



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES, TALLER DIRIGIDO A PADRES DE
FAMILIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MANUEL ALEJANDRO DURÁN ARANDA

DIRECTORA DE TESINA:
MTRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Agosto, 2018



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 **A DIOS** por la vida, por mi familia, por las pruebas que ha puesto en mi sendero, mismas que me han hecho crecer y madurar como persona, hijo, hermano, sobrino, primo, amigo, compañero de vida.

A MI MADRE por su infinito amor, apoyo, consejos, su consuelo, por su educación que me ha forjado como un hombre de bien, responsable, capaz, por demostrarme el valor de la vida, por inculcarme valores que me han demostrado que sólo con los sacrificios se cosechan grandes satisfacciones **UNA MADRE EJEMPLAR** que me enseñó a no rendirme y perseverar ante las adversidades.

A MI PADRE por educarme con valores, con disciplina para hacer las cosas bien hechas, para ser ordenado, metódico, para hacer las cosas con seriedad y responsabilidad enfrentando las consecuencias de mis actos para ser cada día mejor como persona y profesionalmente esforzándome siempre en la calidad como objetivo de servicio.

A MIS HERMANOS Candy y Eduardo, mis “muñequitos” que adoro tanto y me han brindado su amor su respeto y me han acompañado en mi vida formando parte de mis alegrías y tristezas llenas de anécdotas que nos han enseñado a disfrutar y cuidar nuestra familia.

A MIS ABUELITOS, TIOS, TIAS, PRIMOS Y PRIMAS por su compañía en los buenos momentos, su apoyo, cuidando los valores en la unión familiar.

A TI SANDY por estar a mi lado y compartir parte de tu vida conmigo, por tu cariño, tu ternura, tu amor, tu apoyo, tu comprensión, tu consuelo, tu dedicación, tu sinceridad, tu honestidad, tu sencillez, tu humildad, por hacerme ver mis errores y darme tu mano para levantarme y seguir juntos ante cualquier adversidad. Gracias cariño por creer en mí.

AL DR. JUAN CARLOS CALVO SAAVEDRA amigo, maestro y quien fuera mi director en la universidad, gracias por su apoyo, y consejos como amigo y profesional que me han llenado de sabiduría y estrategias, mejorando mis capacidades y aptitudes a nivel profesional. Gracias por formar parte de este trabajo.

A LA MTRA. GRISEL MADARIAGA DE LA CRUZ por enseñarme que cada vez puedo mejorar y superar mi calidad de vida, por su tiempo para escucharme, por sus consejos, sus enseñanzas para aplicarlas en el ámbito profesional y el personal que ayudaron a ver mis debilidades y fortalezas, que han hecho de mí una persona decidida y constante.

A MIS SINODALES: LA DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA, LA DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ, LA DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA, Y A LA MTRA. BEATRÍZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ por revisar junto conmigo este trabajo, por su grata atención, su confianza y sus observaciones para mejorar la calidad y presentación de este trabajo.

A MI DIRECTORA DE TESINA LA MTRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO por su tiempo, su paciencia, sus consejos y valiosos aportes para impulsar este trabajo, ya que su gran apoyo, así como interés, línea de investigación y especialidad, hicieron posible este proyecto.

Dedico especialmente este trabajo a mis padres que ante adversidades y sacrificios, me han apoyado incondicionalmente en todos los sentidos para llegar a esta gran meta importante de mi vida y de mi carrera profesional.

LOS AMO

Manuel Alejandro Durán Aranda

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I LA ADOLESCENCIA	9
1.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.....	10
1.1.1 <i>Adolescencia Temprana (10-14 años).....</i>	<i>11</i>
1.1.2 <i>Adolescencia Media (15-18 años).....</i>	<i>12</i>
1.2 EL ADOLESCENTE SALUDABLE.....	13
1.2.1 <i>El adolescente saludable en la secundaria.....</i>	<i>14</i>
1.2.2 <i>El adolescente saludable en la familia.....</i>	<i>17</i>
1.3 EL ADOLESCENTE EN RIESGO.....	19
1.3.1 <i>Factor familiar.....</i>	<i>21</i>
1.3.2 <i>Factor social.....</i>	<i>23</i>
1.3.3 <i>Factor biológico.....</i>	<i>24</i>
1.4 EL ADOLESCENTE DEPRESIVO.....	26
1.4.1 <i>El adolescente depresivo en la secundaria.....</i>	<i>27</i>
1.4.2 <i>El adolescente depresivo en la familia.....</i>	<i>28</i>
1.5 RELACIÓN DE RIESGO: PADRES-HIJOS	30
CAPÍTULO II DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL	32
2.1 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN	33
2.1.1 <i>Sintomatología.....</i>	<i>36</i>
2.2 TIPOS DE DEPRESIÓN.....	37
2.3 FACTORES QUE DESENCADENAN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA.....	85
2.3.1 <i>Factor familiar.....</i>	<i>88</i>
2.3.2 <i>Factor social.....</i>	<i>89</i>
2.3.3 <i>Factor biológico.....</i>	<i>90</i>
2.4 LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE MÉXICO.....	92
2.5 LA DEPRESIÓN EN LA EDUCACIÓN.....	94
2.6 REGULACIÓN EMOCIONAL	96
CAPITULO III PROPUESTA	99
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	100
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	101
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	101
3.4 PROGRAMACIÓN	102
3.5 PARTICIPANTES	103
3.6 ESCENARIO	103
3.7 PROCEDIMIENTO	104
3.8 CONCLUSIONES.....	110
REFERENCIAS	113
ANEXOS	120

Resumen

Entorno a la adolescencia gira una gran diversidad de complejos en relación a las emociones y la conducta, dichos complejos provocan la vulnerabilidad de los adolescentes ante afecciones como la depresión. Esta tesina presenta con un carácter cualitativo-descriptivo la descripción de la adolescencia, sus características, así como definiciones de la depresión, causas, consecuencias y los tipos en que los agrupan la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (2000), y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM 5 (2014).

Se aborda la situación de nuestro país, de acuerdo a los índices de los países con mayor aumento en lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, a causa de enfermedades mentales, principalmente la depresión; ya que en México la atención a la salud mental no se ejecuta como debería, porque en el caso de los adolescentes, éstos no aceptan que son más propensos a los efectos de la depresión; y esta situación atañe a toda la familia.

Por esta razón el presente *Taller de Prevención de la Depresión en Adolescentes, dirigido a padres de familia*, tiene el objetivo de fortalecer el vínculo familiar, para que comprendan la importancia de la relación con los hijos, a través de la comunicación, el afecto y la confianza como factores protectores ante el riesgo de depresión.

Para ello se pretende aplicando un cuestionario basado en criterios de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes, Children's Interview for Psychiatric Syndromes ChIPS, (2001), para que los padres de familia detecten posibles factores de riesgo de depresión en sus hijos adolescentes, el resultado derivado de la aplicación de dicho cuestionario (especificado en las instrucciones ver anexo 1) acudirá al taller.

Con este taller los padres beneficiados podrán adquirir un panorama amplio, claro y conciso sobre la adolescencia y sus cambios, para comprender mejor las características sobre esta etapa y el comportamiento de sus hijos, esto les permitirá acercarse más a sus hijos, mejorando su comunicación, así como una convivencia sana de padres-hijos y una relación familiar fructífera.

Palabras clave: Adolescencia, Prevención, Depresión, Padres, Regulación emocional.

Introducción

La Depresión en nuestros días ha alcanzado un papel de suma importancia para la salud mental, ya que desde hace media década, instituciones de la salud, como la Organización Mundial de la Salud OMS (2017a) afirmaba que la depresión sería la enfermedad del futuro; debido al estilo de vida que llevamos las personas, tanto laboral como familiar, y en la etapa de la adolescencia los efectos de la depresión pueden ser devastadores para los adolescentes e incluso para toda la familia, y lo preocupante es que dichos efectos suelen pasar desapercibidos aumentando paulatinamente, hasta convertirse en una severa complicación en la salud mental.

Por esta razón, el presente trabajo tiene el objetivo de fortalecer el vínculo familiar, mediante un taller de prevención de la depresión en adolescentes, dirigido a padres de familia, con el objetivo de que comprendan la importancia de la relación con los hijos a través de la comunicación, el afecto y la confianza; como factores protectores ante el riesgo de depresión.

Para ello es importante conocer la etapa de la adolescencia y sus características. A continuación se hace una descripción del contenido de los apartados de este documento que se divide en tres capítulos, en el primer capítulo se explica partiendo que la adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017a), es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, involucrando diversos procesos biológicos, siendo el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Por su parte Aberastury y Knobel, (1984/2010), denominan a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales, ya que el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidades extremas y debido a esto, su identidad dependerá del tipo de relación que tenga con sus amigos, la sociedad y principalmente con sus padres.

Para Piaget (1964/1991), la adolescencia se desarrolla en la etapa de operaciones formales que consta de dos niveles: Adolescencia temprana y media, siendo para el primero las edades de 10 a 14 años y 15 a 18 años respectivamente. En la adolescencia temprana, adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales, por lo que también el adolescente desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

En la adolescencia media, el desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona; y partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

En este primer capítulo, se describe lo que es un adolescente saludable, partiendo de la premisa de Piaget en su libro "Seis Estudios de Psicología" (1964/1991), la cual afirma que la afectividad en la etapa adolescente contribuye al desarrollo emocional que comienza en la comunicación y reciprocidad con sus padres; y posteriormente es aplicada en su entorno social, que involucra al área escolar; con esto se define al adolescente saludable como *aquél que es capaz de mantener un balance emocional y conductual a partir de la afectividad que tiene en casa, proporcionándole una organización de su voluntad y una mejor integración del "yo" para comprender y resolver las inquietudes y adversidades que la adolescencia trae consigo*. No obstante se hace énfasis en las características y la conducta de éste tanto en el área escolar y familiar, las cuales influyen más en el adolescente.

Secuencialmente se menciona al adolescente en riesgo de depresión y su comportamiento en el aspecto familiar, social y biológico respectivamente, a su vez se describe cómo influyen las relaciones escolares y familiares en un adolescente ya depresivo, así como las características de éste.

En el segundo capítulo, se habla sobre la depresión en adolescentes y la regulación emocional; comenzando por definir a la depresión, a la cual la OMS (2017c) la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Se mencionan autores destacables como Beck, Lowen, Freud y Aberastury quienes definen y hablan de la depresión, Beck (1983), define la depresión como un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro, o hacia el mundo en general; un pensamiento distorsionado, caracterizado por ser irracional y destructivo, además de la tristeza, se presenta ira o irritabilidad. Mientras que Lowen (1984), dice que la depresión es el estado de inmovilización personal y de pérdida de energía, perdiendo la fe en uno mismo, el sentirse impotente y cerrado emotivamente; a su vez Freud (1917/1993), en relación a la depresión, define al duelo como un proceso de “desprendimiento” libidinal del objeto amoroso; es decir, el tiempo que la persona tarda en despojar al objeto de la carga libidinal, de la situación comunicativa afectiva y amorosa que desarrolló con él, ante la pérdida de éste. Por su parte Aberastury específicamente en el adolescente marca tres duelos: La pérdida del cuerpo infantil, la pérdida de la inocencia y la pérdida de los padres de la infancia, duelos que se describirán en su momento.

La Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI A.C., 2010), en la Teoría de la Praxis, menciona que los síntomas más comunes de la depresión que pueden presentar son: Tristeza con o sin llanto, irritabilidad,

angustia, enfoque derrotista, ideas o intentos suicidas entre otros; y sus causas pueden ser: Pérdida de la salud, así como la del poder, conflictos familiares, desintegración familiar etc.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, promovido por la OMS, hoy el CIE-10 (2000), la depresión, se comprende como trastorno depresivo, y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM 5 (2014) afirma que el término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos; y la clasificación de ambas se describen más adelante.

En este segundo capítulo, se enfatizan los factores que desencadenan la depresión en adolescentes de secundaria en el aspecto familiar, social y biológico para comprender el comportamiento y la elación del adolescente con su entorno cuando en dichos factores la convivencia altera la perspectiva y la forma de expresarse en los adolescentes.

Se destacan datos importantes acerca de lo que está pasando en los adolescentes de México, respecto a la depresión; datos de los diarios la Jornada y Excelsior, en 2016 y 2017 respectivamente, se informó que México está entre los países con mayor aumento en lesiones autoinfligidas, a causa de enfermedades mentales, principalmente la depresión; en México sólo 17.7% de los enfermos mentales reciben la atención médica que se quiere.

Además ante la depresión, la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchísima depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Así mismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres.

Dichos datos reflejan las condiciones en que se encuentran los adolescentes del país y es preocupante el porcentaje de los mexicanos que reciben una atención adecuada. Alternativas como la regulación emocional pueden ser de gran utilidad, en la adolescencia, ya que en esta etapa las emociones juegan un papel importante, debido al constante cambio emocional que se presenta en esta etapa; y que son generadas por los estímulos variantes a los que son expuestos los adolescentes, ya que según Ekman (1992, citado en Reyes y Tena 2016).

Gross y Thompson (2007, en Reyes y Tena 2016), definieron la regulación emocional como el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones, ya sean positivas o negativas, las cuales ellos mismos y otras personas experimentan y como las expresan. Mientras que Eisenberg, Hofer y Vaughan (2007, en Reyes y Tena 2016), señalan que la regulación emocional tiene un fuerte componente motivacional que sirve para lograr metas y adaptación biológica y social. Sin duda el proceso de esta regulación contribuye a la mejoría de las emociones y relaciones familiares y sociales de los adolescentes.

En 2017 el tema de la campaña en el día mundial de la salud, fue “La Depresión” que es una de las afecciones prioritarias en el programa de acción para superar la brecha en salud mental de la OMS(2017c), y la campaña llevo el nombre de “Hablemos de depresión”, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental.

El programa parte del principio de que con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos (OMS 2017c).

Los padres de familia, juegan un rol decisivo que suele ser una espada de dos filos para la estabilidad de los jóvenes, principalmente en ambientes familiares fracturados, donde la confianza tiene pocas probabilidades de mantener una comunicación efectiva que permita fortalecer la armonía y los valores en las relaciones afectivas de la familia,

En razón de lo anterior, y debido a que la mayoría de los adolescentes no aceptan que son propensos o que ya están padeciendo síntomas depresivos, ya sea por cuestiones ideológicas, culturales, etc., en el tercer capítulo se describe un Taller de Prevención de la Depresión en adolescentes, dirigido a Padres de Familia con el fin de reconstruir el papel de los padres en la familia, para que comprendan la importancia de la comunicación, el afecto y la confianza con sus hijos, contribuyendo a la mejora de sus relaciones intrafamiliares y sociales, promoviendo así los factores protectores ante la depresión, para ello se aplicará un cuestionario basado en criterios de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes, Children's Interview for Psychiatric Syndromes ChIPS, (2001). Con el objetivo de que los padres detecten posibles factores de riesgo de depresión en sus hijos adolescentes, el resultado derivado de la aplicación de dicho cuestionario, acudirá al taller.

CAPÍTULO I

LA ADOLESCENCIA

1.1 Definición y características.

Aberastury y Knobel, (1984/2010), afirman que la adolescencia es la etapa de la vida en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificadas en la realidad que el medio social le ofrece.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidades extremas, según Aberastury y Knobel (1984/2010), y por esta razón su identidad dependerá del tipo de relación que tenga con sus amigos, la sociedad y principalmente con sus padres; el conflicto se presenta cuando el niño, en algún momento de su vida se siente a gusto, sin responsabilidades, y en este proceso de cambio, su cuerpo comienza a desarrollarse, adquiere responsabilidades y expectativas nuevas de sus padres respecto a él que lo confunden, y comienza a perder su identidad porque ya no se siente el mismo.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2017a), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se

producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto; además los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto (OMS, 2017a).

Según Piaget (1964/1991), la adolescencia se desarrolla en la etapa de operaciones formales que consta de dos niveles: Adolescencia temprana y media que se presentan a continuación.

1.1.1 Adolescencia Temprana (10-14 años).

Piaget en su libro *“Seis estudios de Psicología”* (1964/1991), dice que al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se realentizan, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales.

De acuerdo con Piaget (1964/1991), durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta

etapa.

El narcisismo, según Piaget (1964/1991), y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente, porque proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que de acuerdo a Piaget (1964/1991), necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

1.1.2 Adolescencia Media (15-18 años).

Piaget (1964/1991), afirma que el desarrollo físico y sexual ha terminado en esta etapa, por lo tanto, el adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona; y partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

1.2 El adolescente saludable.

Se puede definir al adolescente saludable en varios sentidos, sin embargo lo que atañe a este apartado es la salud emocional y conductual de los adolescentes, Piaget en su libro “Seis Estudios de Psicología” (1964/1991), dice que la afectividad en la etapa adolescente contribuye al desarrollo emocional que comienza en la comunicación y reciprocidad con sus padres; y posteriormente es aplicada en su entorno social, que involucra al área escolar.

De acuerdo con lo que menciona Piaget (1964/1991), entonces se puede describir al adolescente saludable como aquél que es capaz de mantener un balance emocional y conductual a partir de la afectividad que tiene en casa, proporcionándole una organización de su voluntad y una mejor integración del “yo” para comprender y resolver las inquietudes y adversidades que la adolescencia trae consigo.

De acuerdo con el mismo autor (1969/2007) el adolescente desarrolla ciertas características, tales como:

- Operaciones formales: Tareas mentales vinculadas con el pensamiento abstracto.
- Razonamiento hipotético-deductivo: Estrategia para solucionar problemas deduciendo sistemáticamente soluciones específicas.
- Egocentrismo del adolescente: Supone que todos los demás comparten los pensamientos, sentimientos y preocupaciones que él tiene.

Por su parte Mansilla (en prensa) menciona que en esta etapa de la vida, hay un difícil y delicado proceso de individuación-separación, y el niño tiene que pasar de un estado de semiparasitismo (con su familia) a la maduración de su propia personalidad y el adolescente debe buscar su identidad, así el adolescente

podrá encontrarse a sí mismo, como sujeto integrante de la comunidad; y, entonces a partir de cómo se desarrolle esta etapa, dependerá en gran medida el futuro comportamiento social de la persona.

“No hay que perder de vista que la adolescencia es básicamente una maduración de los caracteres individuales, hábitos, pensamientos, y de la acción que se ha ido desarrollando desde la niñez”. (Mansilla en prensa).

De acuerdo con esta autora, en el proceso que se da de la niñez a la adolescencia, el fortalecimiento conductual, emocional y mental del individuo, es vital para que el adolescente adquiera una identidad, de tal manera que sus relaciones sociales y afectivas, no se vean afectadas por las adversidades que se viven a diario en ésta etapa de la adolescencia

1.2.1 El adolescente saludable en la secundaria.

En el apartado anterior, se ha definido ya al adolescente saludable; ahora bien, en la etapa escolar, los adolescentes comienzan a fortalecer su desarrollo tanto social, emocional y psicológico debido a la convivencia que tiene con nuevos compañeros y profesores esto se da de acuerdo a las relaciones sociales que lleva en la secundaria. Sin embargo, Estévez, Jiménez y Martínez (2009) mencionan que en comparación con la niñez, son más estables, por lo que están menos supervisados por los adultos y se caracterizan por una mayor intimidad y empatía.

Según Erikson, (1968); Hartup, (1996); Laursen, (1995) (en Estévez et al., 2009) las relaciones sociales en la escuela influyen en el desarrollo cognitivo y emocional del adolescente, en su adaptación al medio social en el que convive, en el aprendizaje de actitudes y valores, en la formación de la identidad y en la adquisición de habilidades sociales como el manejo del conflicto y la regulación de la agresión.

Las relaciones con el grupo de iguales, trascienden el ámbito de las relaciones sociales, debido a que inciden en otros ámbitos de la vida como la familia, la escuela y la comunidad, esto según Gifford-Smith y Brownell, (2003); Hartup, (1996) (en Estévez et al. 2009). Por su parte, dentro del mismo trabajo, Hartup (1996), menciona que las relaciones de amistad influyen en el desarrollo adolescente a través de los siguientes aspectos:

- Aprendizaje de actitudes, valores e informaciones respecto del mundo que les rodea.
- Adquisición y desarrollo de la habilidad de percibir las situaciones desde el punto de vista del otro.
- Formación de la identidad y del autoconcepto, a partir del feedback y la comparación social.
- Adquisición de habilidades sociales de complejidad creciente (por ejemplo resolución de conflictos).
- Control y regulación de los impulsos agresivos, en grupos que no aprueban estas conductas.
- Continuación del proceso de socialización del rol sexual.
- Consumo de drogas y conducta sexual de riesgo, en grupos que aprueban estas conductas.
- Nivel de aspiración educativa y el logro académico.
- Disponibilidad de importantes fuentes de apoyo en situaciones de estrés.
- Salud psicológica y ajuste psicosocial.

Según Cava y Musitu (2000), citado en Estévez, Moreno, Murgui y Musitu (2008) hay tres aspectos clave, en la influencia en el ajuste en la adolescencia:

- Si se tiene amigos o no,
- Quiénes son los amigos
- La calidad de la amistad.

De acuerdo a lo anterior, los niños y adolescentes que tienen amigos, en comparación con aquellos que no tienen amistades, son más competentes socialmente, más cooperativos, presentan menos dificultades en sus relaciones con los demás y una autoestima más elevada (Cava y Musitu, 2000, citado en Estévez et al. 2008).

Por lo tanto:

...“el tener amigos puede aumentar la autoestima y la sociabilidad de la persona, también podría ser que los adolescentes que presentan una autoestima más elevada y mejores habilidades sociales, establezcan y conserven más amistades”... (Bukowski, Newcomb y Hoza 1989, en Estévez et al. 2008, p. 6). No obstante, Estévez et al. (2008, p.6), mencionan que:

...”los adolescentes con una elevada autoestima y con una competencia social alta, establecen relaciones de amistad con rapidez, lo que incide en su autoestima y en el desarrollo de habilidades sociales más positivas”...

Afirmando que:

...”las relaciones sociales y de amistad que tienen lugar en el aula surgen a partir de las agrupaciones formales impuestas por la institución y de las agrupaciones informales reguladas por las normas establecidas en el seno del grupo”...

Dichas relaciones sociales y agrupamientos se configuran en función de metas y normas propias de la cultura a la que pertenecen los adolescentes, pero también en función de normas específicas del grupo; así, es frecuente que el grupo genere sus propias normas (por ejemplo a través de la forma de vestir, gustos y preferencias) que facilitan la diferenciación con respecto a otros grupos, la cohesión interna y su identidad grupal Cava y Musitu, (citado en Estévez et al. 2008). En estos grupos, existen diferentes relaciones de poder y diversas posiciones: los miembros más aceptados por el grupo ocupan posiciones más centrales, mientras que aquellos menos aceptados se sitúan en posiciones más periféricas respecto del grupo.

En el caso de la escuela, el objetivo principal es el análisis de la vida emocional del aula, su entramado de relaciones afectivas y su estructura informal de roles según el estatus de cada persona (Cerezo, 1999 en Estévez et al. 2008).

1.2.2 El adolescente saludable en la familia.

La familia es el núcleo de la educación, del desarrollo del adolescente, tanto psicológico, emocional y social; factores determinantes de su personalidad y un equilibrio para hacer frente a sus adversidades, o de lo contrario, ser abatidos por los mismos. “*Un adolescente es un individuo que construye sistemas y «teorías»*” (Piaget 1964/1991) y esto a partir de las experiencias y vivencias que se estén presentando en su contexto familiar.

La salud del adolescente primordialmente dependerá de la comunicación, la confianza y la reciprocidad que ocurra dentro de su familia, ya que éste adopta usos, costumbres y valores dentro de ella, aunque en la adolescencia los padres tienden a relajar sus cuidados y atenciones. Nada más equivocado pues necesitan la misma cantidad de atención y cariño que cuando era más pequeño, o incluso algo más. En una publicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos, llamada “*Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*” (s.f.), se menciona que el desarrollo mental y emocional del adolescente puede resultar muy agradable y beneficioso para toda la familia, para tener nuevas formas de enfocar problemas, conocer por dónde van los intereses de la juventud y distintas opiniones sobre temas sociales, etc.

En la publicación “*Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*” (s.f.), se menciona que cada familia tiene sus formas de pensar y sus prioridades. Además, también dice que algunas cualidades comunes en los padres eficaces son:

- **Demuestran amor.** Los adolescentes necesitan poder contar con sus padres, que se comuniquen con ellos, que les dediquen tiempo y que demuestren que se preocupan por su bienestar. Los padres pueden querer a sus hijos al tiempo que rechazar lo que hacen, y los chicos deben estar seguros de que esto es cierto.
- **Apoyan.** A pesar de considerar poco importantes algunos problemas del adolescente, este necesita el apoyo de sus padres. Necesitan elogio y reconocimiento cuando se esfuerzan y aliento para desarrollar sus intereses.
- **Ponen normas.** Fijar límites en el comportamiento hace sentirse emocionalmente seguros a niños y adolescentes. Poner normas y supervisar que se cumplen de forma consistente y adecuada a la edad y la etapa de desarrollo facilita un desarrollo equilibrado y un mayor ajuste psicológico en la edad adulta. Huir de extremos autoritarios o indulgentes fijando límites y normas claras, razonables y bien explicadas es la mejor estrategia posible.
- **Dan ejemplo.** Mientras exploran distintas posibilidades de quien quieren ser los adolescentes buscarán ejemplos en sus padres, familiares, amigos, personalidades u otras personas, pero sobre todo en sus padres.
- **Enseñan responsabilidad.** El sentido de la responsabilidad se adquiere con el tiempo. Según crecen aprenden a responsabilizarse de: sus tareas escolares, ordenar su habitación, colaborar en faenas domésticas, participar en actividades sociales, y aceptar las consecuencias de sus buenas o malas decisiones.
- **Facilitan experiencias.** Según los recursos de cada familia conviene facilitarle que conozca nuevas cosas. La curiosidad le hará probar nuevos

deportes, o nuevos intereses académicos, experimentar expresiones artísticas, o probar en actividades sociales o religiosas diversas. No le desalienten ni pierdan ustedes la paciencia, la exploración es parte fundamental de la adolescencia.

- **Respetan.** Es falso que todos los adolescentes sean rebeldes y difíciles, pero es cierto que necesitan ser tratados con respeto, que se reconozcan y aprecien sus diferencias y se les trate como personas. No existen los padres perfectos. Una mala contestación o decisión dada un “mal día” no tiene por qué afectar a su hijo de por vida.

Los adolescentes piden libertad. Sin embargo los padres deben sopesar entre el fomento de la confianza en sí mismos para valerse autónomamente, y el conocimiento de que en el mundo hay peligros y amenazas para la salud y seguridad de sus hijos. Algunos padres dan demasiada libertad antes de tiempo, mientras que otros niegan cualquier oportunidad de madurar, aprender a decidir y aceptar las consecuencias.

En la publicación “*Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*” (s.f.), se afirma que los adolescentes se desarrollan mejor cuando mantienen fuertes vínculos familiares al tiempo que se les permite tener opiniones propias e incluso estar en desacuerdo con sus padres.

1.3 El adolescente en riesgo.

De acuerdo a datos y cifras de la OMS (2017b), en 2015 murieron 1,2 millones de adolescentes, es decir, más de 3000 al día, en su mayoría por causas prevenibles o tratables, ya que:

- Cada año se registran en el mundo 44 nacimientos por cada 1000 chicas de 15 a 19 años.

- Las lesiones por accidentes de tránsito fueron la principal causa de mortalidad en 2015. Otras causas principales de mortalidad entre los adolescentes son las infecciones de las vías respiratorias inferiores, el suicidio, las enfermedades diarreicas y los ahogamientos.
- La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados.

Según la OMS (2017b), la mayor parte de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos.

En OMS (2017b), se menciona que:

“Fomentar comportamientos saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios, es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta, así como para la salud futura de los países y su capacidad para desarrollarse y prosperar” (OMS, 2017b).

Urbina (s.f.), menciona que el adolescente en riesgo, es aquel susceptible a eventos que pueden alterar su estado anímico de forma drástica, de tal manera que su autoestima disminuye gradualmente frente a determinados factores de riesgo, tales como:

- Eventos generadores de estrés.
- Muerte de la madre o del padre.
- Separación o divorcio de los padres.
- Abandono del padre y/o de la madre.

- Maltrato infantil: físico, psicológico, abuso sexual.
- Falta de habilidades sociales.
- Enfermedades crónicas.
- Antecedentes familiares de depresión.
- Educación rígida con estimulación para generar culpas.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Con frecuencia se asocia con bulimia.
- Homosexualidad

1.3.1 Factor familiar.

El vínculo padre–hijo también ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. En este sentido, la relación del joven con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo de carencia afectiva con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen una relación más cercanos y de mayor soporte emocional, Kraaij, Garnefski, Jan de Wilde & Dijkstra, (2003 en Pardo, Sandoval, y Umbarila, 2004).

Según estos mismos autores, los tipos de cogniciones más frecuentes son la auto–culpa, la rotulación, la catastrofización, la reinterpretación negativa y la evaluación negativa. Además, se encuentra asociación entre la cantidad de estrés experimentado y los síntomas depresivos experimentados. Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes. Por su parte Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka (2003 en Pardo et al. 2004), plantean que la separación conyugal y el bajo estatus socioeconómico tienen consecuencias en el bienestar percibido por los miembros de la familia.

Por otro lado, en un artículo sobre salud mental, Wagner, González, Sánchez, García y Gallo (2012), mencionaron que en México la mitad de los casos de trastornos mentales como la depresión, ocurren antes de que las personas cumplan 21 años.

Los trastornos depresivos, generan un alto grado de discapacidad, mayor incluso que los físicos, principalmente en las actividades cotidianas, productivas y en relaciones sociales y familiares. (Wagner et al. 2012).

Pardo et al. (2004), menciona que algunos problemas que se creen consecuencias del divorcio están presentes antes de la separación, por lo que la disolución marital puede ser entendida como un proceso que se manifiesta antes de la separación física de los padres. Así, los desempeños pobres detectados antes de la separación pueden ser el resultado de la progresión de eventos disfuncionales en una familia, lo que a su vez genera la disolución marital.

“El divorcio, por sí mismo, causa desempeños más pobres y problemas emocionales en los niños y adolescentes, ya que las dificultades están presentes antes del cambio de la estructura familiar” (Videon, 2000 en Pardo et al. 2004 p. 23).

Factores ya mencionados como la separación de los padres y los problemas socioeconómicos en la familia, contribuyen a la presencia de depresión a lo largo de la vida de los adolescentes; sin embargo, en un comunicado de prensa de la Secretaría de Salud en septiembre de 2014, se afirmó que la elevada autoestima, el apoyo familiar, la auto eficiencia, reducen el riesgo de que las personas, incluidos los adolescentes, padezcan depresión así como sus consecuencias.

1.3.2 Factor social.

En un boletín médico del Hospital Infantil de México, González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner (2015), mencionan que en la Ciudad en México, la presencia de los trastornos de ánimo son más frecuentes en los adolescentes que no trabajan ni estudian; ya que la pertenencia a un rol ocupacional, incide en el estado emocional.

En la edad adolescente, la principal ocupación es la de ser estudiante y la opción de trabajar es sólo ante la falta de recursos económicos; es por ello que el hecho de no trabajar ni estudiar, evidencia una situación social de riesgo para la situación emocional de los adolescentes. (González-Forteza et al. 2015)

Por otra parte, Medina, Real, y Sarti (2015), comentan que dependiendo del contexto local, los adolescentes, corren un riesgo significativo de padecer problemas de salud mental como la depresión; según el lugar donde el adolescente se desenvuelva, tal como puede ser en un grupo vulnerable, donde las familias viven en pobreza, o donde es expuesto al maltrato o al abandono, con problemas para hacer amistades o ya sea que consuma drogas.

Así mismo, Medina et al. (2015), afirman que la protección social, el nivel de vida, exponerse a las adversidades en la adolescencia, son un importante factor de riesgo que puede prevenirse, y esto es posible al apoyo de la comunidad y principalmente del vínculo familiar.

Para facilitar dicho apoyo, González-Forteza et al. (2015), comparte que para hacer posible la ayuda a los jóvenes, es requisito que estén acompañados de los padres, para recibir atención a sus problemas emocionales, debido a que por sí solos, los adolescentes no buscan ayuda por sí mismos, ya que pasan desapercibidos.

Cabe mencionar que la aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros de escuela y amigos, representan un factor esencial en la vida del adolescente. Sin embargo es importante señalar que la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo pueden constituir una experiencia frustrante para los adolescentes. (Pardo et. al 2004).

Por lo tanto, de acuerdo con lo que menciona Pardo et al. (2004), respecto al rechazo y debido a una mala adaptación, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

1.3.3 Factor biológico.

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes, reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera, además es una de las principales causas de lesiones, incluidas las provocadas por accidentes de tránsito, violencia principalmente por parte de la pareja y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de la misma. (OMS, 2017b).

“Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol” (OMS, 2017b)

También el consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 19 años, es una fuente de preocupación importante a nivel mundial. El control de las drogas puede centrarse en la reducción de la demanda, de la oferta o de ambas, y los

programas con éxito suelen incluir intervenciones estructurales, comunitarias e individuales (OMS, 2017b).

De acuerdo a la European Alliance Against Depression “iFightDepression” (2017), existen 6 funciones cerebrales complejas están implicadas en la depresión:

- Pensamiento o cognición,
- Percepción,
- Emociones y regulación emocional,
- Reacción ante las señales ambientales,
- Regulación física o somática,
- Regulación comportamental o social.

Algunos síntomas y signos pueden indicar que alguna de las funciones mencionadas tiene un funcionamiento alterado, por lo que la regulación emocional se ve afectada principalmente por la depresión, las emociones, y provoca cambios en el estado de ánimo (European Alliance Against Depression “iFightDepression”, 2017).

En México, Heinze y Camacho (2010), en la Guía Clínica para el manejo de la depresión, mencionaron que de acuerdo con una encuesta realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población padece depresión y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%).

1.4 El adolescente depresivo.

Medina, Real y Sarti (2015), mencionan que:

“hay pocos datos epidemiológicos en México para estimar la magnitud del problema en nuestro país. Un tamizaje en población general estima que la mitad de los niños de 4 a 16 años presenta sintomatología y 16% sintomatología suficiente para requerir atención.9-10 En este grupo de edad los problemas más frecuentes son manifestaciones de depresión (11.5%) y déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (9.7%).” P. 92

De acuerdo a lo anterior, La depresión en adolescentes es un problema grave que causa una sensación persistente de tristeza y la pérdida de interés en las actividades porque también afecta la forma como piensa, como se siente y se comporta el adolescente, dando como resultado problemas emocionales, funcionales, físicas y pueden ocurrir en cualquier momento..

Cuestiones como la presión de grupo, las expectativas académicas y el cambio de los cuerpos pueden traer una gran cantidad de subidas y bajadas para los adolescentes. Sin embargo, para algunos adolescentes, los mínimos son más que sentimientos temporales son un síntoma de la depresión.

En un artículo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Rivera, Martínez y Obregón (2013), mencionan que en México, se reporta mayor sintomatología depresiva cuando hay un ambiente familiar conflictivo, donde hay rechazo, hostilidad y mala comunicación.

Además, el adolescente depresivo tiene síntomas agudos de desamparo, falta de placer, desesperación y cambios más grandes de peso que en los adultos; y por lo tanto los episodios de depresión combinan periodos de funcionamiento inadecuado, siendo más probable el abuso de sustancias, embarazos no deseados y conductas violentas, especialmente con ellos. (Rivera et al. 2013)

1.4.1 El adolescente depresivo en la secundaria.

El área escolar conlleva sucesos que tienen que ver con su desempeño académico, la relación con maestros, compañeros, y cambios dentro del ámbito escolar. (Heredia, Lucio y Suárez 2011)

El sistema educativo llega a tener diversas fallas, producto de estas fallas está el deficiente desempeño académico, pero la adolescencia es una etapa difícil y se le suma que los profesores, al menos una buena parte de ellos, no tienen una preparación actualizada de los conocimientos y técnicas para la enseñanza; además, es muy común que los profesores estén fastidiados del trato con los estudiantes. (Conde-Rosas y De-Jacobis, 2001).

Conde-Rosas y De-Jacobis (2001) investigaron las causas de que los estudiantes de preparatoria reprueben, concluyeron que los adolescentes reprobaban no por un bajo coeficiente intelectual, sino por una inestabilidad emocional.

Existen dos tipos de posturas acerca del objetivo de la educación, por una parte se encuentran los tradicionalistas que postulan que el propósito de la educación es enseñar las materias básicas, esto para incrementar el conocimiento del alumno y desarrollar sus potencialidades intelectuales.

La otra postura son los progresistas, ellos afirman que la educación es preparar al estudiante para la vida, es decir, ser un ciudadano, vivir en el hogar y la familia, tener una vocación, salud física y un desarrollo adecuado de la personalidad (Rice, 2000)

Solórzano, 1984 en Rice, (2000) analizó a algunos estudiantes de EU, y afirma que los alumnos pensaban que debieran existir actividades extraescolares, como los deportes o la música. En conjunto, los alumnos pensaban que el trabajo escolar era lo más importante, pero que las actividades extraescolares tenían un

carácter educativo.

Jacques (1993, en Conde-Rosas y De-Jacobis, 2001), menciona que debido a las deficiencias del sistema educativo, los docentes, muchas veces no llegan a cumplir con los objetivos de algunas materias, además las actitudes de los adolescentes pueden llegar a complicar las capacidades de los profesores, y que por ello se vuelve un círculo vicioso entre las deficiencias de hace años, y el desorden que pueden provocar un grupo de adolescentes.

Conde-Rosas y De-Jacobis (2001), afirman que lo que causa del bajo rendimiento escolar es la vida emocional del adolescente, la falta de comunicación con su familia, la inestabilidad de su desarrollo físico y emocional, es el resultado del bajo desempeño reprobando materias , llegando hasta la deserción escolar.

Además, según Conde-Rosas y De Jacobis (2001), el sistema educativo de gobierno maneja una base de conocimientos general, y este manejo de la información mediante la memorización y repetición, deja a un lado la enseñanza de “aprender a aprender”; creando así un círculo vicioso, un conjunto de conocimientos deformados, y no una guía para superar niveles de educación y promover que se responsabilicen por su aprendizaje y que adquieran el gusto e iniciativa por aprender.

1.4.2 El adolescente depresivo en la familia

En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia Moreno, Del Barrio y Mestre, (1996 en Álvarez, Coffin, Jiménez, Silva y Ramírez2009).

Así mismo, Cummings y Davies, 2002 en Álvarez et al. (2009), argumentan que cuando los adolescentes viven en contextos familiares hostiles e incongruentes, con una educación de los padres autoritaria, los adolescentes comienzan a presentar una serie de desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión.

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar Milne y Lancaster (2001 citado en Álvarez et al. 2009). Por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares Sánchez (2007 en Álvarez et al. 2009).

Sentín (1989), mencionó en su trabajo psicológico con estudiantes deprimidos, que los alumnos que están deprimidos se desarrollan en una estructura familiar que está en conflicto. Además 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.
- Rigidez 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. Sentin (1989 en García 2002)

De acuerdo a estos puntos podemos afirmar que las relaciones familiares en absoluto, influyen de manera diversa pero directa a la estabilidad emocional de los adolescentes, así como su autoestima principalmente; sin embargo ante los

riesgos de depresión en el adolescente, es de manera indirecta, ya que este depende de la percepción de nuestros hijos.

Esto también determina que los adolescentes de familias desintegradas tienen más problemas emocionales, más baja autoestima y menor desempeño académico que aquellos de familias funcionales.

El papel de la familia es vital en el desarrollo de los individuos, ya que en la adolescencia 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 funcionalidad, la familia, puede ser mediadora o salvadora hacia los diversos factores externos que influyen en los adolescentes. (García, 2002)

Así mismo, García (2002), afirma que por el desequilibrio que caracteriza a los adolescentes, se pueden encontrar manifestaciones depresivas, que suelen desaparecer con la conclusión de esta etapa; sin embargo, 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 los síntomas, porque pueden desarrollar una depresión más seria y no sólo parcial.

1.5 Relación de riesgo: Padres-hijos

De acuerdo a Márquez et al. (2004 en Gómez, 2008), los adolescentes son vulnerables a los factores de riesgo de depresión cuando la relación con sus padres no es favorable, y poco a poco hay una separación y desconfianza en dicha relación; y por lo general los padres de los jóvenes con depresión o que están en riesgo de padecerla, pueden estar presentando ciertos rasgos de depresión, por ejemplo, la depresión de la madre o del padre durante los primeros

años de crianza aumenta el riesgo de un niño de sufrir ansiedad y tristeza, de adoptar actitudes violentas y de mentir.

Otro factor que debe tomarse en cuenta es que un niño con papás depresivos, tiene más riesgos de sufrir maltrato físico, debido a que el adulto estará más irritable, aparte de que está expuesto a mensajes negativos, como “que la vida no tiene sentido”, lo que afecta su propia percepción de la realidad y su autoestima también se ve lesionado; ya que según Gómez (2008), cuando los adolescentes tienen conductas de riesgo es porque los estilos de vida que llevan en su familia que llevan un patrón de baja autoestima en sus padres, por lo que los padres son más sensibles e irritables ante la conducta de los adolescentes.

Los adolescentes que no tienen apoyo económico, también están en riesgo, debido a que tienen que buscar empleos mal pagados; entre otros factores, tales como falta de apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar, según Gómez (2008).

La relación poco afectiva entre los padres e hijos, desencadenan una serie factores que afectan la salud mental de los jóvenes, Rojas (2001 en Gómez, 2008), comenta que estos factores incrementan la probabilidad de conductas como el uso del tabaco, el alcohol, uso de drogas, delincuencia y relaciones sexuales precoces.

Cabe mencionar que la salud integral del adolescente y de su familia puede mejorar si la familia mejora su relación afectiva basada en la comunicación y la confianza; sin embargo, una buena parte de los adultos ignora que padecen depresión, y pueden sentirse tristes, no duermen bien y que se irritan con facilidad, siendo el resultado el comportamiento del adolescente que obedece a una reacción de lo que está viviendo en el hogar, y como afirma Rojas 2001 en Gómez (2008), incrementa las conductas de riesgo.

CAPÍTULO II

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL

2.1 Definición de Depresión

La OMS (2017c) define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

De acuerdo a la OMS (2017c), la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio, cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Según datos de la OMS (2017c):

- La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas.

Destacando datos de la OMS (2017c), la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

La Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (2010), menciona que la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Alexander Lowen, autor del libro «La Depresión y el Cuerpo» en 1982; habla de la depresión como del estado de inmovilización personal y de pérdida de energía, perdiendo la fe en uno mismo, el sentirse impotente y cerrado emotivamente. Existiendo siempre como base histórica la pérdida del amor de la madre (Lowen, 1984).

En 1915 Freud escribió un artículo denominado «Duelo y Melancolía». En este artículo definió el duelo como el proceso de “desprendimiento” libidinal del objeto amoroso; es decir, el tiempo que la persona tarda en despojar al objeto de la carga libidinal, de la situación comunicativa afectiva y amorosa que desarrolló con él, ante la pérdida de éste; Freud (1917/1993).

Se puede definir el duelo actualmente, siguiendo esta perspectiva, como el estado psicofísico también real, que se puede dar ante una situación actual, como consecuencia de la pérdida del ser amado o de una situación vital. El tiempo de duelo es un tiempo que hay que vivir, consecuencia real de algo valioso que ha desaparecido, y responde a una lógica natural. El no ser vivido está reflejando una sintomatología. Además plantea las diferencias entre la pérdida consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía (Freud, 1917/1993).

Por otra parte, Ávila, (1990) y Pelayo (2009 citado en Arenas 2009), menciona que los aportes de Freud, permiten saber en qué momento se está frente a un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en qué momento los signos de tristeza entre otros se basan en una disminución de amor propio que se transforma en melancolía.

Así mismo, Ávila (1990, en Arenas (2009) comenta que Freud esbozó los siguientes conceptos para explicar la dinámica de la Melancolía:

- **Ambivalencia:** La pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido-Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir.
- **Identificación del YO con el objeto:** El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Siendo así se daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo.
- **Retroceso a la fase sádica:** Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. el Yo queda entonces bajo el dominio del objeto.

La propuesta de Freud fue utilizada por los psicoanalistas modernos y ellos planean hipótesis sobre la patología oral, patología del Súper-Yo, patología del narcisismo y baja autoestima como base de la depresión (Ávila, 1990 citado en Arenas, 2009).

De acuerdo a Aaron T. Beck (1983), la depresión es un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro, o hacia el mundo en general; un pensamiento distorsionado, caracterizado por ser irracional y destructivo, además de la tristeza, se presenta ira o irritabilidad. La depresión se genera por una falta, por un mecanismo de defensa que es la tristeza.

La depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. La gente que se deprime posee cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro) (Beck 1983).

2.1.1 Sintomatología

De acuerdo a la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI A.C., 2010), en la Teoría de la Praxis, algunas causas de la depresión pueden ser:

- Pérdida del poder.
- Pérdida del reconocimiento de la gente, el prestigio.
- Pérdida de la salud.
- Enfermedades mentales.
- Incapacidad física.
- Conflictos familiares y desintegración familiar.
- Falta de apoyo espiritual.
- Falta de vinculación con los vecinos.

El trastorno depresivo, se caracteriza por episodios depresivos. Sin embargo los efectos más comunes según AMAPSI A.C. (2010), en la Teoría de la Praxis son los siguientes:

- Disminución o pérdida de interés.
- Tristeza con o sin llanto.
- Falta de toma de decisiones.
- Enfoque derrotista.
- Miedo específico.
- Angustia.
- Irritabilidad.
- Alegría excesiva/euforia.
- Pérdida de la memoria.
- Dificultad de comunicación, no querer hablar con nadie.
- Descuido de obligaciones.
- Descuido del aseo personal.
- Ideas o intentos suicidas.
- Tendencia a beber o drogarse.

2.2 Tipos de Depresión.

De acuerdo a la OMS (2017c) dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, ICD en inglés), promovido por la OMS, hoy el CIE-10 (2000), la depresión, se comprende como trastorno depresivo, clasificado de la siguiente manera:

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. La disminución de la atención y concentración.
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d. Una perspectiva sombría del futuro.
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f. Los trastornos del sueño.
- g. La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (CIE-10, 2000).

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placentera, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes (CIE-10, 2000).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas (CIE-10, 2000).

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes (CIE-10, 2000).

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave (CIE-10, 2000).

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado

Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- Melancolía.
- Depresión vital sin síntomas psicóticos (CIE-10, 2000).

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de

naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales)

Incluye:

- Depresión atípica.
- Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

- Depresión sin especificación.
- Trastorno depresivo sin especificación.

Por otro lado el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM 5 (2014) afirma que el término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición de éste manual (DSM-5), se clasifican de la siguiente manera:

Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia medicamentosa, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Al contrario que en el DSM-IV, los "Trastornos depresivos" se han separado de los "Trastorno bipolar y trastornos relacionados". El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que le diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Para abordar las dudas sobre la posibilidad de que el trastorno bipolar se diagnostique y trate excesivamente en los niños, se ha añadido un nuevo diagnóstico, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se refiere a la presentación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años de edad. Su localización en este capítulo releja el hallazgo de que los niños con este patrón sintomático desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares, al pasar a la adolescencia y la edad adulta.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor (DSM-5, 2014).

El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los

trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo.

Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distinta), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-S, incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distinta. Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV ("Conjunto de criterios y de ejes para un estudio posterior") a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. e]., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. e]. padres, maestros.

compañeros).

- E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo. el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir. en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación. los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaniaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. el, trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente distimia).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros. Como el trastorno de depresión mayor. el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante. Solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva

del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Características diagnósticas

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta inestabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) (Criterio C) en al menos un año y en al menos dos ambientes (Criterios E y F), como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo (Criterio B).

La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño (Criterio D).

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Se debe cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación descriptiva del estado de ánimo de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al DSM-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico) (DSM-5, 2014).

En los niños, algunos investigadores consideran la irritabilidad grave no episódica como una característica del trastorno bipolar, aunque tanto el DSM-IV como el USM-5 exigen, para reunir las condiciones para el diagnóstico de trastorno bipolar I, que tanto los niños como los adultos presenten episodios delimitados de manía o hipomanía.

Durante las últimas décadas del siglo XX, esta discusión entre los investigadores, de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió con un aumento significativo de las tasas con que los clínicos diagnosticaban el trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. Este aumento abrupto en las tasas de diagnóstico parece atribuirse a que los clínicos combinaban al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. Es decir, que se habían etiquetado como trastorno bipolar en los niños tanto las presentaciones clásicas episódicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave.

En el DSM-5 (2014), el término trastorno bipolar se reserva explícitamente para las presentaciones episódicas de los síntomas bipolares. El DSM-IV no tenía ningún diagnóstico pensado para diagnosticar a los jóvenes cuyos síntomas distintivos consistían en una irritabilidad muy marcada y no episódica, mientras que el DSM-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, ha aportado una categoría diferente para tales presentaciones.

Prevalencia

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es frecuente entre los niños que acuden a las consultas de salud mental infantil. La estimación de la prevalencia del trastorno en la comunidad no está clara. Basándose en las tasas de irritabilidad grave, persistente y crónica, que es el rasgo principal del trastorno, la prevalencia global del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en los niños y los adolescentes, en un periodo de entre 6 meses y 1 año,

probablemente sea del orden del 2-5 %. Sin embargo, se esperan tasas mayores en los hombres y los niños en edad escolar que en las mujeres y los adolescentes.

Desarrollo y curso

El comienzo del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe producirse antes de los 10 años y el diagnóstico no debería aplicarse a niños menores de 6 años. No se sabe con certeza si esta afección se presenta únicamente en esta limitada banda de edades. Como es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambien al madurar el niño, el uso de este diagnóstico se debería restringir a los grupos de edad similares a aquellos en que se ha establecido su validez (7-18 años).

Aproximadamente, la mitad de los niños con irritabilidad grave crónica tendrá una presentación que va a continuar cumpliendo los criterios para el trastorno un año después. Las tasas de conversión de la irritabilidad grave no episódica en trastorno bipolar son muy bajas. Sin embargo, los niños con irritabilidad crónica tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos unipolares y trastornos de ansiedad en la edad adulta.

Las variaciones relacionadas con la edad también diferencian el trastorno bipolar clásico del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Las tasas del trastorno bipolar son por lo general muy bajas antes de la adolescencia (< 1 %), con un aumento estable a comienzos de la edad adulta (prevalencia del 1-2 %). El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es más frecuente que el trastorno bipolar antes de la adolescencia y los síntomas de este trastorno, por lo general, son menos frecuentes conforme el niño evoluciona hacia la edad adulta (DSM-5, 2014).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los niños con irritabilidad crónica normalmente presentan historias psiquiátricas complicadas. En estos niños son frecuentes los

antecedentes amplios de irritabilidad crónica, que se manifiesta característicamente antes de que se cumplan todos los criterios del trastorno.

Estas presentaciones prediagnósticas pueden haber reunido las condiciones para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante. Muchos niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo presentan síntomas que también cumplen los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y de un trastorno de ansiedad, siendo estos diagnósticos frecuentes a una edad temprana.

En algunos niños también se cumplen los criterios del trastorno depresivo mayor. Genéticos y fisiológicos. En términos de agregación familiar y genética, se ha sugerido que los niños que presentan irritabilidad crónica no episódica pueden diferenciarse de los niños con trastorno bipolar basándose en el riesgo familiar. Sin embargo, estos dos grupos no difieren en las tasas familiares de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos unipolares o abuso de sustancias (DSM-5, 2014).

En comparación con los niños con trastorno bipolar infantil o con otras enfermedades mentales, los que presentan un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen similitudes y diferencias en los déficits de procesamiento de la información. Por ejemplo, en los niños con trastorno bipolar y en los niños irritables crónicos, así como en los niños con otros trastornos psiquiátricos, existen déficits en el reconocimiento de las emociones faciales, así como alteraciones en la toma de decisiones y en el control cognitivo. Existen también pruebas de una disfunción específica del trastorno que aparece en las tareas que evalúan el uso de la atención en respuesta a estímulos emocionales y que muestra signos típicos de disfunción en los niños con irritabilidad crónica.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los niños que acuden a la consulta con características del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son sobre todo varones. En las

muestras comunitarias parece existir un predominio de varones. Esta diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres diferencia al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo del trastorno bipolar, en el que existe una prevalencia de género similar.

Riesgo de suicidio

Al evaluar a niños con irritabilidad crónica, en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se deberían tener en cuenta los datos científicos que documentan la conducta suicida y la agresividad, así como otras consecuencias funcionales graves.

Consecuencias funcionales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

La irritabilidad grave crónica, como la que aparece en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se asocia a una alteración importante de la familia del niño y de las relaciones con los compañeros, así como también del rendimiento académico. Como consecuencia de su extremadamente baja tolerancia a la frustración, estos niños tienen por lo general dificultades para progresar adecuadamente en el colegio, son a menudo incapaces de participar en las actividades que normalmente disfrutaban los niños, su vida familiar se altera gravemente a causa de sus crisis y su irritabilidad, y tienen problemas para hacer o conservar amigos (DSM-5, 2014).

Por lo general, los niveles de disfunción de los niños con trastorno bipolar y de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son parecidos. Ambos trastornos provocan una grave perturbación en las vidas de los afectados y en sus familias. Tanto en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como en el trastorno bipolar son frecuentes las conductas peligrosas, la ideación o los intentos de suicidio, la agresividad intensa y la hospitalización psiquiátrica.

Diagnóstico diferencial

Como los niños y los adolescentes con irritabilidad crónica normalmente tienen historias complejas, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se debería hacer considerando la presencia o ausencia de otros trastornos múltiples. A pesar de la necesidad de considerar otros muchos síndromes, se requiere una evaluación minuciosa para diferenciar entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno bipolar y el trastorno negativista desafiante.

Trastornos bipolares.

Otros muchos síndromes, se requiere una evaluación minuciosa para diferenciar entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno bipolar y el trastorno negativista desafiante. Se deberían diagnosticar de uno de esos trastornos más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo pueden tener síntomas que también cumplan los criterios de un trastorno de ansiedad y pueden recibir ambos diagnósticos, si bien los niños cuya irritabilidad se manifestó sólo en el contexto de una exacerbación del trastorno de ansiedad deberían diagnosticarse del trastorno relevante de ansiedad más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Además, los niños con trastornos del espectro autista presentan frecuentemente accesos de ira cuando, por ejemplo, se alteran sus rutinas. En estos casos, los accesos de ira deberían considerarse secundarios al trastorno del espectro autista y el niño no se debería diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno explosivo intermitente

Los niños con síntomas sugestivos de un trastorno explosivo intermitente presentan accesos de ira graves muy parecidos a los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, al contrario que en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en el trastorno explosivo intermitente no se requiere una alteración persistente del estado de ánimo entre los accesos. Además, el trastorno explosivo intermitente requiere sólo 3 meses de síntomas activos, a diferencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que requiere 12 meses.

Por lo tanto, no se deberían hacer estos dos diagnósticos en el mismo niño. En los niños con accesos de ira e irritabilidad intercurrentes y persistentes, sólo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Comorbilidad

Las tasas de comorbilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar pacientes cuyos síntomas cumplan únicamente los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos en el DSM-IV parece ser mayor que para otras enfermedades mentales infantiles; el solapamiento mayor se produce con el trastorno negativista desafiante (DSM-5, 2014).

Además de presentar unas tasas globales de comorbilidad altas en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el espectro de enfermedades mórbidas es muy diverso. Estos niños acuden normal mente a la consulta de un amplio abanico de síntomas y diagnósticos de conductas perturbadoras de síntomas afectivos, de ansiedad incluso de espectro autista. Sin embargo, los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

no deberían tener síntomas que cumplan los criterios de los trastornos bipolares, ya que en ese contexto sólo se haría el diagnóstico de trastorno bipolar.

Los niños presentan síntomas que cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante o del trastorno explosivo intermitente y del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, sólo se deberían diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, como se ha señalado anteriormente no se debería hacer un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo si los síntomas aparecen sólo en un contexto que provoca ansiedad, cuando se alteran las rutinas de un niño con trastorno del espectro autista o trastorno obsesivo-compulsivo, ni en el contexto de un episodio depresivo mayor (DSM-5, 2014).

Trastorno de depresión mayor

Criterios diagnósticos

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día. casi todos los días, según se desprende de la Información subjetiva (p. él se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. sí, se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprenden de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.

ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y Pueden simular un episodio depresivo.

Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio

de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo.

Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer

para nada y de desprecio por uno mismo.

Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso Episodio único Episodio recurrente

Leve 296.21 (F320) 296.31 (F330)

Moderado 296.22 (F321) 296.32 (F331)

Grave 296.23 532.2) 296.33 (F332)

Con características psicóticas 296.24 (F32.3) 296.34 (F333)

En remisión parcial 296.25 (F324) 296.35 (F33.41)

En remisión total 296.26 (F325) 296.36 (F33.42)

No especificado 296.20 (F329) 296.30 (F339)

Para un episodio que se considera recurrente debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor.

Especificar:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con catatonia.

Con inicio en el periparto

Con patrón estacional (sólo episodio recurrente)

Características diagnósticas

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infra diagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes.

Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes, pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa

delirante o casi delirante.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades (Criterio A). En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio.

Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.

El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o “por los suelos” (Criterio A1). En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar).

En algunos pacientes que se quejan de sentirse “sesos”, sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar

de manifestar sentimientos de tristeza.

Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores). En los niños y los adolescentes aparece un ánimo irritable o malhumorado más que un ánimo triste o abatido. Esta forma de presentación debería diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración.

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicar). En algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.

La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden conocer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay una pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada (Criterio A3).

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio. (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volverse a dormir).

También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar periodos de sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen la agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos) y la identificación (p. ej., discurso, pensamiento y movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del Contenido del discurso, o mutismo) (Criterio A5). La agitación y el retardo psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deberían representar únicamente sensaciones subjetivas.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga mantenida sin haber realizado ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo considerable. Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado (Criterio A7). Estos pacientes a menudo malinterpretan los acontecimientos diarios neutros o triviales como si probasen los propios defectos personales y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia los acontecimientos inapropiados.

La sensación de inutilidad o de Culpa puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., el paciente está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza en el mundo). Es muy frecuente que el paciente se culpe a si mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales o interpersonales como consecuencia de la depresión, pero esta actitud, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir este criterio.

Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones (Criterio A8). Pueden parecer fácilmente distraíbles o se quejan de problemas de memoria. Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración. En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio (Criterio A9). Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej. Testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumir el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben

como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto).

Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, los pacientes deprimidos que ingresan en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año.

Los pacientes presentan con frecuencia llanto, irritabilidad, estado taciturno, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., dolor de cabeza, de articulaciones, abdominal u otros dolores). En los niños puede presentarse ansiedad por separación.

Aunque existe una gran amplitud de datos bibliográficos que describen los correlatos neuroanatómicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, no existe ninguna prueba de laboratorio que haya probado tener suficiente sensibilidad y especificidad para usarse como herramienta diagnóstica para este trastorno. Hasta hace poco, la alteración más ampliamente investigada en asociación con los episodios de depresión mayor había sido la hiperactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, que parece relacionarse con la melancolía, los rasgos psicóticos y el riesgo de un posible suicidio.

Los estudios moleculares también han encontrado factores periféricos, como variantes genéticas de factores neurotróficos y de citoquinas proinflamatorias. Además, en los adultos con depresión mayor, los estudios de resonancia magnética funcional muestran signos de alteraciones funcionales en los sistemas neurales que soportan el procesamiento emocional, la búsqueda de recompensa y la regulación emocional.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia parece tener un pico hacia los 20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie por primera vez en la ancianidad.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (periodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. Es importante distinguir los pacientes que acuden en busca de tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas han aparecido recientemente.

La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa. Es, por tanto, útil pedir a los pacientes que acuden con síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes. El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo y se puede esperar que muchos pacientes que sólo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo.

Las características que se asocian a unas tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas. El riesgo de recurrencia se vuelve progresivamente menor con el tiempo conforme se incrementa la duración de la remisión. El riesgo es mayor en los pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en los sujetos jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia.

Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y en una proporción considerable de pacientes que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor se acaba probando con el tiempo que en realidad padecen un trastorno bipolar. Esto es más probable en los pacientes en que la enfermedad se en la adolescencia, en los que tienen rasgos psicóticos y en los que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar. La presencia del especificador “con rasgos mixtos” también aumenta el riesgo de un futuro diagnóstico de manía o hipomanía. El trastorno bipolar, en particular con rasgos psicóticos, puede convertirse también en esquizofrenia, siendo este cambio mucho más frecuente que el contrario.

A pesar de que las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos presentan diferencias claras entre ambos sexos, dichas diferencias en entre sexos no parecen existir en relación con la fenomenología, el curso y la respuesta al tratamiento. Así mismo, no se aprecian efectos claros de la edad actual sobre el curso o la respuesta al tratamiento en el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a los síntomas la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras, son más frecuentes en los sujetos mayores.

La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones de inicio en edades tempranas son más familiares y es más probable que conlleven asociadas alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor no suele cambiar por lo general con la edad. El tiempo promedio para la recuperación parece ser estable en largos periodos de tiempo, y la probabilidad de entrar en un episodio, en general, ni aumenta ni disminuye con el tiempo.

Factores de riesgo y pronósticos

Temperamentales el neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes y ambientales.

Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos próximos al comienzo de los episodios no parece ser útil para el pronóstico ni la elección del tratamiento genético y fisiológico.

Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética. Modificadores del curso. Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de

depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario.

El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, la mejoría clínica mantenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado y de la enfermedad subyacente. Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor.

Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los estudios sobre el trastorno depresivo mayor en las diferentes culturas han mostrado diferencias de hasta siete veces en las tasas de prevalencia a los doce meses, pero existe mucha más uniformidad en la proporción mujeres/hombres, en las edades medias de inicio y en el grado en que la presencia del trastorno aumenta la probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias comórbido.

Aunque estos hallazgos sugieren diferencias culturales importantes en la expresión del trastorno depresivo mayor, no permiten determinar asociaciones simples entre culturas concretas y la probabilidad de presentar síntomas específicos. Más bien, los clínicos deberían ser conscientes de que la mayoría de los casos de depresión no se reconocen en los centros de atención primaria en la mayor parte de los países, y de que es muy probable que en muchas culturas los síntomas somáticos sean la queja de presentación. Entre los síntomas del Criterio A, el insomnio y la pérdida de energía son los que se presentan de modo más

uniforme.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la mayor frecuencia en las mujeres es el hallazgo más reproducido en la epidemiología del trastorno depresivo mayor, no hay diferencias claras entre sexos en cuanto a síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor. La disparidad entre las tasas de suicidio de ambos sexos no es tan grande en los pacientes con trastornos depresivos como en la población general.

Riesgo de suicidio

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor

Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor provienen de los síntomas individuales. El deterioro puede ser muy ligero, de modo que muchas personas que interactúan con los individuos afectados no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede llegar hasta a la incapacidad completa, de modo que el paciente deprimido va a ser incapaz de atender sus necesidades básicas de autocuidado, o sufre mutismo, o está catatónico. Entre los pacientes que se atienden en los centros médicos generales, los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen más dolor, más enfermedades físicas y más disminución del funcionamiento en las áreas física,

social y personal.

Diagnóstico diferencial

Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos.

Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos.

Trastorno del humor debido a otra afección médica.

El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, sino se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos.

Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

La distracción y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener precaución para no sobre diagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido.

El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Tristeza.

Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser ampliado para las presentaciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

Comorbilidad

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la Información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la

duración ha de ser como mínimo de un año. Durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración. El individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

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

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente.

Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con inicio en el peripeto

Especificar si:

En remisión parcial

En total

Especificar si:

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

Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro:

No se han cumplido todos los criterios para un episodio de Depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente:

Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual:

Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual:

Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve

Moderado

Grave

Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno

depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos".

Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses (Criterio C).

Prevalencia

El trastorno depresivo persistente es una amalgama del trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico del DSM-IV. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es aproximadamente del 0,5 % para el trastorno depresivo persistente y del 1,5 % para el trastorno depresivo mayor crónico.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la infancia, la adolescencia o la juventud) y, por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (p. ej., antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias.

Cuando los síntomas alcanzan el nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que descendan posteriormente a un nivel inferior. Sin embargo, los síntomas depresivos remiten menos probablemente en un determinado periodo de

tiempo, en el contexto de un trastorno depresivo recurrente que en el de un episodio depresivo mayor.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conductas. ambientales. Los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación. Genéticos y fisiológicos. No hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV.

Es probable que los hallazgos anteriores concernientes a cualquiera de esos diagnósticos sean aplicables al trastorno depresivo persistente. Es, por tanto, probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tengan más trastornos depresivos en general. Se han implicado varias regiones cerebrales (p. ej., el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes. Además, es posible que existan también Alteraciones polisomnográficas.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo persistente

El grado en que el trastorno depresivo persistente repercute en el funcionamiento social y laboral varía ampliamente, pero sus efectos pueden ser tan grandes o incluso mayores que los del trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si existe ánimo deprimido además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios

de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento de este período, entonces se debería hacer el diagnóstico de depresión mayor, pero no se codifica como un diagnóstico separado, sino como un especificador del trastorno depresivo persistente.

Si los síntomas del paciente cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, entonces se debería usar el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor con el episodio actual". Si el episodio depresivo mayor ha tenido una duración de al menos dos años y sigue presentándose, entonces se usa el especificador "con episodio de depresión mayor persistente".

Cuando no se cumplen todos los criterios del episodio depresivo mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto de al menos dos años de síntomas depresivos persistentes, entonces se usa el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual". Si el paciente no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años, entonces se usa el especificador "con síndrome distímico puro".

Trastornos psicóticos.

Los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace un diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica.

Se debe distinguir el trastorno depresivo persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. El diagnóstico es de trastorno depresivo o

bipolar debido a otra afección médica si no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio (p. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se codifica el trastorno mental primario (p. ei., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se considera como una afección médica concomitante (p.ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos.

El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

Trastornos de la personalidad.

A menudo hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad. Cuando la presentación en un individuo cumple los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como de un trastorno de la personalidad, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor, los que tienen trastorno depresivo persistente tienen mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general y de trastornos de ansiedad y de abuso de sustancias en particular. El comienzo temprano del trastorno depresivo persistente se asocia claramente a los trastornos de personalidad de los clusters B y C del DSM-IV.

Trastorno disfórico premenstrual

Criterios diagnósticos

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de

estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. irritabilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar oculta o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes. Hasta Llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio 8.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o

la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, al trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
- F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. Una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afición médica (p. ej., hipertiroidismo).

Procedimientos de registro

Si los síntomas no se han confirmado mediante las evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar "provisional" después de nombre del diagnóstico (es decir, "trastorno disfórico premenstrual, provisional").

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de

la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un periodo libre de síntomas con la fase folicular después de que comience el periodo menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos.

Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, aunque son raros. Algunos consideran la fase premenstrual un período con riesgo de suicidio.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1,8 y el 5,8 % de las mujeres con menstruación. Hay una sobrestimación de la prevalencia si las cifras se basan en informes retrospectivos más que en evaluaciones diarias prospectivas. Sin embargo, la prevalencia estimada, basada en un registro diario de los síntomas durante 1-2 meses, puede ser menos representativa, ya que las pacientes con síntomas más graves quizá no sean

capaces de mantener el proceso de registro. La estimación más rigurosa del trastorno disfórico premenstrual es del 1,8 % en las mujeres que cumplen todos los criterios sin deterioro funcional, y del 1,3 % en las mujeres que cumplen los criterios con deterioro funcional y síntomas concomitantes de otro trastorno mental.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede aparecer en cualquier momento tras la menarquia. La incidencia de casos nuevos en un período de seguimiento de 40 meses es del 2,5 % (intervalo de confianza del 95 % = 1,7-3,7). De modo anecdótico, muchas pacientes refieren que los síntomas empeoran al acercarse la menopausia. Los síntomas cesan tras la menopausia, aunque el tratamiento hormonal sustitutivo cíclico puede precipitar de nuevo la presentación de síntomas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los factores ambientales que se asocian a la presentación del trastorno disfórico premenstrual son el estrés, los antecedentes de traumas interpersonales, los cambios estacionales y a los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino en particular.

Genéticos y fisiológicos.

No se conoce la heredabilidad del trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, se estima que el rango de heredabilidad para los síntomas premenstruales oscila entre un 30 y un 80 %, siendo la estimación de la heredabilidad de un 50 % para el componente más estable de los síntomas premenstruales.

Modificadores de curso.

Es posible que las mujeres que usan anticonceptivos orales tengan menos síntomas premenstruales que las mujeres que no los usan.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno disfórico premenstrual no es un síndrome asociado a una cultura, ya que se ha observado en mujeres de Estados Unidos, Europa, India y Asia. No está claro si las tasas difieren por razas. Sin embargo, los factores culturales pueden influir significativamente sobre la frecuencia, la intensidad y la expresividad de los síntomas, y sobre los patrones de búsqueda de ayuda.

Marcadores diagnósticos

Como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual se confirma adecuadamente tras dos meses de evaluación prospectiva de los síntomas. Se han validado varias escalas, incluidas la Evaluación diaria de la gravedad de los problemas y la Escala analógica visual para los síntomas anímicos premenstruales, que se usan habitualmente en los ensayos clínicos del trastorno disfórico premenstrual. Se ha validado la Escala de evaluación de la tensión premenstrual, que tiene una versión auto aplicada y otra para un observador, y ambas versiones se usan mucho para medir la gravedad de la enfermedad en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual.

Consecuencias funcionales del trastorno

Disfórico premenstrual

Los síntomas deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro obvio y notable de la capacidad para funcionar en el plano social u ocupacional en la semana previa a la menstruación. El deterioro del funcionamiento social puede manifestarse a través de desavenencias matrimoniales y de problemas con los niños, con otros miembros de la familia o con los amigos. No se deberían confundir los problemas matrimoniales o laborales crónicos con la disfunción que aparece solamente asociada al trastorno disfórico premenstrual.

Diagnóstico diferencial

Síndrome premenstrual. El síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síndrome premenstrual. Esta afección puede que sea más frecuente que el trastorno disfórico premenstrual, aunque la prevalencia estimada del síndrome premenstrual varía.

Aunque el síndrome premenstrual comparte la característica de que los síntomas aparecen durante la fase premenstrual del ciclo menstrual, se le considera por lo general menos grave que el trastorno disfórico premenstrual. La presencia de síntomas físicos o conductuales en la pre menstruación, sin los síntomas afectivos requeridos, probablemente cumpla los criterios del síndrome premenstrual y no los del trastorno disfórico premenstrual.

Dismenorrea.

La dismenorrea es un síndrome de menstruaciones dolorosas que difiere del caracterizado por cambios afectivos. Además, los síntomas de la dismenorrea comienzan al inicio de la menstruación, mientras que los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, por definición, comienzan antes del inicio de la menstruación, incluso aunque permanezcan durante los primeros días de ésta.

Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente (distirnia).

Muchas mujeres con trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) (natural inducido por sustancias/ medicamentos) creen que tienen un trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, cuando exponen los síntomas se dan cuenta de que éstos no siguen un patrón premenstrual.

Las mujeres con otro trastorno mental pueden presentar síntomas crónicos o síntomas intermitentes que no se relacionan con la fase del ciclo menstrual. Sin embargo, como el comienzo de la menstruación constituye un hecho fácil de recordar, puede que refieran que los síntomas ocurren sólo durante la fase premenstrual o que los síntomas empeoren antes en la fase premenstrual. Éste es uno de los objetivos para cumplir el requisito de que los síntomas sean confirmados mediante evaluaciones diarias prospectivas.

El proceso del diagnóstico diferencial, en particular si el clínico cuenta sólo con síntomas retrospectivos, se hace más difícil por el solapamiento entre los síntomas del trastorno disfórico premenstrual y algunos otros diagnósticos. El solapamiento de síntomas es particularmente relevante para diferenciar el trastorno disfórico premenstrual del trastorno depresivo mayor, del trastorno depresivo persistente, de los trastornos bipolares y del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, la tasa de trastornos de la personalidad no es más alta en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual que en las que no lo presentan.

2.3 Factores que desencadenan la depresión en adolescentes de secundaria.

La depresión se desencadena principalmente dentro de los tres factores principales en los adolescentes, que son: Familiar, social (incluido el ambiente escolar) y el biológico. Sin embargo, antes de abordar dichos factores es importante mencionar que el adolescente atraviesa por tres estadios, tres duelos según Aberastury y Knobel (1984/2010), para comprender el comportamiento y la elación del adolescente con su entorno. Estos duelos son los siguientes:

El duelo por el cuerpo infantil perdido.

En su libro “La Adolescencia Normal”, Aberastury y Knobel (1984/2010), menciona que esta imposición hace sentir al individuo incapaz de tramitar con su nuevo cuerpo; esta nueva realidad que tiene que ser formalizada lo hace experimentar un sentimiento de impotencia. La contradicción que se da en él, teniendo una mente aún infantil y un cuerpo cercano al de un adulto hacen, hace que pueda experimentar un verdadero fenómeno de despersonalización.

Esta despersonalización se da en los primeros momentos del cambio corporal adolescente y puede ser tramitada desde la sustitución de objetos reales por símbolos verbales, es decir, el sujeto debe abandonar objetos reales como la madre de la infancia y lo que este representa, y a su vez reemplazarlos con el conjunto de símbolos que adquiere en la adolescencia, su ideología, aficiones, gustos y formas sociales con las que se compromete totalmente le ayudan a pasar por esta pérdida y elaborar su correspondiente duelo.

El duelo por el rol e identidad infantiles.

Aquí Aberastury y Knobel (1984/2010), menciona que el adolescente tendrá que vérselas con una realidad que le impone nuevas funciones y responsabilidades y a su vez que le concede menos indulgencia ante sus errores y reconocimiento a sus logros que en su etapa infantil.

De esta manera se encuentra ante una encrucijada, ya que no se le brinda ni permite la dependencia de la cual gozaba el niño, pero tampoco se le brinda la libertad que posee un adulto, de esta manera el camino que busca el adolescente es delegar sus responsabilidades, tanto al grupo social al que pertenece como a los padres que aún posee, recurre a esto quedando su propia personalidad fuera de todo proceso de pensamiento, con un manejo omnipotente; es la

irresponsabilidad típica del adolescente, que él entonces nada tiene que ver con nada y son otros los que se hacen cargo del principio de realidad. De este modo elude su responsabilidad, involucrándose con personas que puedan ayudarlo a cargar con esta sin que él se haga cargo de nada en realidad.

Así se pueden explicar algunas de las relaciones interpersonales del adolescente que van desde el acercamiento más intenso hasta la apatía más fría en cuestión de pocos momentos; el sujeto lo que hace aquí es cosificar a las personas, vinculados a estas según su conveniencia y cómo le puedan servir para soportar esta carga que se le impone desde su nuevo rol y las responsabilidades que debe asumir.

El duelo por los padres de la infancia.

Aberastury y Knobel (1984/2010), menciona que el adolescente debe procesar que sus padres cuidadores y protectores ante cualquier circunstancia han desaparecido y que los seres que lo cuidaban como un “niño” ya no lo harán gracias al tiempo y los cambios que ha sufrido; igualmente los padres deberán aceptar la pérdida de su hijo “niño” y todo lo que esto implica, las libertades que le deberá dar y la conciencia de su propia edad, ya que al tener un hijo adolescente se darán cuenta que su misma juventud ya se ha extinguido y que sus responsabilidades ahora son otras, enfrentarse a la vejez será uno de los asuntos más grandes que deberá tramitar el padre de un adolescente.

Este tiempo de contradicciones significan una encrucijada para los padres y a su vez demuestran la poca integración que posee el adolescente de algunos elementos psíquicos (como el de la unión del valor del dinero y el cómo se obtiene este). Este tipo de situaciones origina perplejidad en el manejo de las relaciones objetales parentales internalizadas y rompe la comunicación con los padres reales externos, ahora totalmente desubicados en el contexto de su personalidad.

De esta manera el adolescente se encuentra confundido a cerca de los padres que antes eran figuras idealizadas y todopoderosas y ahora son sujetos que, él piensa, le coartan su libertad y solo están para complicar su existencia, esto hace que choque con los padres en lo real, siendo la principal causa de desavenencias y conflictos entre ellos.

Estos duelos ayudan a comprender la complejidad de la adolescencia y pese a esta carga, en el ambiente escolar, las variables, los factores que desencadenan síntomas depresivos, suelen pasar desapercibidos; muchos influyen sobre las capacidades de los alumnos, críticas o burlas por parte de sus compañeros o profesores, intimidación, bullying, falta de motivación escolar y familiar, ya que los alumnos traen consigo los problemas familiares que se están presentando en casa, los cuáles se mencionan más adelante.

2.3.1 Factor familiar.

En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con la depresión, de acuerdo al estudio de Pavez, Santander, Carranza, Vera-Villarroel (2009), destacándose específicamente los siguientes factores que desencadenan la depresión: dificultades en las relaciones, comunicación conflictiva, bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental, estructura familiar inestable; historia familiar con depresión, desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias, conducta suicida y conflictos legales del padre.

“Uno de los principales factores que afectan la estabilidad de los adolescentes es la falta de comunicación en la familia y la desintegración familiar, un tema que en nuestros días, lamentablemente es muy común y que destroza el estado anímico de los adolescentes” (Pavez et al. 2009).

De acuerdo a Zuazo (2013), en las familias, sea cual sea su configuración aparecen momentos en los que hay que definir y negociar las relaciones, tanto dentro como fuera de ella, para esto es necesario que la comunicación entre la

pareja sea adecuada y fluida y que sean capaces de adaptarse a las distintas situaciones externas y momentos evolutivos por los que irán pasando.

La comunicación tanto de padres con hijos o hijas, como entre padre y madre es muy importante pues, es mediante ella que están al tanto de lo que sienten o están atravesando los hijos, para así poder ayudarlos y demostrarles que la familia es un soporte emocional para cada uno de sus integrantes. Las múltiples ocupaciones que tienen los adultos contribuyen a que cada vez haya menos períodos de comunicación e intercambio entre ellos.

En la comunicación y en el manejo de los límites juega un papel importante la forma en que fueron criados los padres, pues, en general, éstos crecieron en familias donde no había comunicación entre la pareja ni con los hijos y en donde la palabra de los padres o de los hijos mayores, era la que se imponía; por lo que, ahora como padres, desean tener una comunicación y una relación diferente y más adecuada en su familia pero, no saben cómo.

Se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares, expuesto por Sánchez (2007, citado en Álvarez et al. 2009).

2.3.2 Factor social.

En el ámbito social lo que rodea el entorno del adolescente es el estrés, y éste puede ser definido como el conjunto de demandas sociales y presiones del medio que sobrepasan la capacidad del individuo para ajustarse a las mismas. (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010).

Esto limita la capacidad de acción y supone una amenaza al equilibrio psicológico (Wheaton 1999 citado en Álvaro et al, 2010). Si bien la noción de acontecimientos estresantes nos remite a situaciones interpersonales o sociales

que tienen un impacto negativo en el bienestar psicológico de las personas, los estudios que abordan el impacto de los efectos de acontecimientos negativos sobre el individuo han estado vinculados al análisis de aquellas estrategias que son más relevantes para poder mitigar sus consecuencias negativas (Álvaro et al. 2010).

Dadas las circunstancias, se puede afirmar que el estrés puede ser un factor importante, contribuyente para la depresión en los adolescentes, porque limita sus relaciones afectivas, debido a la inseguridad y miedo a la aceptación o peor aún la autoaceptación para la integración grupal.

La concepción de la autoimagen es un aspecto de suma importancia, ya que es la que regula el autoestima, ya que varía según la percepción que tiene el adolescente del contexto que le rodea, debido a que la autoestima, como valoración de la identidad personal, depende de las actitudes de los otros significativos: la autoimagen no se da en un vacío social, sino que es a través de la interacción con otros como tomamos conciencia de nosotros mismos.

...”La identidad del yo y la autoimagen se dan en el proceso de interacción simbólica entre las personas, el cual nos remite a las posiciones sociales de los sujetos que interactúan y a la estructura social de la que forman parte”... ..” La autoimagen está condicionada por los procesos de socialización diferenciales que se dan en las distintas clases sociales”... (Stryker 1980 citado en Álvaro, Garrido y Schweiger. 2010 p. 338).

2.3.3 Factor biológico.

Como se ha venido mencionando, el abuso de algunas sustancias de uso recreativo (p. ej., alcohol, anfetaminas) puede provocar o acompañar la depresión. Los efectos tóxicos o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos transitorios.

En un estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México, se menciona que en la mayoría de las personas los episodios depresivos surgen a partir de la combinación de los factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales y que éstos con el tiempo incrementan su capacidad patogénica (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2010).

Además de que los trastornos del estado de ánimo, se asocia con la disminución de los neurotransmisores cerebrales que regulan el estado de ánimo como la adrenalina y la serotonina; Guadarrama et al. (2010), destacaron un estudio para ver porqué las experiencias estresantes llevan a la depresión a algunas personas y a otras no; donde hallaron que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión; y que esto la interacción genético-ambiental, donde la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo.

Las personas que han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menos flexibles y/o con tendencias a la ansiedad muestran más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, ya que carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las presiones de la vida. La depresión también puede aparecer en personas que tienen otras enfermedades mentales; ya que de acuerdo al estudio que verificaron Guadarrama et al. (2010), las personas más propensas a la depresión, son aquellas que no pueden lidiar del todo y son más vulnerables ante situaciones estresantes y por ende presentan síntomas depresivos.

Las mujeres tienen un riesgo más alto de presentar depresión y los posibles factores son una mayor exposición o una mayor respuesta ante el estrés cotidiano, concentraciones más altas de monoaminoxidasa, la enzima que degrada los neurotransmisores que se consideran importantes para el estado de ánimo, y los

cambios endocrinos que se producen con la menstruación y en la menopausia; y según Wolf, Valenzuela, Esteffan y Zapata (2009), en el caso de la madres adolescentes, y la depresión posparto; los síntomas aparecen dentro de las 4 semanas siguientes al parto, debido a los eventos psicológicos y sociales negativas a las que son expuestas; se ve implicada la participación de factores endocrinos, pero se desconoce la causa específica.

En el trastorno afectivo estacional, los síntomas se desarrollan siguiendo un patrón estacional, típicamente en otoño o invierno; el trastorno tiende a aparecer en climas que tienen inviernos largos o crudos.

2.4 La Depresión en adolescentes de México.

Un artículo publicado por Cruz (2016), en el diario de la Jornada en 2016, menciona que México está entre los países con mayor aumento en lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, a causa de enfermedades mentales, principalmente depresión; y que en las mujeres, el padecimiento ocupa el primer lugar de discapacidad para las actividades de la vida diaria y es el segundo entre los hombres. Además en México sólo 17.7% de los enfermos mentales reciben la atención médica que se quiere.

Por otro lado Fuentes (2017), en el diario Excelsior en 2017, publicó que al menos 34.5 millones de personas en México se han sentido alguna vez deprimidas; de ellas, 14.48 millones son hombres y 20.37 millones son mujeres; de ese total, sólo 1.63 millones de personas toman antidepresivos.

También se publicó en el mismo diario que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares 2015, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en ese año había 104.95 millones de personas mayores de 7 años en todo el país; de ellas, 57.2 millones se habían sentido alguna vez preocupadas o nerviosas (Fuentes, 2017).

Fuentes (2017), compartió en éste diario que ésta sensación de “nerviosismo o preocupación” la sintieron todos los días un total de 11.58 millones de personas; otros 9.4 millones la sintieron semanalmente; 7.43 millones se sintieron nerviosos o preocupados una vez al mes; mientras que 28.75 millones se sintieron así “algunas veces al año”. En contraste, 47.32 millones declararon “nunca haberse sentido preocupados o nerviosos”.

La intensidad de la sensación mencionada varía. En la categoría de “poco nerviosos o preocupados” se ubicaron 33.4 millones de personas; mientras que en el nivel de “mucho” se ubicaron 10.91 millones.

Del total de personas que declararon alguna vez haberse sentido “preocupadas o nerviosas”, hay un total de 2.98 millones que declaran tomar algún medicamento para el tratamiento de su sensación (Fuentes, 2017).

Fuentes (2017), destaca que, la Encuesta Nacional de Hogares también muestra que hay más mujeres que hombres que declaran haberse sentido preocupadas o nerviosas. En efecto, entre ellas hay 54.31 millones que tienen 7 años o más; de las cuales, 31.31 millones (57.65% del total) declararon alguno de los estados de preocupación o nerviosismo.

En contraste, entre los hombres hay 50.63 millones mayores de 7 años, entre quienes hubo en 2015 un total de 25.88 millones (51.11% del total) que declararon haberse sentido preocupados o nerviosos.

Además en el grupo de 7 a 14 años había, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 18.35 millones de niñas, niños y adolescentes; entre ellos, los sentimientos descritos afectaban a 4.48 millones, cifra equivalente al 24.41% en el grupo de edad,

En el grupo de 15 a 29 años, el INEGI contabilizó a 30.75 millones de adolescentes y jóvenes, entre quienes la sensación de preocupación o nerviosismo afectó a un total de 15 millones, dato equivalente a 48.75%. Es decir, una incidencia del doble respecto del grupo de edad previamente señalado.

Así mismo, en la misma publicación de Excélsior en 2017, el INEGI documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. Asimismo, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

En este indicador la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres.

De acuerdo con el INEGI, las estadísticas de mortalidad muestran que entre los años 2011 y 2015 fallecieron 23,335 personas por trastornos mentales; es decir, un promedio de 4,667 casos anuales, aunque en los años del 2014 y 2015, las cifras crecieron a 5,378 y 5,327 casos, respectivamente (Fuentes 2017).

2.5 La Depresión en la educación.

Cuando la depresión se manifiesta, en la educación puede ocasionar fracasos escolares, inasistencia escolar y retraso, Los estudiantes de familias divididas abandonan las clases en un índice de un 30% superior al de los hogares unidos. Estas diferencias existen debido en parte a que los hogares divididos parecen menos capaces de supervisar y controlar a sus hijos (Zuazo, 2013).

También puede presentarse problemas de integración social, reflejados principalmente en el ámbito escolar de los niños, bajas calificaciones, dificultades para hacer amigos y el aislamiento.

La familia influye sumamente en el ámbito educativo del adolescente, debido a que la estructura familiar afecta a todos los niveles de la educación, desde el preescolar hasta el universitario; por ende las consecuencias negativas debidas a la desintegración familiar son notablemente más graves, teniendo como consecuencia el abandono escolar, bajo rendimiento escolar, adicciones, rebeldía y embarazos precoces (Zuazo, 2013).

La desintegración familiar afecta principalmente la conducta y el rendimiento escolar de las y los alumnos. En cuanto al plano académico, se produce un desnivel educativo que puede incrementarse a medida que el niño vaya creciendo si es que no es tratado adecuadamente.

Como ya se ha mencionado, las principales características de los adolescentes a nivel psicológico son su volubilidad y despreocupación por las responsabilidades, cabe aclarar que esto no es aplicable absolutamente a toda la comunidad juvenil por la enorme diversidad existente, sin embargo si en una mayoría. Hay una gran intensidad de emociones y sentimientos, y desproporción entre el sentimiento y su expresión. Las manifestaciones externas son poco controladas y se traducen en expresión corporal, como la tristeza que se suele expresar con agresión; principalmente en los dos últimos años de secundaria, según Amador (2008, citado en Zuazo, 2013).

Los/las adolescentes viven ligados, inexorablemente, a etapas de transición (académicas, laborales, biológicas...), los sentimientos que la acompañan son de temor ante la posibilidad de no estar preparados para afrontar con solvencia estos cambios, de desosiego ante lo desconocido. De ahí que la transición a la vida activa adquiera especial relevancia en la adolescencia (Fernández y Malvar, 2011, pp. 103)

2.6 Regulación emocional

En la adolescencia principalmente, las emociones juegan un papel sumamente importante, debido al constante cambio emocional que se presenta en esta etapa; y que son generadas por los estímulos variantes a los que son expuestos los adolescentes, ya que según Ekman (1992, citado en Reyes y Tena 2016), las emociones son una respuesta fisiológica y una tendencia a la acción.

Reyes y Tena (2016), proporcionan una definición de emoción, a la que se refieren como una respuesta psicofisiológica breve (que puede durar de segundos a 10 minutos) y maleable que se presenta ante un evento psicológico relevante para las metas individuales. Se componen de la siguiente manera;

- a) “Un elemento cognitivo compuesto por una orientación atencional específica y una valoración de la relación entre el evento y las metas personales.
- b) Un elemento fisiológico.
- c) Una tendencia conductual. (Reyes y Tena, 2016 p. 1)”

Estos mismos autores, afirman que sus funciones son preparar al organismo para identificar sus mentes, comunicarlas y actuar para lograrlas; además es necesario identificar y nombrar las emociones, para facilitar la identificación de metas personales.

Las emociones se han vinculado a la toma de decisiones, cambios en el comportamiento, la detección y comunicación de necesidades; por ello se asume que cualquier tratamiento orientado a la regulación de emociones se puede beneficiar de reconocer su utilidad y aprovecharlas para la satisfacción de objetivos, y así se podrían evitar estrategias orientadas a su evitación o inhibición. (Reyes y Tena 2016).

De acuerdo a Werner y Gross (2012, en Reyes y Tena 2016), las dificultades para regular las emociones se relacionan a comportamientos impulsivos, desadaptados y erráticos. Sin embargo, los trastornos psicológicos como la depresión entre otros, se pueden entender como formas desadaptativas de regulación emocional, y conocer la forma en que las personas con alguna psicopatología regulan sus emociones, o por lo contrario, la dificultad que tienen para hacerlo, puede ayudar a comprender las dificultades de adaptación, así como deducir la mejor forma de ayudarlas (Leahy 2012, en Reyes y Tena, 2016).

La regulación emocional (Gross y Thompson 2007, en Reyes y Tena, 2016), la definieron como el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones, ya sean positivas o negativas, las cuales ellos mismos y otras personas experimentan y como las expresan. Mientras que Eisenberg, Hofer y Vaughan (2007, en Reyes y Tena 2016), señalan que la regulación emocional tiene un fuerte componente motivacional que sirve para lograr metas y adaptación biológica y social.

El modelo de regulación emocional muestra cinco categorías de estrategias para la regulación emocional, Gross (1998, citado en Reyes y Tena, 2016), menciona que son:

- a) Selección situacional: La elección estratégica de las situaciones a las que las personas se exponen, y la función que esta elección tiene para experimentar o evitar las emociones asociadas.
- b) Modificación situacional: Cuando las personas se exponen a una situación, pueden alterarla y modificar su impacto emocional.
- c) Manipulación de la atención: La atención se puede manipular a voluntad para concentrarse en aspectos específicos de un evento o distraerse de otros.
- d) Revaloración cognitiva: Reconstruir de manera deliberada el significado de una situación y así promover la experiencia de emociones alternativas.

- e) Modulación de respuesta: Son intentos de modificar la emoción cuando ya está en proceso.

Así también, Werner y Gross (2010, en Reyes y Tena 2016), afirman que la regulación emocional efectiva, implica la adaptación al contexto y congruencia con el control de eventos externos e internos, así como las metas a largo plazo, llevando el siguiente proceso:

- a) Pausarse y permitir la experiencia de los eventos privados de la emoción (pensamientos, impulsos, sensaciones, sentimientos), sin evitarlos, auto observarse y prevenir respuestas de evitación de tal manera que facilite el procesamiento emocional.
- b) Reconocer la emoción, nombrarla para facilitar su regulación de manera efectiva.
- c) Discriminar que tan controlables son la situación y la emoción misma.
- d) Consciencia y jerarquización de los valores personales y meta a largo plazo, ya que se requiere inhibir la conducta impulsiva y reorientar el comportamiento hacia una meta deseada.

Por otro lado, Leahy, Tirch y Napolitano (2011, citado en Reyes y Tena, 2016), argumentan que la desregulación emocional, es la dificultad para regular la expresión emocional y permitir el adecuado procesamiento emocional; ésta se puede manifestar como una excesiva intensificación de las emociones o una inhibición excesiva de ellas.

CAPITULO III

PROPUESTA

3.1 Justificación

La Depresión en nuestros días ha alcanzado un papel de suma importancia para la salud mental, ya que desde hace media década, instituciones de la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que, afirmaba que la depresión sería la enfermedad del futuro; debido al estilo de vida que llevamos las personas, tanto laboral como familiar, y de acuerdo a la OMS (2017c) la depresión se refiere a un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En 2017 el tema de la campaña en el día mundial de la salud, fue “La Depresión” que es una de las afecciones prioritarias en el programa de acción para superar la brecha en salud mental de la OMS(2017c), y la campaña llevo el nombre de “Hablemos de depresión”, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental.

El programa parte del principio de que con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos (OMS 2017c).

No obstante, en los adolescentes, la depresión impacta de manera considerable, ya que en México sólo 17.7% de los enfermos mentales reciben la atención médica que requieren; y esto repercute en los adolescentes en las áreas social y familiar principalmente (Cruz, 2016); y una de las razones es porque la mayoría de los adolescentes no aceptan que son propensos o que ya están padeciendo síntomas depresivos, ya sea por cuestiones ideológicas, culturales, etc.

Los padres de familia, juegan un rol decisivo que suele ser una espada de dos filos para la estabilidad de los jóvenes, ya que toda la familia puede ser afectada. Esto suele pasar en ambientes familiares fracturados, donde la confianza tiene pocas probabilidades de mantener una comunicación efectiva que permita fortalecer la armonía y los valores en las relaciones afectivas de la familia.

La intervención adecuada es eficaz para erradicar este trastorno en sus distintas aplicaciones farmacológicas y terapéuticas, sin embargo ante el hecho de que los adolescentes ignoran los riesgos a los que son propensos, es importante que los padres de familia tengan al alcance la información y herramientas necesarias para detectar y contrarrestar los posibles síntomas depresivos en sus hijos, y así fomentar y fortalecer factores protectores ante la depresión, así como los valores que coadyuvan a una regulación emocional satisfactoria, tales como el amor, la confianza y el respeto en el núcleo familiar. De ahí la importancia y el interés de crear este taller a nivel preventivo para fines ya mencionados.

3.2 Objetivo general

Reconstruir el papel de los padres en la familia, para que comprendan la importancia de la comunicación, el afecto y la confianza con sus hijos, contribuyendo a la mejora de sus relaciones intrafamiliares y sociales, promoviendo así los factores protectores ante la depresión.

3.3 Objetivos específicos

1. Comprender los conceptos de Adolescencia y Depresión, así como las causas, consecuencias, tipos y sintomatología de ésta última, analizando los diversos factores de riesgo por los que puedan estar pasando nuestros adolescentes, para que los padres tomen conciencia sobre cómo poder prevenir este trastorno y sus complicaciones.

2. Comprender el significado de ser padre o madre de familia, diferenciando los cambios que han existido a lo largo del tiempo, a efecto de establecer una identidad en nuestro presente y contribuir a una mejora en la identidad del adolescente en riesgo.

3. Rescatar los valores morales, tales como el amor, el respeto y la confianza en los padres, que han servido de cimiento al progreso, al bienestar y al desarrollo colectivo e individual de la familia, con el fin de prevenir la depresión, siendo así una base para los factores protectores ante la depresión.

4. Analizar la lectura: “Tu hijo, tu espejo”, de la autora María Alicia Chávez, para que a través de un círculo de lectura los padres comprendan la importancia que tienen sus actos en la construcción de la personalidad de sus hijos, para prevenir la depresión.

5. Lograr una reflexión sobre la prevención, obteniendo un panorama más amplio y preciso, para que los padres sepan cómo poder aplicar lo aprendido, favoreciendo los factores protectores y minimizar riesgos de depresión en sus hijos adolescentes.

3.4 Programación

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-11:00 AM				

3.5 Participantes

Para reclutar a los participantes del taller, siendo un máximo de 30 a 40 personas; se aplicará un cuestionario basado en criterios de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes, *Children's Interview for Psychiatric Syndromes* ChIPS (2001) ver anexo 1. Con el objetivo de que los padres detecten factores de riesgo de depresión en sus hijos adolescentes, el resultado se basará en el mayor número de respuestas positivas obtenidas, siendo los incisos (**A** y **B**), siendo un total de 10 preguntas, quienes obtengan dicho resultado, acudirán al taller.

3.6 Escenario

Escuelas Secundarias en salones de usos múltiples, equipado con acceso a proyector, equipo de cómputo, buena iluminación con 50 sillas, 2 mesas, 1 paquete de hojas blancas tamaño carta.

3.7 Procedimiento

TALLER DE PREVENCION DE LA DEPRESION EN ADOLESCENTES, DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA

Nombre de la actividad: Adolescencia y Depresión.

Elaborado por: Manuel Alejandro Durán Aranda

No. de sesiones: 5

Sesión: 1 **Fecha:**

Objetivo general: Reconstruir el papel de los padres en la familia, para que comprendan la importancia de la comunicación, el afecto y la confianza con sus hijos, contribuyendo a la mejora de sus relaciones intrafamiliares y sociales, promoviendo así los factores protectores ante la depresión.

Objetivo de la sesión: Comprender los conceptos de Adolescencia y Depresión, así como las causas, consecuencias, tipos y sintomatología de ésta última, analizando los diversos factores de riesgo por los que puedan estar pasando nuestros adolescentes, para que los padres tomen conciencia sobre cómo poder prevenir este trastorno y sus complicaciones.

TEMA	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	MATERIALES	TIEMPO
ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN	Dinámica: <i>Conociéndose.</i>	Los padres de familia dirán ante sus compañeros su nombre, ocupación, edad y nombre de sus hijos y qué es lo que más disfruta hacer con ellos.		20 MIN
	Exposición por parte del instructor con el tema: <i>Adolescencia. <u>Ver anexo 2</u></i>	El instructor expondrá el tema haciendo preguntas a los padres referentes a los puntos tocados en el tema.	. Computadora . Proyector. . Pantalla.	35 MIN
	Retroalimentación.	Preguntas al instructor referente a los temas por parte de los padres		15 MIN
	Exposición por parte del instructor del curso, con el tema: <i>Depresión. <u>Ver anexo 2</u></i>	El instructor expondrá el tema haciendo preguntas a los padres referentes a los puntos tocados en el tema.	. Computadora . Proyector. . Pantalla.	35 MIN
	Retroalimentación.	Preguntas al instructor referente a los temas por parte de los padres.		15 MIN

Cierre: Al término de la sesión los padres obtendrán el concepto más apropiado para considerar y comprender mejor lo que pueda estar pasando con sus hijos adolescentes en riesgo de depresión.

Sesión: 2 Fecha:

Objetivo de la sesión: Comprender el significado de ser padre o madre de familia, diferenciando los cambios que han existido a lo largo del tiempo, a efecto de establecer una identidad en nuestro presente y contribuir a una mejora en la identidad del adolescente en riesgo.

TEMA	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	MATERIALES	TIEMPO
EL SIGNIFICADO DE SER PADRE O MADRE	Dinámica: <i>Trabajando en equipo.</i>	Los padres de familia se reunirán en equipos de cuatro personas y construirán una definición de lo que significa ser padre o madre, a partir de las preguntas: ¿Qué significa ser padre?, y ¿Qué significa ser madre?		20 MIN
	Proyección del video: <i>Los niños ven... los niños hacen.</i> (Alvarocivic 2009) <u>Disponible en You tube</u>	Después de ver el video, los padres y el instructor comentaran sobre su contenido.	. Computadora. . Proyector. . Pantalla	15 MIN
	Exposición, por parte del instructor del curso, con el tema: <i>El Significado de ser Padre o Madre.</i> <u>Ver anexo 3</u>	El instructor expondrá el tema haciendo preguntas a los padres referentes a los puntos tocados en el tema.	. Computadora. . Proyector. . Pantalla	35 MIN
	Proyección del video: <i>Crianza positiva, apostemos por el buen trato.</i> Psicología118 (2011) <u>Disponible en You tube</u>	Después de ver el video, los padres y el instructor comentaran sobre su contenido.	. Computadora. . Proyector. . Pantalla	20 MIN
	Dinámica: Introspección.	Los participantes de manera personal, escribirán las diferencias de ser, de ellos mismos como padres, con respecto a sus propios padres, y dirán el porqué de las posibles diferencias encontradas, así como si creen que está bien o mal su postura como padres y porqué.	. Hojas de papel . Lapiceros.	20 min
	Retroalimentación.	Preguntas al instructor referente a los temas por parte de los padres.		10 MIN

Cierre: Al término de la sesión los padres construirán su propio significado de Ser Madre/Padre.

Sesión: 3 Fecha:

Objetivo de la sesión: Rescatar los valores morales, tales como el amor, el respeto y la confianza en los padres, que han servido de cimiento al progreso, al bienestar y al desarrollo colectivo e individual de la familia, con el fin de prevenir la depresión, siendo así una base para los factores protectores ante la depresión.

TEMA	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	MATERIALES	TIEMPO
RESCATANDO LOS VALORES	Dinámica: <i>Las Ganancias.</i>	Los padres de familia se reunirán en equipos de cinco personas a efecto de llevar a cabo la dinámica sugerida, elegirán a uno de los integrantes como observador, quien llevará el registro de todo lo acontecido, pero no podrá por ningún motivo hablar sino hasta el final de la dinámica. Las instrucciones las dará a conocer el expositor en su oportunidad.	. Hojas de papel . Lapiceros	40 MIN
	Proyección del video: <i>Valores morales del siglo XXI.</i> (Sosa, 2009). <u>Disponibile en You tube</u>	Después de ver el video, los padres y el instructor comentaran sobre su contenido.	.Computadora. . Proyector. . Pantalla.	15 MIN
	Dinámica: <i>Lluvia de Ideas.</i>	Los padres de familia harán una lluvia de ideas respecto de lo que ellos entienden como <u>valores</u> y mencionarán a todos aquellos valores que ellos mismos consideren que puedan tener esa categoría. El instructor anotará del lado izquierdo del pizarrón un significado de <i>valores</i> construido por los participantes y del lado derecho enlistará todos aquellos valores que sean mencionados por los participantes.	. Marcadores. . Pizarrón.	10 MIN

Exposición, por parte del instructor, con el tema: <i>Rescatando los Valores</i> . <u>Ver anexo 4</u>	El instructor expondrá el tema haciendo preguntas a los padres referentes a los puntos tocados en el tema.	. Computadora . Proyector. . Pantalla	35 MIN
Proyección del video: <i>EX. E.T.</i> (ESMA Movies. 2009). <u>Disponible en YouTube</u>	Después de ver el video, los padres y el instructor comentaran sobre su contenido.	. Computadora. . Proyector. . Pantalla.	20 MIN
Entrega de lectura del libro "Tu hijo, tu espejo" de la autora María Alicia Chávez	El instructor repartirá a los integrantes copias del fragmento del libro "Tu hijo, tu espejo" de la autora María Alicia Chávez, para que la lean en casa.	. Libro: "Tu hijo, te Espejo". Pp: 26-37, 61-64,	10 MIN

Cierre Al término de la sesión los padres enlistarán en su cuaderno, cuáles son los valores que poseen, y cuáles son los valores que necesito tener.

Sesión: 4 Fecha:

Objetivo de la sesión: Analizar la lectura: “Tu hijo, tu espejo”, de la autora María Alicia Chávez, para que a través de un círculo de lectura los padres comprendan la importancia que tienen sus actos en la construcción de la personalidad de sus hijos, para prevenir la depresión.

TEMA	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	MATERIALES	TIEMPO
TU HIJO, TU ESPEJO...		En equipos de cuatro integrantes, los padres resaltarán los puntos más importantes de un fragmento de la lectura “ Tu Hijo, tu Espejo ”, de la autora: María Alicia Chávez, que previamente se haya leído.		35 MIN
	Dinámica: <i>Círculo de Lectura.</i>	<u>Ver anexo 7</u> Se formará un círculo entre los participantes y el instructor hará una retroalimentación de los comentarios vertidos en relación a la lectura sugerida, enfocados a sobreponer al amor por encima de la culpa, miedos y problemas que se involucran en la relación padres-hijos. <u>Ver anexo 9</u>	. Libro: “Tu hijo, te Espejo”. Pp: 26-37, 61-64,	20 MIN
	Proyección del video: <i>El cazo de Lorenzo.</i> <u>Disponible en You tube</u>	Después de ver el video, los padres y el instructor comentaran sobre su contenido.	. Computadora. . Proyector. . Pantalla.	15 MIN
Exposición por parte del instructor con el tema: <i>Tu hijo, tu espejo...</i> <u>Ver anexo 5</u>	El instructor expondrá el tema haciendo preguntas a los padres referentes a los puntos tocados en el tema, para una retroalimentación final.	. Computadora. . Proyector. . Pantalla.	30 MIN	

Cierre Al término de la sesión los padres anotarán en su cuaderno su opinión, en un párrafo breve, en relación a la lectura sugerida y realizada.

Sesión: 5 Fecha:

Objetivo de la sesión: Lograr una reflexión sobre la prevención, obteniendo un panorama más amplio y preciso, para que los padres sepan cómo poder aplicar lo aprendido, favoreciendo los factores protectores y minimizar riesgos de depresión en sus hijos adolescentes.

TEMA	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	MATERIALES	TIEMPO
ÁMALOS Y HAZ LO QUE QUIERAS: UNA MANERA DE RECUPERAR EL AMOR, LA CONFIANZA Y LA COMUNICACIÓN CON NUESTROS HIJOS.	Narración.	El expositor narrará una historia relacionada con la Ley 80 – 20, en la que se enseña a los padres a tener un control sobre sí mismos. Al término podrán realizarse comentarios al respecto. <u>Ver anexo 8</u>	. Lectura: "Ley 80/20"	25 MIN
	Proyección del Vídeo: <i>Asumir el riesgo, responsabilidad de todos</i> . Leal, (2017).	Al término del video, los participantes (en equipo de dos personas) discutirán sobre el amor y el respeto de sus padres y su propio amor y respeto a sus hijos, a efecto de encontrar las diferencias entre ambas.	. Computadora . Proyector. . Pantalla	20 MIN
	Exposición por parte del instructor del curso, con el tema: <i>Ámalos y haz lo que quieras: Una manera de recuperar el amor, la confianza y la comunicación con nuestros hijos</i> . <u>Ver anexo 6</u>	El instructor expondrá el tema haciendo preguntas a los padres referentes a los puntos tocados en el tema.	. Computadora . Proyector. . Pantalla	45 MIN
	Proyección de video: Fragmento de la película: <i>Conserje en condominio</i> . Delgado, M. (Productor). (1974)	Después de ver el video, los padres y el instructor comentaran sobre su contenido y lo que implica fomentar la autoridad, el cariño, el amor, el respeto y la comunicación para con sus hijos.	. Computadora . Proyector. . Pantalla	20 MIN
	Reflexión para la prevención.	Los padres realizarán una lluvia de ideas en relación a cómo poder aplicar lo aprendido para favorecer los factores protectores y minimizar los riesgos de depresión		15 MIN

Cierre: Al término de la sesión los padres obtendrán el concepto más apropiado para considerar y aplicar lo aprendido para favorecer los factores protectores, minimizando los riesgos de depresión en los adolescentes; teniendo como resultado una relación sana y ordenadora para sus hijos y para ellos mismos.

Conclusiones.

Lo expuesto a lo largo de este trabajo, permite concluir que, tal como lo anunciaba la OMS hace una década, la depresión en la actualidad es una enfermedad común en México y el resto del mundo, debido al estilo de vida que estamos llevando; sin embargo aunque organizaciones de la salud como la OMS (2017c), promueven campañas para combatir estos trastornos, a pesar de la tecnología y la globalización, aun difícilmente esta información llega a los lugares más remotos donde el contexto suele ser hostil e ideologías como el machismo, desintegración y violencia familiar predominan en las familias.

La poca cultura de informarse acerca de las enfermedades mentales a las que estamos expuestos, el pasar por alto sentimientos de tristeza, sentirse decaído, con poca valía está afectando a los adolescentes y al desarrollo integral de la familia porque algunos padres consideran estos síntomas y conductas como algo “normal” en sus hijos adolescentes; no obstante si no se toman las precauciones adecuadas, estos síntomas aumentan gradualmente hasta convertirse en depresión.

Lamentablemente en México sólo 17.7% de los enfermos mentales reciben la atención médica que se requiere, y esto permite dimensionar la magnitud del problema; y aquí es donde los padres de familia juegan un rol decisivo que suele ser en pro o en contra para la estabilidad de los jóvenes (Cruz, 2016)

Tal es el caso de ambientes familiares fracturados, donde la confianza tiene pocas probabilidades de mantener una comunicación efectiva que permita fortalecer la armonía y los valores en las relaciones afectivas de la familia debido a la ideología, cultura, educación, posiblemente a que los padecimientos ya se estén presentando en la familia y por miedo no lo acepten e inclusive que los mismos

padres tengan depresión y dichos comportamientos les sean lo más natural dentro del contexto familiar.

Los padres y adolescentes deben colaborar para atender estos factores de riesgo, pero no podrán lograrlo si valores como el amor, la comunicación y la confianza no están presentes en la convivencia familiar, y la ausencia de estos valores propicia el surgimiento de signos y síntomas depresivos y por ende una actitud evasiva a los conflictos que termina por no aceptar que los adolescentes están en riesgo de depresión; y tampoco los padres de familia (AMAPSI A.C., 2010).

Por otro lado, los padres son el factor clave para lograr una estabilidad en el desarrollo integral familiar, porque fomentando factores protectores ante la depresión como el afecto, la confianza y la comunicación, fortalecen el vínculo familiar. Cabe afirmar que este taller va a permitir, entre los objetivos previamente establecidos, recobrar el significado de ser padre o madre de familia, diferenciando los cambios que han existido, respecto a la paternidad; a lo largo del tiempo durante las generaciones en su familia, a efecto de establecer una identidad como padres en nuestro presente y contribuir a una mejora en la identidad del adolescente en riesgo.

El presente taller es de carácter preventivo, lo que no significa que acudiendo a éste se está dando por hecho que los hijos adolescentes de los padres participantes, sean depresivos. Al contrario, los padres beneficiados con el taller podrán adquirir un panorama amplio, claro y conciso sobre la adolescencia y sus cambios, para comprender mejor las características sobre esta etapa y el comportamiento de sus hijos, esto les permitirá acercarse más a ellos, mejorando su comunicación, así como una convivencia sana de padres-hijos y una relación familiar fructífera.

Los alcances del taller contribuirán a la reestructuración familiar haciendo énfasis en los riesgos de depresión, así como los factores protectores junto con los valores morales mencionados coadyuvando a que las familias de hoy en día fortalezcan sus valores, para fomentar la confianza para poder resolver los conflictos que se presentan en la etapa de la adolescencia que suelen afectar la estabilidad familiar.

REFERENCIAS

Aberastury, A; Knobel, M. *La Adolescencia Normal*. Editorial Paidós. Buenos Aires. (1984)

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Ciudad de México CDMX. Editorial Médica Panamericana, S.A.

Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, M. L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2).

Álvarez, M. Coffin, N. Jiménez, M. L. Silva, A. & Ramírez, B. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 9(2) 205-216.

Álvarez, M., Atienza, G., De las Heras, E., Fernández, R., Ferrer, E., Goicoechea, A., Iglesias, J.L., Louro, A., Martínez, B., Mazaira, J., Paz, A., Paz, L., Roca, M.I. & Triñares, L. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Madrid España.

Álvaro, J., Garrido, A. & Schweiger, I. (Eds.) (2010). CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESIÓN Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, Vol.68, p.337. doi: 10.3989/ris.2008.06.08

Alvarocivic. (2009). *Los niños ven los niños hacen* [3gp]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=D1wuvD4IWKs>

- Arenas, S. C. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes (Tesis de Licenciatura de Psicología inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología AMAPSI A.C., (2010). *Teoría de la Praxis*. Manuscrito inédito.
- Beck, A. T., Emery, G. Rush, A.J., Shaw, B.F. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. México D.F. Descleé de Brouwer.
- Chávez, M. A. (2011). *Tu hijo, tu espejo: Un libro para padres valientes*. Penguin Random House Grupo Editorial México. Pp. 26-37 y 61-64
- Conde-Rosas, J. y De Jacobis-Viñolas, G. (2001) ¿Por qué los estudiantes del segundo grado de bachillerato reprueban?, por un coeficiente intelectual bajo o por factares emocionales. (Tesis de Licenciatura de Psicología inédita) Universidad Franco Mexicana.
- Cruz, A. (14 de octubre, 2016). Depresión, principal causa de discapacidad entre mexicanas. *La Jornada* Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2016/10/14/sociedad/038n1soc>
- Delgado, M. (Productor). (1974). México. *Conserje en condominio*. [DVD].
- Departamento de Educación de los Estados Unidos Oficina de Asuntos Intergubernamentales e Interagencia. (s.f.). *Adolescentes: Guía para padres y madres*. Washington, D.C., 20202.
- ESMA Movies. (2009). *EX-Et Jury's Prize at Annecy Festival 2009*. [3gp]. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=A8BcnXmOI_s

- Escobar, A., Guadarrama, L. & Zhang, L. (s.f.). Bases Neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Recuperado de www.ejournal.unam.mx
- Esteffan, K., Valenzuela, P., Wolf, C. & Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74 (3), pp. 151-158
- Estévez, E. Jiménez, T. I. & Martínez, B. (2009). Las relaciones sociales en la escuela: el problema del rechazo escolar. *Psicología Educativa*, Vol. 15(1), 5-12.
- Estévez, E. Moreno, D. Murgui, S. & Musitu, G. (Eds.). (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 25(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016300009>
- European Alliance Against Depression iFightDepression. (2017). ¿Cómo afecta la Depresión a nivel Neurobiológico?. Recuperado de <http://ifightdepression.com/es/index.php?id=6721>
- Fernández, M. D. & Malvar, M. L. (2011). El papel de la escuela en la transición a la vida activa del/la adolescente: buscando buenas prácticas de inclusión social. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, Vol. 4(2), 101-114.
- Fuentes, L. (4 de abril, 2017). México social: depresión, agenda de riesgo. *Excélsior*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/04/04/1155769#view-1>

- Freud, S. (1917/1993). Duelo y Melancolía. En *Obras completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortur.
- García, A. (2002). La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México (Tesis de Licenciatura de Psicología inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M.A., Peralta, R. & Wagner, F. (2015). Boletín Médico del Hospital Infantil de México. *Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica*. Pp. 1-7.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Internacional de Psicología y Educación*. Vol. 10. Pp. 105-122.
- Heredia, M.C., Lucio, E., Suárez, L.E. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Vol. 1. Pp.49-57.
- Leal, J.H. (2017). *Asumir el riesgo, responsabilidad de todos*. [3gp]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=VXpPknSvnAU>
- Livingstone, Ch. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. México D.F. Editorial medica panamericana.
- Lowen, A. (1984). *La depresión y el cuerpo: La base biológica de la fe y la realidad*. Madrid. Alianza editorial.

Mansilla, S. (s.f.). Crecimiento y desarrollo del el niño y del adolescente sano. Revista Chilena de Pediatría. Recuperado el 15 de junio de 2017 de http://aconcagua.sochipe.cl/subidos/catalogo3/desarrollo_psicosocial_adolescente.pdf

Martínez, L.G., Obregón, N., & Rivera, M.E. (2013). *Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales*. Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMNSH), Morelia, Michoacán México.

Medina, M.A., Real, T. & Sarti, E.J. (Eds.). (2015). *La Depresión y otros Trastornos Psiquiátricos*. México D.F. Intersistemas S.A de C.V.

Moya, M. (2014). *El caso de Lorenzo*. [3gp]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=JMtOIsEu-fw&t=46s>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2017a). Desarrollo en la Adolescencia. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud OMS. (2017b). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2017c). Centro de prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Pardo, G. Sandoval, A. Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicológica. Volumen 13. p. 13-28.

- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (Eds.). (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, Vol. 137 (2), 226-233.
- Piaget, J. Inhelder, B. (1969/2007). *Psicología del niño* (17° ed.). Madrid España. Ediciones Morata.
- Piaget, J. (1964/1991). *Seis estudios de psicología*. Barcelona España. Editorial Labor, S.A.
- Psicoactiva. (2017). El Principio de Pareto, la regla de 80/20. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/principio-pareto-la-regla-del-8020/>
- Psicologia118. (2011). *Crianza positiva: Apostemos por el buen trato*. [3gp]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=gFqZF5Wthw0&t=13s>
- Rice, F.P. (2001). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice-Hall.
- Reyes, M. A., Tena, E. A., (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. (1ª ed.). Ciudad de México. Manual Moderno.
- Secretaría de Salud. (2014). *Elevada autoestima y apoyo familiar reducen riesgo de depresión*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/elevada-autoestima-y-apoyo-familiar-reducen-riesgo-de-depresion?idiom=es-MX>

Urbina, R. (2009). *Depresión en Adolescentes*. Recuperado del sitio web de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán: <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/depresion/45/>

Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESIÓN Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, Vol.35 (1), p.3-11.

Weller, E. Weller, R. Rooney, M. & Fristad, M. (2001). *Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS)*. Estados Unidos de América: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Zuazo, N. (2013). *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima de Piura*. (Tesis de Maestría en Educación con Mención en Psicopedagogía.) Universidad de Piura. Facultad de Ciencias de la Educación. Piura, Perú.

ANEXOS

ANEXO 1



TALLER DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES, DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA.



Cuestionario para detectar posibles síntomas depresivos en adolescentes en riesgo de depresión.

Objetivo: Que usted como padre o madre de familia, con la ayuda de este cuestionario, detecte factores de riesgo de depresión en sus hijos adolescentes, para que en caso de ser así, acudir al taller mencionado en la fecha que se indica a continuación.

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas de manera clara y concisa, de acuerdo a los criterios que correspondan a su situación, en caso de obtener respuestas positivas (A y B) en la mayoría de preguntas, presentarse al Taller el día lunes ___ en el salón de usos múltiples de la escuela a las **8:45 am con pluma y cuaderno.**

____(+) de 10

1.- ¿Ha notado a su hija/o triste, llorón o irritable?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

2.- ¿Ha notado que su hija/o se enoja más de lo normal, discute mucho, tira o rompe cosas?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

3.- ¿Ha notado que su hija/o pierda el interés por sus actividades diarias como la escuela, sus juegos favoritos, sus amigos o la pérdida de atención a su apariencia?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

4.- ¿Ha notado que su hija/o no tenga ganas de comer o pierda peso sin estar a dieta, o por el contrario come más de lo normal y sube mucho de peso?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No E) Sube F) Baja

5.- ¿Ha notado que su hija/o tarda más de lo normal en dormir o despierta a la mitad de la noche?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

6.- ¿Ha notado que su hija/o se cansa fácilmente o lo tiene que presionar para que haga las cosas?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

7.- ¿Ha notado que su hija/o se siente culpable por cosas malas que pasan, se siente solo o siente que no vale nada?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

8.- ¿Ha notado que las calificaciones de su hija/o han bajado, le cuesta trabajo poner atención o se le olvidan las cosas?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

9.- ¿Ha notado que su hija/o habla constantemente de la muerte, o recuerda a un familiar o mascota que falleciera hace tiempo?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

10.- ¿Ha notado a su hija/o más callado o reservado de lo normal, aislado, o con marcas en el cuerpo de rasguños o cortadas como en los brazos o piernas?

A) Si B) La mayoría del tiempo C) Poco D) No

ANEXO 2 MODULO I: ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN

Adolescencia y Depresión.

Psic. Manuel Alejandro Durán Aranda

• Arminda Aberastury.

(Buenos Aires, 24 septiembre 1910-24 noviembre 1972).

Psicoanalista argentina, pionera del psicoanálisis de niños y adolescentes.

Adolescencia:

- Etapa de la vida, en la cuál el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificadas en la realidad que el medio social le ofrece.



Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, es el comienzo de la pubertad que marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Esta etapa es muy conflictiva, tanto para el adolescente como para sus padres, en su relación con el mundo externo.

El niño en un momento de su vida, se sentía cómodo consigo mismo, con su relación de dependencia y sin ninguna responsabilidad ; y en un corto tiempo , se despierta con su cuerpo diferente y con un montón de responsabilidades, expectativas nuevas de sus padres respecto a éste y su comportamiento .

Ya no se siente el mismo, ha perdido su identidad.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos.

El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él.

Amor.
Depresión.
Odio.
Locura.
Enseñanzas.
Sonrisa.
Curiosidad.
Emociones.
Necedad.
Caídas.
Imaginación.
Amistad.

La salud del adolescente primordialmente dependerá de la comunicación, la confianza y la reciprocidad que se esté presentando dentro de la familia; ya que hay una cierta relajación en la atención que los padres prestan a sus adolescentes.

Necesitan la misma cantidad de atención y cariño que cuando era más pequeño, o incluso algo más.



El desarrollo mental y emocional del adolescente puede resultar muy agradable y beneficioso para toda la familia: Nuevas formas de enfocar problemas, conocer por dónde van los intereses de la juventud, distintas opiniones sobre temas sociales.



Adolescentes en riesgo

Es aquél susceptible a eventos que pueden alterar su estado anímico de forma drástica, de tal manera que su autoestima disminuye gradualmente frente a determinados factores de riesgo.



Factores de riesgo

- Separación o divorcio de los padres.
- Abandono del padre y/o de la madre.
- Maltrato infantil: físico, psicológico, abuso sexual.
- Falta de habilidades sociales.
- Enfermedades crónicas.
- Antecedentes familiares de depresión.
- Educación rígida con estimulación para generar culpas.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Homosexualidad

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.



CAMBIOS EMOCIONALES

- Sentimientos de tristeza, que puede incluir ataques de llanto sin motivo aparente
- Irritabilidad, frustración o sentimientos de ira, incluso en las cosas pequeñas
- Pérdida de interés o placer en las actividades normales
- Pérdida de interés o conflicto con la familia y amigos
- Sentimientos de inutilidad, culpa, la fijación de los errores del pasado o exageradas autoinculpación o autocritica
- Sensibilidad extrema al rechazo o al fracaso, y la necesidad de tranquilidad excesiva
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas
- En curso sentido de que la vida y el futuro es sombrío y desolador
- Pensamientos frecuentes de muerte, la muerte o el suicidio

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

- El cansancio y la pérdida de energía
- El insomnio o dormir demasiado
- Cambios en el apetito, como la disminución del apetito y pérdida de peso o aumento de los antojos de alimentos y el aumento de peso
- El uso de alcohol o drogas
- Agitación o inquietud – por ejemplo, el ritmo, apretones de manos o una incapacidad para permanecer sentado
- Lentitud pensar, hablar o mover el cuerpo
- Quejas frecuentes de dolor en el cuerpo y dolores de cabeza inexplicables, que pueden incluir visitas frecuentes a la enfermera de la escuela
- Bajo rendimiento escolar o las frecuentes ausencias de la escuela
- Aspecto descuidado – como la ropa y el pelo despeinado coincidentes
- El comportamiento disruptivo o de riesgo
- La autolesión, como cortar, quemar o una perforación excesiva o tatuajes.

Depresión

La OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

- La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.



Sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro, o hacia el mundo en general; un pensamiento distorsionado, caracterizado por ser irracional y destructivo, además de la tristeza, se presenta ira o irritabilidad. se genera por una falta, por un mecanismo de defensa que es la tristeza.

Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física.

Algunas causas de la depresión pueden ser:

- Pérdida del poder.
- Pérdida del reconocimiento de la gente, el prestigio.
- Pérdida de la salud.
- Enfermedades mentales.
- Incapacidad física.
- Conflictos familiares y desintegración familiar.
- Falta de apoyo espiritual.
- Falta de vinculación con los vecinos.

Niveles de Depresión

1.- Depresión transitoria.

- Dura de un día a una semana.
- Hay sensación de tristeza.
- Desesperanza por el futuro, no quiere el mañana.
- Bajo rendimiento escolar.
- Culpa, irritabilidad.
- Titubeos, apatía, insatisfacción.
- Falta de concentración, inseguridad.

2.- Depresión leve pero crónica.

- Dura hasta dos semanas.
- Sensación de tristeza.
- Sensación de poca valía.
- Comete muchos errores.
- Insumió ligero (de 30 minutos a 2 horas)
- Pérdida de peso.
- Conformismo.
- Enojo la mayor parte del tiempo.

3.- Depresión media.

- Dura hasta un mes.
- Tristeza de dos a tres veces al día.
- Piensa que todo lo que hace está mal.
- Lenguaje circunstancial (si/no) cambia de temas.
- Falta al trabajo, llanto al hablar de sí mismo.
- Duerme hasta 10 horas, no se quiere levantar.
- Culpa la mayor parte del tiempo.
- Pierde hasta 5 kilos al mes.
- Crisis de angustia.
- Ideas suicidas.

4.- Depresión profunda.

- Dura más de un mes (hasta 6 meses).
- Tristeza todo el día.
- Evita amistades.
- Llanto la mayor parte del día.
- Lenguaje oscuro.
- Ideas suicidas constantes.
- Pierde hasta 7 kilos al mes.
- Abandona el trabajo.
- Insatisfacción completa.
- Descuido personal.
- No toma decisiones.

5.-Depresión muy profunda.

- Dura de un mes, inclusive años.
- Ya no hay llanto.
- Duerme todo el día.
- No hace nada.
- Está en cama todo el día.
- Intentos suicidas.
- Intentos de muerte.
- Todo lo ve “al revés”.
- Pierde hasta 10 kilos al mes.
- Casi no habla.
- Tristeza insoportable.
- Culpa total.



Duelos del Adolescente

Pérdida del cuerpo

El adolescente “pierde” su cuerpo de niño, la contradicción que se da en él, teniendo una mente aún infantil y un cuerpo cercano al de un adulto hacen, hace que pueda experimentar un verdadero fenómeno de despersonalización.

Pérdida de la inocencia

Aquí el adolescente tendrá que vérselas con una realidad que le impone nuevas funciones y responsabilidades y a su vez que le concede menos indulgencia ante sus errores y reconocimiento a sus logros que en su etapa infantil.

Pérdida de sus padres

El adolescente “pierde” a sus padres que lo veían como niño, sus padres cuidadores y protectores ante cualquier circunstancia han desaparecido y que los seres que lo cuidaban como un “niño” ya no lo harán gracias al tiempo y los cambios que ha sufrido; igualmente los padres deberán aceptar la pérdida de su hijo “niño” y todo lo que esto implica, las libertades que le deberá dar y la conciencia de su propia edad, ya que al tener un hijo adolescente se darán cuenta que su misma juventud ya se ha extinguido y que sus responsabilidades ahora son otras, enfrentarse a la vejez será uno de los asuntos más grandes que deberá tramitar el padre de un adolescente.

ANEXO 3
MODULO II: EL SIGNIFICADO DE SER PADRE O MADRE



Advertencia

Como padres, tenemos uno de los trabajos más importantes del mundo. No hay nada que podamos hacer durante nuestra vida que sea más significativo que la forma en que criamos a nuestros hijos. Es un trabajo desafiante y de tiempo completo que dura el resto de nuestra vida, sin importar cuan grandes estén nuestros hijos.

Sin bien criarlos nos enfrenta a una serie de luchas y desafíos, también nos ofrece grandes satisfacciones que nos pueden durar toda nuestra vida.

Debemos llegar a ser...

Padres eficaces

Sus palabras y acciones influyen en su hijo en la forma en la que usted desea que influyan.

Padres coherentes

Siguen principios y prácticas similares tanto en lo que dice como en lo que hace.

Padres activos

Participan en la vida de sus hijos.

Padres atentos

Siguen con atención la vida de su hijo y observan lo que está pasando en ella.

Los cinco papeles fundamentales de *Ser Padres*

- Responder
- Prevenir
- Supervisar
- Aconsejar
- Servir de modelo

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Creando Posibles

Responder a su hijo en forma adecuada

- 1) Asegúrese de que usted está respondiendo a su hijo no reaccionando.
- 2) Asegúrese de que su respuesta es adecuada, de que no es exagerada ni demasiado severa, ni muy informal ni demasiado ligera, ni que tampoco llega demasiado tarde.

Prevenir comportamientos arriesgados o problemas antes de que ocurran

- 1) Detectar posibles problemas.
- 2) Saber cómo manejar un problema.



Supervisar las relaciones de su hijo con el mundo que lo rodea

- 1) Abrir líneas de comunicación.
- 2) Saber qué es lo que su hijo está viendo, leyendo, jugando o escuchando.
- 3) Conozca a las personas con las que su hijo pasa el tiempo.



Aconsejar a su hijo para apoyar y fomentar comportamientos deseados

- 1) Sea honesto acerca de sus propias virtudes y defectos.
- 2) Respete la forma de pensar y las opiniones de su hijo sin juzgarlas.
- 3) Permita que su hijo participe en actividades que usted disfruta.

Servir de modelo con su propio comportamiento

- 1) Diga cómo se debe actuar y actúe como dice.
- 2) Muestre respeto por los demás, entre ellos su hijo.
- 3) Asegúrese que su hijo sepa que estar enojado no quiere decir que *no lo ama*.



ANEXO 4
MODULO III: RESCATANDO LOS VALORES

Recuperando
valores
PONENCIA

Psic. Manuel Alejandro Durán Aranda

¿Cómo me educaron mis padres?

¿Es diferente la educación que le doy a mis hijos a la que me dieron mis padres?

¿Cómo educarán mis hijos a sus hijos?

Educación

Del latín *'educere'* que significa **sacar** o **extraer**, y *'educare'* que significa **formar** e **instruir**.

La educación también se entiende como el medio en que los **hábitos**, **costumbres** y **valores** de una comunidad son transferidos de una generación a otra.

Es la formación destinada a **desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas** de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.

Como padres nos interesa que nuestros hijos:

Aprueben...

No aprueben...

Obtengan un 5 o 6...

Estamos orgullosos si obtienen un 8 o más...

Lo que importa es la *educación instructiva de conocimientos*.

¿Y la educación formativa?

¿Qué tipos de valores enseñamos e inculcamos como padres a nuestros hijos?, ¿Es importante enseñarles valores a nuestros hijos?

Es tiempo de **recuperar** nuestros valores. De preocuparnos por enseñar: la honestidad, la puntualidad, la disciplina, el respeto, el amor, la comprensión, la compasión, la solidaridad, la bondad, la amistad... etc.

Debemos enseñar a Ser...

Un buen hijo, un buen estudiante, un buen profesionalista, un buen docente, un buen servidor público, una buena madre, un buen padre de familia, un buen sacerdote, un buen vecino, un buen amigo o amiga,... etc.)

Son cuatro las bases para la realización de los valores y poder ser una persona de excelencia:



El “bien ser”:

Ser Honesto, ser puntual, ser respetuoso... ser disciplinado... etc.

Por ejemplo: Ser puntual... No puedes llegar tarde. No se puede jugar con el tiempo y menos con el tiempo de las demás personas.

debes Ser responsable...

El Principio del Respeto

- No te expreses mal de los otros.
- No hagas daño a los otros.

El Principio de la Honestidad

- **Si no es tuyo, debe ser de alguien.** Si esta pluma te la encontraste en un escritorio, debe ser de alguien, entonces, devuélvela.
- Si te encuentras un reloj o un anillo o una cartera y aquello no es tuyo, debe ser de alguien.
- **Si te lo encuentras ..., no es tuyo, debe ser de alguien más.**



El “bien hacer”:

Haz las cosas bien, se dedicado, se constante.

Si vas a nadar, hazlo bien,
Si vas a estudiar, hazlo bien,
Si te cuesta trabajo se dedicado, se constante,
hazlo bien.

Si vas a hacer cualquier cosa, en cualquier momento, hazlo bien... entrégate.



El “bien estar”:

Fomentar en la gente el “bien estar”, es tener una buena convivencia en la familia, en la escuela y en la sociedad.

Qué se debe hacer... juegue, conviva, diviértase, baile, cante, enamórese, llore, estudie, trabaje, comprométase, cumpla...
Pero todo hágalo con responsabilidad.



El “bien tener”:

Las cosas deben tener y adquirir un significado para ti, cada acto importante de la vida, debe tener un significado, un proyecto..., “Planta un árbol.”

Tus estudios hoy, son tus proyectos del mañana..., **planta un árbol.**

Ante cualquier evento realmente importante..., **planta un árbol**, cuando te cases..., **planta un árbol**, cuando nazca un hijo tuyo..., **planta un árbol.**

¿Usted le da todo a su hijo?



Es mejor educar con premios que con castigos...

Enseñe a que su hijo haga ofrecimientos:

- Que ofrezca cometer menos errores.
- Que ofrezca enmendar sus errores.
- Que ofrezca disculpas.
- Que ofrezca ayuda.

Y que tenga el compromiso real de cumplir con lo ofrecido...

Supervíselo, cuídalo, sepa con quién anda, quién es su mejor amigo, a qué hora regresa, cómo regresa...



Hay padres de familia, maestros, empresarios, que todos los días están creando **fracasados**.

Pero, también, hay maestros, padres de familia, empresarios y jefes que todos los días están creando **triunfadores**.

Tenemos que cambiar la mentalidad de la gente, de nuestras niñas y niños, de los jóvenes. ¿Qué quiere crear en su hijo: a un **fracasado** o a un **triunfador**?



Si Dios te da un hijo, tiembla y dale gracias por el depósito que te confía, porque en lo adelante, tú serás para ese niño la imagen de la divinidad. Haz que hasta los diez años te tema, hasta los veinte te ame y hasta la muerte te respete. Hasta los diez años sé su maestro, hasta los veinte su padre y hasta la muerte su amigo...



... enseña a tus hijos buenos principios antes que bellas maneras, que te deban una doctrina esclarecida mejor que una frívola elegancia, que sean mejor hombres honrados que hombres hábiles.

ANEXO 5
MODULO IV: TU HIJO, TU ESPEJO...

Tu hijo, tu espejo...

PONENCIA

Psic. Manuel Alejandro Durán Aranda

Las defensas

La proyección

Es el proceso de atribuir a otros lo que pertenece a uno mismo. Aquello que percibimos de los demás es en realidad algo que nos pertenece.

La negación

Es la no aceptación de una realidad que puede ser externa. Puede ser algo que está sucediendo en la vida de las personas, una necesidad, un sentimiento, un deseo, un rasgo de personalidad, etc.

La formación reactiva

Consiste en enmascarar un motivo o emoción transformándolo en su contrario. Ejemplo: encubrir un odio con manifestaciones exageradas de afecto.

Tu hijo, tu espejo...



A nuestros hijos les proyectamos nuestras expectativas, frustraciones, tus “hubiera”, tus necesidades insatisfechas y claro, también cosas positivas (áreas de luz)

¿Tú, qué le estás proyectando a tu hijo?

Yo no pude hacerlo,
hazlo tú por mí

Dichos de los padres:

“Yo no pude haber sido médico, pero mi hijo sí lo va a ser.”

“Si estudias eso te vas a morir de hambre.”

“A mí me hubiera encantado ser bailarina, por eso mando a mi hija a danza.”

Vocación (una manera de comprender el quehacer de nuestros hijos en el futuro)

Debemos romper la extensión que fabricamos de los hijos con los vivos y con los muertos.

Cuando ser padre
agobia

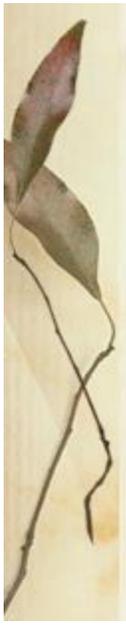


Es normal que los padres nos preocupemos en cierta medida por el bienestar de nuestros hijos. Pero cuando esa preocupación llega al grado de que no les permitamos ni siquiera salir por el **miedo** a que algo les pase, o no podemos dormir mientras están fuera de casa, o vivimos en una constante angustia por todas las cosas terribles que les pudiera pasar.

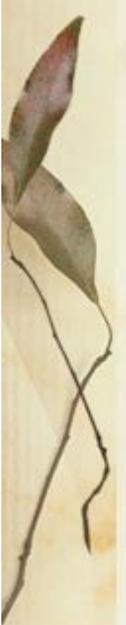
Si le pusiéramos palabras a esa dinámica inconsciente, diríamos:

“No vaya a ser que la vida me tome la palabra y me los quite.”

Recuerda: *“El miedo, realiza lo temido.”*



El rechazo y sus máscaras



“El rechazo es un ácido caliente que se cuele en cada espacio de nuestra relación con el hijo rechazado...”

¿Por qué un padre podría sentir rechazo por un hijo?

Por nuestra propia condición humana.

- Ser del sexo opuesto al que el padre deseaba.
- El síndrome del “Patito Feo”

Y el problema posterior es que el rechazo también puede expresarse por medio del otro extremo del polo: *La sobreprotección.*



Las etapas no resueltas



En cada etapa del desarrollo de nuestros hijos, se advierte nuestras propias necesidades no satisfechas en la infancia.

“Es que yo desde chiquito era... hacía... pensaba... etc.”, “a mi me trataban...”, “yo tenía que hacer...”

Debemos curar a nuestro niño interior, retrocediendo a nuestras etapas de desarrollo y concluir asuntos pendientes.

La historia sin fin



“Que el nuevo bebé se llame como el papá”

El nombre tiene poder y se convierte en un decreto que despersonaliza a quien lo lleva y lo obliga inconscientemente a convertirse en una extensión de aquel antecesor de quien lo heredó, limitando la propia individualidad.

El compromiso
sagrado



Hijo: Si quieres amarme bien puedes hacerlo
Tu cariño es oro que jamás desdeño
Mas quiero comprendas que nada me debes
Soy ahora el padre, tengo los deberes.

Nunca en mis angustias por verte contento
He trazado signos de tanto por ciento.

Ahora pequeño quisiera orientarte
Mi agente viajero llegará a cobrarte
Será un hijo tuyo, gota de tu sangre
Presentará un cheque por cien mil afanes.

Llegará a cobrarte
Y entonces mi niño como un hombre honrado
A tu propio hijo deberás pagarle.

RUDYARD KIPLING



Ámalos y haz lo que
quieras



El amor es la fuerza más poderosa del Universo,
mil veces más que la ira, el resentimiento y el temor.

Un solo acto de amor puede cancelar miles
de actos de naturaleza inferior.

El amor todo lo cura; el amor todo lo puede.

Lo único que importa en la vida es el amor.

El poder sanador del amor es infinito.

La solución nunca está en el plano del problema,
la solución es siempre el amor,
que está más allá de los problemas.

ANEXO 6

MODULO V: ÁMALOS Y HAZ LO QUE QUIERAS: “UNA MANERA DE RECUPERAR EL AMOR, LA CONFIANZA Y LA COMUNICACIÓN CON NUESTROS HIJOS”

Ámalos y haz lo que
quieras: *Una manera de
recuperar el amor, la confianza
y la comunicación con nuestros*

hijos
PONENCIA

Psic. Manuel Alejandro Durán Aranda

No importa cuál sea el problema
que un hijo presente: el amor
incondicional de los padres será
indispensable para resolverlo.

Porque un padre que ama profundamente a un hijo
sabe por intuición:

Qué hacer y qué no hacer.
Cuándo dar y cuándo pedir.
Cuándo ayudar y cuándo dejar que lo haga solo.
Cuándo hablar y cuándo callar.
Cuándo retener y cuándo soltar.

“La madre humilde y la hija deforme”
Amar y aceptar.



Conocer la “parte oculta”

Es necesario saber qué hay detrás de tus reacciones y de tu sentir. Para ello, debes hacerte las siguientes preguntas y responderlas con honestidad:

- ¿Por qué me molesta tanto este comportamiento?
- ¿Me avergüenza ante otros?
- ¿Me preocupa que piensen que no soy buena madre/padre?
- ¿Se parece a mí justo en lo que más me desagrada de mí?
- ¿Le tengo envidia porque él sí puede o tiene lo que yo no?
- ¿Trato de que él sea lo que yo no pude ser?
- ¿Quiero que cambie algo que yo no puedo cambiar?

Expresar tu amor

Existen dos formas mágicas que bajan la guardia de cualquiera:



➤ Recuerda cuánto lo amas y díselo

El piercing y el "qué dirán"
¿Rechazas el comportamiento o al hijo?

➤ El poder del contacto físico

El contacto humano es una necesidad física y emocional.
Cuando mi padre deja de abrazarme porque ahora soy mujer.
¿Los adolescentes odian ser tocados?

Comprende la intensión positiva de sus comportamientos

Vivir con un **enemigo** en la misma casa, durante años, día tras día y además mantenerlo y hacerse cargo de él, suena a pesadilla o a película de terror.



Malos comportamientos

- Llamada de atención
- Petición de ayuda
- Súplica de amor y aceptación
- Búsqueda de felicidad
- Llenar un vacío
- Sentirse seguro
- Sentirse valioso

Ser padres felices

La mejor manera de garantizar ser buenos padres es ser padres felices.

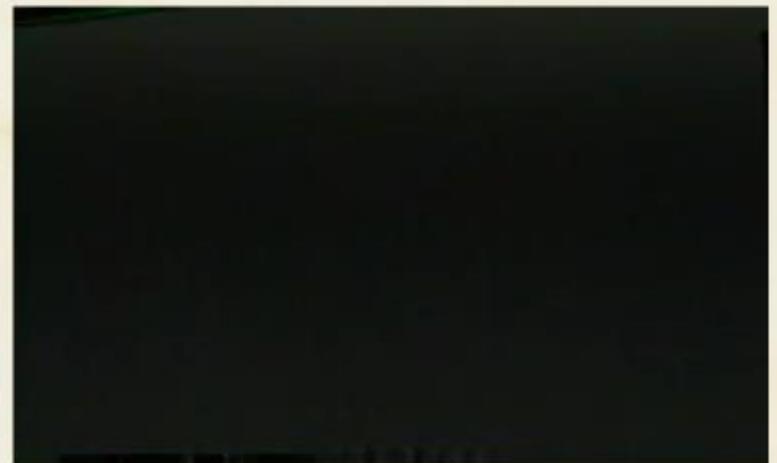
Mitos de la felicidad

- Pensar que la felicidad se encuentra afuera.
- Pensar que la felicidad es para siempre.
- Pensar que la felicidad está en el futuro.



Toma la responsabilidad de tu propia vida

Absolutamente nadie te puede hacer feliz y nadie está obligado a hacerlo porque esa es tu responsabilidad.





Toma la responsabilidad de tu propia vida

Absolutamente nadie te puede hacer feliz y nadie está obligado a hacerlo porque esa es tu responsabilidad.

Deja de quejarte

Aprecia lo que sí tienes en lugar de lamentarte por lo que no tienes y esfuérate por alcanzar lo que deseas tener.



Realiza actos de amor por ti

Cuando alguien te ama, te está enseñando cómo amarte a ti mismo. Proponte cada día hacer un acto de amor por ti. Y si no se te ocurre algo, pregúntale a tu cuerpo, a tu mente, a tu alma, a tus emociones, pregúntales qué necesitan y ten por seguro que te responderán.

Realiza cosas que te gustan

La felicidad está compuesta por muchos momentos plenos. Cuando haces algo que te gusta, sea lo que sea (...) despierta en ti sentimientos agradables... te sana, te motiva y te fortalece.



La noche quedó atrás...

¡Gracias!



ANEXO 7

ACTIVIDAD PARA EL MODULO IV: TU HIJO, TU ESPEJO...

Fragmento de la lectura "Tu Hijo, tu Espejo", de la autora: María Alicia Chávez. (2011). Páginas: 26-37 y 61-64

Laura, de 13 años, llegó una tarde a consulta llevada por sus padres Alfonso y Lucía.⁴ La chica se estaba volviendo muy difícil, decía Alfonso, lloraba y se quejaba todo el tiempo y de todo; ambos discutían frecuentemente y ella que solía ser cariñosa con él, ahora estaba hostil y agresiva. Laura, por su parte, señalaba exactamente lo mismo respecto al padre y agregaba: "Me trata como su trapeador".

La madre casi ausente, periférica, aislada, decía estar cansada de oírlos discutir todo el día y no tenía ya ánimos ni siquiera de opinar.

Cuando dos personas se relacionan como Laura y su padre lo hacían, no hay duda de que ambos están muy lastimados y que detrás de sus agresiones se oculta la necesidad de amor y atención mutua. Sin embargo, ninguno era consciente de ello. Sentirse tan lastimados y enojados les impedía ser capaces de descubrir cuándo se rompió algo en su relación, que solía ser afectuosa. Si bien es cierto que estos cambios ocurren en la pubertad y la adolescencia, en este caso el drástico giro hacia la hostilidad y la agresión entre Laura y Alfonso iba más allá del cambio "normal" que un adolescente experimenta en la forma de relacionarse con sus padres.

Era obvio que, por alguna razón, el padre estaba profundamente resentido con su hija y él había iniciado el cambio en la dirección de su relación, ante lo cual ella solamente había reaccionado.

Cité a padre e hija en la siguiente sesión y empecé a explorar esos resentimientos del padre hacia ella que, dicho sea de paso, mantenía bien reprimidos y negados. Los padres hacemos esto: negar los resentimientos hacia nuestros hijos porque nos parece imperdonable tenerlos.

Le expliqué a Alfonso que es normal que a veces los padres estemos resentidos con un hijo y que esto no significa que no lo amamos o que seamos malos padres por ello. Le comenté que es indispensable reconocer esos sentimientos para poder curarlos y dar paso al amor; sólo entonces él empezó a abrirse poco a poco, hasta que en un momento dado, con lágrimas en los ojos y la voz entrecortada, le dijo a su hija:

—Laura, estoy tan sentido contigo, no te imaginas cómo me ha dolido tu indiferencia con el piano. Tú no sabes todo lo que tuve que hacer para poder comprarlo. Vendí mi reloj tan especial, pedí prestado, usé mis ahorros para comprarte ese finísimo piano, busqué al mejor maestro de la ciudad y mira para qué, tú cancelas las clases, jamás prácticas y el piano dura semanas sin que siquiera lo abras.

Laura estaba conmovida, yo también; era conmovedor ver a ese hombre enorme llorando y hablando como un niño dolido. Laura empezó a justificarse y a dar una larga lista de excusas por las que no usaba el piano y cancelaba sus clases, hasta que la detuve y le pedí:

—Laura, di la verdadera razón por la que lo haces, di a tu padre qué sientes respecto al piano y a su interés en que aprendas a tocarlo.

Ella, por su parte, reventó también en sollozos y le dijo:

—Yo nunca te pedí un piano, tú dijiste que lo ibas a comprar porque era un hermoso instrumento y te encanta-

ría que yo lo tocara. A mí no me gusta, y te lo dije entonces. Simplemente no me interesa, cuando paso junto a él siento un nudo en el estómago y no quiero ni verlo, porque me siento tan presionada por ti, tan culpable porque sé el enorme esfuerzo que hiciste para comprarlo, pero yo nunca te lo pedí, no puedo tocarlo, no quiero tocarlo.

Todavía en estos momentos, Alfonso seguía percibiendo a su hija como malagradecida, desconsiderada y tonta porque no apreciaba algo tan maravilloso como era tocar el piano. Fue necesario trabajar en un proceso individual con él para que comprendiera lo que le estaba pasando en un nivel muy profundo e inconsciente con el asunto del piano.

Alfonso fue un niño pobre, por muchos años deseó tener un piano y aprender a tocarlo, pero esto nunca sucedió. Ahora como adulto, al comprar el piano para Laura y contratarle al mejor maestro, inconscientemente trataba de llenar ese espacio que quedó vacío en su vida, o mejor dicho, quiso que Laura lo llenara por él.

Con frecuencia, los padres creemos que somos demasiado viejos para intentar algo, o que no es correcto gastar tanto dinero en nosotros mismos; entonces, sin ser conscientes de que ésa es la razón, mostramos fuerte interés para que nuestros hijos hagan o aprendan ciertas cosas. Así, simbólicamente, llenamos a través de ellos ese espacio vacío en nuestras vidas.

Tales fueron las respuestas de Alfonso cuando le cuestioné por qué no se daba la oportunidad de estudiar piano ahora que ya era un adulto, pues no necesitaba que nadie se la proporcionara puesto que él podía hacerlo. Éstas son, por cierto, unas de las hermosas ventajas de ser adul-

to. Reconoció también que compró el piano para su hija porque hacerlo para sí mismo habría sido un desperdicio, un gasto superfluo, innecesario e imperdonable ante los ojos de él y de su esposa. Sólo pudo decidirse a pagar esas clases para él cuando reencuadramos el asunto imaginando que lo hacía para su niño interior, para el niño que un día fue y que todavía tenía tantas ganas de tocar piano.

Al comunicarse Alfonso y Laura respecto a esto, al comprender lo que uno y el otro estaban sintiendo, la relación entre ellos mejoró notablemente y aprendieron la importancia de hablar de lo que sienten,

Felipe, un profesionista muy exitoso de 45 años, tenía a Mario, su inteligente y brillante hijo de 18 años que estaba en el proceso de elegir la universidad donde estudiaría su carrera; ambos se interesaban en la más prestigiosa universidad del país. En ella Mario hizo un excelente examen de admisión y fue aceptado de inmediato; el padre se sentía sumamente satisfecho y orgulloso de su hijo.

En el proceso de inscripción y al conocer más a fondo el funcionamiento y los sistemas de enseñanza de la universidad, Mario cambió de opinión; le parecía, según sus propias palabras, que esa institución coartaba la personalidad total del individuo y lo reducía a estudiante, que con la fuerte carga académica que la universidad exigía no podría hacer nada más que estudiar, como si estudiar fuera lo único importante en la vida, afirmaba. Él quería seguir escalando los fines de semana y tener tiempo para sus amigos, y comentó sus observaciones con Felipe, su padre, quien reaccionó en total desacuerdo.

Al paso de los días las discusiones entre ambos seguían y el desacuerdo era cada vez mayor. El padre
esta-

ba sumamente enojado, cada vez más, hasta que uno de esos días lanzó a Mario una tajante amenaza: si no estudiaba en esa universidad no le volvería a dirigir la palabra, y aunque le pagaría su carrera en otra institución, no lo apoyaría en nada más "por el resto de su vida".

Es comprensible y normal que un padre se interese en que su hijo estudie en la mejor universidad y que intente convencerlo de lo que él con su experiencia considera lo mejor. Pero cuando esa insistencia es de tal magnitud y ese interés se antepone a todo, incluso al amor y a la relación con su hijo, tiene que haber algo más; algo muy personal e inconsciente que está moviendo al padre desde las entrañas y lo proyecta en esa situación.

Y así ocurría. Cuando Felipe era joven fue aceptado a duras penas en esa misma universidad, significó un gran logro para él y un orgullo para su padre, hombre por demás frío y exigente; no obstante, al tercer semestre fue expulsado por no cumplir con los requerimientos académicos, o dicho en palabras de él mismo: "No di el ancho". Fue una gran vergüenza para él y una gran desilusión para su padre que se lo reprochó durante años.

Ahora, a través de su inteligente y brillante hijo, Felipe buscaba simbólica e inconscientemente curar esa frustración, reivindicarse a sí mismo ante esa universidad y de paso ante su propio padre.

De nuevo vemos aquí ese mensaje directo y tajante que el padre envía, un mensaje del cual él mismo no es consciente, que no se dice con palabras, pero que es comprendido claramente por el inconsciente del hijo: "Yo NO PUDE HACERLO, HAZLO TÚ POR MÍ".

Estos dos casos muestran situaciones donde los hijos han sido fuertes para resistirse a la presión del padre, y

aunque pudiéramos pensar que eso está mal, en realidad muestra una gran fortaleza interior y determinación de estos jóvenes para defender a capa y espada lo que quieren. Desafortunadamente, hay casos como el siguiente, donde el hijo termina renunciando a sí mismo, convirtiéndose en lo que no quiere ser, para ser esa extensión de su madre o padre frustrados.

Ernesto tiene 28 años, sufre depresiones, atraviesa por una evidente crisis existencial y no le encuentra sentido a su vida. Es sumamente sensible y le encanta leer libros profundos, filosofar, pintar, escribir; posee toda la personalidad del artista y filósofo, pero es administrador de empresas con un posgrado en finanzas y a punto de inscribirse en una maestría en desarrollo organizacional.

—¿Te gusta lo que haces? —le pregunto.

—Pues... sí..., por aquí está el futuro más prometedor —me contesta, con un tono de voz y un lenguaje corporal que no me permiten creerle. Me siento impulsada a preguntarle de quién son esas palabras, porque es claro que suyas no son. Al hacerlo sólo se encoge de hombros y sonrío como única respuesta.

El padre de Ernesto, un hombre sumamente rígido y amargado, tuvo una boyante empresa familiar, heredada de varias generaciones anteriores y que se fue a la quiebra, según dicen, por su mala administración.

—Debí estudiar cosas relacionadas con la administración de empresas como mi hijo —comenta el padre con evidentes signos de culpa, frustración y amargura por ese fracaso que todavía no se perdona y que muchos no le perdonan tampoco. Venciendo obstáculos de toda índole, logró levantar otra pequeña empresa que es la que ahora su hijo Ernesto, "que sí sabe de eso", administra.

Tristemente, Ernesto compró la idea, se identificó, sin darse cuenta, con esa parte de la historia de su padre y creyó que eran sus decisiones, que estaba haciendo con su vida lo que él había elegido. Aunque en cierta medida se daba cuenta de todo esto, no se atrevió nunca a contradecir a su padre o a "fallarle", como él decía, estudiando filosofía, arte o cualquiera de esas cosas que tanto le gustan, pero que "no sirven para nada" según palabras de su padre.

Ernesto estaba cargando un decreto un tanto impuesto por su padre —y un tanto impuesto por sí mismo— que lo hacía sentir responsable de componer la historia de su padre y evitar que éste llevara de nuevo a pique* la empresa que iba floreciendo.

El hecho de que un hijo ayude en la empresa o en el negocio familiar o que continúe haciéndose cargo de él no está mal en sí mismo; el problema se presenta cuando su vocación, su personalidad y sus intereses difieren con esa actividad. Es entonces cuando la renuncia del hijo para ser él mismo y realizar su propia vocación cobra un precio muy alto.

La insatisfacción con la propia vida, la represión y la frustración de los más profundos deseos y aspiraciones son algunos de los más importantes factores que conducen a la infelicidad y a la enfermedad emocional.

Con frecuencia encuentro que la problemática de la elección de carrera en los jóvenes afecta profundamente a los padres, a los hijos y la relación entre ambos. No hay duda de que la presión que muchos padres ejercen sobre

Los hijos para que estudien o no estudien una determinada carrera está movida por un interés de bienestar y amor para ellos, pero no perdamos de vista que el éxito profesional no lo brinda la carrera, ni siquiera, de manera determinante, la universidad en que se estudie, sino más bien la persona. No hay carreras de éxito, hay personas exitosas.

Todos venimos a la vida a hacer algo, a eso lo llamamos vocación o misión, nacemos con habilidades y talentos para ello, desde niños sabemos cuáles son, es más, jugamos a eso; pero los miedos, los prejuicios y las opiniones de los adultos que nos rodean comienzan poco a poco a influenciar y a poner en duda esa claridad respecto a nuestra vocación, de modo que cuando llegamos a la adolescencia nos convertimos en uno de esos jóvenes que han olvidado lo que quieren en la vida y para qué son buenos.

Pero una cosa es cierta: cuando alguien hace algo congruente con su vocación, se le facilita su actividad, la ama, la disfruta, la desempeña bien y por lo tanto el éxito vendrá por añadidura. Estos factores no se inyectan desde afuera con una carrera o una universidad, se llevan dentro.

He escuchado la preocupación de muchos padres de que si su hijo estudia determinada carrera va a fracasar y no va a obtener el dinero suficiente para mantener a una familia. Usan esa típica expresión de "con eso te vas a morir de hambre". Te diré algo: es mucho más probable que fracasen, no puedan mantener a una familia y "se mueran de hambre" si estudian una carrera que no les gusta y que no es congruente con lo que ellos son. No así si estudian lo que a ellos les atrae, les llena el alma y les inspira un profundo interés. Aceptémoslo de una vez, la carrera en sí misma no tiene el poder de dar éxito; el éxito es una conjunción de muchos factores que tienen que ver con la persona misma... punto.

Es comprensible, aceptable y válido que algunos padres oscilen entre presionar al hijo para determinada carrera y luego pueden darse cuenta y corregir, para después volver a presionar y así seguir sucesivamente hasta poder soltar. Pero algo que me indigna sobremanera son aquellos padres que retiran el apoyo, el amor y la aceptación a un hijo sólo porque se rehúsa a estudiar o a dedicarse a lo que el padre desea.

Otro caso que muestra claramente este asunto de Yo NO PUDE HACERLO, HAZLO TÚ POR MÍ es el de la madre que deseaba tanto ser una famosa bailarina y las circunstancias, o su limitada habilidad, no lo permitieron. Ella ha forzado a veces directa y en otras sutilmente por 12 años a su hija Katia, ahora de 17 años, llevándola cuatro tardes por semana a clases de ballet, con frecuencia incluso los fines de semana. Ha utilizado el chantaje sentimental y todo tipo de manipulaciones cada vez que la hija insinúa que ya no quiere ir.

Katia llora ante mí diciendo: "Se me fue la infancia encerrada en un salón de baile", al recordar cuando sus amigas de la escuela se ponían de acuerdo para salir en la tarde o el fin de semana y a ella le decían: "Tú no puedes, ¿verdad?", y efectivamente no podía, tenía que ensayar, tenía que ser la bailarina perfecta que su mamá hubiera querido ser; tenía que ser la joya que su mamá decía que parecía cuando bailaba.

En ese momento de su vida Katia empezaba a desarrollar bulimia, ese grave trastorno alimentario que si bien tiene una gran cantidad de factores que lo causan y lo perpetúan, en este caso específico cumplía además la función de agredir a la mamá y protegerse de seguir haciendo algo que no quería. Como si hubiera tenido que crear una enfermedad suficientemente fuerte que dijera ¡YA NO!, pues ella no podía hacerlo por sí misma, y suficientemente poderosa como para detener la tremenda presión y los chantajes que la madre ejercía para que continuara bailando; como si su trastorno fuera la única parte de sí misma que sólo ella controlaba.

Sobra decir que siendo la madre de Katia una frustrada bailarina de ballet que se quedó con las ganas de brillar, intentaba inconscientemente curar su frustración y fracaso a través de su hija, a costa de lo que fuera.

He presentado casos en los que se muestra esta dinámica en su más cruda expresión, pero no siempre es así de claro, a veces es muy sutil, en otras los padres mandan mensajes casi subliminales, casi imperceptibles que van conduciendo al hijo a cumplir sin darse cuenta ese decreto de YO NO PUDE HACERLO, HAZLO TÚ POR MÍ.

Existe una gran diferencia entre guiar y aconsejar a un hijo en algo —que por su experiencia el padre sabe más—, y forzarlo, presionarlo o condicionarlo para que se dirija por el camino que el padre supone que es el mejor.

Cuando te encuentres a ti mismo insistiendo demasiado, presionando mucho, o muy enojado porque tu hijo no accede a hacer algo que tú quieres que haga, vuelve la mirada hacia ti mismo y revisa cuál es esa parte de tu propia historia que estás tratando de resolver a través de él.

Es tan fuerte a veces este mensaje, que aun cuando los padres, o uno de ellos ha muerto, el hijo puede seguir sometido a este decreto, realizando actividades que en realidad no desea, convirtiéndose en una extensión del padre muerto, el cual ya no puede satisfacer sus aspiraciones.

Algunas veces esto se cumple más allá de decisiones como la vocación o los pasatiempos, es decir que se extiende no sólo al hacer, sino también al ser; ser como el padre o madre hubiera querido ser, o hasta contraer matrimonio con el tipo de persona con la que el padre o madre hubiera querido casarse.

El meollo de este asunto es así de claro: aun cuando eres el padre o la madre, no tienes derecho a exigir, ni siquiera a esperar que tus hijos sean una extensión de ti mismo, que ellos cierren tus asuntos inconclusos y curen tu frustración y amargura.

Curar la propia historia le corresponde a cada quien y siempre hay formas de hacerlo. Casi siempre podrás llevar a cabo esas cosas que te quedaste con ganas de hacer, como Alfredo y el piano, y cuando ya tu realidad no te lo permita, como en el caso de la madre de Katia y el ballet, te queda la posibilidad de trabajar en reconciliarte con tu propia vida, amar tu pasado tal como fue, encontrar la manera en el aquí y ahora, de acuerdo con tu realidad, de construir un proyecto de vida que te haga ser lo más feliz posible.

Esto es real, esto se puede hacer y si para lograrlo requieres de ayuda profesional: ¡adelante!, búscala, reconcíliate con tu propia historia y deja libres a tus hijos para vivir la suya, desarrollando sus propios talentos y cumpliendo el propósito para el cual están aquí.

Páginas: 61-64

6. Cambia tú lo que yo no puedo cambiar

Carla era una adolescente serena, bohemia, profunda, que prefería pasar los fines de semana sola, oyendo música clásica bajo la luz de la luna o las velas, y el olor del incienso. Pensaba mucho, filosofaba más, escribía un diario que más bien parecía un compendio de poesía. Sus pocos amigos eran jóvenes bohemios y tranquilos como ella, y sus salidas eran a acampar en el bosque, visitar museos, asistir al teatro o a conciertos de música clásica. Se sentía profundamente identificada con su padre que era muy parecido a ella.

Ésa era Carla.

Gina, su madre, era el reverso de la moneda; extremadamente sociable y extrovertida, siempre en la punta del agua, siempre presidiendo actos sociales con enorme entusiasmo.

Si bien una buena parte de los conflictos que tienen padres e hijos adolescentes se deben al tema de las salidas y horas de llegada, en este caso era justo lo contrario; Gina y Carla peleaban constantemente porque la mamá quería a toda costa que ella saliera a la disco como todos

Los demás adolescentes. Les pedía a las compañeras de la escuela que le insistieran para salir por la noche y le ofrecía comprarle cosas si lo hacía. En ocasiones, la madre le suplicaba, otras le exigía o bien le auguraba un futuro lleno de amargura y soledad a su hija, presionándola constantemente para que socializara de la forma en que ella consideraba adecuada.

Por más que comprendía que Carla no estaba mal, que simplemente era diferente, que era un error suponer que la forma de ser de su hija era incorrecta y la forma de ella era la correcta, Gina no podía dejar de presionarla y suplicarle que saliera y asistiera a fiestas.

Como ya comenté anteriormente, cuando un padre insiste con el hijo a tal punto que parece obsesionado por cambiarlo para que haga eso que "debe" hacer, no hay duda de que hay algo más, algo que el padre está proyectando en el hijo de manera inconsciente.

Y así era en el caso de Gina; su marido nunca la acompañaba a los múltiples eventos sociales, casi todos organizados por ella misma; no invitaban amigos a su casa y no visitaban a nadie porque al marido no le gustaba socializar. Gina sufría por esta situación: ella deseaba que su esposo fuera más sociable y él deseaba que ella lo fuera menos; pero lo interesante del caso es que, al no poder cambiar a su marido, Gina inconscientemente se esforzaba y se aferraba en cambiar a su hija (tan parecida a él por cierto). Todo esto simbólicamente significaba: "Si NO PUEDO CAMBIARLO A ÉL, TE CAMBIO A TI".

En la relación padres-hijos esto es común: intentamos cambiar en nuestro hijo lo que no podemos cambiar ya sea en otra persona significativa para nosotros, o bien, lo que no podemos cambiar en nosotros mismos.

Docenas de veces he escuchado en mi consultorio quejas de hijos a quienes sus padres les piden que hagan o dejen de hacer cosas que ellos mismos no pueden: que no fume, cuando el padre es un fumador empedernido; que no diga "malas palabras", cuando el padre las dice a cada momento; que sea ordenado, cuando el padre es en extremo desordenado; que no diga mentiras, cuando el padre sí las dice; que no pase tanto tiempo en la computadora, cuando el padre lo hace en la televisión; que no agrede verbal o físicamente a sus hermanos, cuando el padre lo hace; que no grite, cuando el padre habla a gritos, y así hasta el infinito. Y aquí va el mensaje implícito: "ESTO ES MÍO, NO ME GUSTA, NO LO PUEDO CAMBIAR, CÁMBIALO TÚ POR MÍ".

No he conocido hasta el día de hoy un padre o una madre que no esté genuinamente interesado en inculcar valores a sus hijos, todos lo estamos, pero a menudo olvidamos que los hijos aprenden los valores de lo que los padres SOMOS, no de lo que DECIMOS. De manera que eso que quieres que tu hijo SEA, DEBES SERLO tú primero: Si quieres que tu hijo sea honesto, tú sé honesto; si quieres que tu hijo cuide su salud, tú cuida la tuya; si quieres que tu hijo sea compasivo, tú sé compasivo; si quieres que tu hijo sea generoso, tú sé generoso.

Nunca recuerdo haber escuchado a mi padre o a mi madre darme sermones respecto a la honestidad, tal vez nunca siquiera hablaron del tema, pero vi en ellos centenares de actos de honestidad y espontáneamente, sin darme cuenta, sin ningún esfuerzo, introyecté de modo profundo ese valor.

Como siempre, la autoconciencia es necesaria para evitar caer en este tipo de dinámicas o para detenerlas a tiempo si ya estamos metidos en ellas. El para qué ya lo sabes: acepta lo que es tuyo y resuelve lo que a ti te toca resolver, así contribuirás a una relación más sana y amorosa con tus hijos.

ANEXO 8
ACTIVIDAD PARA EL MODULO V: ÁMALOS Y HAZ LO QUE QUIERAS: UNA MANERA DE RECUPERAR EL AMOR, LA CONFIANZA Y LA COMUNICACIÓN CON NUESTROS HIJOS.

El Principio de Pareto, la regla de 80/20. De Psicoactiva (2017)

En 1906, Pareto observó que el 20% de la población en Italia poseía el 80% de la riqueza. También se dio cuenta de que esta relación se puede encontrar en muchas áreas del mundo físico, por lo que teorizó que podría indicar una ley natural.

En la década de 1940, la teoría de Pareto fue formulada por el Dr. Joseph Juran, un ingeniero estadounidense ampliamente reconocido por sus aportaciones en el control de calidad. Fue el Dr. Juran quién decidió llamar a la proporción del 80/20 “El Principio de Pareto.” Según él, aplicar el Principio de Pareto en las métricas de un negocio, nos ayudará a separar las cosas “poco vitales” (el 80% de las causas) de las “muy útiles” (el 20% que generan el mayor resultado o impacto).

Supone que cuanto más frecuentemente se produzca una acción, mayor será el impacto que tenga sobre el resultado. Paralelamente, este principio también describe la “eficiencia de Pareto” que es un equilibrio en la distribución de los recursos de tal manera que, dentro de un sistema dado, un individuo o entidad no puede obtener un beneficio sin empeorar la situación de cualquier otra persona o entidad, y a esto se conoce como una mejora de Pareto.

De acuerdo con este concepto, es deseable continuar haciendo mejoras de Pareto hasta que ya no sea posible debido a que un beneficio a un individuo empeoraría demasiado a otro u otros. Cuando no se pueden hacer mejoras adicionales de Pareto, se dice que se ha alcanzado la eficiencia de Pareto.

Otra aplicación del principio de Pareto es la regla de 96 minutos, que sostiene que los trabajadores intelectuales deben dedicarse a sus tareas más importantes durante ese período de tiempo cada día para mejorar la productividad.

Este en realidad es un principio aplicable numerosas áreas de la vida, no sólo al trabajo y la empresa, podemos extrapolarlo a la economía, la política, pero también a nuestros pensamientos y actitudes.

Medita un poco en lo siguiente:

- ¿Qué 20% de las cosas de mi vida producen el 80% de mi felicidad?
- ¿Qué 20% de las cosas de mi vida son responsables del 80% de mis problemas e infelicidad?

¿Cuánto tiempo pierdes pensando lo peor? ¿Sintiendo miedo? ¿Buscando el lado trágico de los acontecimientos? Recuerda que la constancia en los pensamientos, ya sean buenos o malos, van a tener una enorme influencia en cómo nos sentimos.

Como dice el principio podemos concluir que con tan sólo el 20% nuestro esfuerzo podemos llegar a obtener unos resultados de un 80%.

Hay personas que piensan que lo que cuenta es la cantidad de horas invertidas en algo, como cuando alguien se obsesiona pensando en un problema y cree que de tanto pensar en él va a llegar a tomar la mejor decisión para resolverlo. Pero en realidad estas ideas terminan siendo nuestras trampas mentales. Es mucho más importante la calidad que la cantidad, debemos escoger mejor las palabras con las cuales nos hablamos, nuestros pensamientos, nuestros hábitos, nuestras relaciones, nuestros trabajos, nuestro ambiente... Un pequeño paso puede ser el comienzo de todo.

Intentemos focalizar nuestras energías en las cosas que realmente nos van a aportar algo. A veces perdemos demasiado tiempo en caprichos, objetivos, relaciones o trabajos que nos generan el 80% de nuestra infelicidad. Hay que ser lo suficientemente sabios y a la vez valientes para saber cuándo retirarse, hay cosas que no valen la pena ser forzadas.

Por ejemplo, no inviertas el 80% de tu dinero en prendas que vas a utilizar pocas veces. Busca aquellas que sí vas a utilizar de verdad. Dedícales tu tiempo de calidad a aquellas personas que te hacen sentir bien, no a las que no te aportan nada o casi nada, etc.

Escojamos con cuidado a las personas y las cosas que nos producen el 80% de nuestra felicidad, aprendamos a controlar un poco mejor nuestros impulsos, a sustituir nuestros pensamientos negativos que solamente nos hacen sentir mal.

Aplica la regla del 80/20 en tu vida personal, en tus estudios, tu trabajo...

ANEXO 9

ACTIVIDAD PARA EL MÓDULO IV: TU HIJO, TU ESPEJO...

Después de formar el círculo entre los participantes, el instructor hará la retroalimentación en base a las opiniones que destaquen los participantes, y deberá guiarlas y enfocarlas a sobreponer el amor por encima de las necesidades insatisfechas, las culpas, los miedos, negaciones y prejuicios respecto al significado de ser padre en base a la lectura sugerida.

El instructor deberá redireccionar los comentarios a los cambios positivos, a la búsqueda de soluciones, salir de la negación y reconocer que hay algo que no funciona y que necesita ser cambiado, también reconocer que a veces no se puede lograrlo sólo y que se necesita ayuda, siendo este el primer paso y que sin éste el cambio no es posible lograr; después de este paso que suele ser el más difícil, todo lo demás se soluciona durante el proceso.

Es importante que el instructor guie los comentarios en dirección al cambio positivo y mejorar las relaciones familiares evitando así la culpa en los padres por sus actos frente a sus hijos; en cambio los padres podrán tener otra perspectiva para mejorar sus actitudes en su familia para con sus hijos, comprendiendo así la importancia que tienen sus actos en la construcción de la personalidad de sus hijos.