

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE E INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

BLANCA YURIDIA POPOCA ALONSO

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016



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

Agradezco de todo corazón a mis profesores que han sido lo máximo para mí,

Los que me han brindado la confianza y las bases

Para lograr consumir mi carrera.

Doy las gracias a mi estimada Directora Martha Alcaráz Ortega

Por apoyarme en mis decisiones Académicas y darme

Las oportunidades de aprender siempre algo nuevo con ella.

A cada uno de mis docentes que me han transmitido su sabiduría,

Su conocimiento, entrega y paciencia, sobre todo a la mí querida maestra

De tesis L.IE Gabriela Díaz por hacer posible lo que pensaba imposible

En mi presente investigación.

Finalmente, agradezco a la escuela y a la vida por enseñarme de los errores y tropiezos

Que tuve durante la misma, porque gracias a ella siempre tendré presente

Mi lema: “Ser Siempre Más, Ser Siempre Mejor”.

Dedicatorias

*La presente investigación es dedicada a dos personas importantes en mi vida,
a los que siempre han estado junto a mí apoyándome
dando lo mejor de sí para que siga progresando
de manera personal y profesionalmente.*

*Se los dedico a ustedes mis valiosos e inigualables padres,
a ustedes que han sido parte incondicional y moral
para poder llegar a ser una Licenciada en Enfermería y Obstetricia.*

*El final del ciclo parecía lejano,
sin embargo gracias a ustedes lo hemos logrado,
gracias por acompañarme en el transcurso de esta hermosa profesión,
les dedico todos mis logros, mis triunfo y mis metas, mil gracias papás.*

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 6 |
| CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES..... | 8 |
| 1.1 Etimología | 9 |
| 1.2 La Antigüedad clásica | 10 |
| 1.3 Edad Media | 12 |
| 1.4 La medicina árabe medieval..... | 12 |
| 1.5 Europa medieval..... | 13 |
| 1.6 El renacimiento y barroco | 14 |
| 1.8 Los siglos XIX Y XX..... | 17 |
| 1.9 La depresión en la cultura | 18 |
| 1.2 Planteamiento del Problema..... | 20 |
| 1.3 Justificación..... | 21 |
| 1.3 Objetivo General | 23 |
| 1.3.1 Objetivos específicos:..... | 23 |
| 1.4 Hipótesis..... | 24 |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO | 25 |
| 2.1 Depresión. | 29 |
| 2.2 Trastorno Depresivo | 31 |
| 2.3 Ansiedad..... | 33 |
| 2.4 Teorías Biológicas..... | 35 |
| 2.5 Influencias Bioquímicas | 36 |
| 2.6 Alteraciones Neuroendocrinas | 37 |
| 2.7 Otras afecciones fisiológicas | 41 |
| 2.7.1 Signos y exámenes | 42 |
| 2.7.2 Tratamiento | 42 |
| 2.8 Implicaciones del desarrollo..... | 47 |
| 2.8.1 NIÑEZ | 47 |
| 2.8.2 ADOLESCENCIA | 49 |

| | |
|--|-----|
| 2.9 La Depresión en la Adolescencia | 65 |
| 2.10 Funciones del Personal de Enfermería en el Equipo de Salud Mental. | 82 |
| 2.11 Diagnóstico de Enfermería para Pacientes Deprimidos | 83 |
| 2.12 Intervención de Enfermería | 84 |
| 2.13 Cuidados de Enfermería en la Depresión. | 86 |
| CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA..... | 87 |
| 3.1 Variables..... | 89 |
| 3.2 Aspectos Éticos de la Investigación. | 90 |
| CAPÍTULO 5. RESULTADOS | 100 |
| Conclusión..... | 107 |
| Referencias Bibliográficas | 109 |

Introducción

En la presente investigación se desarrollará la “Depresión en el Adolescente e Intervenciones de Enfermería” debido a que dicho trastorno se ha venido presentando con mayor incidencia en la juventud. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, actualmente en México se estima que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y en el que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que un 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II.

Dichas estadísticas son alarmantes, puesto de no ser identificadas oportunamente puede desencadenar en complicaciones que van desde crímenes ilícitos como el robo, el consumo de drogas psicotrópicas; malas compañías, abuso de pares, hasta las de atentar con su propia vida por medio de conductas suicidas, lo que conlleva una mala calidad de vida en el joven que tiene el cuadro depresivo.

La familia tiene un valor preponderante en la identificación de un trastorno depresivo, para lo cual debe de recibir basta información, es ahí donde el impacto del desempeño de las funciones, cuidados e intervenciones de enfermería cumplen su objetivo de educación al paciente y la familia para que la enfermedad se limite a consecuencias menores y a mantener el equilibrio óptimo de salud mental.

La depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe a su alta prevalencia así como a la trascendencia social que es menester, por lo que la atención diferida genera altos costos en los sistemas de salud.

Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta, en la adolescencia los síntomas y trastornos depresivos también representan una grave problemática debido a los cambios fisiológicos, anatómicos, sociales, espirituales y emocionales que forjarán la personalidad del joven así como su autoconcepto, por ello requieren de ser atendidos, orientados y apoyados ante la presencia de algún síntoma de la patología.

La orientación, educación y disipación de dudas contribuirá a que los jóvenes acepten de mejor forma el tratamiento indicado ante el trastorno depresivo, así como favorecerá a una respuesta de afrontamiento al estrés y adaptación de la manera más positiva para mejorar la calidad de vida del mismo.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

La depresión en la adolescencia es un problema de salud pública actual, que ha adquirido gran importancia debido a su alta prevalencia teniendo un impacto descomunal en la sociedad, por lo que dicho trastorno implica gastos monetarios, sociales y familiares elevados para el sector salud, por ello para inducir al conocimiento del tema es necesario el documentar los antecedentes históricos de dicho padecimiento desde el punto de vista de diversos autores a lo largo de los tiempos.

Actualmente es el trastorno más común a nivel mundial que cuenta con complicaciones letales e incidencia en el número de actos suicidas en el que más del 95 % presentara recidivas en menos de un año. La depresión en la adolescencia es un problema importante de salud teniendo como resultado la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 y 24 años como destacan estadísticas de la OMS.

Inicialmente no se tenía bien definido el concepto de depresión, por lo que era confundida con la melancolía (que deriva del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis"), sin embargo la depresión (proviene del latín depressus que significa abatimiento), donde claramente desde el punto de vista etimológico es sumamente diferente, siendo parte de un mecanismo de defensa que adopta el individuo a fin de salvaguardar sus sentimientos, pensamientos y emociones, sin embargo, el cuadro depresivo es caracterizado por negatividad, pesimismo, soledad, excesiva reflexión, introyección y autocompasión.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. En el transcurso de la historia, se manifiesta su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, se le conoce y cataloga en los principales tratados médicos de la Antigüedad.

El origen del término 'melancolía' se encuentra, de hecho, en Hipócrates, y se mantiene en el Renacimiento, especialmente en los años dorados de la melancolía en la cultura europea en los años 1575 a 1630.

1.1 Etimología

La cultura griega clásica explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o "humor" a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales denominados "humores" como son: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos, en la terminología actual), mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un gran manifiesto de sentimientos de tristeza, posteriormente el término "bilis negra" o ("melancolía": melán, negro: jole, hiel, bilis) pasó a convertirse en un sinónimo de tristeza.

Los romanos antiguos tenían en latín su propia manera de llamar a la bilis negra, atra bilis (bilis oscura), de la cual se deriva la palabra española "atrabiliario", que significa de triste semblante; pero el término médico mantuvo el originario griego.

Hipócrates explicaba no sólo el comportamiento sino la propia salud y enfermedad mediante el equilibrio de estos humores en el cuerpo. Denominaba **crasis** al equilibrio entre ellos y llamaba **crisis** a la expulsión de los humores mediante procesos fisiológicos como el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina, o las heces. El médico debía averiguar cuál era el momento "crítico" (aquel en el que se debía producir la expulsión de los malos humores) para facilitarlos mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos.

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina de y premere (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía, en cambio Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y

manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se atribuye más tarde a Adolf Meyer que propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión, lo cual da en definitiva la aprobación del vocablo “Depresión”.

1.2 La Antigüedad clásica

Pueden encontrarse descripciones de la melancolía y sus síntomas en muchos registros literarios y médicos de la humanidad, aunque es la cultura griega clásica la primera en abordar explícitamente este trastorno del ánimo, sin recurrir a metáforas o descripciones literarias.

El modelo médico griego se fundaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la aparición de las diferentes enfermedades. El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento, según la teoría propuesta por Hipócrates, pero también la aparición de diferentes enfermedades; siguiendo ese modelo, los temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico y el flemático.

El temperamento (*temperamentum*, medida) es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación; es la manera individual de reaccionar a los estímulos ambientales. El colérico es rápido, muy activo, práctico en sus decisiones, autosuficiente y sobre todo independiente. Se considera que es muy determinado, firme y decidido en sus opiniones, y se enoja con facilidad. El melancólico es sensible, aunque poco reactivo; tiende al pesimismo y la pasividad.

A pesar de los errores de esta teoría Hipócrates no se equivocaba completamente al relacionar los dos síntomas principales propios de los melancólicos: el temor y la tristeza. Es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian, según Hipócrates, todo lo que ven y parecen continuamente apenados y llenos de miedo, como los niños y los hombres ignorantes que tiemblan en una oscuridad profunda.

Areteo de Capadocia, notable médico romano del siglo I, describe la melancolía como una frialdad del ánimo, obsesionado con un pensamiento, y tendente a la tristeza y a la pesadumbre. Celso, por su parte, aunque de espíritu fundamentalmente compilador, desarrolla algunas consideraciones personales sobre el tratamiento que incluyen terapias ambientalistas, de distracción con cuentos y juegos del agrado del paciente o viajes periódicos a otros países, aunque también incluye propuestas de tratamiento farmacológico como la sangría, o purgas estomacales a base de eléboro blanco.

Sorano de Éfeso, principal representante de la escuela metodista, considera la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo. Rechaza la teoría de los humores y, a través de las referencias de su principal traductor, Celio Aureliano, sabemos que creía que su origen estaba en el estómago(stomachus).

La escuela neumática (seguidora de la teoría del pneuma: la vida es consecuencia de un flujo o «pneuma» permanente de partículas en movimiento), opuesta a la metodista y representada por Rufo de Éfeso, también se opone a la teoría humoral y propone una clasificación visionaria en melancolías congénitas y adquiridas, además de introducir una descripción prosopográfico del perfil del paciente melancólico: ojos saltones, labios finos, piel oscura o exceso de vello corporal.

Menciona este autor la existencia de una melancolía de los hipocondrios o hipocondría, y achaca la misma a una excesiva actividad del pensamiento. Persiste la relación entre la depresión y el tracto digestivo ya que "la época en la que aparece menos es el invierno, porque la digestión se hace bien en esa estación".

La escuela ecléctica, abanderada por Areteo de Capadocia, mantuvo el origen humoral de la enfermedad y recogió por primera vez el concepto de melancolía amorosa, además de relacionar la melancolía con su situación clínica contraria a la manía.

1.3 Edad Media

El período europeo conocido como Edad Media incluye aportaciones en materia de medicina de tres fuentes más o menos diferenciadas: el imperio bizantino, surgido de los restos del Imperio Romano de Oriente; el mundo islámico, en plena expansión medicinal (de componentes psicológicas nuevas), y la Europa Occidental, dominada por una concepción cristiana de la ciencia. La medicina de la Edad Media en Europa mantiene, en general, intactos los postulados clásicos de los cuatro humores pero la influencia del cristianismo como aglutinador cultural en la interpretación de las "pasiones del alma" abre la vía de una nueva concepción de la enfermedad.

En Bizancio, aislada de las campañas militares de los germanos y heredera de la Escuela Alejandrina, el médico enciclopedista Oribasio de Pérgamo repite la letanía hipocrática de los dos síntomas principales de la melancolía, el miedo y la tristeza y cita también a Rufó de Éfeso al afirmar que el mejor tratamiento contra la melancolía es el coito, porque "hace desaparecer las ideas obsesivas del alma y aquietar las pasiones desbocadas".

De manera algo más innovadora Alejandro de Tralles incluye la melancolía dentro de un grupo mayor de tipos de locura. Según este autor puede deberse a un exceso de sangre, que hace que los vapores asciendan al cerebro; a una obstrucción del flujo sanguíneo, lo que ocasionaría una obstrucción en el cerebro; o a un exceso de bilis negra, resultante de la transformación de la sangre y que también produce vapores que ascienden hacia el cerebro.

1.4 La medicina árabe medieval

A partir de la expansión del islam en el siglo VII se produce una relación sincrética y muy productiva en el campo de la medicina árabe, en contacto con las obras clásicas de los autores griegos y romanos a través de los traductores nestorianos.

Ishaq Ibn Imran, en el siglo X, en Bagdad describe en su *Maqâla fi'l-Malîhûliyâ* (Tratado de la melancolía, única obra árabe dedicada exclusivamente a este trastorno) que en estos pacientes

hay sentimientos de angustia y soledad debidos a una idea irreal. Incluye algunos síntomas somáticos como la pérdida de peso y sueño. La melancolía puede surgir por motivos como el miedo, el tedio o la ira. Distingue, entonces, entre tristeza, ansiedad, angustia, trastornos psicósomáticos y somatopsíquicos y propone tratamientos ambientales (una incipiente propuesta de psicoterapia) y farmacéuticos.

Aunque mantiene una concepción general basada en la teoría humoral, aporta ideas acerca de su etiopatogenia que se alejan del concepto clásico: las actividades del alma racional (el pensamiento arduo, el recuerdo, las fantasías o los juicios) pueden arrastrar al alma susceptible a la melancolía, como caen en ella los enamorados o los sibaritas, o los que se exceden en la lectura de libros de medicina o filosofía.

Avicena, en su Canon de medicina, menciona la melancolía, siguiendo los dictados de Rufo de Éfeso y de Galeno, y con pocas aportaciones novedosas. Al-Razi, médico jefe del hospital de Bagdad es el primero en poseer una sección dedicada a los enfermos mentales, enfatiza en su obra médica la necesidad de valorar los aspectos psicológicos del paciente a la hora de hacer una valoración global. Sobre la melancolía, anticipa un método de tratamiento psicodinámico consistente en recomendar al paciente trabajos que le liberen de su ociosidad y la conversación frecuente con personas juiciosas que les muestren lo infundado de sus preocupaciones.

1. 5 Europa medieval

Constantino el Africano (1020-1087), representante de la Escuela Médica Salernitana, traduce la obra de IshaqIbnImran en el siglo XI, y asume que la melancolía puede aquejar al espíritu más que otras enfermedades somáticas. Siguiendo este tratado establece diferentes tipos de melancolía: la hipocondríaca, ubicada en la boca del estómago; otra en alguna zona profunda del cerebro.

Como Hipócrates, las repercusiones serán el temor y la tristeza. La definición de la tristeza es la pérdida del objeto amado. "Cuando los efluvios de la bilis negra, afirma

Constantino, suben al cerebro y al lugar de la mente, oscurecen su luz, la perturban y sumergen, impidiéndole que comprenda lo que solía comprender, y que es menester que comprenda. A partir de lo cual la desconfianza se vuelve tan mala que se imagina lo que no debe ser imaginado y hace temer al corazón cosas temibles.

Todo el cuerpo es afectado por estas pasiones, pues necesariamente el cuerpo sigue al alma (El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes). Por consiguiente se padece vigilia, malicia, demacración, alteración de las virtudes naturales, que no se comportan según lo que solían, mientras estaban sanas". Desde una perspectiva religiosa, a la melancolía se la categorizó como "demonio", entendido como tentación o pecado, pasando a denominarse acedia o apátheia (desidia, apatía).

1.6 El renacimiento y barroco

La principal novedad despuntada en los albores del período humanista conocido como Renacimiento es la renovada descripción aristotélica del temperamento melancólico y su relación con el genio artístico y la locura creativa.

El autor capital a la hora de reintroducir esta temática en el siglo XVI fue Marsilio Ficino, médico florentino neoplatónico de finales del siglo XV que analiza la obra de Aristóteles (Problema XXX) desde esa perspectiva y propone que las personas con una mayor cantidad de bilis negra poseen unas dotes especiales para la creación artística. Esta idea anticipa el ideal de la melancolía creativa, o de la *spethysica* (capacidad creativa inducida por la tuberculosis en sus fases finales) desarrollados por el movimiento romántico varios siglos después.

El Libro influyente en todo el siglo XVII y comienzos del XVIII es *Tres libros sobre la vida*, donde habla de la posible curación botánica, ambiental y musical, donde establece ciertas correlaciones astrales en descripción de algunos enfermos que resultó canónica, y por ello repetida durante decenios. Por su parte, el inglés Timothy Bright (1550-1615) publicó en 1586

una buena descripción del cuadro clínico de la melancolía, bajo los preceptos de la teoría humoral, en su lengua nativa.

Poco después André Du Laurens, el famoso médico de Enrique IV de Francia, publicó otro tratado divulgativo de mucho éxito (diez ediciones entre 1597 y 1626), titulado De las enfermedades melancólicas (inserto en un Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez), en el que aporta la idea de que la bilis negra puede ser calentada, produciendo un estado espiritual (enthousiasma) que induce al hombre a la filosofía o la poesía. Relacionados con Laurens, estuvieron Jourdain Guibelet y especialmente Jacques Ferrand ya de inicios del siglo XVII, que escribieron en francés Del humor melancólico y Melancolía erótica, respectivamente.

Pero la figura más importante del Renacimiento tardío o el Barroco (cercano al racionalismo del siglo XVII), en relación con la melancolía, fue Robert Burton (1577-1640), quien dedicó casi toda una vida a redactar la Anatomía de la Melancolía (publicada en 1621); es un largo ensayo médico y filosófico en el que resume todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema.

En sus tres tomos, la Anatomía de la Melancolía ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una única causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. Puede localizarse, al modo clásico, en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios, y se acompaña en ocasiones de delirios o fantasías, de nuevo subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales. Y si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía. La obra concluye con un extenso poema, resumen del autor de su concepto de melancolía.

Entre 1650 y 1789

La transformación de la sociedad a partir del siglo XVII (la crisis del modelo mercantilista y el surgimiento de la concepción mecanicista de la ciencia) determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía.

Thomas Willis (1621-1675) fue el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y, al hilo de la corriente imperante en su época, atribuía a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolía, de acuerdo a su origen:

La debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía "histórica", cuyo origen se encontraría en el útero.

Thomas Willis es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, pero en el que introduce por primera vez el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general desarrollados poco después por John Locke, el más notable de sus discípulos.

A. Pitcairn a comienzos del siglo XVIII escribía que el desequilibrio de los flujos sanguíneos en el organismo podía afectar al flujo de los espíritus de los nervios (según la teoría de René Descartes) generando los pensamientos confusos y los delirios propios de la melancolía.

1.8 Los siglos XIX Y XX

La Revolución francesa, y la revolución industrial que le dio impulso, cambiarán definitiva y completamente el modo de entender a la persona enferma. Y especialmente, la enfermedad mental.

El padre de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, llega a la medicina después de un intenso estudio de las matemáticas, lo que le permite disponer de una óptica ligeramente diferente a la del resto de médicos de su época. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados). Sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto.

El principal discípulo de Pinel, Jean-Etienne-Dominique Esquirol acometió la reforma psiquiátrica de espíritu positivista que sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental.

Pero esas descripciones nosológicas de Pinel y Esquirol pronto se demuestran como síndromes, más que como entidades propias. La monomanía, la manía, la melancolía, son conjuntos de síntomas que difícilmente ayudan a tipificar a los pacientes. En este contexto Jean-Pierre Falret describe en 1854 la locura maniaco-depresiva en su tratado "Acerca de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de melancolía".

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático.

Más tarde la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos. La biopsiquiatría ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos farmacológicos cómo la interacción de determinados neurotransmisores influye en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión.

1.9 La depresión en la cultura

Durante el comienzo del siglo XVII, surgió en Inglaterra un curioso culto a la melancolía. Se creía que ésta era causada por la inseguridad religiosa, consecuencia natural de Reforma inglesa, y el profundo interés de la época por el pecado, la perdición y la salvación.

En las artes plásticas, la representación más famosa de esta aflicción es un grabado alegórico de Alberto Durero titulado Melancolía I; la obra incluye un cuadrado mágico y un cubo truncado, entre otros objetos simbólicos estudiados por Erwin Panofsky. En la música, el culto a la melancolía está asociado con John Dowland, cuyo lema era "Semper Dowland, semper dolens" ("Siempre Dowland, siempre en pena"). El hombre melancólico, se ha visto por sus contemporáneos como una molestia y un peligro, tiene su máximo exponente en Hamlet, el "danés melancólico".

Otro exponente literario de este clima cultural son los últimos escritos de John Donne, que giran constantemente en torno a la muerte. Sir Thomas Browne, con su *Hydriotaphia* y *Urn Burial*, y Jeremy Taylor, autor de *Holy Living and Holy Dying* son otros escritores representativos cuyos trabajos incluyen numerosas cavilaciones acerca de la muerte. Pero es Robert Burton, con su *Anatomy of Melancholy*, quien nos brinda el más profundo y completo estudio de este fenómeno. El libro trata la melancolía desde el punto de vista médico y literario. Más obras contemporáneas relacionadas son "Duelo y Melancolía" de Sigmund Freud y "La melancolía" de H. Tellenbach.

La literatura también se ocupó de la melancolía. En el Cuento del clérigo, de Chaucer, se hace una descripción muy precisa de este «catastrófico vicio del espíritu». La acedia, nos dice, hace al hombre aletargado, pensativo y grave. Paraliza la voluntad humana, retarda y pone inerte al hombre cuando intenta actuar. De la acedia procede el horror a comenzar cualquier acción de utilidad, y finalmente el desaliento o la desesperación.

En su ruta hacia la desesperanza extrema, la acedia genera toda una cosecha de pecados menores, como la ociosidad, la morosidad, la lâchesse, la frialdad, la falta de devoción y «el pecado de la aflicción mundana, llamado tristitia, que mata al hombre, como dice San Pablo». Los que han pecado por acedia encuentran su morada eterna en el quinto círculo del infierno. Allí se los sumerge en la misma ciénaga negra con los coléricos, y sus lamentos y voces burbujan en la superficie.

Durante el romanticismo se dio un fenómeno similar, aunque no con el mismo nombre, desde Las cuitas del joven Werther, de Goethe. Las desventuras amorosas, debidos a diferentes obstáculos, dan lugar a todo tipo de peripecias y melancolías, desde Heinrich von Kleist, Heinrich Heine hasta Camilo Castelo Branco.

Actualmente en la población mexicana la depresión no es un nuevo padecimiento ya que los datos muestran que alrededor de 10 millones de personas tienen dicho trastorno, de los cuales al menos una quinta parte desarrolla etapas crónicas de la enfermedad mental, que si no se trata puede derivar en acto suicidas con autodestrucción aunados a una mala calidad de vida, adicciones y disfunción familiar.

La familia como núcleo de la sociedad ha venido cambiando en la época globalizada, olvidando en cierto grado los valores morales, y dejando de lado a los jóvenes por cumplir con las necesidades económicas y materialistas que actualmente tienen las familias a nivel nacional y mundial. La enfermera como parte importante del equipo de salud debe cumplir ciertos requisitos ante el cuidado de una persona con depresión, más aún con los adolescentes que experimentan cambios abruptos ante la adaptación social, psicológica, emocional, espiritual y fisiológica, por ello es de gran importancia el desarrollar a fondo dicho trastorno mental.

1.2 Planteamiento del Problema

El presente problema de la investigación es: ¿Cuál es la importancia de conocer el impacto que tiene la depresión en la adolescencia?

La depresión es un tema muy abundante pues es una problemática que se ve hoy en día, las personas que sufren algún trastorno de depresión por lo general desarrollan tendencia suicidas, llegando a punto de atentar con la vida en diversas ocasiones, e inclusive lograrlo en alguna de ellas.

El trastorno presenta causas multifactoriales en la persona que la padece, más de alguna experimenta en algún momento de la vida un episodio depresivo, en el que dependerá la tolerancia al estrés y la respuesta psicósomática ante dicha enfermedad, lo cual es algo confuso para los púberes ya que presentan cambios fisiológicos, anatómicos, psicósomáticos y conductuales que determinaran por el resto de su vida la base de su personalidad.

La etapa de la adolescencia es una etapa difícil en la que se cambia por completo el rol social que se tenía con anterioridad pues de ser un niño/a sin muchas responsabilidades pasa a ser una persona que adquiere un nivel de conciencia más independiente.

Esta etapa de la vida se puede dividir en tres etapas:

- Adolescencia temprana: Abarca desde los 12 y 13 años de edad.
- Adolescencia media: Entre los 14 y 16 años.
- Adolescencia tardía: Desde los 17 a 21 años.

Además del crecimiento fisiológico de estos años se pueden extraer siete tareas clave del desarrollo intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad para prepararse de la manera más sana al pasar a la etapa de la adultez.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio en la adolescencia especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento alterando las actividades laborales, escolares y familiares.

Las consecuencias de no identificar a tiempo la depresión en los adolescentes son desde la rebeldía, la drogadicción, las malas compañías hasta las conductas ilícitas como el robo y en el peor de los casos puede llevar al suicidio causando desequilibrio psicológico, emocional, social y familiar que dependerá en mayor grado de la etiología que cause en el sujeto.

La enfermera debe estar preparada para la identificación de los casos brindando información veraz y oportuna haciendo uso de sus conocimientos a partir del desempeño adecuado de las funciones inherentes en su campo.

1.3 Justificación

La licenciada en enfermería tendrá la manera de intervenir ayudando al paciente que padece depresión de manera en que se le dará a conocer al adolescente un poco de dicha patología.

Al identificar alguna anomalía por parte de la enfermera en el adolescente debe recomendarse canalizar con un especialista, ya sea un psicólogo o un psiquiatra, que le ayudará para recibir atención adecuada de acuerdo al grado de depresión por el cual esté pasando, para que así mismo reciba el tratamiento oportuno y una orientación satisfactoria que cambie ámbitos de vida llevando una relación diferente entre la sociedad.

El tema de la depresión es muy controvertido ya que éste se refiere a un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza, mismo que se presenta tanto en hombres como en mujeres de todas las clases sociales. Con frecuencia,

estos sentimientos son lo suficientemente grave como para afectar a la vida cotidiana y pueden durar semanas o meses, en vez de unos días.

La depresión afecta a las personas de modos muy distintos y puede causar una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos (mentales) y sociales. Esta enfermedad no solamente atañe a la persona que la padece sino también tiene impacto sobre su familia. Una vez instalada la depresión es alterada la vida emocional, profesional, laboral, social, sexual y la salud física.

Las personas que presentan depresión tienen mayor riesgo de atentar contra la propia vida en una proporción 30 veces superior que la población general. Al desarrollar éste tema, sin duda alguna, no se agotaría la información dadas las repercusiones que ésta tiene en todos los actos de la vida diaria, sobre todo hoy en día donde la sociedad y los núcleos en los que se desenvuelven las personas de manera más directa influyen desde la infancia hasta los adultos mayores.

La enfermedad puede aparecer a cualquier edad, incluso en los niños esto se deberá a diversos factores, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero esta estadística puede deberse a que es más probable que las mujeres se hagan atender para aliviar los síntomas, motivo por el cual la mujer llega a ser más responsable por su imagen ya sea física o mental a diferencia de un hombre que la toma como un estado normal en sí mismo.

Específicamente, el tema de la depresión ayuda a las enfermeras a entender el porqué de ciertos comportamientos y/o actitudes que presenta el paciente, dadas las condiciones de conocimiento y preparación con que cuenta dicho profesional de la salud, a la vez que da pautas para apoyar en la medida de las posibilidades a un paciente con síntomas depresivos.

El estado ideal no es la ausencia de dificultades sino vivir con intensidad las experiencias buenas y malas enfrentando con suficiente fuerza el reto que impone la vida a cada individuo, pero los pacientes que están diagnosticados con depresión tendrán que depender de medicamentos y atención psicológica acorde al grado de depresión que el paciente padezca, por ello la orientación y seguimiento por parte de la enfermera es de suma importancia para que la

persona se desenvuelva adecuadamente dentro de su núcleo social, familiar y ambiental evitando caer nuevamente en un cuadro depresivo.

1.3 Objetivo General

Determinar las intervenciones de enfermería en el adolescente mediante los factores de riesgo, proporcionando las medidas preventivas adecuadas junto con la ayuda y tratamiento necesario a la persona que está sufriendo la patología.

1.3.1 Objetivos específicos:

- Identificar las actitudes y comportamientos de una persona que puede estar sufriendo depresión.
- Reconocer los tratamientos necesarios para ayudar a una persona que padece de depresión.
- Verificar los factores de riesgo en cuanto a casos extremos de depresión en los cuales una persona podría atentar contra su vida.
- Documentar las acciones de enfermería ante la identificación de actitudes y comportamientos depresivos en el adolescente.

1.4 Hipótesis.

La depresión es uno de los casos más vistos en los adolescentes que llegan a punto de suicidio por diversos factores entre ellos: problemas familiares, adicciones, problemas sentimentales, aislamiento, entre otros

Por tal motivo a continuación son descritas las hipótesis de la investigación:

- a) La licenciada en enfermería tiene la manera de intervenir oportunamente ante los casos de depresión en la adolescencia, ayudando a que la persona que la padece reconozca los principales síntomas y factores de riesgo que pueden presentarse ante el padecimiento de salud mental.
- b) Al identificar las causas por las que se presenta la depresión es importante el informar a la persona sobre las consecuencias que conlleva el no tratar la enfermedad canalizando al individuo con un especialista de salud como un psicólogo o un psiquiatra, explicando la forma en que pueden contribuir a la mejoría de salud y los beneficios que traerá consigo si lleva un tratamiento adecuado de acuerdo al grado depresivo que presente la persona, para que la calidad de vida que lleva sea dentro de un marco de equilibrio y estabilidad de salud física, mental, social, psicológica y espiritual.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Actualmente la depresión en la adolescencia implica un riesgo de salud en el grupo etario, llevando consigo a graves consecuencias, incluyendo el aumento en las tasas de suicidio, e indica una de las principales causas de consulta general por las que acuden los padres con los jóvenes que padecen el trastorno depresivo en busca de orientación.

Según Mesa, F. jefe de consulta exterior del hospital Fray Bernardino Álvarez en México alrededor de 10 millones de personas padecen depresión, de las cuales al menos una quinta parte desarrolla etapas crónicas de la enfermedad mental, que si no se trata puede derivar en actos de autodestrucción, adicciones y hasta suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que la depresión es la primera causa de discapacidad laboral en México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), forma parte de los países con mayor prevalencia de enfermos clínicos reportados.

No obstante, de acuerdo con Mesa, F, las leyes políticas sanitarias resultan insuficientes para detectar, diagnosticar a tiempo y atender a la población por parte de personal capacitado en instalaciones dedicadas a la salud mental.

“En la Ley Federal del Trabajo no existe una figura que permita identificar a los empleados los casos de depresión, por ello esta enfermedad suele ser motivo de baja laboral, se acusa a las personas de ser flojos e improductivos”

La depresión afecta por igual a mujeres y varones, además de que representa altos costos, alrededor de 4 millones de pesos, calculado en Julio de 2014, con impacto económico desde la pérdida de la productividad laboral hasta los gastos monetarios en los casos de suicidio, ello sin contar las secuelas emocionales, familiares y sociales que causan.

La depresión es un trastorno que tiene una relación en el ánimo que manifiesta sentimientos de tristeza, desesperación y pesimismo en las que hay pérdida de interés en las actividades usuales y los síntomas somáticos pueden ser evidentes. Los cambios y alteraciones en el apetito, patrones del sueño y ciclos circadianos alterados son frecuentemente respuestas fisiológicas comunes.

Durante la adolescencia se presentan diversos cambios tanto a nivel fisiológico, como a nivel psicológico, tales acontecimientos llevan al adolescente a establecer otro tipo de relaciones en el medio en que se desenvuelve. Las relaciones con el grupo de pares se hacen más estrechas y además, se produce el desprendimiento real de la familia.

No obstante, el papel de la familia es primordial en esta etapa, ya que las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, que engloban la totalidad del comportamiento: cómo pensar, enjuiciar, cómo actuar, experimentar, sentir y gozar.

Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos. Uno de los riesgos más importantes al presentarse una sintomatología depresiva, es que muchos adolescentes pueden buscar refugio en las malas compañías, robos, en adicciones como las drogas psicotrópicas e inclusive actos suicida como una medida para llamar la atención o evadir su realidad, negarla y enfrentarla.

Los adolescentes representan la población más susceptible, ya que durante la adolescencia se presentan diversos cambios en la fisiología, en las relaciones familiares, en la relación con los pares del propio sexo y del sexo opuesto, en el crecimiento cognitivo, en la propia identidad, así como también, el tratar de cumplir con los estándares esperados por una sociedad y su propia familia.

“Tales acontecimientos promueven una crisis en el adolescente, quien busca superar las diversas situaciones a las que se enfrenta. En el intento por superar

esta crisis, muchos adolescentes realizan actos de alto riesgo en los que las consecuencias son irreversibles, como pueden ser el de un embarazo no deseado, la dependencia a las drogas o realizar conductas delictivas”. (Andrade, 1998)

De esta manera, durante la adolescencia se pueden observar altibajos en el estado de ánimo, como parte de estos, se pueden reconocer síntomas depresivos. La sintomatología depresiva que muchos adolescentes pueden presentar se caracteriza por estados de ánimo fluctuantes –en ocasiones, de tristeza o infelicidad, afecto deprimido, desesperanza, culpa, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos en el sueño.

Estos síntomas, ocasionan un bajo rendimiento en las actividades del individuo, tanto en las escolares, como en las de diversión, en las de casa y en el trabajo; afectando directamente sus relaciones interpersonales y su perspectiva de vida. Ante estos acontecimientos, es importante señalar que a nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad (Bowlby, 1980), es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos en la población. En México, la Fundación Mexicana para la Salud, indica que sobre la discapacidad y muerte prematura (AVIS) por trastornos depresivos mayores se presenta un índice de 74.6 para los varones y de 148.6 para las mujeres por cada 100 000 habitantes.

Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar una prevalencia de la depresión de 2:1 entre hombres y mujeres. En México la Encuesta Nacional de Salud Mental reporta una prevalencia de los trastornos depresivos más severos en 3.9% de las mujeres y 2.2% de los varones (Caraveo-Anduaga, Medina-Mora, Rascón, Villatoro, Martínez-Vélez y Gómez, 1996). En la ciudad de México, es de 4.1.% en las mujeres en comparación con 1.6 en los varones. Por otro lado, los síntomas depresivos severos se reportan en 17% de las mujeres, en comparación con 8.5% de los varones (Lara, 1999).

Se puede reconocer que la sintomatología depresiva manifiesta en los adolescentes, es la mayoría de las veces resultado del propio proceso de la adolescencia, el riesgo aquí es que se presente tendencias suicidas y el uso de drogas como una manera de enfrentar y manejar estos síntomas, Lerner y Vicary Jr. (1984) y Pedersen y Lavik (1991) destacan que

“Los efectos de las drogas pueden ser en principio muy reforzantes para el joven que padece problemas emocionales. Estos problemas a la vez pueden también ser el resultado de uso de drogas” (Medina-Mora et al, 1995).

Por otra parte, cabe señalar que los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta el adolescente se ven influenciados, directa o indirectamente por su entorno familiar y sociocultural. siendo el núcleo familiar el que desempeña un rol muy importante para el adolescente, ya que ella

“Asegura la sobrevivencia física y constituye lo humano en el individuo desarrollar. La satisfacción de las necesidades biológicas, indispensables y esenciales para la sobrevivencia no garantizan el desenvolvimiento de lo humano, es la experiencia de la vida familiar lo que constituye y da las condiciones para el desarrollo de lo humano” (Andrade, 1998).

Conocer el ambiente familiar de los adolescentes, permite saber cómo está influyendo en las actividades y problemáticas a las que continuamente se enfrentan, permite además, reconocer, si la estructura familiar realmente puede ser un factor protector presente en la ayuda durante la etapa de la adolescencia. Andrade (1998), indica que los conflictos en la familia, el hecho de permanecer más tiempo con los amigos que con la familia, el vivir con un solo padre o en hogares reconstituidos son indicadores significativos de uso de drogas, tendencias suicidas, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.

Es importante señalar que también la familia, sobre todo los padres, llegan a sentirse confusos e indecisos sobre cómo comportarse con sus hijos adolescentes, esto porque tienen que superar la separación de los hijos, aceptarlos como personas independientes, capaces de elegir, de tomar decisiones y de ser responsables de sus propios actos. Esto no es manifestado repentinamente, sino es de manera gradual como parte del proceso de esta etapa, algunos adquieren las habilidades necesarias para la vida más pronto que otros y el papel de la familia es esencial.

El ambiente familiar y el malestar emocional se presentan entonces como factores que pueden influir hacia un trastorno depresivo en los adolescentes. Otros factores propiamente de

riesgo que enfrentan son el nivel socioeconómico, el lugar donde habita, los lugares que frecuenta, contar con malas influencias por parte de sus amigos, la presión por parte de sus compañeros, el fracaso escolar; además de querer experimentar cosas nuevas, buscar la igualdad o superioridad en su núcleo de amistades, satisfacer su curiosidad y olvidar los sentimientos contradictorios que experimenta hacia sí mismo, hacia los demás y hacia su entorno.

Todos estos factores influyen directamente en el adolescente, quien busca seguridad en sí mismo y su propia identidad. Por lo que para abordar de mejor manera a la depresión es necesario conceptualizar su significado.

2.1 Depresión.

La depresión está caracterizada por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los adolescentes que presentan depresión experimentan ánimo bajo, manifestado principalmente por irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas en la atención, ideas de ser menos válidos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, con falta del incremento ponderal esperado para su edad y sexo, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro.

Cuando es grave puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis consistentes en alucinaciones o ideas delirantes. La duración de los síntomas es más o menos de dos semanas y representa un malestar importante para el joven con un deterioro de varias de las áreas de su vida cotidiana. Se ha reportado una prevalencia de 4 % en adolescentes, con una frecuencia mayor en el sexo femenino. Hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los preadolescentes hasta de un 18%.

Para hacer el diagnóstico de depresión, se deben presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. Existen diferentes escalas de evaluación de depresión que tienen como objetivo cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje

o distinguir entre los adolescentes que tienen alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo y otras sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que esto sustituya el criterio clínico. Las escalas de evaluación que se utilizan en niños y adolescentes son las siguientes:

Escala de Birlson para trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes del inglés Depression Self Rating Scale (DSRS) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. Consta de 18 reactivos con una puntuación máxima de 36. Fue validada al español por el Dr. Francisco de la Peña en 1996. Es autoaplicable, esto es, el adolescente puede contestarla por sí mismo, o puede también ser lida por el profesional de salud para que el adolescente vaya proporcionando su respuesta. Ésta escala es de utilidad para medir la sintomatología depresiva del paciente.

Otras escalas de utilidad para la depresión son: El inventario de depresión de niños (CDI), que es un cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos. También el inventario de depresión de Beck (BDI) es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples que va de 0 a 3 puntos, donde de 0-13 se clasifica como no deprimidos, 14-19 ligeramente deprimidos, 20-28 moderadamente deprimidos y 29-63 gravemente deprimidos.

La escala de Hamilton para depresión, la valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado con su utilización, se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva. El contar con herramientas que ayuden a determinar y diagnosticar la depresión son importantes para la Licenciada en Enfermería ya que con ellas es posible intervenir oportunamente, el conocerlas y dominarlas conlleva preparación con aptitudes para aplicarlas productivamente.

2.2 Trastorno Depresivo

El Trastorno Depresivo Mayor TDM se caracteriza por ánimo depresivo o pérdida del interés o placer en las actividades usuales. Hay evidencia de las alteraciones en el funcionamiento social y ocupacional que han existido por, al menos, dos semanas, sin historia de comportamiento maniaco y síntomas que no son atribuidos al uso de sustancias o de una condición médica general. Además, el diagnóstico de la depresión se especifica según si es un Episodio único (es la primera vez) o recurrente (el individuo tiene una historia de episodios previos).

La etiología de la depresión no es clara; no se ha postulado ninguna teoría o hipótesis que proporcione una explicación clara para la enfermedad. La evidencia continúa apoyando varias causas, y se reconoce la combinación de factores de influencias genéticas, bioquímicas y psicosociales en un individuo susceptible a la depresión.

Síntomas

- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- Cambios en el apetito. Por lo general, pérdida del apetito, pero a veces aumento.
- Conducta delictiva (como el hurto).
- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria.
- Somnolencia diurna excesiva.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Relaciones caóticas con familiares y amigos.
- Rendimiento escolar inestable.
- Fatiga.

- Sentimientos de minusvalía, tristeza u odio hacia sí mismo.
- Pérdida del interés en actividades.
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Preocupación por sí mismo.
- Disminución del placer en las actividades diarias.
- Drogadicción.
- Mal genio, agitación.
- Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.
- Cambios de peso (aumento o pérdida de peso en forma involuntaria).

Para la enfermera es relevante el tener juicio clínico adecuado para poder orientar a los padres de familia sobre la depresión en el adolescente, la educación para la salud es una de las funciones que desempeña dicho profesional, por tanto la información que se le proporcione a la familia crea un impacto significativamente positivo si los síntomas como los anteriormente descritos son detectados, principalmente, la observación por parte de los tutores dará como resultado el estado de salud en que se encuentran los hijos, en presencia de irritabilidad, falta de sueño, pocas ganas por realizar las actividades e involucrarse en cuestiones familiares pueden ser indicativo de que el joven curse por parte del trastorno depresivo.

Las manifestaciones fisiológicas y fenotípicas son notorias en el aspecto físico ya que pueden variar desde un semblante de nerviosismo, preocupación, enojo, mayor o menor consumo de alimentos pues la mente es parte del yo interno, y tiene gran trascendencia en las decisiones de la persona, la depresión también cursa con alteraciones en el sueño, siendo con ideas delirantes hasta llegar a psicosis, la fisiología a nivel hipotalámico cambia como mecanismo de defensa a dicha opresión psicológica, por lo cual el individuo enfermo pierde noción de la realidad y poca claridad en los pensamientos, lo que puede desencadenar el consumo de drogas, realización de actos ilícitos e intentos de suicidio.

2.3 Ansiedad.

Otro síntoma de importancia es la ansiedad, la cual es una emoción normal que toda persona experimenta formando parte de los mecanismos básicos de supervivencia, es una respuesta a situaciones de miedo que resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. La ansiedad incita a actuar, enfrentarse a una situación amenazadora o que prepara para escapar.

La ansiedad se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, ayudando a enfrentar situaciones que implican afrontamiento y estrés ante diversos factores causales para tener un óptimo desempeño, la respuesta obtenida va a depender de la personalidad y reacciones que cuente el individuo, como bien es dicho, es la supervivencia y adaptación del individuo en la que prevalece estable el más fuerte, también implica un cambio que ayuda al fortalecimiento y crecimiento personal.

Sin embargo, como toda una función de un sistema del organismo éste mecanismo que normalmente debe ayudar a enfrentarse mejor a una situación estresante se llega a ver alterado, resultando en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana.

La ansiedad se considera patológica cuando causa malestar psíquico y disfunción en la conducta del paciente, se puede encontrar en las condiciones siguientes: Tener enfermedades físicas, usar medicamentos, abstinencia a depresores del sistema nervioso central o como una condición primaria en los llamados trastornos de ansiedad.

Diversos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de los adolescentes. Se menciona que es el trastorno psiquiátrico más común ocurriendo en un 5-18% de todos los niños y adolescentes. Anderson y Cols. Reportan prevalencias en la población general de 2.9% para trastorno de ansiedad generalizada. Caraveo y Andagua estudiando a la población de la Ciudad de México encontraron que un 48.6% resulto sintomática para algún trastorno mental con prevalencia de 4.46% de problemas internalizados, entre ellos trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad con inhibición.

La Ansiedad habitualmente tiene dos componentes:

- a) Manifestaciones somáticas: Palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aire, disnea, apnea, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas, dolor o molestias en el abdomen, inestabilidad, pérdida de la homeostasis, lipotimias, parestesias, escalofrío, sofocación.

- b) Síntomas Cognoscitivos-Conductuales-Afectivos: Desrealización, despersonalización, miedo a perder el control o volverse locos, sensación de muerte inminente, intranquilidad, inquietud, ideas catastróficas, deseos de huir, alucinaciones, atentados contra las demás personas y contra la propia vida, tristeza, abandono, soledad, miedo.

Spielberg (1989) considera que para definir ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de la personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad estado es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

Por su parte la ansiedad rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo estas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad de estado, la ansiedad rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido los sujetos con alto grado de ansiedad rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están predispuestos a sufrir ansiedad-estado, son apreciados como intensamente molestos, por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesaria para enfrentarse a la situación amenazante.

Para hacer el diagnóstico de ansiedad, se deben presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. La ansiedad también comprende un aspecto normal del desarrollo, por ello las

escalas de evaluación de la ansiedad requieren de habilidad para discriminar a los niños y adolescentes con síntomas clínicos de ansiedad o con aquellos síntomas de ansiedad normales. Las escalas de evaluación de los trastornos de ansiedad ofrecen una gran utilidad para analizar la psicopatología de los adolescentes y determinar la tendencia o predisposición para desarrollar la depresión.

La depresión y la ansiedad pueden llegar a tener relación ya que la segunda forma parte de la sintomatología de la primera, es importante identificar y comparar los síntomas para poder realizar un diagnóstico certero, debido a que con ello lograremos dar la atención adecuada acorde a la enfermedad, en este caso trastorno presentado en el adolescente.

Existen diversas teorías que fundamentan al trastorno depresivo, dividiéndose en teorías biológicas o genéticas, fisiopatológicas, neurales, bioquímicas, endócrinas y colaterales documentadas a continuación.

2.4 Teorías Biológicas

Genética

Se han hecho muchas investigaciones considerables sobre las enfermedades del ánimo en relación con los factores hereditarios, se sugiere una conexión genética en numerosos estudios; sin embargo, todavía no se demuestra un modo definitivo de transmisión genética.

- Estudio en Gemelos: Los estudios en gemelos sugieren un factor genético en la enfermedad porque alrededor del 50 % de gemelos monocigotos son concordantes para la enfermedad (las referencias coinciden con que los gemelos se afectan por la enfermedad). Resultados similares se revelaron en estudios de gemelos monocigotos criados por separados. El índice de concordancia en gemelos dicigotos en 10 a 25 % (Sadock y Sadock 2003).

- Estudio en Familiares: Casi todos los estudios sobre familias muestran que la depresión es 1.5 a 3 veces más común entre los parientes biológicos de primer grado que entre la población general (APA, 2000). De hecho, la evidencia apoya un mayor riesgo de trastornos depresivos en individuos con historia familiar positiva. No parece que los factores ambientales puedan causar la enfermedad como se observa en las familias.
- Estudios de Adopción: Más información apoya la herencia como una influencia etiológica en depresión y proviene de estudios de niños adoptados de padres biológicos enfermos. Los estudios de adopción demuestran que los niños biológicos de padres afectados tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno del ánimo a pesar de ser criados por familias adoptivas no afectadas.

2.5 Influencias Bioquímicas

Aminas Biógenas.:La depresión se puede relacionar con la deficiencia de neurotransmisores, norepinefrina, serotonina y dopamina, en sitios de importante funcionalidad receptora del cerebro. De manera histórica, la hipótesis de aminas biógenas en trastornos de ánimo descarta la observación de que la reserpina, que disminuye las aminas del cerebro, fue relacionada con el desarrollo de un síndrome depresivo (Slattery, Hudson y Nutt, 2004)

La catecolamina norepinefrina ha sido identificada como un componente clave en la movilización del organismo para lidiar con situaciones de estrés. Las neuronas que contienen serotonina participan de manera crítica en la relación de muchas funciones psicobiológicas, como el ánimo, la ansiedad, excitación, vigilancia, irritabilidad, pensamiento cognición, apetito, agresión y ritmo cardíaco.

El triptófano, precursor aminoácido de la serotonina aumenta la eficacia de los medicamentos antidepresivos, y en ocasiones, es eficaz como antidepresivo por sí mismo. La concentración de la dopamina en el mismo sistema mesolímbico del cerebro tiene gran influencia en el ánimo y comportamiento. Un aporte disminuido de estas aminas biógenas inhibe la

transmisión del impulso de una fibra neuronal a otra, lo que causa una insuficiencia de las células para activar o ser activada.

En los últimos tiempos, la hipótesis de las aminas biógenas también incluye otro neurotransmisor, la acetilcolina. Debido a que los fármacos colinérgicos tienen profundos efectos en el ánimo en el electroencefalograma, funciones del sueño y neuroendocrinas, se sugiere que el problema de depresión y manía puede ser un desequilibrio entre las aminas biógenas y la acetilcolina. La transmisión es excesiva en la depresión e inadecuada en la manía.

2.6 Alteraciones Neuroendocrinas

Las alteraciones neuroendocrinas pueden ser parte de la patogénesis o persistencia de la enfermedad depresiva. Esta idea surge de las alteraciones marcadas en el ánimo observadas con la administración de ciertas hormonas o en presencia de enfermedad endocrina que se manifiesta de manera espontánea.

Neurobiología De La Depresión

Neurotransmisores: Aunque también están involucrados otros neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión, las alteraciones de la serotonina y norepinefrina han sido las más estudiadas. Las células de origen para las vías de serotonina se encuentran dentro del núcleo del rafe localizadas en el tallo cerebral. Las de norepinefrina se organizan en el locus ceruleus. Las proyecciones para ambos neurotransmisores se extienden por todo el cerebro anterior, corteza prefrontal, cerebelo y sistema límbico.

Áreas Afectadas Del Cerebro

Las áreas afectadas del cerebro por la depresión y los síntomas que pueden regular incluyen las siguientes:

- 1.- Hipocampo: Alteraciones en la memoria, sentimientos de minusvalía, desesperanza y culpa.
- 2.- Amígdala: Anhedonia, ansiedad, motivación reducida.
- 3.- Hipotálamo: Aumento o disminución del sueño y apetito; energía y libido disminuidos.
- 4.- Otras estructuras límbicas: Alteraciones emocionales y vegetativos de la depresión.

Los fármacos que producen estos efectos incluyen los que bloquean la receptación presináptica de los neurotransmisores o bloquean los receptores en las terminaciones nerviosas y los que inhiben la monoaminoxidasa enzima que participa en el metabolismo de las monoaminas, serotonina, norepinefrina, dopamina.

Los efectos colaterales de estos medicamentos se relacionan con la acción bloqueadora de los receptos para un neurotransmisor específico. Los fármacos tricíclicos y tetracíclicos (por ejemplo, imipramina, imitriptilina, mirtazapina) Bloquean la recaptación o los receptores para serotonina y noradrenalina, anticolinérgicos e histamina.

Los ISRS son selectivos serotoninérgicos de los inhibidores de recaptación. Otros como el bupropion, velanfaxina, duloxetina la recaptación de serotonina y norepinefrina y también son débiles inhibidores de dopamina. El bloqueo de la recaptación de la dopamina y la bupropion ocasionan efectos colaterales como temblores, arritmias cardíacas, disfunción sexual e hipertensión arterial.

El bloqueo de la recaptación de la serotonina ocasiona efectos colaterales como alteraciones gastrointestinales, mayor agitación y disfunción sexual. El bloqueo de receptación de dopamina provoca activación sicomotora. El bloqueo de la recaptación de acetilcolina provoca boca seca, visión borrosa, constipación y retención urinaria. El bloqueo de recaptación de histamina produce sedación e hipotensión.

Eje Hipotálamo- Hipófisis-Suprarrenales

En pacientes que están deprimidos el sistema de inhibición de hormonas es deficiente, lo que ocasiona hipersecreción de cortisol. Esta concentración elevada es la base para la prueba de su presión de dexametasona que se utiliza algunas veces para determinar si el individuo tiene depresión estable de manera somática.

Eje Hipotálamo- Hipófisis- Tiroides

El factor liberador de tiotropina (TRF) del hipotálamo estimula la liberación de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) de la hipófisis anterior a su vez estimula a la glándula tiroides. La respuesta disminuida de TSH a TRF administrada se observa en alrededor de 25% de las personas deprimidas. Esta prueba del laboratorio tiene futuro potencial para identificar pacientes con alto riesgo.

Influencias Fisiológica

Los síntomas depresivos que ocurren por un trastorno del ánimo o como un efecto adverso de ciertos medicamentos son llamados depresión secundaria, la cual puede ser relacionada con los efectos colaterales de algún medicamento, trastorno neurológico, desequilibrio de electrolitos u hormonales, deficiencias nutricionales, y otras afecciones fisiológicas o psicológicas.

Efectos Colaterales Por Medicamentos

Ciertas sustancias, solas o en combinación con otros medicamentos, pueden producir un síndrome depresivo, los más comunes son las que actúan en el sistema nervioso central. Estas incluyen ansiolítico, antipsicóticos y sedación hipnóticos. Ciertos medicamentos antihipertensivos, como propanolol y reserpina se sabe que produce síntomas depresivos.

También se puede provocar con cualquiera de los siguientes medicamentos, aunque no están enlistados todos:

- Esteroides: prednisona y cortisona.
- Hormonas: estrógeno y progesterona.
- Sedante: barbitúricos y benzodiazepina.
- Fármacos antibacterianos y antimicóticos: ampicilina, cicloserina, tetraciclina y sulfonamidas.
- Antineoplásicos: vincristina y zidovudina
- Analgésicos y antiinflamatorios: opiáceos, ibuprofeno y fenilbutazona.

Trastornos Neurológicos

Un individuo que sufre un accidente vascular cerebral, también conocido como infarto, puede experimentar depresión no relacionada con la gravedad del infarto. Estos son verdaderos trastornos del ánimo y el tratamiento con medicamentos antidepresivos puede estar indicado. Los tumores cerebrales, en particular en el área del lóbulo temporal, con frecuencia causan síntomas de depresión.

La depresión agitada puede ser parte del cuadro clínico relacionado con enfermedades como alzheimer, parkison y Huntington. La agitación y la inquietud también se manifiestan en depresión subyacente en un individuo con esclerosis múltiple.

Alteración De Electrolitos

Excesivas concentraciones de bicarbonato de sodio o calcio pueden producir síntomas de depresión, así como las deficiencias de magnesio y de sodio, al igual que al potasio en el organismo, como cuando hay deficiencia del mismo.

Alteraciones Hormonales

La depresión se relaciona con disfunción de la corteza suprarrenal y por lo común se observa tanto en la enfermedad de Addison como el síndrome de Cushing. Otras afecciones endocrinas que pueden resultar en síntomas de depresión incluyen hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipotiroidismo e hipertiroidismo.

Un desequilibrio de las hormonas estrógenos y progesterona tiene predisposición al trastorno disfórico premenstrual. Se postula que el exceso de estrógeno o una elevada proporción estrógeno a progesterona durante la fase lútea del ciclo menstrual es la causa de los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual.

Deficiencias Nutricionales

Las deficiencias en vitaminas V1 (tiamina), V6 (piridoxina), vitamina V12, niacina, vitamina C, hierro, ácido fólico, zinc, calcio y potasio pueden producir síntoma de depresión. Varias alteraciones nutricionales indican la etiología del trastorno disfórico premenstrual, incluyen deficiencias en la vitamina B, calcio, magnesio, manganeso, vitamina E y ácido linoleico.

Las fluctuaciones de tolerancia de glucosa, metabolismo de ácido grasos anómalos, y sensibilidad a la cafeína y al alcohol pueden provocar los síntomas relacionados con estos trastornos. No existe evidencia que apoye a ninguna alteración nutricional específica en la etiología.

2.7 Otras afecciones fisiológicas

Otras afecciones que se relacionan con depresión secundaria incluyen trastornos del colágeno, como lupus eritematoso sistémico (SLE) y periarteritis nodosa; enfermedad

cardiovascular como por ejemplo, cardiomiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto agudo al miocardio y accidente vascular cerebral; infecciones, encefalitis, hepatitis, monucleosis, neumonía y sífilis; y trastornos metabólicos, diabetes mellitus y porfiria.

2.7.1 Signos y exámenes

La verdadera depresión en adolescentes a menudo es difícil de diagnosticar, dado que los adolescentes normales tienen altibajos en su estado anímico, los cuales pueden alternar en periodos de horas o días. El médico llevará a cabo un examen de tipo físico y ordenará exámenes de sangre para descartar causas médicas para los síntomas. Igualmente evaluar al adolescente en búsqueda de signos de drogadicción.

El alcoholismo, el consumo frecuente de marihuana y de otras drogas pueden ser causados u ocurrir debido a la depresión. Asimismo, se llevará a cabo una evaluación psiquiátrica para documentar los antecedentes de tristeza, irritabilidad, al igual que la pérdida del interés y placer del adolescente en actividades normales.

El médico buscará signos de trastornos psiquiátricos potencialmente coexistentes, como ansiedad, manía o esquizofrenia. Una evaluación cuidadosa del adolescente ayudará a determinar los riesgos de suicidio/homicidio, es decir, si el adolescente es un peligro para sí mismo o para los demás. La información de familiares o personal de la escuela con frecuencia puede ayudar a identificar la depresión en los adolescentes.

2.7.2 Tratamiento

Las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión abarcan tratamiento complementario, psicoterapia y medicamentos antidepresivos. Es importante que el tratamiento se acomode al adolescente y a la gravedad de los síntomas de depresión. Las familias con frecuencia participan en el tratamiento de la depresión en el adolescente.

Medicamentos

El primer medicamento considerado normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS).

NOTA: Los ISRS portan una advertencia acerca de aumentar el riesgo de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes. En caso de encontrarse bajo la prescripción de este medicamento, tanto los adolescentes como sus familias, deberán estar en estado de alerta con relación a cambios súbitos o incremento de pensamientos suicidas.

No todos los antidepresivos están aprobados para su uso en niños y en adolescentes. Por ejemplo, los tricíclicos no están aprobados para su uso en adolescentes.

Antidepresivos

No se recomienda antidepresivos tricíclicos como imipramina, clomipramina, amitriptilina, no se ha demostrado una eficacia superior al placebo en ensayos clínicos controlados, por lo contrario tienen una capacidad de producir efectos adversos importantes, debido a su cardiotoxicidad, lo que los hace especialmente peligrosos en el caso de un intento de suicidio. Las restricciones alimentarias ineludibles, las interacciones medicamentosas arriesgadas y la ausencia de ensayos clínicos con grandes muestras que apoyen su eficacia, desaconsejan asimismo la prescripción de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) en niños y adolescentes.

Los antidepresivos mejor estudiados en esta población son los ISRSs. De entre ellos, la fluoxetina ha probado su eficacia frente a placebo en tres ensayos clínicos doble-ciego, aleatorizados y controlados. La “Treatment of Adolescent Depression Study (TADS)” la presentó además frente a otros procedimientos terapéuticos no farmacológicos como la terapia 36 del Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, N° 2/2009 cognitivo-conductual, si bien la combinación de fluoxetina con esta última demostró su superioridad sobre cada una de ellas por separado.

Este hecho ha contribuido a que en la guía clínica que edita el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico, recomiende especialmente la asociación de fluoxetina y psicoterapia cognitiva como primera opción para el tratamiento de las depresiones infantiles moderadas y graves.

Otros ISRSs cuya eficacia se ha probado en al menos un ensayo doble-ciego, aleatorizado y controlado son: citalopram, sertralina y paroxetina, si bien se ha vinculado a este último con una mayor emergencia de pensamientos suicidas en la adolescencia. La AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) recomienda que los pediatras y los psiquiatras realicen un estrecho seguimiento de los niños que han empezado un tratamiento con antidepresivos para la detección temprana de pensamientos y conductas autolíticas.

Se considera una población vulnerable, en este sentido, a los menores con antecedentes familiares de trastornos afectivos y de suicidio, así como a aquellos con alteraciones graves de conducta e impulsividad y a los que proceden de un medio social degradado. La propia AACAP señala como “signos de alarma” a tener en cuenta por parte de los padres, familiares y cuidadores de los niños en tratamiento con antidepresivos a los siguientes:

- Aparición de ideas de suicidio en el menor (o aumento de su frecuencia si ya existían antes del tratamiento)
- Conducta autodestructiva - Ansiedad persistente, agitación, agresividad, insomnio o irritabilidad.
- Inquietud psicomotriz euforia y verborrea.
- Aparición de planes o metas fuera de la realidad

Un estudio de casos y controles realizado por Olfson y col encontró que el tratamiento con antidepresivos parecía tener relación con intentos previos o suicidios consumados en niños y adolescentes gravemente deprimidos, pero no así en el caso de los adultos. Un análisis de los datos disponibles en la FDA sobre depresión mayor infanto-juvenil aportó los siguientes coeficientes de riesgo para incidentes autolíticos importantes (intento de suicidio, planificación

de un intento y aumento de ideación suicida): placebo (1,0); fluoxetina (0,92); citalopram (1,37); sertralina (1,48); mirtazapina (1,58); paroxetina (2,65); venlafaxina (4,97).

Ninguno de estos números era estadísticamente significativo, exceptuando el referido a la venlafaxina. Una extensa revisión sobre la eficacia y seguridad de los antidepresivos en pediatría, procedente de todos los estudios recopilados por la FDA arrojó un riesgo de suicidiabilidad del 4% en los niños tratados con el fármaco activo, mientras que la cifra correspondiente al placebo era sólo del 2%.

No obstante, existen también otros datos que indican lo contrario. Por ejemplo, no se ha comunicado caso alguno de suicidio infantil en ninguno de los ensayos doble ciego, aleatorizados y controlados, con ISRSs; además, parece haber una correlación entre el uso de estos fármacos y la disminución del número de suicidios en la pasada década, en los EE.UU., en adolescentes. Asimismo, los estudios toxicológicos tampoco apoyan la asociación entre tratamientos con ISRSs y suicidio. Por lo que a la eficacia de los nuevos antidepresivos se refiere, es decir, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRS-Ns) –venlafaxina, duloxetina– no se dispone de estudios rigurosos que la confirmen, por lo que no se recomienda su empleo (al menos de primera elección) en la depresión pediátrica.

Otro tanto podría decirse de sustancias como la nefazodona, la mirtazapina, la mianserina, etc. Finalmente, un estudio piloto controlado, doble-ciego, con ácidos grasos omega-3 en la depresión prepuberal permite considerar con atención su posible utilidad terapéutica en los trastornos afectivos infantiles en un futuro. Recomendaciones Cheung y col han reunido las recomendaciones clínicas de buena práctica para el tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia internacionalmente aceptadas:

- Es imprescindible una evaluación minuciosa ante toda sospecha de un cuadro depresivo en un menor.
- Si se confirma el diagnóstico, tanto los pacientes como los padres necesitarán: información positiva sobre la enfermedad, apoyo emocional y una exposición clara de las opciones terapéuticas que existen.

- Es preciso determinar el riesgo de suicidio que pudiera haber.
- En el caso de una depresión leve o moderada, se comenzará el tratamiento con terapia cognitivoconductual (TCC).
- Si no hay respuesta terapéutica o la depresión es grave, se combinará la TCC con farmacoterapia.
- El antidepresivo de elección es la fluoxetina (tanto la FDA y el NICE como la Agencia Europea del Medicamento recomiendan este principio activo del Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, N° 2/2009 por ser el que mejores resultados de eficacia y seguridad ha obtenido en ensayos clínicos controlados). La sertralina y el citalopram se consideran de segunda elección.
- La técnica de tratamiento es como sigue: se comienza con 5-10 mg/día de fluoxetina, administrada en el desayuno o el almuerzo, y se va aumentando en la misma proporción cada 2 semanas hasta encontrar la dosis de respuesta del paciente, excepto si se presentan efectos adversos que aconsejen la retirada del fármaco.
- La FDA sugiere una revisión clínica semanal del mismo, al menos durante las 4 primeras semanas de tratamiento antidepresivo.
- Establecer un procedimiento de intervención inmediata si surge ideación autolítica. Dada la carga emocional que supone esta patología para los pacientes, las familias y la comunidad, la observación de estas medidas de fácil aplicación debería ser tomada en cuenta no sólo por psiquiatras y psicólogos, sino por pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y todos aquellos profesionales que puedan contribuir a la detección temprana del trastorno.

Terapia

La terapia de familia puede ser útil si los conflictos familiares están contribuyendo con la depresión. También puede ser necesario el apoyo de la familia o los maestros para ayudar con los problemas escolares. Ocasionalmente, se puede requerir la hospitalización en una unidad psiquiátrica para los individuos con depresión grave o que están en riesgo de suicidio.

Debido a los problemas de conducta que a menudo ocurren con la depresión adolescente, muchos padres se ven tentados a enviar a sus hijos a “campamentos de entrenamiento para reclutas”, “programas educativos y terapéuticos de salidas de campo” o “escuelas de crecimiento emocional”. Estos programas con frecuencia utilizan un equipo que no es profesional, hacen usos de terapias de confrontación y castigos fuertes. No existe evidencia científica que apoye el uso de estos programas.

En efecto, hay un cúmulo de investigación cada vez mayor que sugiere que, en realidad, pueden lastimar a los adolescentes sensibles con depresión. Los adolescentes deprimidos que reaccionan también pueden verse comprometidos con el sistema de justicia criminal y a menudo, se recomienda a los padres no intervenir sino dejar que “ellos experimenten las consecuencias”.

Esto puede lastimar a los adolescentes a través de la exposición a compañeros que los desvían más y a una reducción de las oportunidades educativas. Una, mejor solución es obtener el mejor asesoramiento legal posible y buscar un tratamiento por su propia cuenta, lo que les da a los padres un mejor control sobre las técnicas y opciones que se utilizan. Aunque un gran porcentaje de los adolescentes en el sistema de justicia criminal presenta trastornos mentales, como depresión, pocas prisiones juveniles, “campamentos de entrenamiento para reclutas” u otros programas “alternativos a la prisión” brindan un tratamiento adecuado.

2.8 Implicaciones del desarrollo

2.8.1 NIÑEZ

Hasta hace pocos años se desarrolló un consenso entre los investigadores que estudian el trastorno depresivo mayor como una entidad en niños y adolescentes que ha podido ser identificado con criterios similares a los utilizados en adultos. Sin embargo, no es poco común que los síntomas de depresión se manifiesten de manera diferente en la niñez, y el cuadro cambie con la edad:

- En niños de 3 años: los signos pueden influir problemas de alimentación, rabietas, y falta de juego y expresividad emocional.
- De los 3 a 5 años: síntomas comunes que predisponen los accidente, fobia y excesivas autorecriminación por errores menores.
- De los 6 a 8 años: pueden ser quejas físicas vagas y comportamiento agresivo. Incluso apearse a los padre y a evitar a las personas extrañas y cambios.
- De los 9 a los 12 años: los síntomas comunes pensamiento mórbidos y preocupación excesiva por decepcionar a los padres de alguna forma.

Otros síntomas de depresión en la niñez pueden incluir hiperactividad, delincuencia, problemas en la escuela, quejas psicósomáticas, alteraciones en el sueño y alimentación, aislamiento social y pensamientos o intento suicida. Los niños se vuelven depresivos por varias razones. Muchos tienen una predisposición genética hacia la afección, que se precipita por una situación estresante. Los factores comunes que favorecen son separación física o emocional por parte de una persona responsable de su cuidado, separación parental o divorcio, muerte de una persona amada (persona o mascota), mudanza, fracaso académico o enfermedad física. En cualquier evento el denominador predominante es la pérdida.

El enfoque de la terapia con niños deprimidos es aliviar los síntomas y fortalecer las habilidades de enfrentamiento y de adaptación del niño, con la esperanza de prevenir problemas psicológicos futuros. Algunos estudios muestran que la depresión no tratada en esta etapa puede llevar a problemas subsecuentes en la adolescencia y en la vida adulta.

La mayoría de los niños son tratados como pacientes externos. La hospitalización por lo general ocurre cuando el menos es activamente suicida, cuando el ambiente en el hogar no facilita el esquema de tratamiento o el paciente necesita estar separado de este por privación psicosocial. El tratamiento con la familia se utiliza para ayudar a los niños deprimidos más pequeños.

La recuperación se facilita por el apoyo emocional y la guía de los miembros de la familia. Los niños mayores de 8 años de edad por lo general participan en terapia familiar; aunque en algunas situaciones, el tratamiento individual puede ser más apropiado para los niños mayores. Los antidepresivos o litio son importantes para las formas más graves y recurrentes de depresión.

2.8.2 ADOLESCENCIA

Se entiende a la “adolescencia” como “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”. Fuentes (1989), indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual y emocional del individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracteriza al individuo como adulto. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para la persona. Para Fierro (1995), la adolescencia constituye un período y un proceso con las siguientes características:

- a) De activa desconstrucción de un pasado personal.
- b) De proyecto y de construcción del futuro a partir de un enorme potencial y acervo de posibilidades activas que el adolescente posee y tiene conciencia de poseer.

De esta manera, afirma que la adolescencia es una etapa psicosocial y, no sólo fisiológica o psicológica. El logro evolutivo individual depende de circunstancias sociales e históricas, que pueden facilitar o dificultar adherirse a un determinado estilo de vida e identidad personal. Por otra parte, Delval (1994), considera que es durante la adolescencia cuando se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción, aunado a esto, se inicia la inserción en el grupo de los adultos y en su mundo.

El sujeto tiene que realizar una serie de ajustes según las características de la sociedad y las facilidades o dificultades que proporciona para esa integración. De ello dependerá que atravesar por esta etapa de la vida sea más o menos difícil y se realice de una forma traumática o sin muchas dificultades.

Adolescencia: Perspectivas Teóricas Aguirre (1998), refiere que en 1909 se da el encuentro de dos hombres que marcan los inicios de la psicología de la adolescencia: Stanley Hall y Sigmund Freud. Ambos formados en el marco del evolucionismo, coinciden en algunos planteamientos, más por la interpretación biologista de las etapas evolutivas del hombre, que por sus enfoques concretos sobre la adolescencia, de manera que destacan la sexualidad como motor biológico de la evolución humana.

Para Aguirre(1998), Hall (1844-1924), toma el concepto darwiniano de evolución biológica y lo elabora como una teoría psicológica, de manera que de la misma forma en que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la adultez: infancia, niñez, juventud y adolescencia.

La infancia y la niñez corresponden al estadio primitivo humano; la juventud representa la transición de la humanidad, mientras que la adolescencia supone la fase avanzada del desarrollo, previa a la madurez. Hall define la juventud (8-12 años), como etapa preadolescente de latencia, en la que se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su analogía con el salvajismo. A la adolescencia (12/24-25 años), la define como etapa tormentosa, llena de turbulencias y contradicciones en donde la sexualidad será el gran motor adolescente que permitirá pasar del amor a sí al amor a la humanidad y hasta al amor a Dios.

Enfoque Psicoanalítico. Para Aguirre (1998), Freud (1856-1939), parte también del mito de la recapitulación: niñez y adolescencia son periodos filogenéticos, por eso, al igual que Hall, defiende la “necesidad” y “universalidad” biológica de las etapas. Aguirre señala algunas conclusiones respecto al tratamiento que Freud y sus más inmediatos seguidores hacen de la adolescencia:

- Mantenimiento del mito que pone en paralelo el desarrollo biológico y el de la personalidad. Así, si el desarrollo biológico es universalmente homogéneo, las fases de la niñez, el complejo de Edipo y la pubertad adolescente serán también universales e independientes del medio ambiental o cultural. Para Freud, los cinco primeros años de la vida son los más importantes en el desarrollo de la personalidad, constituyéndose el

complejo de Edipo, hacia los cinco años, en la piedra angular del comportamiento humano.

- La adolescencia supone para Freud el logro de la primacía genital y la culminación del proceso de búsqueda no incestuosa del objeto. El pensamiento freudiano otorga preponderancia a la sexualidad como organizadora de la personalidad, tanto en la infancia como en la adolescencia. La sexualidad infantil será autoerótica y no genital, mientras que la adolescente será genital y objetal.

- Para Freud, los factores importantes del desarrollo serán los biológico-pulsionales y no los socio-cultural-ambientales. - Por otra parte, la parte clínica de los psicoanalistas ortodoxos se conduce de manera que todo adulto vuelva, a través de la transferencia con el analista (que reaviva la figura paterna) a reanudar los caminos de la infancia y rara vez se plantean, reconstruir la adolescencia del paciente e incluso, algunos psicoanalistas, afirman que, aunque en la adolescencia se produce un acontecimiento de gran intensidad, en realidad no sucede nada nuevo.

Los psicoanalistas han minimizado e, incluso, negado la existencia de la adolescencia. En general, mantienen que la adolescencia es, en parte, un invento de la envidia de los adultos, un “adultocentrismo”, ya que la adolescencia es un valor en alza en la sociedad actual. Afirman que los acontecimientos estudiados en la adolescencia están profundamente ligados a la vida infantil y que la adolescencia es más un estado de la personalidad que un estadio del desarrollo del individuo (Aguirre, 1998).

Enfoque psicosocial. Los psicosociólogos que trabajan sobre la adolescencia afirman que el origen de los cambios adolescentes, es fundamentalmente, imputable a determinaciones externas, es decir, a interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles. En este sentido, se pone de manifiesto que el propio adolescente tiene que desempeñar roles contradictorios (rebelde para con sus compañeros y de hijo sumiso para con su padre), lo que repercute notablemente en la vivencia de su identidad (Aguirre, 1998).

La socialización adolescente (relaciones interindividuales, normas, valores, actividades sociales) se realiza en determinados “espacios” (familia, escuela, grupo de pares, etc.) y a través de unos “medios” (comunicación, relaciones, etc.) por los cuales se realizan tales procesos. Por su parte, Delval (1994), indica que desde el enfoque psicosocial, la adolescencia se atribuye primordialmente a causas sociales exteriores. De manera que las diversas problemáticas que se viven durante la adolescencia son el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad.

El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que adoptar determinados papeles sociales; esos papeles le son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección, por el medio en que se desarrollan –escuela, hogar, amigos. Al mismo tiempo los adultos tienen mayores exigencias y expectativas respecto a los adolescentes, y esas exigencias pueden hacerse insostenibles.

Enfoque Cognitivo. Desde esta perspectiva, Aguirre (1998) señala que el enfoque de las transformaciones y estadios en la adolescencia no es totalmente interno (biológico o psíquico), ni totalmente externo, como suponen ciertos estudios de psicología social, sino debido al desarrollo de las competencias operatorias, es así que los estudios de psicología cognitiva sobre la adolescencia, se han desarrollado siguiendo a Piaget en dos direcciones principales: el desarrollo cognitivo y el de la conducta moral.

Para Piaget, hacia los 11 años, el pensamiento se hace formal, de manera que va de la sujeción a lo real y directamente percibido a lo abstracto y lo posible: el mundo real no es más que una porción de lo posible. Así, su razonamiento se hace hipotético-deductivo, lo que dota al adolescente de nuevas posibilidades mentales. Añade además que, lo que caracteriza al desarrollo cognitivo son las sucesivas y más complejas formas de organización y adaptación que hacen que cada período de edad tenga una forma cualitativa diferencial de cognición (Aguirre, 1998). Asimismo, desde el enfoque cognitivo, Delval (1994), señala a partir de Piaget, que durante la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social.

El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ello las características de la adolescencia están muy en relación con la sociedad en la que se produce. El individuo se inserta en la sociedad, pero tiende a modificarla. Para ello elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. De manera que la adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales.

De esta forma se puede decir que la adolescencia es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella, los diversos cambios que se presentan para el adolescente influyen directamente sobre él, son estos quienes van a dificultar o a facilitar la integración completa del adolescente. Adaptarse a estos cambios no sólo físicos sino también sociales lo llevan a la búsqueda de su propia identidad.

Desarrollo psicológico. El inicio de la adolescencia se caracteriza por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se denomina como pubertad, se observan cambios como el tamaño y la forma del cuerpo, el desarrollo de los órganos reproductivos, entre otros. Independientemente a qué edad den comienzo los cambios o se terminen, el proceso de crecimiento físico que se da en esta etapa, presenta el mismo perfil en los distintos individuos.

El desarrollo entre hombres y mujeres, hasta entonces parecido, se puede diferenciar con claridad. De lo anterior se precisa hacer una distinción entre dos términos que tienen un significado y un alcance distinto: pubertad y adolescencia. Palacios (1995), indica que la pubertad abarca al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Mientras que la adolescencia, es un período psicosociológico que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

La pubertad por tanto, es un fenómeno universal para todo ser humano, como hecho biológico que es y momento de mayor importancia en nuestro desarrollo común. Por otra parte,

la adolescencia, es un hecho psicosociológico no necesariamente universal y que no necesariamente adopta en todas las culturas el patrón de características que adopta en la nuestra.

De manera que la descripción de los cambios físicos son insuficientes para comprender esta etapa, ya que la integración psíquica, social y sexual sobrepasa el mero recuento de estos cambios. Sin embargo, son importantes porque aportan capacidades y potencialidades nuevas, además porque mediante estos cambios el adolescente se aproxima al conocimiento de la personalidad exterior que va adquiriendo (Fuentes, 1985). Este autor destaca las diferencias entre los caracteres anatómicos del hombre y de la mujer en caracteres anatómicos.

La adolescencia es una de las etapas de la vida en que más atención se da al propio cuerpo, a sus características y a su desarrollo, a sus semejanzas y diferencias respecto al propio cuerpo de los demás. Es diferente el impacto que provoca una maduración física precoz o tardía sobre hombres y mujeres, lo importante no es el momento en que se produce tal maduración sino la relación de las variables en las que se produce este fenómeno en los individuos. Dentro de los cambios que se presentan en los adolescentes, Aberastury (1977), considera que la adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento.

Caracteriza el síndrome normal de la adolescencia por los siguientes aspectos:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad. Los cambios constantes en este período conducen a reestructuraciones permanentes externas e internas del individuo: De este modo, se adquiere el conocimiento de la individualidad biológica y social, el conocimiento de sí mismo, y de la propia personalidad.
2. Tendencia grupal. La relación con el grupo de pares se intensifica, de tal forma que se distingue como un proceso de sobreidentificación masiva. Se transfiere al grupo la dependencia que anteriormente se tenía con la familia y en especial con los padres. A su paso por el grupo el individuo comienza a asumir su identidad adulta.

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear. Estas tendencias se utilizan como mecanismos de defensa frente a las situaciones de pérdida: del cuerpo, del rol de niño y a los padres de la infancia. La búsqueda de la identidad genera angustia y obliga a un refugio interno, que permite un reajuste emocional, en el que se da un incremento de la intelectualización, surge así la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. También surge el interés por las actividades literarias, artísticas, etc.

4. Crisis religiosas. El individuo se manifiesta como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas, lo cual refleja el intento de solución a la angustia que vive en la búsqueda de su identidad, de tal forma que la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar una salida mágica.

5. Desubicación temporal. Es característico que convierta el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Suelen presentarse sentimientos de soledad. Los duelos experimentados durante esta etapa permiten conceptualizar el tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos.

6. Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta. Se caracteriza por actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital, de tipo exploratorio y preparatorio. Se inicia la búsqueda de la pareja.

7. Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad. La familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes. El medio en que se vive determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas, entonces la aceptación de la identidad está determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. El

fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de rebelión, la actitud social reivindicatoria se hace prácticamente imprescindible.

La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente, quien con su actividad y con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificarla, ante esto, los adultos se sienten amenazados por los jóvenes que van a ocupar un lugar como adultos, por tanto se sienten desplazados, entonces, tratan de dominarlos y controlarlos. El adolescente tiene que adaptarse, sometándose a las necesidades que el mundo adulto le impone. Al no encontrar el camino para su expresión vital trata de superarlo mediante crisis violentas.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida, de tal forma que, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta.

9. Una separación progresiva de los padres. Los padres no son ajenos a las ansiedades que despiertan la genitalidad, a el desprendimiento real, a los celos que esto implica en los hijos y en ellos mismos. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de que los padres acepten los conflictos y el desprendimiento de los hijos. En ocasiones los padres niegan el crecimiento de los hijos ocasionando que estos se sientan perseguidos. Si la figura de los padres está bien definida se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará.

10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Los sentimientos de ansiedad y depresión se encuentran comúnmente en la adolescencia. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinan la mayor o menor intensidad de estos sentimientos. El individuo se refugia en sí mismo, en su mundo; la intensidad y frecuencia de estos internamientos pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo, ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas.

Debido a todos estos cambios por los que atraviesa el adolescente, es que se presentan fluctuaciones en el estado de ánimo, estos cambios, suelen generar angustia e impotencia por no poder controlarlos, en ocasiones el individuo puede adoptar ideologías y conductas ajenas, estas mismas van a ayudar a identificar una ideología y una personalidad propia.

La búsqueda de autonomía se realiza no sólo en sí mismo, sino también en la familia y en el exterior, esto requiere necesariamente una ruptura con los progenitores a quienes se les ve como iguales y conlleva la inserción del adolescente al mundo de los adultos. Rappoport (1986), menciona cinco áreas de la conducta adolescente, e indica que para comprender el significado psicológico de estas áreas es necesario analizar el impacto que provocan en el sí mismo del adolescente. Estas áreas son:

a) Los cambios fisiológicos. Los cambios durante la pubertad provocan cambios en la imagen corporal que ocasionan modificaciones en el concepto de sí mismo. Los adolescentes que pasan rápidamente por los cambios de la pubertad suelen conservar una imagen corporal positiva, lo que favorece una mayor confianza en sí mismos. Este proceso se refleja en el campo de las emociones a través de sentimientos de inadecuación.

b) Las relaciones familiares. Es inevitable el surgimiento de conflictos en mayor o menor grado, entre los adolescentes y sus padres, más los resultados de estos son variados, de tal manera que, cuando no encuentran una vía satisfactoria hacia la autonomía, es probable que su impulso hacia esta encuentre una salida explosiva o se deteriore progresivamente, lo que origina posponer o impedir por completo el establecimiento de un concepto de sí mismo que sea suficientemente fuerte como para permitir la plena realización de sus potencialidades. Se producen efectos positivos cuando el adolescente alcanza un grado suficiente de éxito en las luchas que debe sostener con sus padres y logra así separarse de ellos.

c) Las relaciones con los pares del mismo sexo y del sexo opuesto. La divide en tres tópicos:

- La popularidad o aceptación en los grupos de pares del propio sexo, permite aumentar la autoestima.
- Las relaciones personales con amigos individuales del mismo sexo, ayudan a explorar nuevas áreas de sí mismo
- Las relaciones personales en proceso de desarrollo con los pares del sexo opuesto, van a servir como puente para las actividades con el sexo opuesto, estas actividades proporcionan un medio de aprender nuevos roles sociales y el progreso hacia relaciones heterosexuales más serias.

d) El crecimiento cognitivo o intelectual. La mayoría de las diferencias en cuanto a habilidad y aptitud entre los sexos se manifiestan durante la adolescencia. Estas diferencias se originan en las presiones culturales que influyen directamente en la adopción de roles sexuales estereotipados; se advierte con esto, que el rol sexual y el desarrollo intelectual puede estar en íntima relación mutua, en la que el primer factor ejerce una importante influencia sobre el segundo.

e) La identidad personal. A la identidad puede comprendérsela, por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del sí mismo, y por la otra, como a una fuerza integradora que unifica esas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria. En cualquier caso, hacia el fin de la adolescencia comienza, aparentemente, a desarrollarse un sentido continuo de la identidad, que sirve de allí en adelante como núcleo esencial y directivo de la personalidad. Este acontecer le permite comenzar a resolver los conflictos y las confusiones que son característicos del desarrollo de la personalidad durante este período.

De esta manera Rappoport identifica que el adolescente enfrenta al inicio de la adolescencia dos aspectos críticos: la pubertad y un status social inferior, esto porque no cuenta con los privilegios de los niños pero tampoco con el de los adultos, por lo que se presentan problemas emocionales y sociales durante la mayor parte de la estadía en esta etapa. Cuando se considera este período desde el punto de vista del individuo, puede definírsele según los cinco problemas genéricos que enfrenta. Y cuando se lo considera como situación general cabe definirlo de acuerdo con los factores status social y crecimiento físico.

Estos aspectos influyen entonces, sobre la reestructuración de la imagen corporal, la reestructuración de las relaciones con los progenitores, la elaboración de relaciones nuevas y más intensas con el grupo de pares, la capacidad intelectual y la adquisición de la propia identidad. Los primeros cuatro problemas se relacionan con el concepto que el adolescente tiene de sí mismo y suelen ser inevitables a las condiciones de la adolescencia, más la identidad para Rappoport, es la resultante de múltiples fuerzas, que va a servir a su vez como una fuerza integradora y orientadora del desarrollo de la personalidad.

Spranger (citado en Carneiro, 1982), indica que el adolescente no vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos, por esto, el adolescente no se comprende a sí mismo por completo, ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones. Se puede destacar entonces que durante la adolescencia se presentan diversos cambios, no sólo a nivel físico y emocional, sino también en las diferentes capacidades que se van adquiriendo gradualmente.

El ambiente, la familia, los adultos y el grupo de pares, son los que van a determinar atravesar esta etapa con o sin muchos conflictos. Así, la adolescencia se caracteriza principalmente por la búsqueda de la propia autonomía, la búsqueda de la propia identidad de sí mismo, que lleva a la adquisición de una identidad propia, así como a la adquisición de una completa identidad sexual. Al mismo tiempo se produce el distanciamiento gradual con los padres.

Es aquí donde se destacan las herramientas que han sido proporcionadas por la familia para enfrentar con éxito estos cambios, y lograr con ello una transición positiva y adecuada de la adolescencia a la edad adulta.

El Papel de la Familia Durante la Adolescencia. Para Leñero (2000), la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio, ya que lo familiar tiene una raíz de naturaleza biológica que se transforma por el impulso de subsistencia y superación humana. En este sentido, la familia representa un espacio vital de intimidad donde las personas pretenden conjugar su identidad personal con su expresión emotiva y afectiva.

La familia tiene, al mismo tiempo, una naturaleza de carácter social, público y privado: condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma como una institución clave en la operación social. Ausubel (1983), señala que la familia revela una variedad de formas estructurales entre ellas la familia extensa, la nuclear, la polígama y la comunal. En todas las sociedades la familia nuclear es la primera matriz social, es dentro de esta donde se arraiga y se cultiva la personalidad. Asimismo, desempeña las funciones básicas de auxiliar física y emocionalmente a los niños, asumiendo la responsabilidad de su socialización y culturación, así como también administra el uso de bienes y servicios en una estructura grupal continua, marcada por la división del trabajo y la diferenciación de roles.

Por otra parte, para Ackerman (citado en Dulanto, 2000), las finalidades humanas y sociales esenciales para las que se ha establecido la familia son:

- Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y protección ante los peligros externos
- Provisión de unión social que es la matriz de los afectos de las relaciones sociales familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar.
- Moldeamiento de los papeles sexuales, lo cual prepara el camino para la maduración y relación sexual.
- La ejercitación para integrarse a papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.

El apoyo al aprendizaje, a la creatividad y a la iniciativa individual. Dulanto (2000), señala que toda dinámica familiar será considerada como un proceso de vinculación sano dentro de la extensa pluralidad de conductas puestas en acción para lograr ser familia, siempre que estas acciones y condiciones permitan un desarrollo como grupo y también un desarrollo individual, sean niños, adolescentes o adultos.

La función como grupo ocurre en gran medida a partir de los valores y postulados sociales de la comunidad a la que este grupo familiar pertenece, pues son estos los que facilitan el funcionamiento. Además, indica que la dinámica familiar no es la misma en todas las familias, ya

que esta se encuentra diferenciada por el número de componentes, nivel cultural y económico. La enorme gama de comportamientos familiares que se manifiesta en la población de las grandes ciudades, con variantes que le dan a cada una de estas una personalidad particular, resulta de la expresión del sentir, pensar, interpretar un sinnúmero de tradiciones culturales, necesidades sociales, características étnicas, capacidad económica, orientación religiosa, nivel de escolaridad, experiencia y esperanza de vida.

Dulanto (2000), considera que la familia, hoy en día, tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, lo que lleva a que atraviese por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar, más son los externos los que están minando la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno de la familia y especialmente la interacción con los hijos adolescentes. Asimismo señala que, en la vida urbana moderna, abundan los factores que distraen la atención de lo importante, como entender lo esencial del vivir y el sentir, así como el resolver estos problemas en la vida intrafamiliar; cada día hay menos comunicación entre padres e hijos, aun entre hermanos.

Todo este no vivirse y sentirse en una relación humana y en la “dimensión” entre unos y otros entorpece e inclusive daña hasta aniquilar la función familiar. Plantea para superar estas crisis, responsabilidad, afecto, cautela, honestidad y libertad en la comunicación existencial y si es necesario recurrir a un grupo terapéutico. Además agrega, que la primera dificultad que se presenta en las familias con adolescentes es el reajuste emocional en el que obligadamente entran los hijos por el proceso de maduración emocional, que los transforma y les separa gradualmente de la familia, como la única fuente de convivencia e intercambio afectivo.

A este respecto Conger (1980), señala que es durante esta etapa cuando los padres y los hijos adolescentes deben aprender a establecer nuevas clases de relaciones mutuas. La adaptación a esta nueva clase de relación será más difícil para algunos padres –y adolescentes- que para otros. Durante los primeros años de la adolescencia los conflictos con los padres resultan naturales y lógicos.

A medida que los adolescentes amplían su horizonte mental, empiezan a darse cuenta de que sus valores y formas de vida familiares no son los únicos posibles. Puede tomarle mucho tiempo, pero al final, el adolescente probablemente concluirá que, aunque sus padres no pueden responder a todas sus preguntas, sus opiniones y conocimientos, aun pueden serle útiles y al menos, resultan conocidos (Conger, 1980). Para Ausubel (1983), los padres, en su carácter de agentes socializantes y representantes de la cultura determinan muchas uniformidades (rasgos psicobiológicos) y diferencias (rasgos psicosociales) interculturales en el desarrollo, además son causa de gran parte de la variación que muestra la personalidad de sus hijos en una cultura dada (rasgos idiosincráticos).

El grado en que los padres tienden a la aceptación, protección, a la dominación, etc., en el trato con sus hijos está determinado en parte por la ideología cultural prevaleciente que define las normas apropiadas de la interacción padre-hijo. De acuerdo con Conger (1980), el comportamiento de los padres tiene dos dimensiones de particular importancia:

-Amor contra hostilidad.

Sin las fuertes y evidentes manifestaciones de amor por parte de sus padres, el niño o adolescente tiene pocas oportunidades para desarrollar su autoestima, así como para entablar relaciones constructivas y provechosas con los demás y por tanto de sentir confianza en su propia identidad. El adolescente que cuenta con el afecto y cuidado por parte de sus padres es más probable que pueda vencer obstáculos aparentemente insuperables.

-Control contra libertad.

Para hacer frente, de manera efectiva al mundo de hoy y del mañana, los adolescentes necesitan una disciplina, pero también necesitan independencia, confianza en sí mismos, adaptabilidad y un fuerte sentido de sus propios valores. Estas cualidades son fomentadas por los padres que respetan a sus hijos, que los hacen participar de los problemas, en las tomas de decisiones familiares y que estimulan el desarrollo de la independencia apropiada a su edad, pero que, a la vez, conservan confiadamente la responsabilidad final.

De esta manera, el comportamiento de los padres es fundamental para los hijos, de manera que sin importar cuánto protesten, tanto los niños como los adolescentes, en ocasiones no desean que sus padres sean sus iguales. Desean y necesitan que se comporten como padres –que sean amistosos y comprensivos, pero al fin padres (modelos de comportamiento adulto), por lo que los padres en la actualidad tienen el problema de establecer un equilibrio entre el autoritarismo por una parte y la tolerancia excesiva por la otra, si esto lo pueden lograr, los resultados pueden ser muy útiles tanto para los padres como para los hijos (Conger, 1980).

De manera que el papel de la familia para el adolescente es muy importante, ya que recibe la influencia de sus padres y de toda la familia, de tal forma que los va a tomar como modelo de conducta. A través de su aprobación y desaprobación va a aprender a distinguir lo que está bien y lo que está mal; de esta relación con la familia el individuo se sentirá motivado o no para obrar correcta o incorrectamente.

Estos modelos de conducta se presentan de distinta manera para hombres y mujeres, porque las expectativas de los padres sobre su hijo o hija son distintas (Aguirre, 1996). Ausubel (1983), señala que la capacidad de los individuos para entablar relaciones interpersonales edificantes fuera del medio familiar, se ve influida por los siguientes aspectos de las situaciones intrafamiliares:

- 1) Que las relaciones afectuosas que mantiene con sus padres lo lleven a esperar por anticipado lo mejor de todas las demás personas a menos que tenga causas concretas para sentir de otro modo.
- 2) Que sus padres no fomenten en él necesidades y expectativas insólitas o poco realistas que sólo ellos quieren y pueden satisfacer, ni que fomenten el desarrollo de técnicas adaptativas especiales con exclusión de las aptitudes más usuales necesarias para la mayoría de las situaciones sociales.
- 3) Que cuente (en grado ni insuficiente ni excesivo) con el apoyo, el estímulo y la guía familiares en caso de tener dificultades con otras personas.
- 4) Que no haya establecido alianzas hogareñas cuya intensidad las torne prioritarias.

5) Que no adquiriera rasgos de la personalidad o hábitos de adaptación, derivados de la relación con sus padres, que puedan resultar ofensivos para otros niños.

6) Que no esté predispuesto, por causa del entrenamiento hogareño, a retraerse de la experiencia social extrafamiliar al punto de no poder aprender roles sociales realistas.

El individuo necesita tener experiencia directa con los factores limitativos y restrictivos de su ambiente para aprender normas sociales sobre la conducta aceptable, para aprender roles y objetivos realistas, para aprender a plantear exigencias razonables a los demás y para adquirir responsabilidad, autocontrol y capacidad de postergar la satisfacción de sus necesidades (Ausubel, 1983). Cuando desde la infancia se ha proporcionado un ambiente familiar óptimo, que se logra mantener durante la adolescencia, con relaciones intrafamiliares de afecto, el adolescente convierte a los padres en sus guías y orientadores

. El que haya en la familia una disciplina razonable y no arbitraria, va a permitir desarrollar en el adolescente una conducta moral que lo va a conducir a su propio autocontrol y autodirección. Cuando las relaciones entre padres e hijos son desfavorables, la conducta moral del adolescente se deteriora fácilmente y es común que se presenten dificultades para adaptarse, ocasionando conductas aversivas como destructividad o deshonestidad (Aguirre, 1996).

Para Ausubel (1983), si las actitudes parentales hacia los hijos son sanas, en lo fundamental, ni una desviación considerable del nivel óptimo teórico, ni ciertas fallas ocasionales impedirán que se logre un desarrollo normal de la personalidad. El empleo y la enseñanza de habilidades básicas para relacionarse puede mejorar la calidad de vida familiar y proporcionar una buena base para la relación de los hijos con los padres (Schwebel, 1991).

Así, señala que los niños que crecen en un entorno que les fortalece y en el que se lleva a cabo un estilo de vida sano, estarán en la adolescencia con actitudes positivas y habilidades básicas. Estarán bien provistos para tomar importantes decisiones con relación a las drogas y a otros asuntos relacionados con la salud a los que se enfrentarán en el futuro. La adolescencia es entonces, una etapa muy importante en la vida de todo ser humano, donde convergen pasado y

futuro, y donde se dan una serie de ajustes y cambios en el individuo así como también en su entorno.

En este marco, la familia desempeña un papel primordial, ya que es la que ha proporcionado los elementos necesarios para afrontar esta etapa, interviniendo posteriormente la sociedad, el ambiente y el grupo de pares. Se puede reconocer como característico de esta etapa el desprendimiento real de la familia, los cambios corporales que se encuentran fuera del alcance del individuo, fluctuaciones en el estado de ánimo, ensimismamiento, apego al grupo de pares, etc., por otro lado se presenta la identificación sexual y la búsqueda de la propia identidad, hecho que marca de manera trascendental a todos los individuos, de ahí la relevancia en esta etapa de la vida.

2.9 La Depresión en la Adolescencia

Teorías y Modelos Explicativos de la Depresión

Winokur (1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Teorías Conductuales de la Depresión

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989).

Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989).

La Disminución del Refuerzo Positivo

Para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de:

- 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona.
- 2) el número de Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX 423 hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar.
- 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia. Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn et al., 1985). Para Lewinsohn y colaboradores las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado

final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (ver Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc.

Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. También plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social, indican que ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.

La historia de la evolución del concepto “depresión adolescente” se puede resumir en etapas esenciales:

-A comienzos del siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso de los últimos veinte años del siglo XX .

-En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos intrapsíquicos que los determinan (enfoque psicoanalítico).

A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Casullo, 1998). Considerada en su dimensión clínica, la depresión, no está todavía bien delimitada a nivel conceptual (Polaino-Lorente, 1988), más se puede entender la depresión como:

1. Un síntoma (humor disfórico), que puede surgir en ocasiones sin causa aparente o bien, aparece como respuesta a un desajuste o a una pérdida importante, o incluso manifestarse sin que forme parte de un síndrome o desorden depresivo.
2. Un síndrome (donde se consideran cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras), puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones patológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo)
3. Un desorden clínico, en donde se manifiesta un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, además, se manifiestan ciertas características específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, en donde es posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos y familiares.

Lara, Acevedo y López (1998), indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva y como trastorno clínico. Para Lara (1999), la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años.

Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha reconocido en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común.

Casullo (1998), indica que la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión, los cuales abarcan cinco núcleos:

a) Síntomas anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia). En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.

b) Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).

c) Síntomas cognitivos: valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.

d) Síntomas físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.

e) Síntomas vinculares: se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva que se aislen más. Los síntomas más frecuentes en pacientes con depresión son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, irritabilidad, problemas de la memoria (Casullo, 1998).

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R), aborda la depresión, distinguiendo diferentes niveles depresivos, estos son:

1. **Episodio depresivo mayor.** En este tipo, los síntomas aparecen durante la mayor parte del día, casi a diario y por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas incluyen la alteración del apetito (por lo general disminuye), alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), agitación manifiesta mediante la incapacidad de permanecer sentado, deambulación continua, retorcimiento de manos, estiramiento o manoseo del cabello y/o piel, enlentecimiento psicomotor y disminución de energía

(sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio).

Los síntomas asociados más frecuentes a este episodio son llanto, irritabilidad, ansiedad, rumiación obsesiva o repetitiva, crisis de angustia, excesiva preocupación por la salud física y fobias. Respecto a la edad media de inicio es posterior a los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia.

En la etapa de la adolescencia puede aparecer como una conducta antisocial, así como la ingesta de alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de trastornos de conducta o de dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Es común el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, malhumor y agresividad; son probables las dificultades escolares y puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de las emociones con especial énfasis en la sensibilidad al rechazo de relaciones amorosas.

Como factores predisponentes al desarrollo de un episodio depresivo mayor se pueden considerar algunos eventos, como son una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas –en particular la del alcohol y la cocaína. En otras ocasiones este episodio depresivo puede aparecer después de la muerte de un ser querido, la separación conyugal o el divorcio e incluso posterior al parto.

La duración de un episodio de este tipo es variable, sin tratamiento puede durar hasta seis meses o más. Por lo general, se combinan los síntomas y la actividad global se restablece a un nivel premórbido, pero en un número elevado de casos algunos síntomas del episodio persisten hasta por dos años, dichos episodios se especifican como de tipo crónico. La complicación más grave que se puede tener es el suicidio.

Distimia. Es difícil distinguir la diferencia entre depresión mayor y distimia, debido a que comparten la sintomatología característica. Generalmente la primera consiste en uno o más episodios depresivos mayores que pueden diferenciarse de la conducta habitual, en tanto que la

distimia se caracteriza por un síndrome depresivo leve o crónico, que se ha mantenido durante muchos años. Otros niveles depresivos referidos en el DSM-IV-R, son la Melancolía, el Trastorno Bipolar y la Ciclotimia, episodios depresivos que sólo se mencionarán, ya que para los fines del presente trabajo sólo se consideran el nivel depresivo mayor esto por las edades en que se desarrollan (la infancia y la adolescencia principalmente).

De la Peña (1999), indica que los trastornos depresivos, en particular el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia (TD), pertenecen al grupo de padecimientos psiquiátricos más frecuentemente encontrados entre los adolescentes, tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas. Las poblaciones clínicas de adolescentes manifestaban hace veinte años prevalencias del 28% para el Trastorno de Depresión Mayor (TDM) debido al incremento de este padecimiento los índices hoy en día de esta enfermedad son del 38% al 40%, sin embargo, existen investigaciones en poblaciones abiertas rusas y japonesas que han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19% y 57%, respectivamente, de sus adolescentes evaluados.

Es probable, que la variabilidad de los resultados en los reportes de prevalencia clínica y epidemiológica tengan relación con las características culturales y sociales específica, el incremento secular de la enfermedad, la fuente de información (padres, madres, maestros, adolescentes), y la forma de evaluar la sintomatología depresiva (escalas de severidad y entrevistas diagnósticas).

La cohesión familiar, más que la estructura de la misma, se ha relacionado con TDM y Trastorno Depresivo (TD) en los adolescentes, una mala relación entre los padres se relaciona significativamente con la depresión en los hijos.

Depresión en la adolescencia. Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

Para Craig (2001), la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia al deprimirse, además de que la depresión se interrelaciona con los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias.

Añade que un funcionamiento social deficiente empeora a veces la relación entre el progenitor e hijo durante la adolescencia y puede también afectar las amistades y las relaciones amorosas. Entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se encuentran:

- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo que causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
- Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de depresión en el adulto.
- Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los hombres pero que no parece afectar a las mujeres. Muchos autores coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos (Mariño, Medina-Mora, Chaparro, González-Forteza, 1993).

A este respecto Conger (1980), considera que la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la padecen. Los

adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, de manera que la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas:

En la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, más no es que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene.

Un segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso, este tipo de depresión se acentúa ante la pérdida de una relación querida, como la de los padres o la de algún amigo. En este mismo sentido, Musacchio (1992), destaca que el adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él tenga control de esta.

En ocasiones, la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo, o un novio(a), la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar, etc. En otras ocasiones, la causa de este vacío es más subjetivo o difícil de precisar. Además señala que, los afectos ligados al proceso mismo de la adolescencia, suelen tomar la forma de tristeza, pena y también preocupación por otros.

La vivencia de vacío consiste en cambio en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman “depresión”, pero que apenas se investiga con un poco de detenimiento aparece específicamente como sensación de vacío interior. No tristeza, más bien hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la soledad y sobreponerse a ella.

De acuerdo con Musacchio, las vivencias de vacío, son resultado de fenómenos de perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del sí-mismo y la valoración que el individuo hace de sí mismo, su autoestima. De manera que, un factor estrechamente relacionado con la depresión en adolescentes es la autoestima, Martín (1989), considera que uno de los componentes esenciales de la depresión es el bajo nivel de autoestima de los sujetos depresivos.

Según Martín, la autoestima se desarrolla a partir de un conjunto de experiencias cuyo denominador común es la experiencia de la suficiencia y validez del sujeto para dominar su entorno de manera que se sienta capaz de realizar sus propios proyectos y rechazar los elementos negativos que puedan contrariarle o amenazarle. Es este conjunto de experiencias, las que dan lugar a la autovaloración positiva del sujeto como principio determinante de su capacidad de acción y de respuesta frente al medio ambiente.

En cambio la depresión, indica Martín, en general aparece en el sujeto a partir de la experiencia reiterada y generalizada de su incapacidad para influir en el medio ambiente de manera conforme con sus deseos. Esta experiencia de incapacidad da lugar a la “expectativa de incontrolabilidad”, es decir, a una autovaloración negativa de sí mismo, en virtud de la cual el sujeto tiende a sobrevalorar las dificultades y desistir de sus esfuerzos voluntarios para conseguir sus proyectos o resistir las agresiones y amenazas que le vienen del exterior.

De esta manera, Martín considera que en el origen de la autoestima y de la depresión hay una experiencia contraria, en la primera la experiencia de la capacidad y suficiencia del sujeto; y, en la segunda la experiencia de su incapacidad e impotencia. Es importante no confundir la tristeza normal con la depresión o viceversa. Arieti (1990), considera que hay una estrecha relación entre la tristeza, una emoción normal, y la depresión, que es un síntoma o estado psiquiátrico. Acerca de la tristeza refiere que:

- La tristeza normal es el efecto emocional que se manifiesta en el ser humano cuando este reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera no es favorable para su bienestar.
- Admite la capacidad de experimentar otras emociones y estados normales, como afecto, afinidad, amor, autorespeto y satisfacción. De hecho, la ausencia o la pérdida de estas emociones positivas nos hace vulnerables a la tristeza.
- Se le podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. La tristeza retarda las acciones y su permanencia impide una respuesta motriz inmediata. Pero, favorece los procesos mentales lentos, que permiten reorganizar las ideas vinculadas con la dirección a seguir en la vida.

- En algunos casos, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión. Este afecto reemplaza con frecuencia a todos los demás, salvo a aquellos que, como la culpa y la autodesvalorización, están vinculados con la pena.

- Todos los pensamientos son negativos y refuerzan la depresión. Las ideas surgen con más lentitud y más espaciadas, quizá para disminuir el sufrimiento que causan. Se puede observar, que son diversos los factores a considerar para detectar un estado depresivo en los adolescentes; es importante identificar y distinguir la presencia de una tristeza normal a un estado depresivo en el adolescente.

Como indica Dallal (2000): es necesario sistematizar el conocimiento del desarrollo adolescente, considerar la naturaleza del proceso y el ambiente en que se manifiestan sus conductas para después emitir un juicio objetivo. Si se refiere a la adolescencia, Dallal, señala que la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas:

-Como fenómeno transitorio, es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida.

-Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas. Asimismo, Arieti (1990), refiere que no todos los adolescentes pasan por los penosos traumas descritos por diversos autores, para algunos la adolescencia es una época no sólo apacible, sino además muy gratificante. Añade que ante este hecho, muchas de las depresiones en esta etapa se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad.

Para Martín (1989), la depresión tiene repercusiones en tres órdenes:

-En el orden cognitivo: la depresión dificulta la posibilidad de percibir o admitir las relaciones posibles entre la acción y la modificación de las circunstancias o acontecimientos exteriores; generaliza sus experiencias de incontrabilidad, magnifica la

dificultad de vencer o dominar los acontecimientos, tiende a fijar definitivamente su juicio negativo sobre la posibilidad de influir en su medio ambiente.

-En el orden emotivo: el depresivo se siente incapaz e impotente frente a la magnitud de las dificultades externas. Cualquier esfuerzo le resulta imposible, tiende a infravalorarse considerándose una persona inútil, incapaz, sometida al destino y sin posibilidad de afirmarse a sí misma a favor de lo que desea o en contra de lo que rechaza.

-En el orden comportamental: el depresivo es un ser pasivo, sin estímulo para la acción, sin esperanza para emprender ningún proyecto vital, hasta llegar al extremo de renunciar al esfuerzo fundamental de vivir. A partir de estos datos, se presenta un problema fundamental:

Diferenciar entre los adolescentes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Esta medida es importante ya que los jóvenes que deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales.

Depresión y familia Estrada (1990), indica que la familia es en esencia un sistema vivo, que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, señala, que la familia atraviesa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

De tal manera que, agrega el autor, al pasar por este ciclo se pueden presentar problemáticas en la comunicación, desempeño e interacción de los integrantes, como resultado pueden surgir en los miembros, no en todos, ni con la misma intensidad, síntomas depresivos, sobre todo esto, es particularmente característico de familias con adolescentes, pueden presentar estos síntomas el propio adolescente o alguno de los padres.

Por su parte Sentín (1989), dentro de su trabajo psicológico con estudiantes deprimidos, señala que los alumnos deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar y, a veces, aunque no siempre, escolar. De manera general, puntualiza que los conflictos típicos de la estructura familiar en esta población son:

Infidelidad de uno de los cónyuges que generalmente suele ser el padre.

Dificultades más o menos graves y/o más o menos manifiestas de relación en la pareja.

- Rigidismo moral, especialmente en el terreno de la sexualidad, a veces acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres.

La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos.

Ser un solo hombre entre mujeres o una sola mujer entre hombres.

El hecho de que un miembro de la familia (normalmente el padre) sea un triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado con una fuerte carga de autoritarismo paternalista que hace que los hijos tengan una imagen de padre perfecto.

Sentín (1989) considera entonces que, las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, aspectos que engloban la totalidad del comportamiento:

- i) Cómo pensar y enjuiciar.
- ii) Cómo actuar y experimentar.
- iii) Cómo sentir y gozar (Considerando estos aspectos, se destaca la importancia del adecuado funcionamiento de la familia como factor preventivo ante las diversas problemáticas que los adolescentes enfrentan en el transcurso de esta etapa; es decir, si la familia ha dotado con los recursos necesarios al adolescente, le será más fácil tomar decisiones acertadas y favorables para él, así como, elaborar un proyecto de vida sano.

Por otra parte, Andrade y Díaz (1997), refieren que existen suficientes evidencias empíricas que permiten afirmar que las relaciones familiares influyen de manera diversa en los adolescentes, citan a Brage y Meredith (1994), quienes encontraron que las relaciones familiares influyen en la autoestima e indirectamente afectan la depresión en los adolescentes; por otra parte, citan también a Raphael, Cubis, Dunne y Lewin (1990), quienes encontraron que los adolescentes de familias desintegradas tienen más problemas emocionales, más baja autoestima y menor desempeño académico que aquellos de familias intactas.

De lo anterior se puede reconocer la importancia que desempeña el papel de la familia en el desarrollo de los individuos. Su papel se destaca sobre todo en la adolescencia, que es la etapa de la vida en que se transforma la visión del mundo, se adquieren valores, metas e ideales, de manera favorable para los individuos. Esto se logra si se ha contado con el apoyo, la comprensión, el cariño incondicional manifiesto y la guía adecuada por parte de la familia, pero en particular por parte de los padres. De acuerdo a su desempeño, la familia, puede ser mediadora o salvadora hacia los diversos factores externos que influyen en los adolescentes.

Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente encontrar manifestaciones depresivas, que suelen desaparecer con la conclusión de esta etapa. Los síntomas depresivos como son los sentimientos de vacío o de tristeza, suelen ser comunes en los adolescentes, a la vez de que suelen ser pasajeros; por lo que es necesario distinguir que tan severos pueden ser estos síntomas, ya que pueden llevar a desarrollar una depresión más seria y no sólo parcial.

Esto porque como hemos visto, la depresión, además del inmenso sufrimiento que representa para quien la padece, tiene consecuencias importantes sobre la salud física (síntomas somáticos, depresión del sistema inmunológico, enfermedades crónicas diversas), produce desarmonía familiar, es responsable sobre todo, de conductas destructivas autoinfligidas, entre las que se encuentran los intentos de suicidio, así como accidentes en el hogar. Además, al presentarse una sintomatología depresiva, muchos adolescentes pueden buscar refugio en las drogas, como una medida para evadir su realidad, negarla o enfrentarla.

La depresión puede ser más difícil de reconocer en un adolescente que en niños más pequeños. Los sentimientos de tristeza, soledad, ansiedad y desesperanza relacionados con la depresión se perciben como estrés emocional normal del crecimiento. Por lo tanto muchos jóvenes cuyos síntomas se atribuyen a los “ajustes normales” de la adolescencia no recibe la ayuda necesaria. La depresión es mayor causa de suicidio entre los jóvenes, la tercera causa de muerte en este grupo de edad.

Los síntomas comunes de depresión en adolescencia son: enojo expresado de manera inapropiado, agresividad, huir, delincuencia, retraimiento social, actividad sexual, abuso de sustancias, inquietud y apatía; también son comunes bajo autoestima, alteraciones del sueño y alimentación y quejas psicósomáticas.

El trastorno bipolar el cual con frecuencia se presenta durante la adolescencia se manifiesta por episodios de impulsividad, irritabilidad, y pérdida de control, algunas veces se alteran episodios de retraimiento. Estos comportamientos por lo común se confunden con ciclos emocionales de la adolescencia, lo que retrasa el tratamiento necesario.

Una manifestación visible del cambio del comportamiento que dura por varias semanas es la mejor clave para un trastorno del ánimo. Los ejemplos incluyen al adolescente extrovertido y sociable normal que se vuelve retraído y antisocial; el buen estudiante que con anterioridad recibía buenas calificaciones de manera consistente pero que ahora no y se salta las clases; el adolescente que por lo general es confiado se vuelve irritable y defensivo con otros.

Los adolescentes se vuelven depresivos por las mismas razones que se discutieron para la depresión en niños. En la adolescencia sin embargo, la depresión es una manifestación común de estrés y los conflictos de independencia relacionados con el proceso de maduración normal. La depresión también puede ser la respuesta por la muerte de alguno de los padres, algún familiar o amigo, o el rompimiento con la pareja. Se piensa que esta percepción de abandono por uno de los padres o la pérdida de una relación cercana con alguien de la misma edad es el factor inmediato más común que precipita el suicidio en los adolescentes.

El tratamiento del adolescente deprimido es con frecuencia como paciente externo. La hospitalización puede requerirse en caso de depresión grave o de suicidio inminente, cuando la situación de la familia es tal que el tratamiento no se puede dar en casa, cuando las afecciones físicas evitan el cuidado personal de las necesidades biológicas, o cuando el adolescente ha indicado que puede hacer daño así mismo o a otra persona de la familia.

Además de la intervención psicosocial del apoyo, el tratamiento antidepresivo es parte de la terapia para trastornos del ánimo en adolescente. Sin embargo en octubre del 2014 U.S. (FDA) expidió una advertencia de salud pública sobre el creciente riesgo de pensamiento y comportamiento suicida en niños y adolescentes que han sido tratados con medicamentos antidepresivos. La agencia ordeno a los fabricantes que agregaran un “caja negra” en todos los medicamentos antidepresores con la descripción de este riesgo, y enfatizo la necesidad de observación cercana en pacientes que inician tratamientos con estos fármacos.

El nuevo lenguaje de advertencia no prohíbe el uso de antidepresivos en niños y adolescentes; advierten el riesgo de suicidio y alienta a quienes lo prescriben que consideren hacer un balance de este riesgo con la necesidad clínica.

La fluoxetina es el único medicamento hoy en día apropiado para tratar la depresión en niños y adolescentes. Los otros (ISRS), como sertralina, sitalopram y paroxetina, benlafaxina no han sido aprobado para el tratamiento de estos pacientes aunque también si se prescriben a niños por médicos en “uso fuera de etique” un uso diferente al aprobado por la FDA. En junio del 2003 la FDA recomendó que la paroxetina no se utilice en niños y adolescentes para el tratamiento de trastorno depresivo mayor.

-Senecencias

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común de los adultos mayores, que son 12.4% de la población de estados unidos. Esto no es sorprendente si se considera el valor desproporcionado que la sociedad le da la juventud, vigor y productividad ininterrumpida estas

actividades sociales nutren de manera continua los sentimientos de baja autoestima, indefensión y desesperanza que se vuelven más dominantes e intensos con la edad avanzada.

De hecho las estrategias de enfrentamiento y adaptación del adulto mayor son desafiadas por situaciones importantes, por problemas financieros, enfermedad física, cambios del funcionamiento del organismo, y mayor conciencia de que la muerte se acerca. El problema con frecuencia se manifiesta por las numerosas pérdidas que las personas experimentan por este periodo de vida, como el cónyuge, amigos, hijos, hogar e independencia.

Se presenta un fenómeno llamado sobre carga de pérdida, es decir cuando los individuos no son capaces de resolver la respuesta de duelo antes de que presente la siguiente. Esta sobrecarga predispone la depresión. Aunque constituye menos del 13% de la población, este grupo representa alrededor del 18% de los suicidios en estados unidos.

Los varones blancos de 85 años y mayores tienen el número más alto de suicidio, más de 5 veces el índice nacional. Los síntomas de depresión en los adultos mayores son muy diferentes a los que se manifiesta en adulto jóvenes. Sin embargo, los síndromes depresivos con frecuencia se confunden con otras enfermedades relacionadas con el proceso de envejecimiento. Es común que los síntomas de depresión se diagnostiquen de manera equivocada como demencia senil, cuando de hecho la pérdida de memoria, pensamiento confuso, o apatía es el resultado de la depresión.

El despertarse temprano con apetito reducido es típico de la depresión. Una complicación de esta depresión es el hecho de que muchas afecciones médicas, como trastorno endocrinológico, neurológico, nutricional y metabólico, con frecuencia se presenta con síntomas clásicos de depresión. Muchos medicamentos que en general se utilizan para este tipo de personas, como antihipertensivos, corticoesteroides y analgésicos pueden producir un efecto depresivo.

La depresión acompaña muchas enfermedades que aflige a personas mayores tales como, la enfermedad de Parkinson, cáncer, artritis y las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer.

Tratar la depresión en estas situaciones reduce el sufrimiento necesario y ayudar a los individuos afligidos a enfrentar sus problemas médicos.

Se considera que el tratamiento más eficaz de la depresión en el individuo mayor es la combinación de los acercamientos psicosociales y biológicos. Los medicamentos antidepresivos se administran en consideración a los cambios fisiológicos relacionados con la edad de absorción, distribución, eliminación y sensibilidad de los receptores del cerebro.

Debido a estos cambios las concentraciones plasmáticas de estos medicamentos pueden ser muy elevadas a pesar de las dosis orales moderadas. El tratamiento electroconvulsivo sigue siendo uno de los más seguros y eficaces para la depresión de adultos mayores. La respuesta a esta terapia parece ser más lenta con la edad avanzada, y los efectos son de duración limitada. Sin embargo se puede considerar el tratamiento de elección para individuos con riesgo agudo de suicidio o que no tolera los medicamentos antidepresores.

Otras terapéuticas incluyen psicoterapia interpersonal de comportamiento, cognitiva, de grupo y familiar. El tratamiento apropiado del individuo mayor con depresión puede dar alivio al sufrimiento y ofrecer una nueva vida con productividad renovada.

2.10 Funciones del Personal de Enfermería en el Equipo de Salud Mental.

La salud mental son todas aquellas actividades que realiza el equipo de salud mental. Este es un grupo multidisciplinario especializado en psiquiatría, que se ocupa de realizar acciones de salud e intervenciones comunitarias para mantener al individuo en pleno equilibrio desde el punto de vista social, biológico y psicológico, y en el disfrute de su bienestar armónico y espiritual.

La función del personal de enfermería de salud mental esta en correspondencia con el nivel de atención de salud donde se encuentre trabajando pues este profesional está ubicado en:

-Atención primaria: Centros comunitarios y equipos de salud mental.

-Segundo nivel de atención: Sala, unidad de intervención en crisis, servicio de aguda y larga evolución y hospitalización parcial (pacientes de corta y larga estadía).

2.11 Diagnóstico de Enfermería para Pacientes Deprimidos

De la valoración de los datos, personal de enfermería formula los diagnósticos de enfermería apropiados para el paciente deprimido. De los problemas identificados, se lleva a cabo la planeación y las acciones de enfermería, y se establecen los criterios relevantes para la evaluación. Los posibles diagnósticos de enfermería para pacientes deprimidos incluyen:

- Riesgo de suicidio relacionado con ánimo deprimido, sentimientos de minusvalía, enojo hacia así mismo, interpretaciones equivocadas de la realidad.
- Duelo disfuncional relacionado con una pérdida real o percibida, sobre carga de pérdida, que se evidencia por negación de la pérdida, expresión inapropiada de enojo, identificación u obsesión del objeto perdido, incapacidad de realizar actividades diarias.
- Baja autoestima relacionada a la identificación aprendida, sentimientos de abandono por alguien importante, o alteración cognitiva con visiones negativas de sí mismo, que se demuestre por expresiones de minusvalía, hipersensibilidad a un menosprecio o crítica y una perspectiva negativa y pesimista.
- Impotencia relacionada con el proceso de duelo disfuncional o estilo de vida de esperanza, que se hace evidente por sentimientos de falta de control de la situación de vida, sobredependencia de otros para satisfacer sus necesidades.
- Angustia espiritual relacionada con el duelo disfuncional por la pérdida del objeto, por enojo hacia Dios, cuestionamiento sobre la propia existencia, incapacidad para participar en las prácticas religiosas usuales.
- Aislamiento social/interacción social alterada relacionada con regresión en el desarrollo, comportamientos egocéntricos, miedo al rechazo o fracasar en la interacción, que se manifiesta por permanecer incomunicado y retraimiento, tratar de permanecer solo, e interacción disfuncional con pares, familia o los demás.

- Procesos de pensamiento alterado relacionados con retraimiento en sí mismo, Yo subdesarrollado, superyó punitivo, o cognición alterada con percepciones negativas de sí mismo o del ambiente, que se evidencian por pensamiento engañosos, con función, dificultad para concentrarse y capacidad alterada para resolver problemas.
- Nutrición desequilibrada, menor de los requerimientos corporales relacionados con ánimo deprimido pérdida de apetito o falta de interés en la comida, que se observa por pérdida de peso, mal tono muscular, poca turgencia de la piel y debilidad.
- Patrón de sueño alterado, relacionado con ánimo deprimido, ansiedad y miedos que se manifiestan por dificultad para dormir, despertarse temprano o más tarde de lo deseado, o bien quejas verbales de no tener un buen descanso.
- Deficiencias en el autocuidado (arreglo, higiene personal) relacionado con ánimo deprimido, sentimientos de minusvalía, se observa despeinado, con olor corporal ofensivo.

2.12 Intervención de Enfermería

- 1.- Proporcione un ambiente seguro. Remueva todos los objetos que puedan ser utilizados y a los que el individuo tenga acceso. Supervise de cerca durante las comidas y en la administración de los medicamentos. Realice investigaciones en la habitación como medida necesaria.
- 2.- Mantenga en observación cercana del paciente. Proporcione contacto de uno-a-uno, constante observación visual, revisiones cada 15 min. Que el paciente se queda en una habitación cercana a la estación de enfermeras; y no le asigne un cuarto privado. Acompañelo a actividades en exteriores si el asistente lo pide.
- 3.- Mantener atención especial en la administración de los medicamentos.
- 4.- Alentar al paciente a expresar sus sentimientos con honestidad, incluso los de enojo. Permita que libere emociones de honestidad si es necesario.
- 5.- Desarrolle confianza. Muestre empatía, interés y respeto positivo incondicional.
- 6.- Promueve el uso de actividades motoras para aliviar la tensión reprimida.
- 7.- Acepte el paciente y pase tiempo con él a pesar de que su pesimismo y negativismo sea objetable.

- 8.- Promueve la atención en grupos de terapia que ofrecen al paciente métodos simples de logros o éxitos. Aliente al individuo a que se atañe independiente como sea posible.
- 9.- Anime a la persona a que reconozca área de cambio y proporcione la ayuda para que realice el esfuerzo.
- 10.- Enseñe técnicas de comunicación y asertividad.
- 11.- Permita al paciente participar en el alcance de metas y en la toma de decisiones de su propia atención.
- 12.- Aliente al paciente a hablar de sus sentimientos sobre los aspectos que no están bajo su control o aliente al paciente a verbalizar sentimientos acerca de las áreas que no están dentro de sus habilidades de control.
- 13.- Acepte el paciente sin juicios cuando exprese enojo o amargura hacia Dios.
- 14.- Asegúrele que no está solo cuando se sienta inadecuado en la búsqueda de las respuestas.
- 15.- que tenga contacto con el líder espiritual de su elección, si lo pide.
- 16.- identifique los factores de estrés que precipitaron la crisis presente
- 17.- Determine los comportamientos de enfrentamiento utilizados con anterioridad y la percepción del paciente entonces y ahora.
- 18.- Aliente al paciente a explorar a hablar de sus sentimientos y percepciones.
- 19.- Proporcione expresiones de esperanza de manera discreta.
- 20.- Ayude al paciente a identificar áreas de su situación de vida que no están bajo su control.
- 21.- identifiqúese las fuentes del paciente puede utilizar después de ser dado de alta y prevalezca la posible idea de suicidio.

El papel que desempeña la enfermera al realizar una intervención es principalmente el de ser receptora, consejera y amiga, para propiciarle la confianza que requiere el joven al presentar episodios depresivos, ayudándole de la manera más oportuna a retornar a la vida cotidiana, disminuyendo el daño o secuela que dicho padecimiento puede causarle.

La vigilancia y cuidado del profesional es sumamente importante, ya que puede presentarse el suicidio, aun estando en hospitalización, por ello los cuidados que realiza la

enfermera tienen que ser muy minuciosos manteniendo una actitud confiable, segura, atenta, servicial y humanitaria.

2.13 Cuidados de Enfermería en la Depresión.

- i) Lograr establecer la relación enfermero/a-paciente.
- ii) Brindar apoyo emocional o psicoterapia de apoyo.
- iii) Controlar la ingestión de alimentos.
- iv) Observar y controlar el baño de aseo y porte personal de los pacientes.
- v) Incorporar a los pacientes a la laborterapia.
- vi) Velar por el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- vii) Observar la ingestión de psicofármacos.
- viii) Observar estrechamente la conducta del paciente (por peligro suicida).
- ix) Incorporar al paciente a las actividades para evitar aislamiento.

Los cuidados, funciones e intervenciones oportunas de la enfermera ayudan a identificar los comportamientos de tendencias depresivas, al ser atendidos oportunamente de manera continua trae consigo un mayor equilibrio en los adolescentes, su entorno y el núcleo familiar en que se desenvuelven, proporcionando una adecuada salud mental así como una calidad de vida óptima en dicha etapa.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

La metodología es la forma en que es realizada la investigación de manera óptima para conseguir los objetivos, descartar o comprobar hipótesis, y obtener resultados. El método es parte de una estrategia y un camino a seguir planteado al inicio de cualquier método científico, siendo pilar principal para que no existan inconvenientes al realizar la investigación, por ello es de resaltar en qué consiste.

El concepto hace referencia al plan de investigación que permite cumplir ciertos objetivos en el marco de una ciencia.

Tipo de estudio: Documental.

Es la que se realiza apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes.

Es importante realizar siempre la consulta documental con el fin de evitar una duplicidad de trabajos, puesto que se reconoce la existencia de investigaciones anteriores efectuadas sobre la misma materia y de las que se pueden usar sus conclusiones como insumos iniciales de la actual investigación.

VARIABLES.

“Se conceptúa como la característica de un fenómeno, susceptible de asignación de valores que se pueden reconocer como las causas y los efectos entre los hechos observados”

Características de las variables: Para Zorrilla y Torres (1992: 62), “las variables son los atributos, características, cualidades o propiedades que se pueden medir, controlar o estudiar en una investigación”.

Variable independiente: es el fenómeno, objeto o hecho que es causa del problema analizado.

Variable dependiente: es el fenómeno, hecho o concepto que se está analizando y que necesita ser explicado. Es importante aclarar que quien está haciendo su proyecto de tesis no elige las Variables del estudio, sino que es el propio objeto de investigación el que las determina según sus características.

Diseño de investigación

Se llevará cabo una investigación documental, desarrollando las variables a mencionar.

- Correlacional: los datos implicados en la investigación se relacionan de manera directa de acuerdo con el tema a investigar.

Población:

La adolescencia o pubertad es una etapa en la que ocurren una serie de cambios psicológicos y fisiológicos abarcando de los 14 a 19 años de edad, por ello en la investigación se revisarán documentos, revistas, sitios web acerca del tema depresión en la adolescencia.

Importancia

La importancia de la investigación es el documentar la incidencia, factores de riesgo de la depresión, describir la prevalencia de edad y sexo en la que es más dominante, las actitudes ante dicho padecimiento que presentan los adolescentes así como las intervenciones de enfermería que contribuyen a la buena calidad de vida del adolescente.

Finalidad

La finalidad de este trabajo es ayudar a identificar a los adolescentes los signos de alarma de la depresión para que reciban terapia y no lleguen hasta complicaciones como intentos de suicidio, en dado caso que una persona tenga un grados de depresión mayor es importante que la enfermera valore y canalice al individuo que la padece con un especialista en salud mental, para que se lleve un tratamiento adecuado, obteniendo de esta manera la mejoría de la persona.

3.1 Variables

A continuación se muestra el cuadro de las variables de la investigación:

| Variable | Aspectos |
|--|--|
| Depresión en la adolescencia | <ul style="list-style-type: none">• Concepto• Etiología• Teorías• Síntomas• Signos y exámenes• Tratamiento.• Factores que influyen |
| Diagnóstico de enfermería y prevención | <ul style="list-style-type: none">• Funciones de enfermería.• Intervenciones de enfermería.• Cuidados de enfermería.• Signos y exámenes• Factores que influyen |
| Intervención de enfermería | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento• Prevención• Orientación• Seguimiento del paciente o usuaria/o. |

Las presentes variables fueron redactadas y documentadas de libros, revistas, archivos PDF y sitios Web.

La variable de depresión en la adolescencia se describe desde su concepto histórico hasta la actualidad, partiendo de la raíz de la palabra, posteriormente se documentan las teorías encontradas acerca del trastorno depresivo en los adolescentes.

Otra línea de importancia es la que tiene la variable del diagnóstico de enfermería que se elaborara de acuerdo a una valoración en base a los síntomas y signos más destacados que el paciente tenga, de ahí la enfermera partirá para hacer su diagnóstico diferencial de la patología ya mencionada. Después al identificar la intervención de enfermería se llevará a cabo el plan de cuidados de acuerdo al grado del padecimiento del adolescente y el grado de depresión manifestada a partir de las conductas, los signos y los síntomas.

Las intervenciones de enfermería son los cuidados que tiene que brindar la enfermera profesional al tratar la salud mental de una persona, los cuales son desarrollados por las mismas para contribuir al mejoramiento del usuario del servicio, ayudando a la mejoría de la persona y a la pronta recuperación del estado de salud.

3.2 Aspectos Éticos de la Investigación.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al

bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia. La dignidad, por ser un valor inviolable que tiene esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce la necesidad de sustentar su ejercicio en la aplicación razonada del conocimiento, en el uso lógico de la tecnología y en la reflexión ética del cuidado humanitario. Por esto último, desde su

formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aun así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

El código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere: Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad; A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Al hablar de enfermería se asocia la relación íntima de esta profesión con los valores humanísticos, éticos y morales. Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

La enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica. La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión

ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

Principios

Para fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

-Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

-Justicia.- En la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

-Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

-Valor Fundamental de la Vida Humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está

bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona.

-Privacidad.-Es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

-Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

-Veracidad.- Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

-Confiabilidad.- Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

-Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí.

-Tolerancia.- Hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

-Terapéutico de Totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

-Doble Efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

Disposiciones Generales

- Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

De los Deberes de las Enfermeras Para con las Personas

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona. Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

De los Deberes de las Enfermeras como Profesionistas

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

De los Deberes de las Enfermeras Para con sus Colegas

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

De los Deberes de las Enfermeras Para con su Profesión

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

De los Deberes de las Enfermeras Para con la Sociedad

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

La adolescencia tiene una importancia crítica en el desarrollo de los individuos y de las sociedades. No sólo es una etapa formativa que prepara a los jóvenes para la vida, también representa un sector de población determinante en el escenario demográfico del país con aproximadamente el 10% de la población.

Hasta hace un tiempo se percibía a la adolescencia como una etapa del desarrollo en la que no sólo se presentaban cambios físicos y psicológicos, sino también se incrementaba la incidencia de cometer conductas de riesgo. Actualmente, se ha identificado que dichos cambios se encuentran enmarcados y fusionados con las características socioculturales de contextos en los que los jóvenes se desarrollan, de tal forma que los problemas identificados con esta etapa no pueden atribuirse sólo a sus características personales, sino a la participación e interacción de una compleja red de dimensiones sociales y culturales.

En ésta etapa aumenta la necesidad de buscar afecto complementario al que la familia ofrece; por tal motivo, en esta etapa de la vida se hacen los mejores amigos y surge el primer enamoramiento, otorgando a la relación con los pares y con la pareja, una importancia determinante del comportamiento adolescente, también es buscada una identidad personal en la que se requiere de un apoyo para que el desarrollo sea de óptimo.

Los cambios físicos (frecuentemente iniciados más prematuramente por las mujeres) ponen a prueba la personalidad del joven, lo que le puede crear confusiones, frustraciones, sentimientos negativos como ira, frustración, desilusión, tristeza, desilusión y pesimismo, es en donde la enfermera debe poner a prueba sus conocimientos y herramientas para ayudar a la familia a detectar los signos y síntomas que pueden crear un desequilibrio mental en el adolescente. Algunos resultados obtenidos de diferentes autores durante la investigación son los siguientes:

Mesa, F menciona que aproximadamente 10 millones padecen depresión y de no ser tratados puede derivar en actos de autodestrucción, adicciones y suicidio, por ello la necesidad de tener un personal capacitado y comprometido ante el padecimiento mental.

Según Andrade, 1998: el adolescente pasa por una crisis en la que el sujeto intenta superar las situaciones adversas a enfrentar, algunos adolescentes reaccionan de forma negativa e inclusive autodestructiva realizando actos de alto riesgo en el que pueden aparecer consecuencias leves hasta las irreversibles como pueden ser desde las prácticas sexuales desmesuradas e irresponsables, el uso de drogas psicotrópicas y la realización de actos ilícitos como robo e intentos de suicidio.

En la etapa de la pubertad se forja el carácter y la personalidad, en el que una serie de cambios tanto psicológicos, como fisiológicos ocurren en la persona, la respuesta dependerá de la personalidad formada desde la infancia, sin embargo, es en la adolescencia en la que puede reforzarse para bien o para mal la identidad personal que se tendrá en la vida adulta, por ello es importante el conocer teorías sobre el desarrollo de la personalidad de Sigmund Freud, el desarrollo cognoscitivo que plantea Jean Piaget y la teoría del desarrollo de Tito Edmundo Erickson.

Para Freud la estructura de la personalidad consiste en tres partes: Ello, Yo y Superyó, el primero conlleva todo aquello heredado, presente desde el momento del nacimiento en el que se cimentan los instintos, la segunda es la parte del Ello que ha sido modificada por influencia del mundo exterior, por medio de la percepción consciente, mientras que la tercera representa la rama moral o judicial de la personalidad, éste autor desarrolla la personalidad desde un punto de vista sexual, en el que el resultado de las neurosis adultas era consecuencia de problemas acontecidos durante el desarrollo de las etapas psicosexuales, cada etapa implica una manera particular de lograr gratificación y un tipo de satisfacción experimentada por el niño que es dependiente del trato brindado por los padres.

Las etapas propuestas por Freud son; oral(de 0 a 1 año); anal(1 a 3 años), Fálica: (3 a 6 años), latencia: de los(6 a la pubertad), cada uno de estos periodos implican una parte

fundamental del desarrollo psicosexual del individuo, y la forma de saciar los instintos a lo largo del desarrollo tiene que ver con parte de los sentidos de la persona, en cuanto al adolescente se encuentra en latencia en la que los jóvenes comienzan a desarrollar su fenotipo y a buscar pares, por lo general del sexo opuesto para experimentar nuevas sensaciones como el enamoramiento, implicando situaciones a las que no estaban acostumbrados en años anteriores, también comienza a buscarse la aprobación y aceptación de la propia persona en la que se busca autonomía.

En cuanto a la teoría de Jean Piaget menciona el desarrollo cognoscitivo del niño, éste autor afirma que la inteligencia es una estructura maleable, amplia y muy adaptable para que entren en juego los mecanismos de asimilación y acomodación, es por ello que la inteligencia actúa mediante la adaptación a las circunstancias cambiantes de la realidad concreta, toda conducta es adaptable y representa un proceso donde surge la necesidad de equilibrar al sujeto y el medio siendo un proceso de continuas readaptaciones y aprendizajes a las que menciona en su teoría como estadios, que además son invariantes estructurales, ya que cada uno tiene logros que lo definen a lo largo del proceso comparable al desarrollo orgánico que se da desde el nacimiento hasta la muerte.

Mientras que Tito Edmundo Erickson retoma en 1950, parte del trabajo de Freud proponiendo ocho edades del hombre, sosteniendo que el sujeto tiene ciertos patrones de conducta de acuerdo a la cultura, cree que la interacción del individuo en el medio social está centrada en una crisis del desarrollo que implica una lucha entre dos características de personalidad opuestas y conflictivas, se preocupa por la salud mental, sosteniendo que los problemas que la afectan se resuelven en la identidad del yo. También establece tres etapas más a las propuestas por Freud que son: adultez temprana, media y tardía, las etapas surgen de un conflicto que se centra en dos resultados posibles: el adaptativo positivo y el desadaptativo o negativo, ambos son extremos.

Como bien propuso cada uno de los autores en su teoría, la personalidad del niño se ve afectada por factores físicos, químicos, psicológicos, espirituales, morales, familiares y sociales, todos estos cambios requieren una guía y apoyo en el desarrollo de la infancia, para que no sean un problema en el autoconcepto que forja el joven en el periodo de la adolescencia.

Sin embargo, el niño al ser pequeño requiere de cuidados por parte de sus mayores, en cambio el individuo al pasar a ser un puberto y posteriormente un adolescente ya no tiene al 100 % el apoyo paterno, por lo que el joven busca identificación en amistades, maestros, o en algún pasatiempo, desafortunadamente no siempre busca para bien, actualmente los padres de familia abandonan en cierta manera a sus hijos al llegar la etapa de la adolescencia por las múltiples actividades que tienen que realizar, pero es en el periodo en que la persona requiere de más apoyo y orientación ya que experimenta cambios sexuales, originados por adaptaciones fisiológicas, que redundan en el incremento por el interés sexual, cambios intelectuales que hacen surgir intereses novedosos y el planteamiento de nuevas preguntas (¿Quién soy? ¿Para qué nací? ¿Cuál es el objetivo de vivir?), que sólo pueden responderse a partir de una conducta exploratoria, de la búsqueda de la novedad y el descubrimiento del mundo adulto, que a pesar de poder volverse en contra, permitirá entender mejor la forma de ser propia y la de los demás.

En la adolescencia la depresión del tono del humor se presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales particularmente impactantes (crisis de llanto, desesperación, rabia), otras veces con actitudes marcadamente inhibidas (cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales); en otros casos, puede estar “enmascarada” por trastornos psicossomáticos o por una serie de conductas riesgosas (tóxico dependencia, búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino). Todas estas formas pueden aparecer y evolucionar a veces de manera engañosa y gradual (por ejemplo, a través de una disminución del rendimiento escolar, o una modificación del comportamiento alimenticio), pero muy frecuentemente aparecen de manera crítica e imprevista y se caracterizan por oscilaciones intensas y rápidas.

Estos aspectos, por su relevancia clínica, nunca deben ser subestimados, ya sea por su potencial invalidante, como por el riesgo de comportamientos autodestructivos. Es necesario tener presente que la incidencia de las expresiones clínicas de la depresión es evaluada entre el 1,8% y el 3%, pero, seguramente, está subestimada por la tendencia de los adolescentes a esconder y a disimular los problemas propios a los adultos y por su falta de confianza para acceder en las estructuras terapéuticas “oficiales” (Nardi, 1995; Nardi y Pannelli, 1997, 1998).

Existe un aspecto fundamental, a menudo, poco valorado o ignorado en el ámbito de una concepción fundamentalmente psicopatológica de los procesos psíquicos y que es, por el contrario, considerado en forma principal a propósito de las oscilaciones del tono del humor y que está ligado justamente al valor de

“Colorido subjetivo de fondo” que adquiere en la vida psíquica. Si se busca una lectura de la depresión del tono del humor, que no esté reductivamente circunscrita sólo a aspectos descriptivos o encuadrada en categorías predefinidas, ella puede ser considerada en la complejidad de las características subjetivas que la connotan, como al interior de un continuum que va desde aspectos totalmente fisiológicos bajo el perfil adaptativo (en cuanto tales, definidos como “normales”) a aspectos marcadamente desadaptativos (por lo tanto, “patológicos”). Justamente al interior de este continuum entre fisiología y normalidad con posibles inclinaciones en el curso del ciclo de vida, hacia un extremo u otro (Nardi, 1995, 2001).

Estas manifestaciones “patológicas” del decaimiento pueden producir no sólo un estado agudo de malestar, sino también, si no se logra tratarlas oportunamente, un serio compromiso del ciclo de vida siguiente, afectando el perfil de la realización profesional, el afectivo y, más en general, la proyección posterior. Por otra parte, es notorio cómo la depresión adolescente se caracteriza por una amplia variabilidad clínica y la no satisfactoria respuesta a los tratamientos psicofarmacológicos. De acuerdo con tales consideraciones, una revisión comparativa de los estudios recientes ha evidenciado que los protocolos de intervenciones más eficaces son los constituidos por las terapias cognitivas por sí solas, o asociadas con una farmacoterapia específica, obteniendo porcentajes de remisión superiores al 65% (Brent et al., 1997).

Trastorno depresivo mayor. El tono del humor se presenta deprimido la mayor parte del día, especialmente en la mañana, con toda la jornada por delante casi todos los días, con marcada disminución de los intereses y el placer por todas (o casi todas) las actividades, sentimientos de desvalorización o de culpa excesivos o inapropiados a la situación (hasta formas delirantes), reducida capacidad para pensar y concentrarse, indecisión, pensamientos de muerte recurrentes (con ideación suicida), sensación de fatiga y de falta de energía, lentitud psicomotora (a veces también agitación), inapetencia y significativa pérdida de peso (pero, a veces, por el contrario, se

observa un aumento), insomnio (frecuentemente lacunar, es decir, con despertar durante la noche o en la fase terminal, con despertar matutino precoz, mientras el insomnio de conciliación es típico de los trastornos ansiosos o fóbicos).

Durante un tiempo se usó el termino melancolía, introducido por Hipócrates en el siglo IV A.C.; este término (derivado de “mélas” = negro + “kholè” = bilis) indicaba la bilis negra, uno de los cuatro humores fundamentales del organismo, a cuyos excesos era atribuido este trastorno. Todavía hoy, la “melancolía” se refiere a las formas de trastorno depresivo mayor caracterizada por una marcada depresión del tono del humor, prevaleciente en las primeras horas de la mañana, por falta de reactividad a los estímulos ambientales, por intensos sentimientos de culpa, de agitación psicomotora, por delirios de ruina.

En las descompensaciones depresivas se puede verificar, como ya se ha dicho, la aparición de temas delirantes; en estos casos se trata de “deliroides” o delirios secundarios a la depresión del humor: de ruina, de culpa, nihilista, con sentido ineludible y catastrófico de fin de mundo, desgracias, pobreza y de persecución merecida. Los trastornos depresivos mayores pueden manifestarse con un único episodio o con episodios repetidos en el tiempo (formas recurrentes). A veces, en algunos sujetos, se presenta un típico modo de proceder estacional, con aparición otoñal coincidente con el acercamiento del período invernal y con remisión primaveral.

Numerosas contribuciones, como las de Brown y Harris (1978), Diener y Dweck (1980), Adam (1982), han confirmado que las descompensaciones depresivas adolescentes prosiguen a eventos vividos como pérdidas (separaciones, reales o amenazas, revelaciones que llevan a ver en forma negativa la imagen y la relación con una persona significativa, enfermedades graves o pérdida de un ser querido, erradicaciones sociales o cambio de residencia, fracaso escolar o laboral, problemas económicos). Las descompensaciones se manifiestan con una sensación de desesperación que tiende a ser generalizada, que involucra todos los sectores de la experiencia hasta comprometer la existencia entera, pasada, presente y futura.

La sensación de desvalorización y de desesperación, descrita en las contribuciones de Seligman (1965) y Diener y Dweck (1980), implica no sólo la baja estima de los éxitos

obtenidos, sino también la sobrevaloración del fracaso, hasta activar descompensaciones ya sea de tipo neurótico o psicótico, estas últimas con temáticas delirantes con fondo de ruina. El control inadecuado de la rabia, que caracteriza estas descompensaciones, hace oscilar al sujeto entre autoimputaciones y autoconmiseraciones y lo puede impulsar a poner en acción comportamientos autodestructivos y heterodestructivos y a hacer uso de sustancias anestésicas, como el alcohol y las drogas.

Existe una inestabilidad en la personalidad, con deficiencia en el poder de decisión, la autonomía es disminuida y la inseguridad es la mayor tendencia al momento de decidir, por ello el deber que tiene la enfermera es el de educar a la familia, enfocándose a madres y padres que trabajan diariamente, proponer que se acerquen a sus hijos y busquen un lazo de confianza entre padres e hijos para evitar tendencias depresivas, la acción más importante que tiene que desarrollar la enfermera es el de informar a la población a tratar con dicha problemática, con el fin de concientizar a los individuos para evitar trastornos depresivos y parte de las complicaciones que orilla al joven a realizar actos que llamen la atención de sus mayores.

La forma de poder llegar a los adolescentes afectados por la depresión es a través de programas comunitarios, o en la consulta externa pidiendo un poco de tiempo del asistente a los servicios sanitarios para realizar cuestionarios con el propósito de identificar factores de riesgo y signos de alarma ante un caso de depresión o trastorno depresivo mayor, ya que como se mostro a lo largo de la tesis, implica un número elevado de complicaciones que afectan a ésta población, en la que si no se toman medidas oportunas puede llegar a resultar una complicación lamentable para la sociedad.

La enfermera cuenta con todo el conocimiento necesario para realizar la función preventiva y de control de la enfermedad, además es la indicada ya que pasa más tiempo con el usuario de los servicios de salud, y es más confiable al momento de disipar dudas y brindar información, por ello es la importancia de conocer que la depresión en el adolescente trae consigo graves consecuencias que puede poner en peligro la vida de la persona al realizar actos autodestructivos como el consumo de drogas psicotrópicas y el suicidio.

Conclusión

Cuando se habla de factores de riesgo en el adolescente, se consideran por lo general los más conocidos o discutidos en la presente investigación como son el ámbito familiar, social y escolar en que se desenvuelven los adolescentes.

Las causas del trastorno depresivo son multifactoriales, y el desequilibrio que se presenta en la salud del joven es por una o más factores estresantes, la respuesta del púber será vivida de diferente manera, ya que dependerá de aspectos como la personalidad, el auto concepto y el apoyo de los padres para superar las crisis de los adolescentes. La enfermera tiene el deber de conocer los factores de riesgo y signos de alarma ante la presencia de un trastorno depresivo, ya que como pudo observarse es de gran prevalencia en la población actual en la que se enmarca.

En estratos sociales medios y bajos también existen problemas de alcoholismo y drogadicción en las que son más comunes las situaciones de violencia, delincuencia, presentes entre las bandas de jóvenes, o que las chicas estén expuestas al acoso o abuso sexual y terminen con un embarazo no deseado. Pocas veces los padres o familiares se percatan de que una persona del mismo núcleo familiar puede estar pasando por un estado depresivo.

Lamentablemente, la depresión muchas veces pasa desapercibida. En la adolescencia surge como consecuencia de la conjunción de ámbito multifactorial. Tiene como característica el que los adolescentes que la padecen presenten una actitud de tristeza y melancolía permanentes con el consiguiente desánimo para continuar con sus actividades cotidianas.

El origen queda sujeto a las circunstancias peculiares de cada caso individual. Además desconoce los antecedentes familiares que en determinado momento pudieran tener un efecto normal en el estado anímico del adolescente relacionado con su desarrollo. Como padres o formadores, la responsabilidad de ser más observadores y percibir las situaciones que pudieran llegar a presentar los adolescentes, de tal suerte que se pueda intervenir a tiempo para ayudarlos previniendo situaciones irremediables.

Para cada persona la depresión va a variar pues unas personas podrán presentar más fuerte un estado depresivo como otras la pueden presentar sin darse cuenta de lo sucedido y creer que es algo normal en ellas, para esto es necesario acudir con un especialista para saber con certeza el diagnóstico y así mismo llevar un control de su estado depresivo para la administración de medicamentos de acuerdo al grado de depresión de la persona con lo cual la calidad de vida sea del mejor grado posible.

Referencias Bibliográficas

González NJ. Psicopatología de la adolescencia. DF, México: Edic. El Manual Moderno; 2011.

Cárdenas EM y col. Guía Clínica para los Trastornos Afectivos en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J del Bosque. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías clínicas para la atención de los trastornos mentales, 2010).

Caraveo y Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes. Segunda parte. Salud mental 2007; 30-55.

Martínez OA et al. Guía clínica. Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de ansiedad. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, 2011.

Suris JC. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. Arch Dis Child 2004; 938-942.

Michaud, P. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. Archives of disease in Childhood. 2004.

Cohn,F. Coping with the stress if illness. En: Stone GC, Cohn F, Adler N, et al. Health Psychology: A handbook. Washington, EUA: Jossey & Bass; 1979. P. 217-254.

Mendoza LA. Análisis de la dinamica y funcionalidad familiar en la atencion primaria. Arch en medicina familiar 2006; p. 27-32.

Referencias Electrónicas

<http://www.unides.edu.mx/sites/default/files/guiaTesis.pdf>

<https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=depression%20en%20adolescentes>

<https://www.google.com.mx/search?q=agradecimientos+de+tesis+a+mis+padres&espv=2&biw=1366&bih=667&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=4kFIVZfiKMbRtQWR3ICoCw&ved=0CBsQsAQ#imgsrc=f3effNg8JUUccM%253A%3BuHINuUcWmkdp mM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.dedicatoriasdetesis.com%252Fwp-content%252Fuploads%252F2013%252F10%252Fdedicatorias-de-tesis-a-familia.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.dedicatoriasdetesis.com%252Fdos-ejemplos-de-dedicatorias-de-tesis%252F%3B768%3B576>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000648.htm>

<http://sinonimo.palabrita.net/confundido>

<http://bc.unam.mx/index-alterno.html>

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_paciente.pdf

<http://es.thefreedictionary.com/abogado>

<http://132.248.9.195/ptd2015/abril/509212780/Index.html>

<https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=antecedentes%20de%20la%20depression%20en%20adolescentes%20en%20mexico>

http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf

https://www.google.com.mx/search?q=la+depression+en+la+cultura+mexicana&oq=la+d epression+en+la+cultura+mexicana&aqs=chrome..69i57.6247j0j7&sourceid=chrome&es _sm=93&ie=UTF-8

<https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=enfermeria%20psiquiatrica%20ante%20la%20depression>

<http://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/8569501/Resumen-de-Psicologia-General-Freud-Erikson-Piaget.html>

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/14/14>