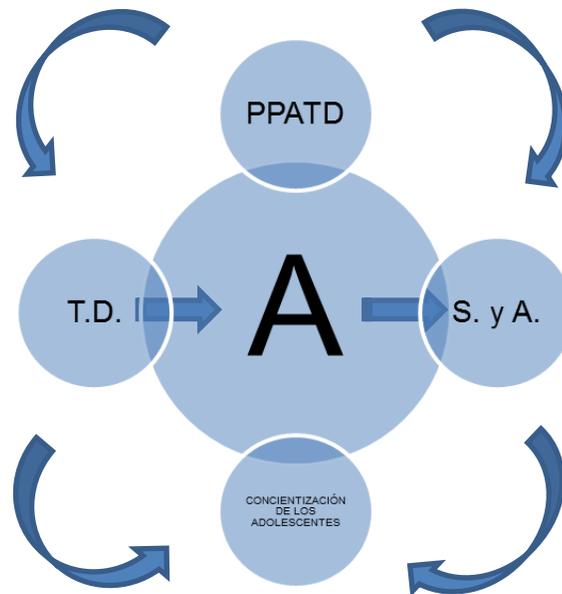
#### **1.4.- Formulación de la hipótesis.**

El suicidio y la autoflagelación como consecuencias generadas en los adolescente de entre los 16 y 18 años de edad con un trastorno depresivo en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba.

##### **1.4.1.- Determinación de las variables.**

- Variable dependiente: El intento de suicidio y la autoflagelación.
- Variable independiente: Trastorno depresivo en adolescentes.

#### 1.4.2.- Operalización de variables.



El trastorno depresivo (T.D.) en la adolescencia (A) puede tener como consecuencias el suicidio y/o la autoflagelación (S. y A.), pero mediante la elaboración del Programa de Prevención en Adolescentes con un Trastorno Depresivo (PPATD) tanto por el lado del T.D. y el S. y A. se va a lograr el objetivo de la concientización de los adolescentes acerca de estos temas.

## **1.5.- Delimitación de objetivos.**

### **1.5.1.- Objetivo general.**

Comprobar si el trastorno depresivo tiene como consecuencia al suicidio y la autoflagelación en un adolescente de entre los 16 y 18 años de edad en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba.

### **1.5.2.- Objetivos específicos.**

- Delimitar del tema a investigar.
- Recabar toda la información relacionada con la depresión, autoflagelación y el suicidio.
- Aplicar el instrumento de medición para comprobar la hipótesis.

## **1.6.- Marco conceptual.**

### **1.6.1.- Suicidio.**

Suicidio (del latín *sui caedere*, 'matar a uno mismo') es el acto de quitarse la propia vida. Muchas religiones lo consideran un pecado y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes, sin escapatoria o dolorosas en extremo. (Durkheim, 2000)

Para considerarse suicidio, la muerte debe ser un elemento carnal y el motivo del acto, y no sólo una consecuencia casi ineludible. Así, los hombres bomba y los mártires no son considerados suicidas, dado que se sacrifican en nombre de una creencia. Tampoco son suicidas los que se sacrifican por otros en caso de emergencias ni los soldados que mueren en una guerra y, en estos casos, los muertos no son proscritos por la religión ni por la ley. En el caso de que el suicidio tenga consecuencias legales, la ley recoge que debe haber prueba de intención de morir, así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio. Puede que dicho proceso sea costoso en caso de minusvalía y tenga que depender de alguien más, que entrara entonces en una dinámica de cómplice de suicidio y sería posiblemente penado con la cárcel.

El suicidio también puede ser efecto de trastornos psiquiátricos, que comúnmente se acompañan de depresión o ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y todos los trastornos de depresión. En estos casos es principalmente la enfermedad lo que provoca el suicidio y no el análisis lógico del individuo.

### **1.6.2.- Autoflagelación.**

La autoflagelación o autolesión consiste en hacerse un daño físico como método de alivio al sufrimiento psicológico. A veces el dolor psicológico se hace tan difícil de manejar, que se opta por dañar al cuerpo en un intento de controlar la situación. Esto efectivamente alivia, aunque sea por unos minutos. Las sensaciones que se tienen al momento de autolesionarse dependen de cada persona y de la situación que se esté viviendo. A veces puede proporcionar calma, en otras un "despertar", hacer sentir "real" a una persona disociada que piensa que ya no siente nada en la vida. (Santos, 2011)

Los métodos de autolesión varían mucho de persona a persona: cortes, quemaduras, golpes, tirarse del pelo, quebrarse algún miembro, etc. Asimismo varía la profundidad e intensidad de la lesión. Algunos se hacen cortes muy

profundos, otros optan por muchos rasguños en la piel, sin embargo, el tamaño de la herida no se relaciona con el dolor psicológico de la persona, es decir, si alguien simplemente se rasguña, no quiere decir que sufra menos que aquel que se corta profundamente.

La intensidad de la lesión puede ir en aumento de acuerdo al tiempo en el que el individuo se autolesiona, algunas personas pueden comenzar con rasguños, pasar a cortes superficiales, a cortes más profundos, y así sucesivamente. Es una conducta compulsiva y adictiva que al igual que las drogas, lleva a un aumento gradual del uso. La autolesión suele desarrollarse entre la pre-adolescencia y la adolescencia. (Santos, 2011)

En general, quien se autolesiona suele mantenerlo en secreto, procurando que nadie se entere del dolor que esa persona padece, aunque hay pautas variadas de comportamiento. Debe entenderse la automutilación como comportamiento de evasión a un sufrimiento o a un problema, el cual debe ser solucionado para que la persona deje de auto mutilarse.

Para poder llegar a una solución, el primer paso es la aceptación de que se tiene un problema, no se puede hacer mucho si el autolesionado no quiere

curarse. Es un proceso lento, que requiere mucha paciencia y entendimiento por parte del enfermo y de quienes lo rodean, pero es extremadamente necesario.

#### *1.6.2.1.- Tratamiento de la autoflagelación.*

Es recomendable que el autolesionado reciba ayuda psicológica o psiquiátrica, pues en algunas ocasiones puede relacionarse con otros tipos de síndromes, tales como desorden de personalidad, desorden de ansiedad, desorden de personalidad limítrofe, desorden compulsivo, bipolaridad o depresión entre otros. Sin embargo un autolesionado no tiene por qué presentar estos desórdenes, y con un cambio de actitud y fuerza de voluntad puede librarse de su conducta autodestructiva por sí mismo.

#### **1.6.3.- Depresión.**

La depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. (Kramer, 2006)

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. (Belloch, 1995)

Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos [abanderados por la fluoxetina, la píldora de la felicidad del siglo XX], la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas. (Kielholz, 1983).

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología. (Belloch, 1995)

Sin embargo, aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico. Por esta razón, estas alteraciones también pueden ser interpretadas

como correlatos biológicos (correlación), pero no implica necesariamente una explicación del hipotético síndrome.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Desde el punto de vista de la psicología de conductual, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida. Por ejemplo, la evitación y el condicionamiento han demostrado tener un papel fundamental en la adquisición y mantenimiento de este problema.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

En todo caso, la depresión es descrita desde la medicina con una serie de síntomas. Así, cualquier problema psicológico que cumpla esos criterios pudiera ser diagnosticable como depresión. Ya sea un problema de neurodegeneración o ya sea aprendida, en todos los casos hablaríamos del síndrome. Si bien, el diagnóstico médico debe indicar si es de origen neurológico, hormonal o psicológico. Es decir, aún no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad.

### *1.6.3.1.- Evaluación diagnóstica de la depresión.*

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas?, ¿Cuánto han durado?, ¿Qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

Desde la terapia de conducta el objetivo del diagnóstico está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento y controlar dicho proceso. Los cuestionarios no serían usados para comparar distintos sujetos o para comprobar si alcanza una determinada puntuación, sino que permitirían comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.

#### *1.6.3.2.- Tratamiento de la depresión.*

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas leves o moderadas de depresión. Las personas con depresión severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas.

Según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión a la luz de recientes investigaciones en el 2001, concluyó que tan sólo en el trastorno bipolar y esquizofrenia, la psicoterapia se ha mostrado ser menos eficaz que el tratamiento con psicofármacos.

## CAPÍTULO II

### MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA.

#### 2.1.- Antecedentes y ubicación geográfica.

Orizaba (Ahualizapan o *Ciudad de las Aguas Alegres* en náhuatl, Mb'oon'u o *Camino boscoso* en otomí) es una ciudad ubicada en el centro del Estado de Veracruz, México. Orizaba es conocida como la *Ciudad de las Aguas Alegres* y también como *Pluviosilla*. Es una ciudad perteneciente al estado de Veracruz, que se encuentra ubicada a 1236 metros sobre el nivel del mar.

Estando inmersa en un gran valle es el centro industrial comercial, social y cultural de la zona conurbada formada por las poblaciones de Mendoza, Nogales, Huiloapan, Rio Blanco, Ixtaczoquitlán, y otros municipios más que se encuentran dentro de la misma.

Se tiene que los depósitos que forman el valle, son de origen aluvial del cuaternario, con calizas del Cretácico Superior en sus bordes. Orizaba es cruzada por un río de alegres aguas que lleva su nombre (río Orizaba) que por

mucho tiempo estuvo descuidado y era receptor de aguas negras, pero que sin lugar a dudas es un hermoso paseo.

Orizaba se encuentra rodeada de varios municipios que al estar unidos forman una gran zona conurbada más grande del estado de Veracruz. Al norte colinda con los poblados de Ixhuatlancillo en Mariano Escobedo; la Perla en las inmediaciones del Pico de Orizaba y Santa Ana Atzacan. Al sur colinda con los poblados de Rafael Delgado y Tlilapan, reconocidos por sus plantíos de flores. Al este con los poblados de Ixtaczoquitlán, con paisajes pintorescos. Y al oeste con de Rio Blanco, Nogales, Huiloapan, Mendoza ciudades de trascendencia obrero-textil y cuna del movimiento obrero en el país.

Orizaba es parte del crecimiento del país ya que era el paso del puerto hasta México y por lo tanto fue fundamental en la colonia. Existen en el municipio 2,153 hablantes de lengua indígena, 906 hombres y 1,247 mujeres, que representa el 1.89% de la población municipal. La principal lengua indígena es el náhuatl.

### **2.1.1.- Evolución demográfica.**

Municipio que tiene una población hasta el año de 1995 de 114,425 habitantes, este mismo año reporta 2,692 nacimientos y 905 defunciones. Se

estimó que en 1996 tenía una población de 117,776. De acuerdo a los resultados preliminares del Censo 2000, la población en el municipio es de 118,488 habitantes, 54,919 hombres y 63,569 mujeres.

Dentro de los indicadores demográficos de la ciudad de Orizaba se encuentra que en el año del 2010 tenía una población estimada de 117.289 habitantes, 62.897 son mujeres y 54.392 son hombres. Por lo tanto, el 46,37 por ciento de la población son hombres y el 53,63 por ciento mujeres.



Figura núm. 1.- Mapa geográfico de la Universidad de Sotavento en la ciudad de Orizaba.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1.- Etapa de la adolescencia enfocada al aspecto físico y emocional.**

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años hasta los 24 años. (OMS, 2000)

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual, etc.) así como de la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El adolescente esta en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia

de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto. (Corbella, 1985)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. (Secretaría de Salud, 2005)

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Muchas culturas difieren

respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el Benei Mitzvá, que se celebra a los doce años. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson (1972) consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

A diferencia de lo que sucede en los niños y en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. (Secretaría de Salud, 2005). La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre justo, la promoción de las actividades familiar, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente.

### **3.2.- La depresión como trastorno emocional.**

La depresión, tal vez como ningún otro desorden psiquiátrico o de la medicina en general, aparece en la historia hasta los primeros registros de la humanidad. En muchos personajes de antiguos mitos así como personajes bíblicos presentaban síntomas visibles que en el día de hoy se podrían categorizar como una representativa enfermedad depresiva.

La gran importancia de los primeros escritos, tal como lo observó el psicoanalista Gregory Zilboorg (1944), reside en que en ellos se manifiesta que la sintomatología del desorden afectivo ha sido la misma durante veinticinco siglos. Sin embargo, la perseverancia histórica de la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos propuestos para la depresión se han ido transformando de manera permanente, debido a los estilos etiológicos y teóricos de cada época. De ahí que toda recapitulación acerca de la historia de la depresión equivale a fundamentar toda la evolución del pensamiento psiquiátrico.

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y

no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona.

Todos hemos experimentado estados de ánimo que implican depresión o alegría en algún momento de nuestras vidas. La pérdida de un trabajo o la muerte de un ser amado pueden dar por resultado depresión. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (CIE-10)

La depresión es una de las condiciones diagnosticadas en forma más común entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también es bastante frecuente en la población en general, no respeta posición socioeconómica, logros educativos o cualidades personales; puede afligir a ricos o pobres, a personas con éxito o fracasados, a los muy educados o a los analfabetos.

La depresión es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres. Sin importar la región del mundo, raza, etnicidad y clase social, las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de sufrir depresión que los hombres. Las mujeres tienden a amplificar sus estados de ánimo depresivos y los hombres encuentran medios de minimizar la misma.

El problema central de la depresión, en el mundo contemporáneo, no solo se funda en la extensión creciente del fenómeno, principalmente en las últimas décadas, ni en el reconocimiento de que " la depresión es el síntoma universal de la psicopatología y la clínica psiquiátrica", a tal punto que la nuestra ha sido llamada la "era de la depresión".

Se debe unir a lo anterior varios factores, relacionados entre sí, al crecimiento de su perfil sintomatológico, a sus nuevos modos expresivos cada

vez más detectados por la clínica; al crecimiento de los métodos terapéuticos, biodinámicos, y psicodinámicos a nuestro alcance; a la mundialización del proceso perceptible y ubicable en múltiples formas clínicas en todas las culturas que pueblan el orbe.

En los tiempos actuales la depresión es un síntoma psíquico muy frecuente relacionado con el tipo de vida que llevamos, nuestras relaciones familiares (problemas con la pareja o los hijos), en el ámbito académico (problemas en la escuela o universidad) o laboral (falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe) y otros. (Fitzpatrick, 2006)

La misma lleva al que la siente, a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.

Los individuos deprimidos muestran una consideración negativa de sí mismo. La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán.

Considera al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida. Una consideración negativa del futuro. Ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores en su vida. Tienden a deformar sus experiencias, malinterpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal. Exageran o generalizan excesivamente cualquier situación por más sencilla que sea, tienden también a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro. Todo siempre va a ir contra sí mismo, acentuando lo negativo hasta casi excluir los hechos positivos.

Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un período de dos semanas. (Sevillá y Pastor, 2005)

En la cultura occidental se enfoca el papel de los eventos estresantes y recursos en los trastornos afectivos y luego se plantea la cuestión de los índices de depresión en apariencia más altos entre las mujeres que entre los hombres. Las conceptualizaciones del papel del estrés en la psicopatología en general y en la depresión en particular han propuesto de manera típica que este es uno de

los tres factores amplios que es importante considerar: diátesis, estrés y recursos o apoyos sociales. La diátesis se refiere al hecho de que debido a condiciones genéticas o constitucionales o sociales, ciertos individuos pueden tener una predisposición o vulnerabilidad para desarrollar depresión. El estrés puede actuar como un desencadenante para activar esta predisposición, en especial cuando los individuos carecen de recursos para adaptarse al mismo.

La depresión es a la psicopatología lo que el catarro a la medicina; nos afecta a todos, pero en mayor medida a las mujeres (la proporción es de 3 mujeres por cada hombre) aunque la mayor incidencia de suicidios consumados corresponde a los varones. El índice es mayor en mujeres casadas que en solteras. Se ha demostrado que las mujeres reaccionan de forma más ansiosa que los hombres frente a las situaciones conflictivas de la vida.

Una mujer deprimida percibe a menudo fuertes sentimientos de aversión hacia sí misma; se siente inútil y culpable de sus insuficiencias. Pueden comenzar a producirse ataques de llanto, pérdida de peso e insomnio. La comida no sabe bien, el sexo no resulta excitante y se pierde todo el interés por la gente afectivamente ligada a ella. Esta mujer deprimida puede empezar a tener deseos suicidas. A medida que sus intenciones se hacen más serias, las ideas esporádicas se convierten en deseos; preparará incluso un plan y lo pondrá en práctica. Hay pocos trastornos psicológicos que sean tan debilitadores y ninguno

que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave. (Arieti y Bemporad, 1993)

Si se puede mejorar la orientación negativa o dicho de otra forma, lo que el individuo se dice a sí mismo de los hechos o pensamientos que le acontecen en el diario vivir, entonces se puede decir que mejora y pasa a tomar la vida de una forma más real, positiva, logrando así un cambio de su conducta tanto para él como con respecto a lo que lo rodea, sean personas o acontecimientos en general. Para ello, lógicamente, se necesita una terapia personalizada.

Cuando se ha pasado por varias depresiones y se tienen datos suficientes para pensar que son orgánicas, existe medicación que previene, con distinta eficacia según los casos, la aparición de futuros episodios depresivos. Un modo de vida adecuado puede hacernos más inmunes a la depresión. Cada persona ha de encontrar la forma en que quiere vivir, quizá lo más conveniente sería diversificar los intereses y encontrar un equilibrio entre ellos, considerar los diversos aspectos de nuestra vida como el trabajo, el descanso, la familia, la pareja, los hijos, las amistades, los hobbies, la vida espiritual, y desarrollarlos adecuadamente. La polarización sobre unos aspectos, olvidando los otros, nos hace más vulnerables.

El tratamiento ha de ser abordado por profesionales de la salud, psiquiatras o psicólogos, y los métodos son diversos, según los casos. El tratamiento médico con medicación es siempre adecuado, pues alivia un sufrimiento innecesario. En todos los casos, la psicoterapia de apoyo es necesaria, en ella se ayuda al enfermo, en un principio a desahogarse, y posteriormente a identificar y asimilar los eventos de su vivencia, que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de su estado, para mediante el entendimiento, la comprensión, la simulación, aprendizaje y el cambio de determinados aspectos de la vida, prevenir futuros episodios. (Arieti y Bemporad, 1993)

Las personas desarrollan defensas para afrontar y superar las depresiones leves que se originan por las frustraciones cotidianas. Debemos saber que la depresión va más allá de la voluntad; por ello cuando se trate de familiares no se deben poner metas difíciles de alcanzar, tampoco reclamar su conducta, sino asimilar que es el proceso de una enfermedad que rompe con los hábitos. Hay gente que se abraza a la depresión y la hace una forma de vivir; es entonces cuando la familia se separa y quién no conoce la naturaleza de esta patología dice y hace cosas que lastiman al enfermo.

No se debe acusar a la persona deprimida de aparentar enfermedades o flojera ni esperar que salga inmediatamente de la depresión. Con el tratamiento

adecuado presentará mejoría en un plazo de dos a tres semanas, ya que el tiempo de recuperación en psiquiatría es muy lento. Hay que tener en cuenta que la ansiedad hace a las personas trabajar cuando es funcional; cuando es disfuncional las paraliza y sólo cuando altera sus vidas acuden al médico; aunque con la depresión también se vuelven más sensibles, más receptivos; crecen y entienden más la vida.

Para el tratamiento de las depresiones más comunes, las reactivas, se han formulado tres teorías en la psicoterapia conductual:

➤ Baja proporción de reforzamiento. La depresión se debe a una baja proporción del reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, bien porque existen pocos acontecimientos reforzadores en el ambiente del paciente y porque éste no suele tener respuestas gratificantes (posiblemente por falta de habilidades sociales). Los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la ausencia de respuestas que crea esta pérdida de reforzamiento. Es decir, el individuo deja de hacer más esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los anteriores fracasaron. La terapia se dirige a identificar fuentes potenciales de reforzamiento en el ambiente del paciente y a desarrollar métodos para aumentar su disponibilidad (entrenamiento en habilidades sociales).

➤ Pérdida de control: indefensión aprendida. Una persona se deprime cuando cree que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control. La terapéutica incluye:

- Cambiar la posibilidad de acontecimientos provocadores de depresión con cambios ambientales.
- Reevaluar las metas y las normas del paciente para que se vuelva más realista y reducir la posibilidad de que insista en el fracaso (pueden utilizarse varios tipos de terapias cognitivas para ello).
- Desarrollar expectativas de control, por ejemplo, resaltando la variedad de habilidades sociales y comunicativas relevantes del paciente, aumentando el repertorio de actividades generales de modo que existan más oportunidades de resultados positivos y proporcionar estrategias de autocontrol eficaces.
- Modificar atributos poco realistas de los fracasos, resaltando las circunstancias que impiden el resultado deseado.
- Modificar atributos poco realistas de éxito, resaltando las cualidades personales relevantes (fomento de la autoestima).

➤ Distorsiones cognitivas. estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. La terapia se dirige a la variedad creciente de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que siguen a la percepción de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) de índole más realista y adaptable, poniendo a prueba la credibilidad de estas alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.

La depresión ha sido subdividida en varias categorías. A continuación se explican algunas de las principales.

### **3.2.1.- Trastornos depresivos primarios.**

Básicamente los trastornos depresivos primarios se dividen en 2 grandes grupos: Trastorno depresivo mayor y distimia.

Trastorno depresivo mayor: Este se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. El episodio depresivo mayor abarca 5 o más de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño).
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Cuando estos episodios depresivos mayores se repiten suele haber por lo menos un intervalo libre de síntomas, de alrededor de dos meses, entre uno y otro.

En la forma melancólica de la depresión mayor se incluyen los siguientes síntomas típicos: Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno). Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo (por ejemplo la depresión se experimenta en forma diferente al tipo de sentimiento que acompaña a la muerte de un ser querido).

La depresión es habitualmente mayor en la mañana, mejorando el estado de ánimo al anochecer, despertar precoz (por ejemplo 2 horas antes de lo habitual) que suele estar acompañado de angustia.

El tratamiento del episodio depresivo mayor es fundamentalmente farmacológico acompañado por una psicoterapia de apoyo al paciente y de orientación y psicoeducación a los familiares del mismo respecto a lo que pueden y/o deben realizar para ayudar a la persona que está sufriendo. Suele

ser muy difícil para una persona que nunca ha experimentado un episodio depresivo poder entender que se trata. El apoyo afectivo por parte de la familia es de fundamental importancia. En los casos severos, especialmente cuando existe ideación suicida, se podría indicar una internación hospitalaria. Cuando el paciente comienza a recuperarse puede comenzar a trabajarse mediante psicoterapia, ya que durante la fase de duración del episodio depresivo mayor la persona es prácticamente inaccesible a las palabras, es decir, que hablándoles no es posible ayudarlos completamente, ya que el dolor que padecen es demasiado intenso.

Incluso algunos pacientes se niegan a hablar o escuchar durante esta fase de esta forma de depresión, sólo quieren "dormir todo el día" o estar a "oscuras y en silencio en su habitación". Cuando un paciente experimenta por primera vez en su vida un episodio depresivo mayor tiene un 50% de probabilidades de padecer otro, si ha experimentado un segundo episodio depresivo mayor tiene un 80% de probabilidades de padecer un tercero. En situaciones como éstas se habla de depresión mayor recurrente. El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico cobra una vital importancia. El mismo tiene como fin: evitar que éstos episodios nunca más se repitan y en el caso de producirse un nuevo episodio depresivo mayor, que éste tenga una duración más corta y una intensidad menor. (DSM-IV)

El trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es alrededor de los 35 años. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recurrente, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos entre cada episodio duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial ínter episódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación ínter episódica total sin recuperación ínter episódica total, pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único.

Los estudios de seguimiento del curso sugieren que después de 1 año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor del 40% de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos el 20% sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor y un 40% no presenta trastorno del estado de ánimo. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes. (DSM-IV)

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el

divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor es más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

De acuerdo al DSM-IV, estos los criterios que se deben tomar para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, episodio único:

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un

trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0: Leve
  
- 1: Moderado
  
- 2: Grave sin síntomas psicóticos
  
- 3: Grave con síntomas psicóticos

- 4: En remisión parcial/en remisión total
- 9: No especificado

De acuerdo al DSM-IV, estos los criterios que se deben tomar para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, recidivante:

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0: Leve
- 1: Moderado
- 2: Grave sin síntomas psicóticos
- 3: Grave con síntomas psicóticos
- 4: En remisión parcial/en remisión total

- 9: No especificado

La distimia presenta síntomas similares a la depresión mayor, pero se diferencian entre sí respecto a:

- Tipo de evolución: el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.
- Severidad de los síntomas: los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración significativa de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo.

El tratamiento de la distimia (o neurosis depresiva) es fundamentalmente psicoterapéutico. Aunque cuando el trastorno distímico dificulta la vida de relación del individuo (con los familiares y amigos) o el rendimiento laboral o académico, los fármacos antidepresivos pueden llegar a ser de gran ayuda para que el individuo recupere a corto plazo un nivel de bienestar que no lo incapacite para desempeñarse en su vida afectiva, social y laboral. (Arieti y Bemporad, 1993)

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 adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (por ejemplo en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

De acuerdo al DSM-IV, estos los criterios que se deben tomar para el diagnóstico del trastorno distímico:

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

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

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

- (1) Pérdida o aumento de apetito
- (2) Insomnio o hipersomnia
- (3) Falta de energía o fatiga
- (4) Baja autoestima

- (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) Sentimientos de desesperanza

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

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

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

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

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

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

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

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años
- Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

### **3.2.2.- Trastornos depresivos secundarios.**

Los trastornos depresivos secundarios comprenden; depresión debida a sustancias, depresión debida a condición médica o enfermedad y duelo. Los síntomas son similares a los de los trastornos primarios del estado de ánimo (depresión mayor, distimia y trastornos bipolares).

Depresión debida a sustancias. Las causas más comunes son: algunas píldoras anticonceptivas, ciertos analgésicos, ciertos antibacterianos, ciertos antihipertensivos, ciertas hormonas esteroides, cocaína, etc.

Depresión debida a condición médica o enfermedad. Las causas más comunes son: posparto, alteraciones hormonales (especialmente el hipotiroidismo), alteraciones neurológicas (por ejemplo accidentes cerebro vasculares, demencias, epilepsias, etc.)

El duelo ocurre como una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Se piensa que este duelo intenso tiene una función psicológica positiva al ayudar a las personas a adaptarse. Sin embargo, un periodo de duelo prolongado en exceso acompañado de preocupación por sentimientos de inutilidad, deterioro marcado del funcionamiento y retardo psicomotor grave,

pueden indicar un trastorno afectivo importante. Las culturas varían en duración normal del duelo, pero la depresión grave, incapacitante, rara vez continúa después de los primeros tres meses. (Sevillá y Pastor, 2005)

### **3.3.- El suicidio enfocado a un trastorno depresivo.**

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.

La depresión hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran. Rechazan todas las opciones que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre,

produce un dolor que dura semanas, meses e incluso años. Empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca.

El suicidio no soluciona nada, lo único que hace es adelantar el final sin haber encontrado la solución. No se puede decir que el suicidio sea una opción, ya que "opción" quiere decir "posibilidad de optar o elegir", y el suicidio nos arrebatada para siempre lo uno y lo otro. La muerte es un acontecimiento irreversible que, no sólo no elimina el dolor, sino que lo transmite a quienes nos rodean. También transmiten su dolor las personas que viven en la más absoluta soledad y se quitan la vida. Se lo transmiten a aquellos miembros de la sociedad a quienes les importa y les preocupa.

Algunas personas pueden ser genéticamente propensas a la depresión, padecer un desequilibrio químico, o haber pasado muchas desgracias a lo largo de su vida: algo que, en suma, les conduce a la depresión. Hay personas que "llaman a la depresión a gritos": son las que cultivan procesos de pensamiento cognitivo irreales y aspiran en la vida a objetivos inalcanzables. Sea cual sea la causa de la depresión, cualquier persona puede verse asaltada por intensas ideas de suicidio cuando el futuro se muestra desesperanzador.

No hay ninguna clase o tipo específico de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas. Los médicos, los terapeutas y los adolescentes ocupan los primeros puestos en las estadísticas de suicidios consumados; si bien parece que en personas con firmes convicciones religiosas es más infrecuente el intento de suicidio.

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión. Los momentos de la enfermedad con más riesgo son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión. Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son: aumento del insomnio, aumento del abandono del cuidado personal y el aumento del deterioro cognitivo.

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida. Los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes.

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad

más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de alto estatus económico.

Los factores asociados al riesgo de suicidio son en mujeres menores de 35 años y hombres mayores de 40; separación, divorcio o muerte del cónyuge, pérdida inminente de un ser querido, la soledad y el aislamiento social, problemas económicos, paro reciente o jubilación, enfermedad terminal, etc. (Farberow, 1969)

En general los pacientes suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de desahogarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio se le debe animar a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema con lo cual se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar la circunstancias que provocan el intento suicida.

### **3.3.1.- El Suicidio en los adolescentes.**

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros

miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución."

En la depresión se observa una tasa de suicidio constante que se puede tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño o el joven pueden tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda. (Durkheim, 2000)

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno o más de estos síntomas, los padres tienen que hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten: cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa, uso de drogas o del alcohol, abandono poco usual en su apariencia personal, cambios pronunciados en su personalidad, aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad

de su trabajo escolar, poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, ponerse muy contento después de un período de depresión, etc.

Si el niño o adolescente dice, "Yo me quiero matar" o "Yo me voy a suicidar", se debe tomar muy en serio y llevarlo a un psiquiatra de niños y adolescentes o a otro médico para que evalúe la situación. A la gente no le gusta hablar de la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no ha de "ponerle ideas en la cabeza"; por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas. Con la ayuda de la familia y con tratamiento profesional, los niños y adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo.

En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, hay casi siempre "anuncios más o menos melodramáticos". El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, no es serio, es decir, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. No se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías. Se elige el corte en el antebrazo (cortarse las venas), tomar fármacos comunes, etc. El objeto es llamar la atención, con alto

contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. Es un intento "utilitario" en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno. En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, son serios. Suele planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte.

En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes lo rodean que "es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer". Es decir explicita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea. Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse. Como antes dijimos, cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto.

Se puede expresar que la resolución suicida es, esencialmente un elemento de la esfera afectiva (en este caso con depresión). Por lo tanto, el nivel cultural del sujeto, las apelaciones a su alta capacidad de razonamiento, no tienen sentido. Tampoco debe confiarse, en absoluto, en que la psicoterapia, en esa situación, pueda brindar resultados y en todo caso, implica un riesgo tan alto que no puede ser asumido. La idea suicida no es un razonamiento, sino un sentimiento. Por ello el deprimido grave con alta tendencia suicida debe ser internado con la misma urgencia de un abdomen agudo.

En caso de una situación álgida (riesgo de suicidio, ansiedad, componente psicótico, etc.) la psicoterapia profunda no tiene cabida. Más aún, se insiste en que la exploración del inconsciente y la psicoterapia introspectiva están contraindicadas formalmente. El análisis de motivaciones inconscientes puede producir en el paciente desasosiego y angustia al descubrir elementos negativos de su historia vital, agranda el cuadro. No es este el momento, en el cual, más adelante, ya mejorado el paciente, podrá ser considerado ese tratamiento. La aproximación psicoterápica, en ese momento álgido, debe ser de apoyo, y así debe continuar hasta cesado el cuadro.

Se debe insistir en luchar contra las ideas de culpa, ruina, indignidad, pesimismo, además de que es preciso desvalorizar estos sentimientos, quitarles vigor y minimizándolos. Presentar su porvenir aceptable es imprescindible. Una buena técnica es pedirle al paciente un plazo, el cual le permita su tratamiento durante alrededor de 2 meses exponiéndole la seguridad de su curación. Aquí el médico debe ser seguro, asertivo, concluyente.

El deprimido es escéptico respecto a su curación y señala su convicción de un destino ominoso, pero cierto es también que la seguridad, la tranquilidad y la palabra firme del médico y la autoridad que se desprende de él causan efecto. En el fondo él necesita ser consolado. También es importante explicar al paciente que tendrá molestias con la medicación; pero esto suele ser positivo,

puesto que el individuo lo relaciona con la potencia de la droga, y la energía del tratamiento, lo cual asoma una esperanza. (Arieti y Bemporad, 1993)

Se le debe decir, concretamente, que no tendrá deterioro al salir de su enfermedad, que ésta no afecta "al intelecto", sino a la afectividad. Debe insistirse, una y otra vez, en que la esperanza existe, que es razonable y segura, visto el tratamiento que habrá de hacerse y que él comprobará pronto cuan infundadas son sus ideas depresivas.

Mientras más grave el cuadro, menos efectivo será este tratamiento psicoterápico y se puede llegar a casos en que nuestra las palabras "resbalan" en el paciente; si así ocurre, habrá llegado también el momento de la internación.

Finalmente, por lo tanto, el tratamiento de elección en la depresión severa es el tratamiento farmacológico, cubriendo también la angustia y la ansiedad. No corresponde psicoterapia profunda en los momentos álgidos del proceso. Si el riesgo de suicidio es evidente, internación urgente y tratamiento de electroshock. Si el tratamiento farmacológico (aun cambiando o combinando fármacos) se muestra ineficaz durante un lapso prudencial, efectuar electroshock (siempre en ambiente sanatorial).

### **3.3.2-. Aspectos médico legales.**

La depresión, mientras se mantenga en el ámbito neurótico, no condiciona imputabilidad penal, ni irresponsabilidad. El individuo sigue con clara discriminación de la realidad, aunque la vea de manera penosa y pesimista. Si el cuadro se agrava y aparece riesgo de suicidio, clínicamente evaluado, corresponderá la internación, aún en contra de la opinión del enfermo, ya que es, como se ha dicho, el mejor y a veces, único resguardo posible.

Si la enfermedad configura ya un cuadro psicótico, con delirio, ideas patológicas de influencia, el paciente es entonces un alienado, y como tal irresponsable. Pero, como el síndrome depresivo es, en general de buen pronóstico, y aquí en tiempo relativamente breve, la intervención judicial es excepcional, lo cual constituye, desde ya un elemento positivo para el conocimiento del paciente.

No es necesaria en absoluto autorización judicial para el tratamiento, aún intenso, del enfermo. Ni para la realización tampoco de electroshock. Sí correspondería, en cambio, que la familia se encuentre perfectamente informada, y autorice, desde ya, la terapia instituida.

### **3.4.- La autoflagelación como factor en la depresión.**

Cortarse es lastimarse a propósito haciéndose rasguños o cortes en el cuerpo con un objeto lo suficientemente filoso como para abrir la piel y hacerla sangrar. Cortarse es un tipo de herida autoinfligida. Cortarse es más común en las jóvenes, pero algunos varones también se provocan heridas a sí mismos. Las personas suelen hacerse cortes en las muñecas, los brazos, las piernas o el abdomen. Algunas personas se provocan heridas quemándose la piel con la colilla de un cigarrillo o con un fósforo encendido. (Santos, 2001)

Cuando los cortes o las quemaduras se curan, suelen dejar cicatrices o marcas. Las personas que se lastiman a sí mismas suelen ocultar los cortes y las marcas, y a veces nadie más se entera.

El hecho de que las personas se provoquen heridas no es algo nuevo. Tampoco es una conducta muy común. Sin embargo, en los últimos tiempos, se está hablando más del tema. Cuando las jóvenes y los varones escuchan hablar sobre el tema, quizá sienten curiosidad y quieren saber por qué algunas personas se lastiman a sí mismas. Debido a que tiene algo de prohibido, algunos adolescentes quizá piensen que cortarse podría hacerlos parecer más audaces, maduros o populares.

Ya que se habla tanto del tema, cortarse podría parecer la última moda. Sin embargo, se trata de un problema grave. Quizá resulte difícil entender por qué las personas se cortan a propósito. Cortarse es lo que los expertos denominan un mecanismo de resolución no saludable. Esto significa que las personas que se cortan a propósito no han desarrollado mecanismos sanos para manejar las emociones fuertes, la presión intensa o los problemas de relación que provocan bastante tristeza.

Existen muchas maneras buenas y sanas de afrontar las dificultades, como conversar con los padres, con otros adultos o con los amigos; colocar los problemas en perspectiva y hacer mucho ejercicio. Pero las personas que se cortan no han desarrollado estas habilidades. Cuando las emociones no se expresan de manera sana, la tensión comienza a crecer hasta un punto en que, a veces, se vuelve insoportable. En general, cortarse es un intento de aliviar esa tensión extrema; es una manera destructiva de sentir que uno tiene el control. Ésta es una de las razones por las cuales los adolescentes jóvenes son los más propensos a cortarse.

El impulso de cortarse quizá surja a raíz de sentimientos intensos que la persona no es capaz de expresar, como enojo, pena, vergüenza, frustración o depresión. Las personas que se cortan suelen manifestar su sensación de que no encajan en ningún lado o que nadie las comprende. Una persona podría

cortarse por la pérdida de un ser querido o para librarse de una sensación de vacío. Cortarse podría parecer la única manera de encontrar alivio o el único modo de expresar el dolor personal por las relaciones o a causa de un rechazo.

A veces, las personas que se cortan o se lastiman a sí mismas padecen de otros problemas mentales que contribuyen a su tensión emocional. En ocasiones (pero no siempre), cortarse es un fenómeno asociado con la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de la alimentación, las ideas obsesivas o las conductas compulsivas. También puede ser un indicio de problemas mentales que hacen que a las personas les resulte difícil controlar sus impulsos o evitar situaciones de riesgo. Algunas personas que se cortan a sí mismas tienen problemas de abuso de alcohol o drogas.

Algunas personas que se cortan han sufrido una experiencia traumática, como vivir situaciones de violencia, una catástrofe o abuso. Lastimarse a uno mismo es una manera de "despertar" de una sensación de adormecimiento después de una experiencia traumática. O podría ser un modo de volver a infligirse el dolor que han experimentado, expresar el enojo que les produce o intentar dominarlo.

Si bien es probable que cortarse brinde un alivio temporal de un sentimiento terrible, incluso las personas que se cortan están de acuerdo en que no es una buena manera de conseguir ese alivio. En primer lugar, el alivio no es duradero, ya que los problemas que llevaron a las personas a cortarse no desaparecen, sino que simplemente se ocultan.

Las personas no suelen tener la intención de lastimarse irreparablemente cuando se cortan. Además, en general, no quieren seguir cortándose una vez que han empezado. Pero ambas situaciones son posibles. Es posible calcular mal la profundidad de un corte y hacerlo tan profundo que requiera puntos (o, en casos extremos, hospitalización). Los cortes pueden infectarse si una persona utiliza un instrumento que no sea estéril o esté sucio, como navajas, tijeras, alfileres o incluso el borde filoso de la lengüeta de una lata de gaseosa.

La mayoría de las personas que se cortan no están intentando suicidarse. Cortarse suele ser el intento de una persona de sentirse mejor y no de ponerle fin a todo. Aunque algunas personas que se cortan sí intentan suicidarse, esto se debe a los problemas emocionales y sufrimientos que subyacen a su deseo de lastimarse y no al hecho de cortarse.

En ocasiones, cortarse se convierte en un hábito. Puede convertirse en una conducta compulsiva, lo que significa que cuanto más se corta una persona, más necesidad siente de hacerlo. El cerebro comienza a asociar la falsa sensación de alivio del sufrimiento con el acto de cortarse y ansía este alivio cuando se presenta el siguiente conflicto. Cuando cortarse se convierte en una conducta compulsiva, es posible que parezca imposible detenerse. Por eso, cortarse quizá se parezca a una adicción. Una conducta que comienza como un intento de sentirse en control tal vez termine controlándote.

Cortarse suele comenzar como un impulso. No es algo en lo que la persona piense por adelantado. Shauna afirma lo siguiente: "Comienza cuando sucede algo muy triste y uno no sabe cómo hablar de eso o qué hacer. Pero resulta imposible sacarse de encima esa sensación de tristeza y el cuerpo siente como un nudo causado por el dolor emocional. Cuando quieres darte cuenta, estás cortándote. Entonces, de algún modo, estás en otro lado. Por lo tanto, la próxima vez que te sientes mal por algo, vuelves a intentarlo y poco a poco va convirtiéndose en un hábito".

En ocasiones, las heridas que una persona se autoinflige afectan su imagen corporal. Giuliana dice lo siguiente: "A mí me gustaba verme las heridas. Como me sentía mal cuando empezaban a curarse, volvía a cortarme para 'renovarlas'. Ahora comprendo que esto parece una locura, pero en ese

momento me parecía absolutamente razonable. Esos cortes eran algo sobre mí que sólo yo sabía. Eran algo así como mi modo de controlar las situaciones. Ya no me corto, pero tengo que hacer frente a las cicatrices".

No se puede obligar a alguien a que no se lastime a sí mismo. No sirve de nada enojarse con un amigo que se corta, rechazarlo, darle un sermón o rogarle que deje de hacerlo. Por el contrario, hay que hacerles saber a esas personas que uno está preocupado por ellas, que se merezcan estar saludables y felices, y que nadie tenga por qué afrontar sus problemas sin ayuda.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROPUESTA DE LA TESIS.**

#### **4.1.- Nombre.**

Programa de Prevención en Adolescentes con un Trastorno Depresivo.

#### **4.2.- Justificación.**

El programa de prevención en adolescentes con un trastorno depresivo nace a partir de la evaluación y análisis de los conocimientos que los adolescentes tienen acerca de lo que es la depresión y las consecuencias que ésta puede traer consigo.

Por ello, se han organizado una serie de talleres relacionados principalmente al autoconocimiento personal, a la depresión, el suicidio y la autoflagelación, ya que la mayoría de los adolescentes no tienen un conocimiento real sobre estos temas.

#### **4.3.- Objetivos.**

- Concientizar a los jóvenes acerca de la depresión, así como el suicidio y la autoflagelación como sus consecuencias.
- Brindar las herramientas necesarias mediante la información para que los adolescentes puedan salir de un estado depresivo.
- Despertar el interés en los adolescentes por el autoconocimiento, a fin de poder identificar sus estados de ánimo.

#### **4.4.- Población o público.**

Los talleres están enfocados hacia los adolescentes de entre los 16 y 18 años de edad que presenten un trastorno depresivo en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba.

#### 4.5.- Desarrollo de la propuesta.

Nombre: Programa de prevención en adolescentes con un trastorno depresivo.	Duración: 20 horas.
Número de sesiones: 10	Duración por cada sesión: 2 horas
Número de sesión:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10	Nombre de la sesión:  Valores  Autoestima  Controlar y decidir tu vida  Expectativas futuras  Depresión en los adolescentes  Autoflagelación  Suicidio  Comunicación asertiva  Manejo de ansiedad  Cierre

#### 4.5.1.- Sesión número 1.

Sesión: Valores	Duración: 2 horas
Objetivo: Explicar el término valor, a fin de poder reconocer los valores propios.	
Material: Proyector, Laptop, Hojas blancas, Lápices.	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: Autobiografía de valores (20 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué son los valores? (45 Minutos)</p> <p>Actividad central: Defendiendo un valor (20 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: Autobiografía de valores
<p>Objetivos:</p> <p>I. Explorar los valores que una persona tiene.</p> <p>II. Practicar el uso de indicadores de valor como un medio para descubrir dichos valores.</p> <p>III. Para compartir valores con otros, con el fin de aumentar el desarrollo personal y aumentar la confianza del grupo, así como el entendimiento.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Un lápiz y una libreta de apuntes para cada participante.
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El instructor invita a los participantes a reflexionar sobre sus vidas. (En este punto no se tocan ni valores ni indicadores de valores) Les indica a los participantes que tienen media hora para escribir tres descripciones, en la forma siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una descripción de la vida familiar.</li> <li>2. Una descripción de la vida de trabajo. (Que incluya escolaridad y ocupación)</li> <li>3. Una descripción del uso del tiempo en el ámbito personal (el cual puede incluir entretenimientos, deportes, lectura, amigos, etc.)</li> </ol> <p>II. Los participantes escogen otras personas con las cuales se sientan a gusto para compartir algo de su historia personal. Cada persona cuenta con aproximadamente cinco minutos; un grupo de cuatro personas necesitará veinte minutos, etc.</p> <p>III. Los participantes sintetizan su trabajo en forma individual. El instructor los dirige, para que reflejen en las vidas que han descrito, haciéndoles las siguientes preguntas y escuchando las respuestas cronológicamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la decisión más importante que he tomado en mi vida familiar, en mi trabajo y en mi vida personal?</li> <li>2. ¿Qué metas, aspiraciones, actitudes, intereses, sentimientos, creencias, preocupaciones y actividades reflejan mi historia familiar, mi trabajo y mi</li> </ol>

vida?

3. ¿Dónde o en qué he gastado la mayor parte de mi dinero, de mi tiempo y de mi energía?

IV. El instructor hace una breve lectura sobre el descubrimiento de valores a de lo que ellos hayan descubierto acerca de sus valores.

V. Los participantes regresan a sus grupos pequeños y se apoyan unos a otros para explorar y descubrir los valores que han estado intentando aplicar en sus vidas. Cada participante tiene quince minutos; por lo tanto un grupo de cuatro personas necesitaría aproximadamente de una hora.

VI. El instructor puede organizar una sesión general en donde todos compartan los más importantes o más interesantes descubrimientos que hayan hecho acerca de sí mismos, y de sus valores. Los participantes reciben instrucciones en el sentido de que necesitan compartir solamente lo que ellos deseen.

VII. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

(Pisano, 1993)

Actividad central: Defendiendo un valor
<p>Objetivos:</p> <p>I. Dar a los participantes una oportunidad de afirmar públicamente sus creencias dentro de una escala de valores.</p> <p>II. Explorar y entender los valores propios y los valores de los demás.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El instructor elige un valor que considere logrará que el grupo este dividido. Los hace formar dos círculos: en un círculo reúne a los participantes que están de acuerdo con el valor y en el otro círculo a los que están en desacuerdo. Les da veinte minutos para que cada grupo fundamente su posición.</p> <p>II. Los participantes pueden cambiarse de un subgrupo a otro.</p> <p>(A). Los participantes forman dos círculos concéntricos, con el subgrupo de "Si" adentro. Los miembros del subgrupo "Si" tendrán veinte minutos para discutir sus fundamentos, actuación y la apreciación del valor en cuestión. Mientras el subgrupo "No" observa la discusión, sin participar.</p> <p>(B). El subgrupo "No" en este momento forma el círculo interior y tiene veinte minutos para razonar el porqué de su negativa al valor. El subgrupo "Si" observa la discusión, sin participar.</p> <p>III. Los dos subgrupos se reúnen por separado para discutir lo que escucharon del otro subgrupo. Cada subgrupo elige tres representantes para que defiendan su planteamiento respecto al valor elegido. (Veinte minutos).</p> <p>IV. Los seis representantes se reúnen a discutir el valor en cuestión. El objetivo es clarificar todas las alternativas, las consecuencias, las acciones y la valía del valor. Los otros participantes observan esta discusión.</p> <p>V. El instructor y el grupo en sesión plenaria, discuten el proceso del ejercicio y de que forma esta experiencia puede ayudarles en su vida laboral.</p> <p>VI. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pisano, 1993)

#### 4.5.2.- Sesión número 2.

Sesión: Autoestima	Duración: 2 horas
Objetivo: Explicar qué es y como se forma la autoestima a fin de identificar cualidades y defectos propios.	
Material: Proyector, Laptop, Hojas blancas, Lápices.	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: Acentuar lo positivo (20 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué es la autoestima? (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: Concepto positivo de sí mismo (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: Acentuar lo positivo
<p>Objetivo:</p> <p>Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas debido a que no les permiten tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. Muchos hemos crecido con la idea de que no es "correcto" el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes sugeridas:</p> <p>Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.</p> <p>Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.</p> <p>Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo.</p> <p>II. Explique que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá necesiten un ligero empujón de parte de usted para que puedan iniciar el ejercicio).</p> <p>III. Se les aplicará unas preguntas para su reflexión:</p> <p>¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miró a su compañero y le dijo, "Tú primero"?</p> <p>¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?</p> <p>¿Cómo considera ahora el ejercicio?</p> <p>III. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pisano, 1993)

Actividad central: Concepto positivo de sí mismo
<p>Objetivo:</p> <p>Demostrar que sí es aceptable expresar oralmente las cualidades positivas que se poseen.</p>
Duración: 25 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. Divida a los asistentes en grupos de dos. Pida a cada persona escribir en una hoja de papel cuatro o cinco cosas que realmente les agradan en sí mismas. (NOTA: La mayor parte de las personas suele ser muy modesta y vacila en escribir algo bueno respecto a sí mismo; se puede necesitar algún estímulo del instructor. Por ejemplo, el instructor puede revelar en forma "espontánea" la lista de cualidades de la persona, como entusiasta, honrada en su actitud, seria, inteligente, simpática.)</p> <p>II. Después de 3 ó 4 minutos, pida a cada persona que comparta con su compañero los conceptos que escribieron.</p> <p>III. Se les aplicará unas preguntas para su reflexión:</p> <p>¿Se sintió apenado con esta actividad? ¿Por qué? (Nuestra cultura nos ha condicionado para no revelar nuestros "egos" a los demás, aunque sea válido hacerlo).</p> <p>¿Fue usted honrado consigo mismo, es decir, no se explayó con los rasgos de su carácter?</p> <p>¿Qué reacción obtuvo de su compañero cuando le reveló sus puntos fuertes? (por ejemplo, sorpresa, estímulo, reforzamiento).</p> <p>IV. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pick, 1992)

### 4.5.3.- Sesión número 3.

Sesión: Controlar y decidir tu vida	Duración: 2 horas
Objetivo: Explicar en que consisten los estilos de toma de decisiones, a fin de identificar el estilo propio para tomar decisiones.	
Material: Proyector, Laptop, Pizarrón, Plumones.	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: Como podría ser diferente su vida (20 Minutos)</p> <p>Tema: Controlar y decidir tu vida (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: Mi proyecto de vida (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: Como podría ser diferente su vida
<p>Objetivo:</p> <p>Facilitar a los participantes pensar más profundamente en algunos de sus deseos y aspiraciones y lo que están haciendo para lograrlos.</p>
Duración: 20 Minutos.
Material: Hojas de papel y lápiz para cada participante.
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El Facilitador dice a lo participantes:</p> <p>"Su médico les ha informado que sólo les queda un año de vida y ustedes están convencidos de que el diagnóstico es correcto. Describan cómo cambiaría su vida esta noticia".</p> <p>II. Se da tiempo a que los participantes piensen y escriban sobre la pregunta anterior.</p> <p>III. El Facilitador les menciona lo siguiente:</p> <p>"Si ustedes desean cambiar su vida en esa dirección, ¿Qué los detiene para hacerlo ahora mismo?".</p> <p>IV. El Facilitador integra subgrupos de 4 personas y les pide que comenten sus respuestas a la pregunta anterior.</p> <p>V. En grupo se hacen comentarios sobre el ejercicio y como se sintieron.</p> <p>VI. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pick, 1992)

Actividad central: Mi proyecto de vida
Objetivo: Elaborar un proyecto de vida.
Duración: 25 Minutos
Material: Hoja de trabajo "Mi Proyecto de Vida" para cada participante, Un lápiz para cada participante.
Desarrollo:  I. El Facilitador distribuye a los participantes la hoja de trabajo "Mi Proyecto de Vida".  II. El Facilitador solicita a los participantes que contesten la hoja de trabajo y les indica que sean concretos y que omitan enunciados demasiado generales o vagos.  IV. Terminada la actividad anterior, el Facilitador invita a los participantes a que voluntariamente compartan sus proyectos con el grupo.  V. El Facilitador guía un proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida.

Formato de hoja de trabajo: "Mi proyecto de vida"

<b>MI PROYECTO DE VIDA</b>		
<b>¿Qué quiero lograr?</b>	<b>¿Para qué lo quiero lograr?</b>	<b>¿Cómo lo lograré?</b>
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.

(Pick, 1992)

#### 4.5.4.- Sesión número 4.

Sesión: Expectativas futuras	Duración: 2 horas
<p>Objetivo:</p> <p>Explicar la forma de planear actividades, a fin de desarrollar un plan de vida.</p>	
<p>Material: Proyector, Laptop, Pizarrón, Gises, Hojas de papel blancas, Lápices.</p>	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: La rutina de mi vida (20 Minutos)</p> <p>Tema: Expectativas futuras (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: Ruta crítica de la semana (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: La rutina de mi vida
<p>Objetivo:</p> <p>Hacer conciencia de que se toman decisiones a diario.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Pizarrón, Gises
<p>Desarrollo:</p> <p>I. Introducir el ejercicio explicando que todos diariamente tomamos decisiones, algunas sencillas y cotidianas y otras más difíciles. Ejemplificando algunas de estas decisiones: decidir bañarse o no, qué desayunar, llegar o no temprano a clases, platicar o no con alguna persona.</p> <p>II. Pedir al grupo que se dividan en equipos de 5 ó 6 participantes y que comenten acerca de las actividades que realizaron ese día.</p> <p>III. Explicar que la tarea consiste en que analicen dichas actividades y que identifiquen si tuvieron consecuencias o no de las decisiones que tomaron durante el día.</p> <p>IV. Solicitar un voluntario por equipo para que comente ante el grupo la secuencia de decisiones que identificaron a su equipo.</p> <p>V. Cerrar el ejercicio comentando la importancia de tomar decisiones conscientemente.</p>

(Pick, 1992)

Actividad central: Ruta crítica de la semana
Objetivo: Aprender a planear actividades semanales como apoyo al plan de vida.
Duración: 25 Minutos
Material: Hojas de papel blancas, Lápices
Desarrollo: I. Distribuir entre los adolescentes hojas de papel blancas y lápices. II. Indicar a los adolescentes que la actividad a realizar consiste en hacer una ruta crítica en relación a las actividades que piensan realizar la semana próxima. III. Ejemplificar la elaboración de una ruta crítica, presentando en el pizarrón los siete pasos que en ella se plantean. IV. Hacer énfasis en la importancia de establecer metas concretas y alcanzables. Subrayar la relevancia del manejo del tiempo al especificar las actividades simultáneas y secuenciadas en relación a lo que piensan hacer esta semana. V. Solicitar algún (os) voluntario (s) que comparta (n) con el grupo la ruta crítica que haya (n) realizado. VI. Comentar las dificultades que tuvieron los adolescentes en la realización de esta actividad y discutir las siguientes preguntas: ¿Qué paso de la ruta crítica fue más difícil de planear? ¿Es útil hacer una ruta crítica semanal? ¿Por qué sí o por qué no?

(Pick, 1992)

#### 4.5.5.- Sesión número 5.

Sesión: Depresión en los adolescentes	Duración: 2 horas
Objetivo: Explicar qué es la depresión y como afecta a los adolescentes.	
Material: Proyector, Laptop, Hojas blancas, Lápices.	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: El regalo de la alegría (20 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué es la depresión? (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: Caricias por escrito (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: El regalo de la alegría
<p>Objetivo:</p> <p>Promover un clima de confianza personal, de valorización personal, y un estímulo positivo, en el seno del grupo. Dar y recibir retroalimentación positiva en un ambiente grupal.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Hojas de papel, Lápices
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El instructor formará subgrupos y proporcionará papel a cada participante.</p> <p>II. El instructor hará una exposición, como la siguiente: "muchas veces apreciamos más un regalo pequeño que uno grande. Muchas veces nos quedamos preocupados por no ser capaces de realizar cosas grandes y no nos preocupamos por hacer cosas menores, y que tienen mayor valor."</p> <p>III. El animador invita a los participantes a que escriban a cada uno de los integrantes de su subgrupo. El cual deberá despertar en cada persona pensamientos positivos respecto a si mismos.</p> <p>IV. El animador presenta sugerencias, procurando animar a todos los integrantes para que envíen su mensaje, incluso por las que puedan o no sentir gran simpatía. Procuré ser específico, diciendo por ejemplo: "me gusta tu manera de reírte, cada vez que te diriges a alguien lo haces con mucho respeto" ahí ya te estas expresando correctamente.</p> <p>V. Los participantes pueden o no firmar.</p> <p>VI. Escritos los mensajes, se doblan y se reúnen en una caja dejando los nombres a quienes se dirigen hacia afuera.</p> <p>VII. Cuando todos hayan leído sus mensajes, se tiene una puesta en común con las reacciones de todos.</p>

(Pisano, 1993)

Actividad central: Caricias por escrito
Objetivos: I. Propicia el manejo creativo de la comunicación verbal escrita. II. Permite el intercambio emocional gratificante. III. Ayuda el fortalecimiento de la autoimagen de los participantes.
Duración: 25 Minutos
Material: Hojas de papel, Lápices
Desarrollo: I. Se solicita a los participantes que tomen dos o tres hojas carta y las doblen en ocho pedazos, cortándolas posteriormente lo mejor que puedan. II. En cada uno de los pedazos tienen que escribir por el inverso, uno a uno, los nombres de sus compañeros. III. Por el reverso, escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos, dirigido al compañero designado en cada pedazo de papel. IV. Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano. V. Se forman subgrupos de 4 ó 5 personas para discutir la experiencia. VI. Cada subgrupo nombra a un reportero para ofrecer en reunión plenaria sus experiencias.

(Pisano, 1993)

#### 4.5.6.- Sesión número 6.

Sesión: Autoflagelación	Duración: 2 horas
Objetivo: Explicar qué es la autoflagelación y cuales son sus consecuencias.	
Material: Proyector, Laptop, Hojas blancas, Lápices.	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: Aprender de la desgracia (20 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué es la autoflagelación? (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: El juego de los voluntarios (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: Aprender de la desgracia
<p>Objetivo:</p> <p>Reflexionar, aceptar y aprender de las vivencias problemáticas, dolorosas y/o conflictivas.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El Facilitador solicita a los participantes que seleccionen a una persona de los asistentes que le inspire confianza.</p> <p>II. El Facilitador les indica que se sienten frente a frente y piensen una situación problemática, dolorosa o desagradable, la cual uno de ellos debe relatar a su compañero, mientras lo escucha atentamente, sin comentarios ni críticas, sólo expresando su comprensión. Una vez que ha terminado, la persona que escucha deberá preguntarle que piensa que le pudo haber enseñado esta circunstancia.</p> <p>III. Al terminar esta actividad, se cambian los papeles, y se realiza el mismo procedimiento.</p> <p>IV. Se comenta en grupo el ejercicio.</p> <p>V. El Facilitador guía un proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida.</p>

(Pick, 1992)

Actividad central: El juego de los voluntarios
<p>Objetivo:</p> <p>I.- Superar los bloqueos emocionales.</p> <p>II.- Desarrollar una conciencia de sí mismo y de sus sentimientos.</p> <p>III.- Desarrollar sensibilidad y percepción acerca de las demás personas y del mundo en torno a sí.</p>
Duración: 25 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El instructor aclara cómo los elementos psicológicos que contribuyen para crear un conflicto en alguien, pueden ser personificados. Como demostración de este método de aumentar el conocimiento interno en un grupo relativamente grande, solicita voluntarios para participar de una experiencia.</p> <p>II. A fin de ayudar a los participantes a comprender los sentimientos que los llevaron a la decisión de presentarse o no como voluntarios, el instructor del grupo comentará lo siguiente: "En verdad, no necesito los voluntarios, pero me gustaría que ustedes se situaran en la experiencia que acaban de vivir, la de intentar decidir si se presentarían o no como voluntarios. Imaginen a dos personas dentro de la cabeza de ustedes. Una le dice que se presente y la otra le dice lo contrario. Visualicen una conversación entre las dos, en la cual intentan convencerse mutuamente, hasta que una de ellas vence."</p> <p>III. Terminada esta presentación, el instructor pide a los voluntarios que se confronten, no verbalmente, y vean lo que pasa, cerrando para eso los ojos durante unos dos o tres minutos, imaginando ese encuentro.</p> <p>IV. Finalizado el tiempo, los participantes relatarán al grupo sus visualizaciones.</p> <p>V. Las historias individuales generalmente aclaran las consideraciones que entran en conflicto en el proceso de tomar la decisión de presentarse o no como voluntario.</p> <p>VI. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pisano, 1993)

#### 4.5.7.- Sesión número 7.

Sesión: Suicidio	Duración: 2 horas
Objetivo: Explicar qué es el suicidio y hacer conciencia en los adolescentes sobre el tema.	
Material: Proyector, Laptop, Hojas blancas, Lápices.	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: Dar y recibir afecto (20 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué es el suicidio? (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: Esculpiendo (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: Dar y recibir afecto
<p>Objetivo:</p> <p>Vivenciar los problemas relacionados con dar y recibir afecto.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Hojas de papel, Lápices
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El instructor presenta el ejercicio, diciendo que para la mayoría de las personas, tanto dar como recibir afecto, es asunto muy difícil. Para ayudar a las personas a experimentar la dificultad, se usa un método llamado bombardeo intenso.</p> <p>II. Las personas del grupo dirán a la persona que es el foco de atención todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella. Ella solamente oye.</p> <p>III. La intensidad de la experiencia puede variar de diferentes modos, Probablemente, la manera más simple es hacer salir a la persona en cuestión del círculo y quedar de espaldas al grupo, escuchando lo que se dice. O puede permanecer en el grupo y le hablan directamente.</p> <p>IV. El impacto es más fuerte cuando cada uno se coloca delante de la persona, la toca, la mira a los ojos y le habla directamente.</p> <p>V. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pisano, 1993)

Actividad central: Esculpiendo
<p>Objetivo:</p> <p>I. Proporcionar un medio no verbal para la expresión de sentimientos hacia otras personas.</p> <p>II. Promover una retroalimentación a la conducta individual.</p>
Duración: 25 Minutos
Material: Hoja de papel
<p>Desarrollo:</p> <p>I. En lo que se ilustra aquí, la intervención de la escultura la introduce el instructor como parte de la interacción y de la vida del grupo. Si el instructor nota que un participante tiene dificultad para expresar su sentimiento a otra persona y que esta conducta está interfiriendo con el individuo o con el funcionamiento del grupo, le pide a la persona que necesita expresar sus sentimientos, que se ponga en el centro del círculo con el otro participante. El participante hacia el cual deben expresar los sentimientos (A) se le pide que asuma el papel de escultura y al participante que expresará sus sentimientos (B), asumirá el papel de escultor.</p> <p>II. El instructor señala a "B" que haga una escultura con "A", la cual refleje la forma en que B lo sienta a él y a su conducta. Debe darle a A la expresión fácil, los gestos y la postura del cuerpo que ilustrarán la retroalimentación. Se pide a A mantener la posición después de que B termine.</p> <p>III. Luego indica a B que se esculpa a sí mismo en relación a sus sentimientos sobre B y a mantener esa posición. Hace que A y B reflejen con su posición, su relación con el otro. Si A o B no mantienen la posición, el instructor le pide a otro participante actuar como "doble" para recordar gestos, posturas o expresiones.</p> <p>IV. El instructor, usando la hoja de papel o cartón como un espejo imaginario, lo mueve alrededor de las estatuas A y B y le pide a A, que describa lo que ve en el espejo, hablando primero de sí mismo y luego describiendo a B. Esto se repite con B. El instructor puede ajustar el espejo imaginario si A o B están perdiendo algún factor importante de la estatua.</p> <p>V. Luego el instructor les pide a A y B que vuelvan a su postura original. Los ayuda a hablar sobre la experiencia, discutiendo las motivaciones y los</p>

sentimientos de B al esculpir a A y los que tuvo éste durante ese tiempo. Le puede pedir al grupo que sugiera algunas conductas importantes que A y B no trataron.

VI. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

(Pick, 1992)

#### 4.5.8.- Sesión número 8.

Sesión: Comunicación asertiva	Duración: 2 horas
<p>Objetivo:</p> <p>Explicar qué es la comunicación asertiva a fin de poder ponerla en práctica.</p>	
<p>Material: Proyector, Laptop, 1 Pelota, Premios, 2 Cajas, Papeles con frases asertivas.</p>	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: ¿Qué tan asertivo soy? (20 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué es la asertividad? (40 Minutos)</p> <p>Actividad central: Vamos a platicar (25 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: ¿Qué tan asertivo soy?
<p>Objetivo:</p> <p>Revisar en la propia vida experiencias de asertividad, agresividad y de no asertividad.</p>
Duración: 20 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El Facilitador leerá lo siguiente, dejando un intervalo de tiempo después de cada historia, para que los participantes identifiquen si el personaje fue asertivo, no asertivo o agresivo; así como, comuniquen experiencias propias que les haya recordado y qué respuesta asertiva encuentran para el ejemplo de no asertividad y agresividad.</p> <p>OCASIÓN EN QUE NO FUE ASERTIVO: La semana pasada mi hermano tomo 500 pesos de mi cartera sin pedírmelos; en consecuencia no puede ver la película que quería, esa noche. El acostumbra hacer cosas como éstas, pero nunca le digo nada.</p> <p>OCASIÓN EN QUE SE FUE HOSTIL: Una amiga bromeaba conmigo en la oficina. Yo tenía dolor de cabeza, así que le grité que era una persona desconsiderada, inmadura, y me fui dejándola con la palabra en la boca.</p> <p>OCASIÓN EN QUE FUI ASERTIVO: El otro día iba yo con un amigo en el coche y éste prendió un cigarro; le dije que fumar en un espacio tan reducido y encerrado me molestaba y le pedí de favor, que no fumara mientras estuviéramos dentro del coche. El apagó el cigarro.</p> <p>II. El Facilitador solicita a los participantes que hagan un autoanálisis sobre los comportamientos (Agresivo, asertivo y No asertivo) que muestra en cada una de las áreas de su vida:</p> <p>III. El Facilitador integra subgrupos para que comenten sus respuestas.</p> <p>IV. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pisano, 1993)

Actividad central: Vamos a platicar
<p>Objetivo:</p> <p>Identificar las características de personalidad de los participantes con base al esquema de la Teoría de la Asertividad.</p>
Duración: 25 Minutos
Material: Hojas de papel, Lápices
<p>Desarrollo:</p> <p>I. Con anterioridad el Facilitador prepara un tema para discutir.</p> <p>II. El Facilitador divide al grupo en subgrupos de cuatro participantes y selecciona a uno de los integrantes de cada subgrupo para que se desempeñe como observador.</p> <p>III. El Facilitador se reúne en privado con los observadores y les explica que cada subgrupo tendrá 20 minutos para discutir el tema y su labor es observar el rol que adopta cada persona del grupo durante la discusión.</p> <p>IV. El Facilitador explica a los subgrupos que tendrán 20 minutos para discutir sobre el tema</p> <p>V. Se lleva acabo la discusión del tema por parte de los subgrupos.</p> <p>VI. El Facilitador reúne al grupo en sesión plenaria y explica que el tema y la discusión en sí, no es lo importante en esta actividad, lo que se pretende es identificar el papel que cada uno tomo en la discusión (quien tomo el liderazgo, quien se quedo callado, etc.). Solicita a los observadores presentar sus anotaciones.</p> <p>VII. El Facilitador expone brevemente la teoría de la Asertividad y guía un proceso para que cada individuo se identifique como Asertivo, agresivo o no asertivo.</p> <p>VIII. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pisano, 1993)

#### 4.5.9.- Sesión número 9.

Sesión: Manejo de ansiedad	Duración: 2 horas
<p>Objetivo:</p> <p>Desarrollar habilidades para el manejo de ansiedad.</p>	
<p>Material:</p> <p>Proyector, Laptop, Hojas blancas, Lápices, Grabadora.</p>	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de central: Relajación (55 Minutos)</p> <p>Tema: ¿Qué es la ansiedad? (30 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad central: Relajación
Objetivos: I. Ayudar al individuo a manejar sus niveles de ansiedad. II. Practicar técnicas de relajación útiles para reducir la ansiedad.
Duración: 55 Minutos
Material: Hojas de papel, Lápices
Desarrollo: I. El instructor anuncia los objetivos de la dinámica, reparte las hojas de papel y los lápices y les pide a los participantes que imaginen una situación en la que él o ella sientan la menor ansiedad o angustia posible. Por último escriban o describan brevemente la escena o situación en la parte inferior de la hoja y la marquen con un "0". II. El instructor, posteriormente, pide a cada participante que imagine una situación en la cual experimente la mayor ansiedad o angustia posible y hacer una nota de esta situación en la parte superior de la hoja y marcarla con el número 100. III. El instructor solicita que cada participante seleccione una situación en la que siendo asertivo, le produzca una enorme ansiedad y les indica le asignen un número entre el 0 y el 100, empleando la escala establecida por las otras dos situaciones anteriormente anotadas. IV. El instructor dice a los participantes que compartan las escenas en las que experimentan serenidad con el resto del grupo, y que anoten las situaciones tranquilas que hayan experimentado los otros miembros del subgrupo. V. El instructor contesta todas las dudas o preguntas acerca de la experiencia que se está viviendo. VI. Se dan las siguientes indicaciones:  Siéntense cómodamente ya sea en sillas o sobre el piso. Enseguida se dan instrucciones para que se tensen (de 5 a 7 segundos) y luego se relajen (de 2 a 3 segundos) cada grupo de músculos del cuerpo, uno por uno siguiendo las indicaciones que se dan en el paso VII. La tensión y la relajación de cada grupo de músculos deberán repetirse de dos a cinco veces según se considere necesario. En la medida que los participantes desarrollen con habilidad el tensar y aflojar los músculos desarrollarán fuerza en los grupos de sus músculos. Si el instructor desea emplear la siguiente guía de clasificación de los grupos de músculos, lo puede hacer.

VII. Se dirige al grupo para que ejerciten cada grupo de músculos de la siguiente manera:

Tense los músculos de su mano y antebrazo y sostenga esta posición durante algunos segundos... Ahora relaje los músculos y exhale lentamente mientras repite mentalmente "Me siento tranquilo y relajado" o simplemente "relajado"... Imagínese relajado... Continúe haciendo lo mismo con cada una de las series de músculos. Ahora tense su bíceps... sostenga esa posición por algunos segundos... Ahora relaje los músculos y repita, "estoy clamado y relajado o simplemente relajado" mientras se imagina relajado... Continúe respirando lenta y rítmicamente (de 20 a 30 segundos)

VIII. El instructor pide a los participantes que se imaginen a sí mismos siendo asertivos al decidir las situaciones que les producen ansiedad y monitorizar sus niveles de ansiedad asignándoles números que vayan desde la escala de ansiedad hasta el sentimiento de incomodidad.

IX. Los participantes reciben instrucciones para trabajar, con el fin de mantener su nivel de ansiedad en su límite más bajo, esto se logra eliminando cualquier ansiedad o incomodidad pensando en la escena que les produce tranquilidad, y repitiendo las palabras "relájate" o "Me siento tranquilo y relajado", o tensando y relajando los músculos del cuerpo, y acompañado con una respiración suave y rítmica. (Generalmente las palabras y la escena de tranquilidad no son lo suficientemente fuertes como para ser asociadas a la relajación muscular y producir resultados inmediatos, esto se logra hasta que los participantes han practicado regularmente durante algún tiempo, usando progresivamente grupos mayores de músculos. De cualquier forma, los principiantes pueden utilizar el tensar y aflojar los músculos como un método para disminuir los niveles de ansiedad.

X. El instructor dirige una discusión de la experiencia con todos los integrantes del equipo y pregunta si alguno de ellos ha sentido cambios en el nivel de angustia, y si el método empleado fue el que provocó los cambios.

XI. Se les pide a los participantes que exponen las formas específicas en las que usaron las técnicas que aprendieron para ser asertivos en situaciones difíciles. (El instructor puede sugerir que una de las formas para empezar a tener esta habilidad, es aprender a detectar y asignar números, en la escala de ansiedad. Ubicando los niveles de ansiedad o angustia en las diversas situaciones cotidianas, y practicar las técnicas de relajación regularmente)

XII. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

(Pick, 1992)

#### 4.5.10.- Sesión número 10.

Sesión: Cierre	Duración: 2 horas
<p>Objetivo:</p> <p>Conocer el avance obtenido a lo largo de los talleres.</p>	
<p>Material: Proyector, Laptop, Fichas, Lápices.</p>	
<p>Desarrollo:</p> <p>Introducción temática (15 Minutos)</p> <p>Actividad de inicio: Crítica y autocrítica (35 Minutos)</p> <p>Actividad central: Cierre simbólico (50 Minutos)</p> <p>Plenarios de retroalimentación (10 Minutos)</p> <p>Cierre (10 Minutos)</p>	

Actividad de inicio: Crítica y autocrítica
<p>Objetivo:</p> <p>I. Permitir dar y recibir retroalimentación sobre diferentes comportamientos a lo largo del proceso grupal.</p> <p>II. Evaluar los aspectos más constructivos y destructivos del grupo y las personas.</p> <p>III. Propiciar un clima de amistad más profunda.</p> <p>IV. Permitir crear un clima de autocrítica y evaluación constantes.</p>
Duración: 35 Minutos
Material: Ninguno
<p>Desarrollo:</p> <p>I. El ejercicio consiste en que un voluntario, siempre libremente, pase al frente y haga su propia autocrítica.</p> <p>II. Enseguida los demás participantes que lo deseen hacen una crítica al voluntario, en el lenguaje concreto, de relación personal y con sencillez. Van pasando así uno tras otro, hasta que pasen todos los voluntarios. El Facilitador estará atento para aportar su crítica en forma oportuna. Es conveniente que él haga también autocrítica y sea criticado.</p> <p>III. Y así, sucesivamente hasta el último voluntario.</p> <p>IV. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>

(Pick, 1992)

Actividad central: Cierre simbólico
<p>Objetivo:</p> <p>I.- Proporcionar ideas que sean útiles para cerrar los eventos de entrenamiento.</p> <p>II.- Fomentar la apertura personal en los grupos.</p>
Duración: 50 Minutos
Material: Variable, dependiendo la actividad elegida.
<p>Desarrollo:</p> <p>I. <i>Llegando a ser</i>: Se les da papel y lápiz a los participantes y se les dan instrucciones de escribir su nombre en la parte superior de la hoja con letras grandes. Luego se les pide que completen la siguiente oración en las formas en que puedan: "Estoy llegando a ser una persona que...?" Luego caminan silenciosamente, leyendo las hojas de los demás, luego salen.</p> <p>II. <i>Círculo de Contacto Visual</i>: El grupo se para formado y un miembro camina alrededor conforme a las manecillas del reloj, estableciendo una comunicación verbal en un sólo sentido con las demás personas. Regresa a su lugar original para que cada uno de los demás pueda hacerle un comentario. El ejercicio puede hacerse más rápido si inmediatamente la segunda persona siga a la primera persona, una tercera detrás de la segunda y así los demás.</p> <p>III. <i>Nebulando</i>: El grupo se parará formando un círculo, con los brazos arriba de los hombros de las personas que están junto a él. Suavemente oscila hacia adelante y hacia atrás, haciendo contacto con todos los demás.</p> <p>IV. <i>Contratos</i>: Cada participante hace un contrato con una o más personas en el que señale que hará una cosa en un tiempo determinado. (Variación: puede escribir esto, conservando una copia para él).</p> <p>V. <i>Buzones</i>: Los participantes reciben un paquete de tarjetas 3 X 5 las que debe escribir un mensaje de despedida a cada uno de los demás participantes. Cuando todos han terminado, escriben su nombre en una tarjeta y la ponen en uno de sus zapatos, puesta de tal forma que puede leerse fácilmente. Luego entrega su correo a todos los demás, poniendo las tarjetas en el zapato vacío. Después recogen su correspondencia, se ponen el zapato y salen.</p>

(Pick, 1992)

## CAPÍTULO V

### DISEÑO METODOLÓGICO.

#### 5.1.- Enfoque de la investigación: Mixto.

El enfoque en el cual se va a basar la investigación es el enfoque mixto, ya que el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento. (Castañeda, 2003)

Una de las grandes ventajas que se encuentran en éste enfoque es que se logra una perspectiva más precisa del fenómeno, incrementa nuestra confianza en que los resultados son una representación fiel, genuina y fidedigna de lo que ocurre con el fenómeno estudiado.

Por otro lado, el enfoque mixto ayuda a clarificar y teorizar el planteamiento del problema, así como las formas más apropiadas para estudiar y teorizar los problemas de investigación. Además de que se potencia la creatividad teórica con suficientes procedimientos críticos de valoración. Al combinar el método cuantitativo y el método cualitativo, aumentamos no solo la

posibilidad de ampliar las dimensiones de nuestro proyecto de investigación, sino que el entendimiento es mayor y más rápido.

El modelo mixto logra que “exploremos y explotemos” mejor los datos debido a las herramientas que podemos utilizar para obtenerlos.

## **5.2.- Alcance de la investigación: Explicativo.**

El tipo de investigación que se utilizó es el explicativo, ya que se va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; además de que están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su mismo nombre lo indica, se interesa fundamentalmente en establecer el por qué ocurre un fenómeno y cuáles son las condiciones que lo rodean.

En relación al tema del suicidio y la autoflagelación como consecuencias en un adolescente con un trastorno depresivo es de suma importancia tomar en cuenta el enfoque explicativo como base de la investigación ya que mediante éste se va a establecer y explicar todo entorno al problema.

### **5.3.- Diseño de la investigación: No experimental.**

El tipo de diseño de investigación que se utilizó es el no experimental transaccional, debido a que en una investigación sistemática el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables. En la investigación no experimental los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### **5.4.- Tipo de investigación: Documental.**

El tipo de investigación es documental, ya que su objetivo fundamental es el análisis de diferentes fenómenos de orden históricos, psicológicos, sociológicos, entre otros y utiliza técnicas muy precisas, de la documentación existente, que directa o indirectamente, aporte información.

Podemos definir a la investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, constituyéndose en una estrategia donde se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades usando para ello diferentes tipos de documentos. Indaga, interpreta y presenta datos e

información sobre un tema determinado de cualquier ciencia, utilizando para ello, una metódica de análisis; teniendo como finalidad obtener resultados que pudiesen ser base para el desarrollo de la creación científica.

#### **5.5.- Delimitación de la población.**

En esta investigación la población que se tomó fue de 60 jóvenes de entre 16 y 18 años de edad que no tienen un trastorno depresivo de la ciudad de Orizaba Veracruz, que estudian el bachillerato en el plantel de la Universidad de Sotavento campus Orizaba, de forma aleatoria.

#### **5.6.- Selección de la muestra: Probabilístico.**

El tipo de muestra que se utilizó fue el probabilístico ya que se utilizan métodos en los que se puede calcular la probabilidad de extracción de cualquiera de las muestras posibles. En esta investigación se tomo de forma aleatoria a 60 jóvenes de entre 16 y 18 años de edad que no tienen un trastorno depresivo de las diferentes áreas técnicas para poder aplicarles el instrumento de medición.

### **5.7.- Instrumento de prueba: Encuesta.**

El instrumento que se utilizó fue la encuesta ya que es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen a partir de la realización de un cuestionario, que es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

#### 6.1.- Tabulación.

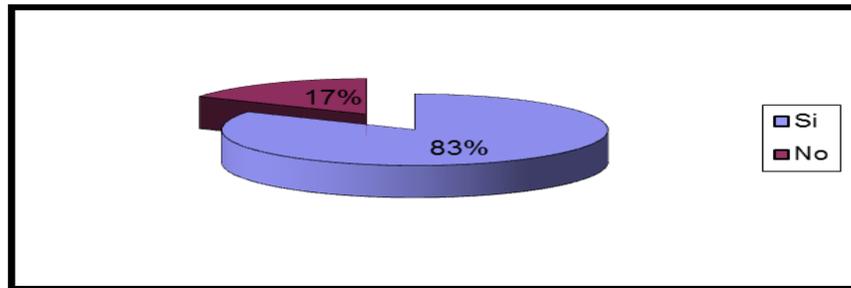
ITEM	SI	NO	TOTAL
1.- ¿Sabes que la depresión es un trastorno cuyo síntoma es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente?	50	10	60
2.- ¿Conoces a una persona que se sea depresiva?	42	18	60
3.- ¿Conoces las consecuencias de la depresión?	44	16	60
4.- ¿Has tenido momentos depresivos?	43	17	60
5.- ¿Conoces algún medio o técnica para dejar de tener momentos depresivos?	39	21	60
6.- ¿Sabes que la autoflagelación consiste en hacerse daño físico como método de alivio al sufrimiento psicológico?	35	25	60
7.- ¿Conoces a una persona que se autoflagele?	28	32	60

8.- ¿Conoces las consecuencias de la práctica de la autoflagelación?	30	30	60
9.- ¿Has practicado la autoflagelación?	4	56	60
10.- ¿Sabes que el suicidio es el acto de quitarse la propia vida?	59	1	60
11.- ¿Conociste a una persona que se haya suicidado?	21	39	60
12.- ¿Conoces las consecuencias del suicidio?	49	11	60
13.- ¿Has tenido intenciones de suicidarte?	8	52	60
14.- ¿Consideras que el suicidio o la autoflagelación son consecuencias de una persona con un alto grado de depresión?	54	6	60

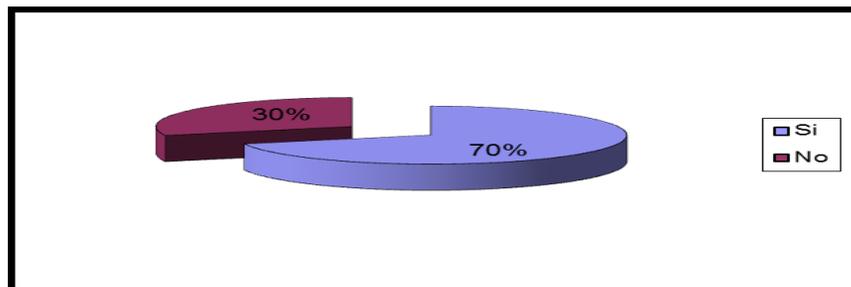
## 6.2.- Interpretación de los resultados gráficos

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación y evaluación de los instrumentos de medición sobre la temática del suicidio y la autoflagelación como consecuencias generadas en los adolescente de entre los 16 y 18 años de edad con un trastorno depresivo en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba.

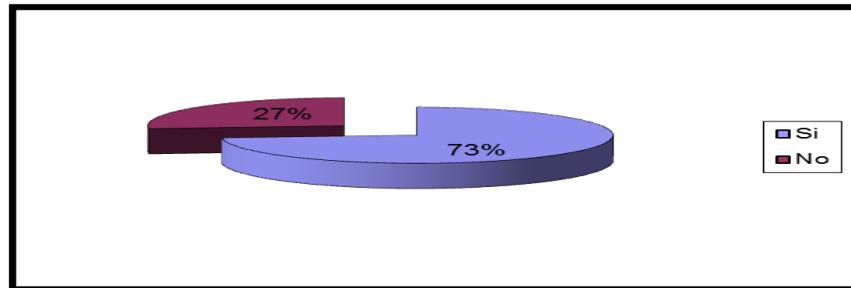
1.- Respecto a la primera pregunta, que habla sobre el conocimiento que pueden tener los adolescentes sobre la depresión, se obtuvieron los siguientes resultados: El 83% de los jóvenes encuestados saben que la depresión es un trastorno cuyo síntoma es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, mientras que el 17% restante no lo sabía.



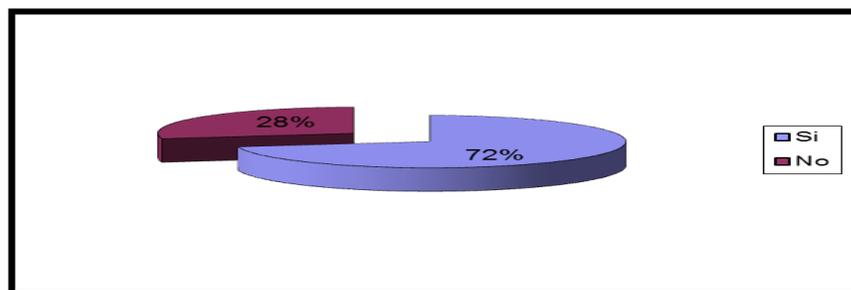
2.- De la segunda pregunta referente al conocimiento que puede tener un adolescente sobre el conocimiento de una persona depresiva, se obtuvo el siguiente resultado: El 70% de los jóvenes encuestados conocen a una persona que sea depresiva, mientras que el 30% restante no conocen a una persona depresiva.



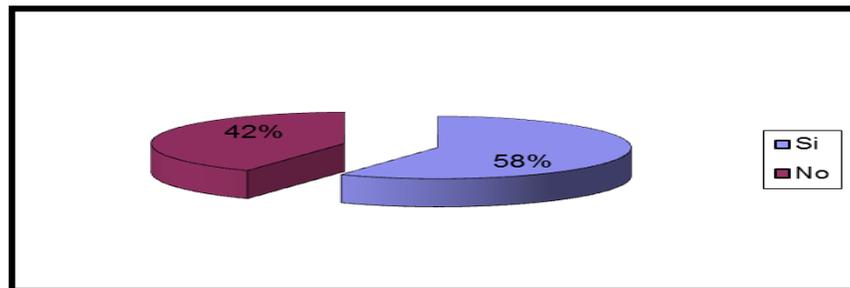
3.- De la tercera pregunta que habla sobre las consecuencias de la depresión, se obtuvieron los siguientes resultados: El 73% de los jóvenes encuestados conocen las consecuencias de la depresión, mientras que el 27% restante no conocen las consecuencias de la depresión.



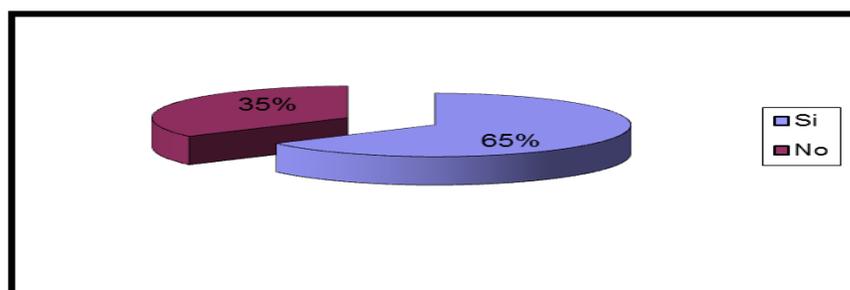
4.- De la cuarta pregunta que cuestiona a los adolescentes sobre si han tenido momentos depresivos, se obtuvieron los siguientes resultados: El 72% de los jóvenes encuestados han tenido momentos depresivos, mientras que el 28% restante no han tenido momentos depresivos.



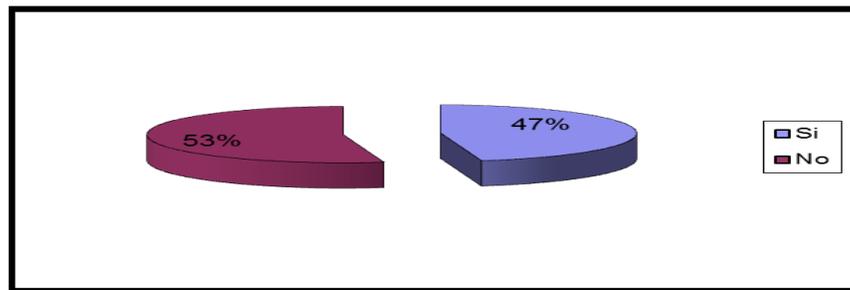
5.- De la quinta pregunta que habla sobre el conocimiento de lo que es la autoflagelación, se obtuvieron los siguientes resultados: El 58% de los jóvenes encuestados saben que la autoflagelación consiste en hacerse daño físico como método de alivio al sufrimiento psicológico, mientras que el 42% restante no lo sabía.



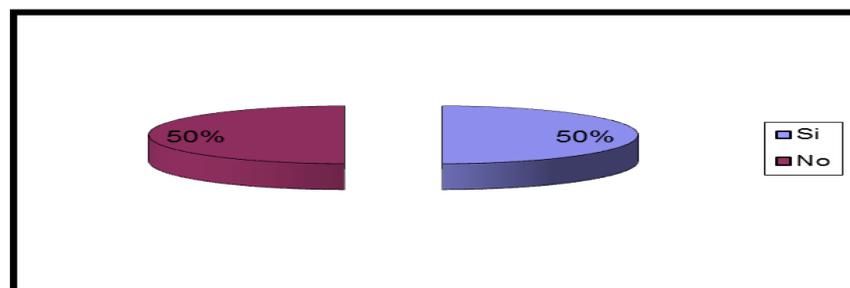
6.- De la sexta pregunta que cuestiona a los adolescentes sobre el conocimiento de algún medio o técnica para dejar de tener momentos depresivos, se obtuvieron los siguientes resultados: El 65% de los jóvenes encuestados conocen algún medio o técnica para dejar de tener momentos depresivos, mientras que el 35% restante no conocen algún medio o técnica.



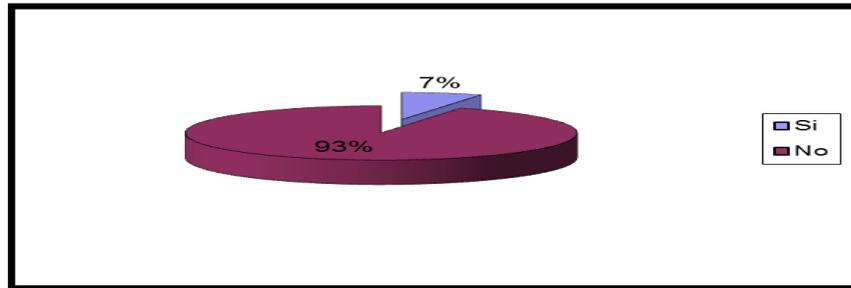
7.- De la séptima pregunta referente al conocimiento que puede tener un adolescente sobre el conocer a una persona que se autoflagela, se obtuvieron los siguientes resultados: El 47% de los jóvenes encuestados conocen a una persona que se autoflagela, mientras que el 53% restante no conocen a una persona que se autoflagela.



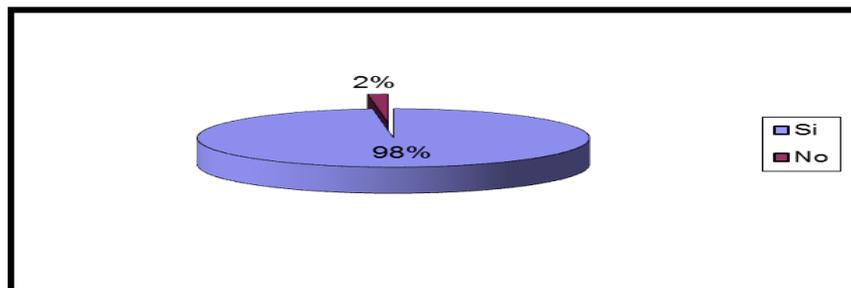
8.- De la octava pregunta que habla sobre las consecuencias de la práctica de la autoflagelación, se obtuvieron los siguientes resultados: El 50% de los jóvenes encuestados conocen las consecuencias de la práctica de la autoflagelación, mientras que el 50% restante no conocen las consecuencias de la autoflagelación.



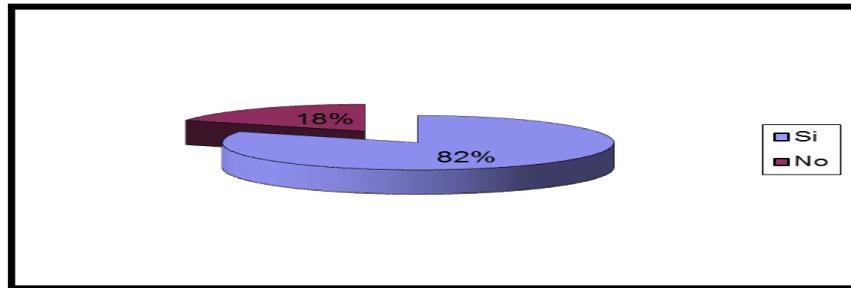
9.- De la novena pregunta que cuestiona a los adolescentes acerca de si alguna vez han practicado la autoflagelación, se obtuvieron los siguientes resultados: El 7% de los jóvenes encuestados han practicado la autoflagelación, mientras que el 93% restante no la han practicado.



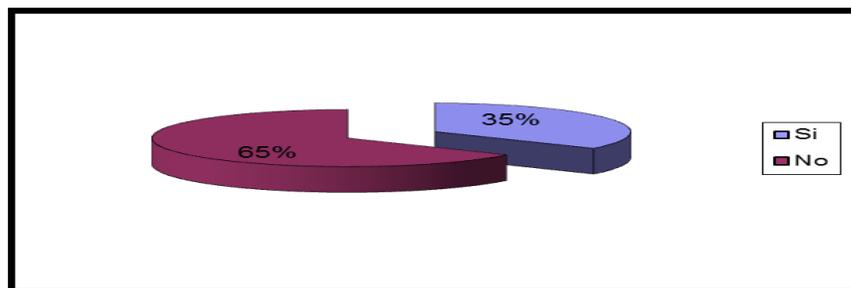
10.- De la décima pregunta que habla sobre el conocimiento de lo que es el suicidio, se obtuvieron los siguientes resultados: El 98% de los jóvenes encuestados saben que el suicidio es el acto de quitarse la propia vida, mientras que el 2% restante no lo sabía.



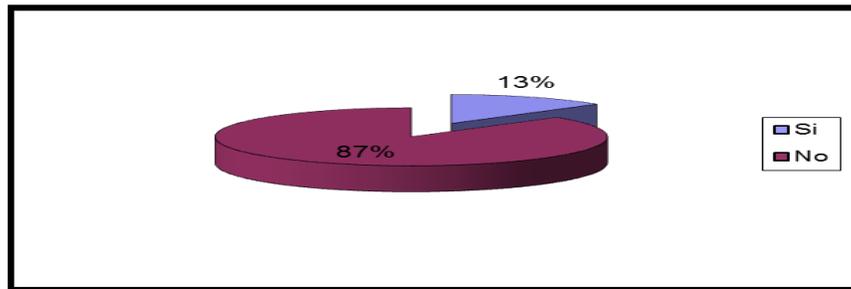
11.- De la decimo primera pregunta que habla sobre las consecuencias del suicidio, se obtuvieron los siguientes resultados: El 82% de los jóvenes encuestados conocen las consecuencias del suicidio, mientras que el 18% restante no conoce las consecuencias del suicidio.



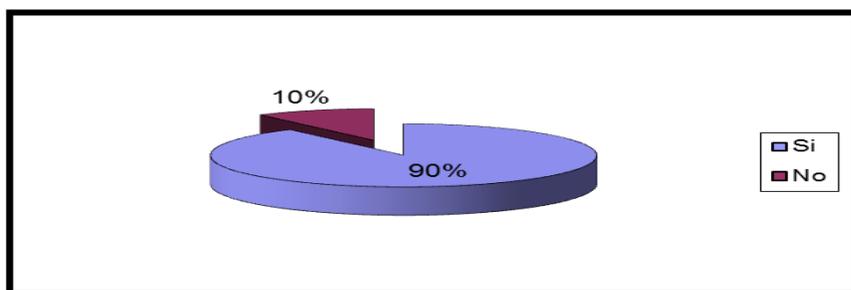
12.- De la decimo segunda pregunta referente al conocimiento que puede tener un adolescente sobre el conocer a una persona que se haya suicidado, se obtuvieron los siguientes resultados: El 35% de los jóvenes encuestados conocieron a una persona que se haya suicidado, mientras que el 65% restante no conocen a una persona que se haya suicidado.



13.- De la decimo tercera pregunta que cuestiona a los adolescentes sobre si han tenido intenciones de suicidarse, se obtuvieron los siguientes resultados: El 13% de los jóvenes encuestados han tenido intenciones de suicidarse, mientras que el 87% restante no han tenido intenciones de suicidarse.



14.- De la decimo cuarta pregunta que cuestiona a los adolescentes sobre si el suicidio o la autoflagelación son consecuencias de una persona con un alto grado de depresión se obtuvieron los siguientes resultados: El 90% de los jóvenes encuestados consideran que el suicidio y/o la autoflagelación son consecuencias de una persona con un alto grado de depresión, mientras que el 10% restante no lo consideran.



### **6.3.- Conclusiones del tratamiento estadístico.**

Como conclusión del tratamiento estadístico se observó que la gran mayoría de los adolescentes de la Universidad de Sotavento, tienen conocimiento acerca de lo que es la depresión, el suicidio y la autoflagelación junto con las consecuencias que estas traen consigo, además de que casi el 100% de los encuestados consideran que el suicidio y/o la autoflagelación son consecuencias de una persona con un alto grado de depresión.

## **CONCLUSIÓN.**

Esta tesis surge a partir de una gran inquietud por conocer la manera en como los adolescentes afrontan un trastorno depresivo, debido a que en la actualidad ha incrementado de manera importante el índice de jóvenes que practican la autoflagelación o en algunos otros casos el suicidio como consecuencia de dicho trastorno. Para realizar el trabajo se escogió a la Universidad de Sotavento Campus Orizaba, por ser una de las universidades con un gran número de jóvenes de diferentes niveles culturales y socioeconómicos, convirtiéndose así en un instrumento apto para la investigación.

El análisis de la siguiente investigación muestra que el suicidio y/o la autoflagelación son consecuencias generadas por un adolescente de entre los 16 y 18 años de edad con un trastorno depresivo. Además de que la mayoría de los jóvenes tienen conocimiento acerca de lo que es la depresión, la autoflagelación y el suicidio, y por tal motivo conocen las consecuencias que estas prácticas traen consigo.

Es muy importante dejar en claro que con esta investigación no se tiene como objetivo el despertar el morbo en los jóvenes, sino el objetivo es crear

conciencia en los mismos, en los padres y en los maestros para poder detectar y brindar ayuda a los jóvenes que estén pasando por un trastorno depresivo, a fin de poder evitar una de las practicas anteriormente mencionadas.

Para complementar esta tesis se recomiendan como investigaciones posteriores, en primer lugar un análisis para poder conocer si la dependencia emocional es una consecuencia de un trastorno depresivo, ya que muchas veces los jóvenes pasan por actos depresivos al ver que la pareja no llena el vacío que el joven presenta. Otra investigación que podría servir para ampliar la presente investigación seria un estudio relacionado con la baja autoestima como consecuencia de un trastorno depresivo. Y por último, se sugeriría una investigación en la cual el tema a tratar sea la falta de comunicación como consecuencia de un trastorno depresivo en los jóvenes, ya que en ocasiones los jóvenes al no tener una buenas comunicación crean barreras las cuales les evitan expresar aquellas cosas que les afectan.

Finalmente me gustaría expresar el gran aprendizaje que esta investigación me dejó, principalmente me hizo dar cuenta de que como psicólogos tenemos mucho trabajo en cuanto a la detección de jóvenes con un trastorno depresivo, ya que en ocasiones no podemos darnos cuenta realmente de lo que pasa a nuestro alrededor y cuando nos damos cuenta, en ocasiones no respondemos como deberíamos. Debido a esto, tenemos que ser conscientes

de la responsabilidad que tenemos dentro de nuestra sociedad en cuanto a la ayuda que podamos brindar.

## REFERENCIAS.

- Ariati, Silvano, Bemporad, Jules (1993). Psicoterapia de la depresión. México. Paidós.
- Belloch, A., Sandín, B. (1995) Manual de Psicopatología. Volumen 1. España. McGraw Hill.
- Belloch, A., Sandín, B. (1995) Manual de Psicopatología. Volumen 2. España. McGraw Hill.
- Castañeda Jiménez, J, De la Torre Lozano, M, Morán Rodríguez, J, Lara Ramírez, L. (2003) *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill.
- CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades) Décima versión. España. OMS
- Colàs, J. (2002) Diccionario ilustrado de psicología. España. Larousse
- Corbella Rogi, Joan, (1985). Descubrir la psicología. S. A.
- Durkheim, Émile. (2000). El suicidio. Sexta Edición. México. Coyoacán.

- DSM-IV (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) Cuarta Edición. España. APA
- Farberow, N.L., Shneidman, E.S. (1969). ¡Necesito ayuda!. México. Fournier.
- Fitzpatrick, Carol, Sharry, John (2006). Ayudando a vencer la depresión en la gente joven. Barcelona, España. Paidós.
- Kielholz, Paul (1983). El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos. Barcelona, España. Herder.
- Kramer Peter, D. (2006). Contra la depresión. Barcelona. Seix barral.
- Pick S., Aguilar J. A. (1992) Planeando tu vida. Séptima Edición. México. Planeta.
- Pisano, J. A. (1993) Dinámicas de grupo para la comunicación. Segunda Edición. Argentina. Bonum.
- Reynolds, William M. & Mazza, James J. (1998). Reliability and Validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents. Estados Unidos de America.

- Sampieri Hernández, R., Collado Fernández, C. y Lucio Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Tercera Edición. México. McGraw-Hill.
- Santos Bernard, Dora. (2011) *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. Primera Edición México. Ficticia.
- Sevillá Gascó, Juan, Pastor Gimeno, Carmen. (2005) *Tratamiento psicológico de la depresión*. Quinta Edición. Puebla, México. Gileeditores.
- Yepes R. (1998) *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Tercera Edición. Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas.

## GLOSARIO.

**Anhedonia:** Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos, como por ejemplo, en algunos casos de demencias (Alzheimer).

**Astenia:** (del griego *a*: 'no', y *sthénos*: 'vigor') Es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga y debilidad física y psíquica, con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.

**Autoflagelación:** consiste en hacerse un daño físico como método de alivio al sufrimiento psicológico.

**Benei Mitzvá:** Dentro del rito judío se considera benei mitzvá a quienes han alcanzado la madurez personal y frente a su comunidad.

**Biodinámica:** Parte de la fisiología que estudia la actividad de los fenómenos biológicos.

**Biopsiquiatría:** Rama de la psiquiatría denominada psiquiatría biológica debido a la relación de las enfermedades mentales con fármacos.

**Disfórico:** El humor disfórico, también denominado tristeza patológica, tristeza vital o humor depresivo es el síntoma central del síndrome depresivo. Se caracteriza por una sensación desagradable, displacentera, difícil de expresar por sentirse desalentado, triste, abatido sin esperanzas, falta de vitalidad e irritable.

**Distimia:** (del griego clásico  $\delta\upsilon\sigma\theta\upsilon\mu\acute{\iota}\alpha$  "mal humor") También llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión.

**Neurodegeneración:** Pertenece o relativo a la degradación de las funciones neuronales.

**Psicodinámico:** Dicho de un sistema psicológico: Que trata de explicar la conducta por motivaciones o impulsos.

**Psicoeducación:** Hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

**Psiconeuroinmunología (PNI):** Es la ciencia que estudia la interacción entre los procesos psíquicos, el sistema nervioso (SN), el sistema inmune (SI) y el sistema endocrino (SE) del cuerpo humano. Trabaja desde una perspectiva interdisciplinar que aglutina diversas especialidades: psicología, psiquiatría, medicina del comportamiento, neurociencia, fisiología, farmacología, biología molecular, enfermedades infecciosas, endocrinología, inmunología, y reumatología.

**Psicopatología:** Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.

## ANEXOS.

### Instrumento de medición.



## UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO

---



Indicación: El siguiente instrumento de medición tiene como finalidad evaluar el grado de conocimiento que tienen los jóvenes del bachillerato de la Universidad de Sotavento campus Orizaba acerca de la depresión, la autoflagelación y el suicidio. Marca con una “x” la respuesta que elijas.

1.- ¿Sabes que la depresión es un trastorno cuyo síntoma es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente?

Si  No

2.- ¿Conoces a una persona que sea depresiva?

Si  No

3.- ¿Conoces las consecuencias de la depresión?

Si  No

4.- ¿Has tenido momentos depresivos?

Si  No

5.- De haber contestado “Si” en la pregunta anterior, ¿Por qué?

6.- ¿Conoces algún medio o técnica para dejar de tener momentos depresivos?

Si  No

7.- De haber contestado “Si” en la pregunta anterior, ¿Cuál (s)?

8.- ¿Sabes que la autoflagelación consiste en hacerse un daño físico como método de alivio al sufrimiento psicológico?

Si No

9.- ¿Conoces a una persona que se autoflegese?

Si No

10.- ¿Conoces las consecuencias de la práctica de la autoflagelación?

Si No

11.- ¿Has practicado la autoflagelación?

Si No

12.- De haber contestado "Si" en la pregunta anterior, ¿Por qué?

13.- ¿Sabes que el suicidio es el acto de quitarse la propia vida?

Si No

14.- ¿Conociste a una persona que se haya suicidado?

Si No

15.- ¿Conoces las consecuencias del suicidio?

Si No

16.- ¿Has tenido intenciones de suicidarte?

Si No

17.- De haber contestado "Si" en la pregunta anterior, ¿Por qué?

18.- ¿Consideras que el suicidio o la autoflagelación son consecuencias de una persona con un alto grado de depresión?

Si No