



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ESCUELA IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS GENERACIÓN 2019-2020 XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

CINTHIA VIRIDIANA SOSA ALONSO.

No. EXPEDIENTE:

415539654

DIRECTOR DE TESINA

MTRA. D.H. SOILA GUTIÉRREZ ARIAS

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO, 2020.



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.

INDICE

INDICE

DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

CAPÍTULO I	- 1 -
HISTORIA DE LA DEPRESIÓN	- 1 -
1.1 La melancolía en la Grecia y la Roma clásicas.....	- 2 -
1.2 Aristóteles y la melancolía.....	- 4 -
1.3 Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión.	- 7 -
1.4 De la melancolía a la depresión	- 14 -
1.5 De la locura maniaco-depresiva a la bipolaridad.....	- 16 -
CAPÍTULO II	- 18 -
ADOLESCENCIA	- 18 -
2.1 Definición de adolescencia.	- 19 -
2.2 Cambios en la conducta.....	- 20 -
2.2.1 Aislamiento	- 20 -
2.2.2 Agresividad	- 20 -
2.2.3 Conducta antisocial.....	- 21 -
2.3 Cambios emocionales.....	- 22 -
2.3.1 Autoestima.....	- 22 -
2.3.2 Control de emociones	- 22 -
2.4.- Cambios biológicos hormonales	- 23 -
2.4.1 La pubertad en las niñas.....	- 24 -
2.4.2 La pubertad en los niños.....	- 25 -
2.5.- Cambios sociales.....	- 26 -
2.5.1 Noviazgo.....	- 26 -
2.5.2 Malas amistades	- 27 -
2.5.3 Conflictos escolares.....	- 28 -
2.6.- Principales factores que generan la depresión	- 29 -

2.6.1 Ausencia de los padres.....	- 29 -
2.6.2 Divorcio.....	- 30 -
2.6.3 Preferencia de hermanos.....	- 31 -
CAPÍTULO III	- 33 -
DEPRESIÓN	- 33 -
3.1 Conceptos de depresión	- 34 -
3.2 Tipos de depresión según DSM-IV	- 37 -
3.2.1 Trastorno depresivo mayor	- 38 -
3.2.2 Trastorno distímico	- 40 -
3.2.3 Trastorno depresivo no especificado	- 42 -
3.3 Clasificación de la depresión según DSM-5.....	- 44 -
3.3.1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	- 46 -
3.3.2 Trastorno depresivo mayor.	- 47 -
3.3.3 Trastorno depresivo persistente (distimia).	- 49 -
3.3.4 Otro trastorno depresivo especificado.	- 50 -
3.3.5 Otro trastorno depresivo no especificado.	- 52 -
3.4. Factores de riesgo	- 58 -
3.4.1 Redes sociales digitales	- 58 -
3.4.2 Adicciones	- 59 -
3.4.3 Delincuencia	- 60 -
3.4.4 Suicidio	- 60 -
3.5. Tratamiento de la depresión.	- 61 -
3.5.1 Tratamiento farmacológico.	- 62 -
3.5.2 Tratamiento de la fase aguda.	- 63 -
3.5.3 Selección del antidepresivo	- 63 -
3.5.4 Dosificación de antidepresivos	- 64 -
3.6 Terapia electroconvulsiva.	- 65 -
3.6.1 Fase de Continuación.....	- 65 -
3.6.2 Fase de mantenimiento.	- 65 -

3.6.3 Fase de discontinuación.....	- 66 -
CAPÍTULO IV.....	- 67 -
TEORÍAS Y ENFOQUES PSICOLÓGICOS QUE ABORDAN LA DEPRESIÓN...	- 67 -
4.1 Teoría Psicoanalítica.....	- 68 -
4.2 Teoría Cognitivo-Conductual	- 71 -
4.3 Psicoterapia Interpersonal	- 72 -
4.4 Teorías biológicas de la depresión.....	- 74 -
4.5 Perspectivas psicológicas	- 75 -
4.6 Perspectivas socioculturales e interpersonales	- 76 -
4.7 Explicaciones psicodinámicas.....	- 78 -
4.8 Dimensión social.....	- 78 -
CAPÍTULO V	- 81 -
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ESCUELA IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS DEPRESIÓN GENERACIÓN 2019-2020/1	- 81 -
5.1 Cambios en la conducta.....	- 83 -
5.1.1 Aislamiento	- 83 -
5.1.2 Agresividad	- 84 -
5.1.3 Conducta antisocial.....	- 85 -
5.2 Cambios emocionales.....	- 86 -
5.2.1 Autoestima.....	- 86 -
5.2.2 Control de emociones	- 87 -
5.3 Cambios sociales	- 88 -
5.3.1 Noviazgo	- 88 -
5.3.2 Malas amistades.....	- 89 -
5.3.3 Conflictos escolares.....	- 90 -
5.4 Principales factores que generan la depresión	- 91 -
5.4.1 Ausencia de los padres.....	- 91 -
5.4.2 Divorcio.....	- 92 -

5.4.3 Preferencia de hermanos.....	- 93 -
5.5 Factores de riesgo de la depresión	- 94 -
5.5.1 Redes sociales digitales	- 94 -
5.5.2 Adicciones	- 95 -
5.5.3 Delincuencia	- 96 -
5.5.4 Suicidio.....	- 97 -
CAPÍTULO VI.....	- 98 -
METODOLOGÍA.....	- 98 -
6.1 Planteamiento del problema:	- 99 -
6.2 Pregunta de investigación:.....	- 99 -
6.3 Justificación	- 99 -
6.4 Objetivos:	- 101 -
6.4.1 General:.....	- 101 -
6.4.2 Específicos:	- 101 -
6.5 Tipo de estudio de la investigación:	- 102 -
6.6 Diseño de investigación	- 102 -
6.7 Tipo de enfoque	- 102 -
6.8 Variables:.....	- 102 -
6.9 Población y unidad de muestra:	- 104 -
6.10 Instrumento Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)	- 104 -
GLOSARIO.....	- 107 -
BIBLIOGRAFÍA	- 113 -
FUENTES ELECTRÓNICAS.....	- 117 -

DEDICATORIAS.

A mi madre.

Por haberme apoyado durante toda mi trayectoria académica y asimismo en mi carrera profesional, dándome todo lo que necesite a través de su esfuerzo y trabajo, brindándome siempre el soporte necesario que requerí.

Por haberme dado lo necesario para concluir mi carrera hasta finalizarla por completo y no dejarme sola el tiempo que tardé para concluir mi trabajo final.

Por su paciencia en todos estos años.

AGRADECIMIENTOS

A la coordinadora del área de Psicología María de los Ángeles Vidal Rivera. Por su apoyo y preocupación en el bienestar académico de los alumnos, incluyéndome. De igual manera por brindar las mejores herramientas, su tiempo y paciencia en todo lo que se le solicita. Por haber estado al pendiente de los avances en mí trabajo y aportar lo necesario para poder concluirlo.

El segundo agradecimiento es para la licenciada Soila Gutiérrez Arias. Por su apoyo, paciencia y dedicación para la elaboración de mi trabajo de investigación, en la cual con sus conocimientos pudo instruirme y orientarme para poder confeccionarla y crear un trabajo de calidad. Asimismo con sus aportes y aclaración de dudas pude corregir y perfeccionar cada párrafo de la tesina hasta finalmente concluirla.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio descriptivo tiene como principal objetivo identificar los factores psicológicos, emocionales y sociales que presentan los adolescentes, ya que actualmente los estilos de vida y calidad de la misma, son factores para que los adolescentes presenten cuadros depresivos.

La adolescencia es un periodo del ciclo vital de grandes cambios e importantes transformaciones físicas y psicosociales. El tránsito por la adolescencia es una etapa difícil para el adolescente, pudiendo llegar a determinar su futuro personal y profesional.

En este periodo se forman las características más importantes de la personalidad y se desarrollan las habilidades y capacidades fundamentales para afrontar la vida adulta. La mayoría de los adolescentes no tienen más que los problemas propios de este periodo del ciclo vital; sin embargo, un porcentaje elevado de ellos pueden iniciar algún tipo de problema que, de no abordarse, puede mantenerse y llegar hacerse crónico (Saldaña, 2001) citado en (Cerezo y Méndez, 2009).

Es decir, el proceso de la adolescencia puede ser dificultoso y poco entendible por personas quienes los rodean, de igual forma algunos de los problemas más proclives a los que están expuestos los adolescentes y los que se abordan en el estudio descriptivo son: autoestima, agresividad, aislamiento y conducta antisocial, estos considerados como; algunos de los más relevantes y destacados.

Asimismo cabe mencionar que los adolescentes están expuestos a padecer y participar en factores de riesgo, tales como: redes sociales digitales, adicciones, delincuencia e incluso el suicidio y desarrollar problemáticas psicosociales.

Por otro lado la OMS (2001) señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD), y el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria.

El trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno. Ellas tienden a puntuar más alto que los hombres en diferentes escalas de autoinforme a partir de los 14 años (Benjet et al., 2009; Wade, Cairney & Pevalin, 2002) citado en (Beltrán, Freyre & Guzmán, 2011).

Es decir, existe un grado elevado de depresión y es un problema en donde día a día va aumentando considerablemente, afectando principalmente a mujeres. Cabe resaltar que es de suma importancia que personas depresivas sean valoradas y tratadas a tiempo por especialistas de la salud mental, para prevenir la depresión y otros trastornos mentales.

CAPÍTULO I

HISTORÍA DE LA DEPRESIÓN

La depresión es alimentada debido a heridas no curadas. Penélope Sweet

HISTORÍA DE LA DEPRESIÓN

El estudio de la psicología lleva a conocer los antecedentes primordiales de las problemáticas por las que atraviesan los adolescentes hoy en día, muchas de las enfermedades de este siglo, indican que la mayoría de los jóvenes comienzan a sufrir depresión desde que son niños.

Por otro lado, es importante conocer la historia y surgimiento de esta angustia, llamada así por muchos colaboradores desde tiempos primitivos, de igual forma las aportaciones y teorías de distintos autores.

1.1 La melancolía en la Grecia y la Roma clásicas.

Comenzando con numerosos contextos no clínicos puede surgir la idea de que una fuerza o ente sobrenatural sea el posible origen de una aberración mental o una enfermedad, pudiendo ser por la influencia ejercida desde fuera del cuerpo del sujeto y otras como consecuencia de la entrada de ésta o éste en el cuerpo de la víctima desde donde ejerce la influencia negativa.

Tal angustia puede ser algo infundado o algún tipo de maldad. Se creía que se debía a la visita de algún Dios, demonio o un espíritu maligno, o en tiempos antiguos, del Dios de los cristianos como castigo o prueba de fe, por el demonio o cualquiera de los diversos seres.

Durante la edad antigua y Media estas ideas emergen en las definiciones de la enfermedad, aunque no sucede lo mismo en textos griegos de teoría de la medicina. La medicina clásica griega afirma que los desórdenes mentales eran reflejos psicológicos de desórdenes fisiológicos.

Cabe mencionar que en tiempos primitivos la melancolía era considerada como una sanción o escarmiento para aquellas personas quienes la fe era algo sin mera importancia.

Por otro lado los desórdenes mentales se consideraban contestaciones del cuerpo que las representaba la mente.

Algunos escritos médicos que llegaron de la Grecia y la Roma clásicas, al frecuentar el contenido de los desórdenes mentales, tienden a representar a tres tipos de locura. Y dentro de este contexto es donde surge la melancolía.

A pesar de las diferencias entre un autor y otro, estas tres formas acostumbradas de la locura: frenitis, melancolía y manía, poseen una duración en las descripciones, desplegando a repetirse determinados temas en las teorías médicas empleadas para exponerlas.

Se decía que la frenitis era una enfermedad aguda, mientras que la melancolía y la manía se distinguían como crónicas. Sus características principales de la frenitis eran el delirio y la fiebre, mientras que la melancolía y la manía se diferenciaban de esta por la ausencia de fiebre. Así por lo habitual, se decía que la frenitis era originada por la bilis amarilla, y la melancolía, por la bilis negra.

Es importante agregar que ya se apreciaba la diferencia entre los tipos de locura y más adelante se fueron diferenciando de acuerdo a sus características y el modo en que fueron expuestas por varios autores, de igual forma aparecieron más términos para designar a la melancolía.

Los escritos hipocráticos.

La melancolía como enfermedad surge en los textos hipocráticos en los siglos IV y V a.C. La melancolía se relacionaba con “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” y se decía que “un miedo a una depresión que se prolonga supone melancolía”.

Los escritores hipocráticos para exponer las enfermedades se basaban de una traducción de la teoría de los humores. Los cuatro humores, sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema se creía que poseían mayor o menor predominio según las estacio-

nes primavera, otoño e invierno, y cada humor y su correspondiente estación del año se relacionaban a un par de opuestos primarios o cualidades: la sangre con lo caliente y seco, la bilis negra con lo frío y seco, y la flema con lo frío y húmedo.

Dentro de esta representación, el estado de salud lo constituía la mezcla óptima (eucrasia) de estos humores: había un equilibrio. La enfermedad era la diferencia de este equilibrio (discrasia) de los humores y significaba la aparición de un desequilibrio, tanto en exceso como en defecto o una mezcla de uno o más humores.

Se expone que la mayor parte de los melancólicos habitualmente se convierten en epilépticos y epilepticos melancólicos (Jackson, 1986).

Finalmente un punto importante es saber que la melancolía se relaciona con un miedo prolongado y los escritores hipocráticos se apoyaron de la teoría de los humores, asimismo cada humor se incumbió a una estación del año.

En el siglo XVI, la melancolía incluía “creencias” que hoy definiríamos como psicóticas, estados maníacos, engaños psicosomáticos y estados disociados (Radden, 2008) citado en (Segovia, 2014).

Es decir, la melancolía era vista desde otra perspectiva bajo conceptos que eran desconocidos y que hoy en día tienen otra interpretación.

1.2 Aristóteles y la melancolía.

La melancolía no era desconocida en el mundo clásico. Al contrario, era un ámbito en el que los hombres melancólicos abundaban.

Aristóteles, en el texto de Problemas XXX, introduce una precisión acerca de este tema. Dice: Todos los hombres excepcionales son melancólicos (Peretó, 2012).

Cabe mencionar que, hubo un periodo en el que la melancolía predominó y era conocida por diferentes nombres, asimismo existían distintos tratamientos, poco a poco fue estudiada más a profundidad hasta ser designada como depresión.

La melancolía según Aristóteles, es el resultado de un exceso de bilis negra en el cuerpo. Este humor se encuentra en todos los hombres sin que, se muestre de un modo explícito. Y puede alterarse debido a dos causas: por un malestar digestivo o por cambios en el calor o el frío, los cuales son transitorios, o por una preeminencia del humor melancólico sobre los demás debido a una cuestión del sujeto. Apareciendo como primer caso las enfermedades melancólicas; epilepsia, parálisis, depresión, fobias y, en el segundo, el hombre melancólico por naturaleza (Peretó, 2012).

Es importante saber que la persona melancólica no siempre presentara los mismos síntomas, ya que esta perturbación se puede presentar de distintas maneras y provoca desajustes de forma desconocida.

En cambio, el hombre que es normal por naturaleza no podrá adquirir cualidades propias de la naturaleza melancólica, al menos de carácter permanente. Podrá padecer enfermedades melancólicas, pero solo serán molestias pasajeras, sin ninguna secuela mental. Quien es melancólico por naturaleza, poseerá un ethos especial que lo hará diferente del hombre común. Será entonces, normalmente anormal.

Aristóteles explica que esta situación se origina debido a que la bilis negra posee una cualidad que no se encuentra en los otros humores. Sucede algo semejante a lo que ocurre cuando se ingiere vino, según la temperatura y la cantidad que se ingiera, provocara que el sujeto se convierta en audaz, agresivo, demente o cordial. La bilis negra también engendra temperamentos naturales y durables a las disposiciones transitorias que provoca el vino (Peretó, 2012).

Es decir, la cantidad de bilis negra que tenga la persona será proporcional a las reacciones que tenga su cuerpo, de igual manera el desajuste en su organismo y mente. Por otro lado, la bilis negra puede ser afectada por el frío o el calor. Siendo

naturalmente fría, puede enfriarse de un modo immoderado e, igualmente, puede calentarse de la misma forma.

Y debido a que el carácter del sujeto es determinado por el calor o el frío, resulta claro que en aquellos hombres en los que la bilis negra juega un rol preponderante deberán ser, anormales, debido a las variaciones del humor que provocara en ellas las alteraciones térmicas de esa bilis.

No debe entenderse por esto que todo hombre que tiene una anomalía en su volumen de bilis negra será, una persona excepcional desde el punto de vista intelectual. En realidad, la excepcionalidad supone una doble limitación de los efectos que surgen de la bilis negra.

Es decir, la cantidad del humor melancólico debe ser lo suficientemente alta como para elevar el carácter por encima del promedio, pero no tanto como para originar una melancolía profunda, y de esta manera conservar una temperatura constante, ni muy alta ni muy baja (Peretó, 2012).

En otras palabras, la cantidad del humor melancólico debe estar equilibrada para no causar melancolía grave y mantener una temperatura firme en el organismo.

La anormalidad de la que habla Aristóteles no es la misma de la que habla en otras obras. En *Parva naturalia*, lo anormal es un *modus deficiens* de la naturaleza; algo que le falta a ese para ser acorde a su naturaleza. En la *Ética*, el anormal será el hombre incapaz de establecer una relación apropiada con su entorno social. En ambos casos, la melancolía es vista, como una enfermedad que implica una perturbación de la moral o una menor responsabilidad moral (Peretó, 2012).

Es decir, la anormalidad es considerada en personas como un desajuste, carencia de ciertas condiciones y habilidades y que por ende no puede realizar totalmente, en conclusión alguien ineficaz.

1.3 Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión.

Se considera que la depresión ha permanecido a lo largo del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad, su símil recibió el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos. La biblia, por ejemplo, cuenta el fin del rey Antioco Epifanes, tu tristeza y sus palabras después de una derrota militar: “Huye el sueño de mis ojos y mi corazón desfallece de ansiedad”.

La palabra melancolía surgió como término médico, resultado de la doctrina humorista, que ocupó la mayor parte de la historia de la medicina. El humorismo era la doctrina médica antigua, definida por Hipócrates en el siglo V a.n.e., que explicaba la salud y la enfermedad por la acción equilibrada o desequilibrada de los humores en el cuerpo. La crisis era el equilibrio entre los cuatro humores básicos: sangre, flema, bilis y atrabilis, humor negro o melancolía; así mismo, la exclusión de los humores mediante el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina y las evacuaciones, se conocían como crisis. En el proceso de la enfermedad los médicos sabían cuál era el momento crítico, es decir, aquel en que debía suceder la exclusión de los malos humores.

Los griegos antiguos ya hacían mención a un estado de locura delirante, con ánimo exaltado. Soranus (I a.n.e.) había comprobado una posible relación entre el estado de locura delirante y la melancolía, e incluso describió los episodios mixtos.

Areteo de Capadocia, siglo I n.e., escribió: “La melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y a la pesadumbre”; originada también por la bilis negra. Además, describió el vínculo entre episodios depresivos y maníacos: “la melancolía es el principio y parte de la manía”... “algunos pacientes, después de ser melancólicos, tienen brotes de manía, de manera que la manía es una posible variedad del estar melancólico”. Para él la melancolía era la forma primordial de locura, de la que emanarían las otras

complejidades. Cuando la enfermedad se empeoraba, se originaba una afectación del cerebro por vía simpática, que daba lugar al surgimiento de la manía.

El fuerte desequilibrio de alguno de los humores era el origen de la aparición de distintos malestares; el leve predominio de un humor sobre los otros establecía un temperamento, una manera de ser. Para los griegos, 4 eran las esencias: tierra, aire, fuego y agua; 4, los puntos cardinales; 4 las estaciones; 4, las edades del hombre: infancia, juventud, madurez y senectud, y 4 los temperamentos: sanguíneo, colérico, melancólico y flemático.

El temperamento es una predisposición que se presenta ante la impresión inducida por una idea, un recuerdo, un suceso exterior; es una manera repetitiva de reaccionar. El melancólico es sensible y poco reactivo, pero de almacenar por mucho tiempo sus emociones, se torna pesimista y pasivo.

Los romanos tenían su propia manera de nombrar la bilis negra (atra bilis), pero prefirieron llamarla como les sonaba a ellos la fonética, es decir, melancholía. Así mismo, la palabra depresión proviene del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo).

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (131-201) describieron la melancolía como una alteración crónica, que no se acompaña de fiebre y exterioriza síntomas como temor, recelo o desesperación, suspicacia, misantropía y agotamiento de la vida, entre otros.

En Bagdad, siglo X, el árabe Isaq Ibn Imran la refirió como: “un cierto sentimiento de aflicción y aislamiento que se crea en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero que es irreal. Además de todos estos síntomas psíquicos, existen otros somáticos como la pérdida de peso y sueño. La melancolía puede poseer causas meramente psíquicas, miedo, aburrimiento o ira, de modo que la pérdida de un ser querido puede originar tristeza y aflicción y obtener como consecuencia a la melancolía”.

Constantino, el africano, siglo XI, planteó: “La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamaba hipocondriaca, está situada en la boca del estómago; la otra está en lo íntimo del cerebro. El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes”.

Por otra parte, en nuestra América, según los mitos de los conquistadores españoles, recopilados por Elferink, la depresión era la enfermedad mental más habitual entre los incas, quienes poseían un sólido conocimiento de las plantas medicinales y los minerales que se utilizaban contra la enfermedad, así como ritos y ceremonias religiosas para combatirla.

Santo Tomás (1225-1274) mantenía que la melancolía era incitada por demonios e influencias astrales e incluso por el pecado de pereza.

En la Edad Media los guías religiosos creían que la depresión era producida por posesión de los espíritus malos. El reformador religioso alemán, Martin Lutero, escribió: “Toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo.” A lo largo de los siglos, la depresión ha sido tratada con diferentes remedios como azotes, sangrías, exorcismo y baños. Durante la Edad Media este demonio fue conocido como acedia. Aunque los monjes seguían siendo sus víctimas predilectas, realizaban también un buen número de conquistas entre los laicos.

La acedia o *taedium cordis* era considerada como uno de los 8 vicios capitales que sometían al hombre. Algunos desacertados psicólogos del mal solían hablar de esta como si fuera la llana pereza. “Más la pereza es tan solo una de las numerosas manifestaciones del vicio sutil y complicado que es la acedia. Los que pecaban por acedia irían a encontrar su morada eterna en el quinto círculo del infierno. Allí se les sumerge en la misma ciénaga negra con los coléricos, y sus lamentos y voces burbujean en la superficie”.

San Isidoro de Sevilla indicó 4 derivadas de la tristeza: el rencor, la pusilanimidad, la amargura y la desesperación; y 7 de la acedia propiamente dicha: la ociosidad, la

somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad.

En el siglo XIV, Paracelso se refirió tanto a la depresión endógena como exógena. En 1621, Robert Burton escribió su libro “La anatomía de la melancolía” e hizo referencia a los aspectos, hasta entonces conocidos, sobre el sufrimiento donde era posible identificar los estados depresivos.

Thomas Willis (1621-1675) desdeñó la teoría de los humores como causa de la melancolía y, siguiendo los conocimientos de su época, atribuyó el principio de esta enfermedad a las transformaciones químicas originadas en el cerebro y el corazón. Menciono 4 tipos de melancolías, de acuerdo con su origen: a) por desorden inicial del cerebro, b) emanada de los hipocondrios (bazo), c) la que comprende todo el cuerpo y d) originada en el útero.

En 1679 Bonetus escribió Manía de la melancolía y en otra publicación que data de 1686 trató la relación y trascendencia patogénica existentes entre la melancolía y la manía; este mismo concepto se conservó en Inglaterra en el siglo XVII. Así en 1725 Richard Blackmore se refirió a “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. En 1764, Robert Whytt incumbió la depresión mental con el espíritu bajo, la hipocondría y la melancolía.

En 1784 Chiarugi planteó y defendió la idea de que durante la evolución de una misma enfermedad se pueden acontecer diversos estados psíquicos. Estableció la hipótesis según la cual existían tres formas de locura: la melancolía, la manía y la demencia, que para este autor era una forma de delirio con transformaciones cognitivas.

En 1808 Haslam se refirió a aquellos que se encontraban bajo la influencia de las pasiones depresivas. Ya en esa época el vocablo depresión ganó terreno y se manejó junto al de melancolía para designar la enfermedad, mientras que esta última si-

guió conservando su uso popular y literario. Así mismo, Wilhem Griesinger introdujo el término estados de depresión mental como semejante de melancolía.

A inicios del siglo XVIII, Pitcairn explicó que el caos de la hidrodinámica de la sangre perturbaba el flujo de los espíritus animales de los nervios e incitaba pensamientos alterados y delirios en la melancolía. En esa misma época, William Cullen asoció los conceptos de carga y descarga en los cuerpos sometidos a electricidad y los aplicó al cerebro, en el sentido de mayor o menor energía (excitación y agotamiento) cerebral; la melancolía fue relacionada con un estado de mínima energía cerebral, conocido actualmente como hipoergia o, más radicalmente, anergia.

A su vez y en relación con las causas de la depresión, a principios del siglo XIX Philippe Pinel señaló como produce posibles de la melancolía, en primer lugar, las psicológicas y en segundo, las físicas.

En el siglo XVI la melancolía fue aceptada como una enfermedad mental y Bartolomeus Anglicus la definió como la afección de la parte media de la cabeza, con privación de la razón. “Es una afección que domina el alma y que proviene del miedo y de la tristeza que daña la razón”.

Robert Burton la definió como: “un delirio sin fiebre que se acompaña de miedo y tristeza sin causas aparentes”.

El siglo XIX supondría el periodo de máximo auge en el desarrollo de la psicosis única. Así, el autor belga, Guislain, defendió la tesis según la cual la melancolía era el fenómeno preliminar. A esta seguirán la manía, las ideas delirantes y, posteriormente, la demencia. Sus ideas ejercieron una considerable influencia en la psiquiatría alemana, donde se destacaron tres autores: Zeller (1840), quien consideró que la melancolía era la forma primordial de la mayor parte de las enfermedades mentales, por lo que las demás afecciones como la manía, la paranoia y la demencia, supondrían agravaciones continuas de la primera.

Después le sucedió Griesinger (1861), cuya idea de la psicosis única llegó a alcanzar su mayor auge. Para este autor, solo se podía hablar de formas de trastornos psíquicos, dispuestos de ser agrupados en perturbaciones afectivas y perturbaciones del pensamiento. Las primeras precederían, normalmente, a las segundas. La melancolía y la manía formarían parte del primer grupo. La paranoia y la demencia, del segundo.

A mediados del siglo XIX y casi de forma simultánea a Griesinger, surgieron los trabajos de Hoffmann (1861) y Snell (1865). Dichos autores comenzaron con el final del concepto de psicosis única, pues para ellos la paranoia no siempre tendría un carácter secundario a la melancolía, de manera que exista la posibilidad de la paranoia primaria. Esta idea adquirió su consagración final en el Congreso de Berlín (1893), donde se estableció que la paranoia era un trastorno en el que los efectos tendrían una función muy poco apreciable.

En 1863, Kahlbaum acuñó y empezó a utilizar el término *distimia*, tan conocido actualmente entre los expertos de la salud mental.

Kraepelin, uno de los psiquiatras más distinguidos de su tiempo, también habló de la melancolía. En una de sus clasificaciones nosológicas empleó el término *locura depresiva*, sin desprenderse del término *melancolía* para distinguir la enfermedad, y reservó el de *depresión* para nombrar un estado de ánimo. Consideraba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le concierne. Pero en 1899 usó como categoría diagnóstica la *locura maniaco-depresiva*. Así mismo, hizo una de las mayores contribuciones a la psiquiatría, al distinguir la enfermedad maniaco-depresiva de la demencia *praecox*; además, fue uno de los primeros en puntar que el estrés psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores acontecen de forma espontánea.

Conforme fue avanzando el tiempo, los conceptos y términos manejados para referirse a la melancolía o la depresión eran más específicos. De esta manera, Meyer pro-

puso descartar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Así, en esta puja semántica se llegó a la redundancia de dominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para designarlos sencillamente como depresión.

En 1863, el término ciclotimia fue empleado por Kahlbaum para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, remediando los ciclos. Finalmente, la melancolía fue admitida como concepto de depresión, y dio lugar a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de esta, como se demostró en la primera cuarta parte del siglo XX, cuando los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicossomático, entre otros.

En 1911 Freud publicó su trabajo Duelo y melancolía, en el cual se establecieron las diferencias entre la enfermedad y el transcurso de duelo que tiene lugar cuando se sufre por la pérdida de un ser querido, donde es normal la depresión, siempre y cuando esta se solucione entre 6 y 12 meses, y no inhabilite a la persona en el desarrollo de sus actividades diarias.

En 1924 Bleuler se apartó de la línea de Kraepelin, al plantear que la relación entre la enfermedad maniaco-depresiva y la demencia precoz era parte de un continuo, sin una línea clara de delimitación. Por último, Meyer creía que la psicopatología brotaba de interacciones biopsicosociales.

A partir de esta conceptualización, reflejada por el DSM-I en 1952, se incluyó el término reacción maniaco-depresiva. En 1957, Leonhard observó que algunos pacientes presentaban tanto historia de depresión como historia de manía, mientras que otros mostraban únicamente historia de depresión. En observaciones sucesivas notó que los pacientes con historia de manía (aquellos a los cuales llamó bipolares) tenían una elevada incidencia de manía en sus familias, cuando los comparaba con aquellos que tenían solamente historia de depresión (a los cuales llamó monopolares).

En 1976, Dunner y colaboradores propusieron subdividir el trastorno bipolar de la siguiente manera siguiente: tipo I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización (muchos de estos cuadros se acompañan de síntomas psicóticos) y tipo II, pacientes con una historia de hipomanía, además de presentar una historia previa de depresión mayor, que requirió hospitalización. En 1980, la distinción bipolar-unipolar fue agregada formalmente en el sistema americano DSM-III (Zarragoitia, 2011).

La historia de la melancolía pasó por un proceso de cambios en el que muchos colaboradores aportaron y propusieron términos nuevos para designarla, sin embargo con el paso del tiempo se optó por un solo vocablo el cual en la actualidad es conocida como depresión y de esta se despliegan tipos y clasificaciones con sus respectivos dictámenes para poder llevar a cabo un diagnóstico final. A pesar de las contribuciones de muchos expertos en el tema sobre esta afección, son muy pocos los términos que aún se siguen tomando en cuenta al hablarse de la depresión desde sus comienzos.

1.4 De la melancolía a la depresión

Los sentimientos de abatimiento o de depresión son antiguos compañeros de la raza humana y seguramente, en sus formas menos graves, tienen unas funciones filogenéticas adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás (Gilbert, 1992) citado en (Vázquez y Sanz, 2004).

Cabe mencionar que, desde tiempos pasados estos sentimientos han estado presentes en la vida de las personas fomentando otro tipo de fines, no descartando que ahora en la actualidad sean tomados en cuenta para otras funciones.

Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates (siglo IV a.C.). Hipócrates emplea el término genérico de melancolía para dar cuenta de estos estados de desfallecimiento, inhibición y tristeza que, por cierto,

su contemporáneo Aristóteles (siglo V a.C. va a recoger en algunos escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes. Para Hipócrates, la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de bilis negra, o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos; de hecho, el término proviene del griego melaina chole (bilis negra). Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservará prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el siglo XIX (Vázquez, 1990) citado en (Vázquez y Sanz, 2004).

Cabe mencionar que en tiempos primitivos tanto Hipócrates como Aristóteles tenían diferente percepción de la melancolía, sin embargo algunas veces compartían rasgos o características similares con relación a esta afección.

Aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más empleada, la palabra depresión se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX, y ya a principios del siglo XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad (Jackson, 1985) citado en (Vázquez y Sanz, 2004).

Tanto la melancolía como la depresión son términos populares y reconocidos desde siglos pasados, sin embargo, en la actualidad depresión es el término más utilizado para describir el padecimiento de la persona quien la padece.

El cambio conceptual principal lo proporcionaría el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo pasado. El término maniaco-depresivo de Kraepelin contenía cuadros que hoy se designan depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia. En palabras del propio autor, se incluían todos los casos de excesos en la afectividad. Era, por lo tanto, un concepto considerablemente extenso y desde poco después de su publicación recibió críticas por parte de Adolf Meyer (uno de los fundadores de la psiquiatría americana) e incluso por compatriotas del propio Kraepelin como Karl Jaspers.

Para Kraepelin las causas de la enfermedad maniaco-depresiva eran innatas e independientes de causas sociales o psicológicas (Vázquez y Sanz, 2004).

Cabe resaltar que desde años atrás, ya se hablaba de los tipos de depresión que actualmente se conocen, aunque han sufrido modificaciones siguen siendo consideradas dentro de la clasificación.

1.5 De la locura maniaco-depresiva a la bipolaridad

Al proponer el término locura maniaco-depresiva, Kraepelin recogía la tradición de autores de mediados del siglo XIX como el alemán Kahlbaum, y los franceses Falret y Baillarger, quienes prácticamente al mismo tiempo describieron formas cíclicas de locura. Es decir, formas de enfermar en las que se alternarían estados de depresión y de manía (es decir, estados de gran euforia y excitación psicológicas) (Vázquez y Sanz, 2004).

Cabe mencionar, que estos autores además de describir formas de locura, también hacían mención de la depresión y la manía como maneras de preocupaciones que perturbaban a la persona.

El término manía tiene su comienzo en los escritos de Hipócrates; pero, a diferencia de su uso actual, el término no estaba relacionado con el estado de ánimo, sino que se utilizaba para describir a pacientes con estados delirantes psicóticos que, a diferencia del denominado delirio, cursaban sin fiebre.

Fue Areteo de Capadocia (siglo II d.C.) quien varios siglos después de Hipócrates describió casos de agitación maníaca e inhibición alternantes en una misma persona. Siguiendo la ortodoxia teórica hipocrática, Areteo atribuía esta condición a desequilibrios humorales.

Aunque van apareciendo ocasionalmente descripciones de estados de locura en los que se alternan estados de ánimo deprimidos y agitados o expansivos, es a mitad del

siglo XIX cuando, efectivamente, la observación durante años de pacientes internados en hospitales permite a los franceses Falret y Baillarger describir con más precisión pacientes que presentan síntomas depresivos y maníacos de forma circular (Jackson, 1986; Perris, 1985) citado en (Vázquez y Sanz, 2004).

Cabe mencionar que la manía no hace partícipe dentro de los estados de ánimo deprimidos y de acuerdo con los síntomas depresivos, estos pudieron valorarse más adelante en pacientes reclusos.

Esta observación influyó decisivamente en la concepción de Kraepelin al acuñar el concepto algo impreciso de locura maniaco-depresiva, incluía también casos de depresión no circulares que en hoy en día se diagnostican como depresión mayor o como distimia.

El también psiquiatra alemán Karl Leonhard, en 1957, fue el primero en separar los trastornos afectivos en bipolar (personas con trastornos maniaco-depresivos o circulares) y monopolar (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía), superando así el ambiguo concepto genérico de maniaco-depresivo.

Desde los años setenta, en EE. UU se ha venido utilizando la distinción entre Bipolar I y Bipolar II (p. ej., Depue y Monroe, 1978). Los primeros serían aquellos casos en los que ha existido algún episodio de manía, mientras que en los segundos habrían existido meramente episodios de hipomanía (es decir, episodios menos graves que no llegan a obstaculizar seriamente con la vida cotidiana del paciente). Aunque aún existen ciertos problemas sobre la validez de esta distinción, con el DSM-IV (APA, 1994) se reconoce por primera vez el beneficio de diferenciar entre estas dos entidades al permitir clasificar con categoría propia a los Bipolares II (Vázquez y Sanz, 2004).

Cabe mencionar que la diferencia entre los tipos de bipolaridad depende del grado de afectación y que tanto pueden llegar a perturbar la vida de la persona.

CAPÍTULO II

ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

Para comprender mejor el concepto de adolescencia es de suma importancia saber que es una fase del ser humano constituida por elementos como es la edad, cambios físicos, hormonales, emocionales y sociales, asimismo en cada uno de estos existen dificultades y contrariedades con las personas quienes les rodean. Es una etapa de cambios meramente importantes, en donde la participación del adolescente en la sociedad es más influyente y participativa para la toma de decisiones ya que se requiere la opinión de ellos como elementos importantes dentro de la sociedad.

2.1 Definición de adolescencia.

La adolescencia es considerada como un periodo de desarrollo crítico, dado que es la etapa comprendida entre el final de la niñez y el comienzo de la edad adulta. Representa una fase de tensiones particulares en la sociedad, ya que los cambios físicos, con la adaptación que ello implica, traen aparejados numerosas demandas: de independencia, de comportamiento sexual, de integración social, de elección vocacional, y una identidad que canalice una filosofía propia de vida.

Inicia entre los 10 y los 14 años, y se caracteriza por cambios hormonales importantes. Comienza con el aumento de la actividad del hipotálamo, que envía impulsos a la hipófisis; como resultado, ésta lanza a la circulación hormonas destinadas a provocar el desarrollo de las glándulas correspondientes y como consecuencia, aparecen los caracteres sexuales secundarios (Cuenca, 2004).

En otras palabras, la adolescencia es un proceso de cambios que va de la niñez a la edad adulta, en este lapso se presentan alteraciones y modificaciones, tanto del cuerpo como de la mente, en lo social y en lo emocional, conlleva a un nuevo comportamiento y una madurez más avanzada, en esta etapa se busca una nueva identidad y sobre todo la aceptación de esta.

2.2 Cambios en la conducta.

2.2.1 Aislamiento

El aislamiento siempre manifiesta una problemática importante en la esfera afectiva de los niños y los adolescentes, demanda atención, cuidado y seguimiento, por ser un síntoma indiscutible de conflicto en el ámbito relacional.

El aislamiento tiene que ver de manera directa con la formación de la autoestima, de la incapacidad para enfrentarse a las exigencias del entorno y a falta de recursos afectivos para solventar los problemas derivados en las relaciones interpersonales (rechazo conflictos, etc.) (Escalante y López, 2003).

Cabe mencionar que el aislamiento puede darse debido a diversos factores tanto dentro de la familia, como fuera de ella. Asimismo el aislamiento puede repercutir en la escuela y en sus amistades, poco a poco pasan a ser personas excluidas en diferentes aspectos tanto sociales como familiares.

2.2.2 Agresividad

Winnicott: considera a la agresión desde una perspectiva diferente a como se le definía en las grandes teorías psicoanalíticas de su época. Para Freud, la agresividad se vincula a la pulsión de muerte, innata, dirigida al exterior y al otro o contra sí mismo como autoagresión. Winnicott no acepta que exista el instinto de muerte innato ni lo equipara al sadismo como un impulso con finalidad destructiva. Postula en cambio a la agresión como una fuerza que es manifestación de vitalidad y la desvincula del concepto de frustración; aclara además que no debe confundirse con el enojo, al que considera agresión reactiva y que se origina a causa de una respuesta adversa del ambiente; una intrusión que reprime tempranamente la agresividad-motilidad del niño (Chagas, 2012).

Es decir, este autor la considera como un impulso de fuerza frente a adversidades que se le pueden presentar a la persona, la agresividad es un mecanismo de defensa a la que recurren cuando se encuentran en peligro, es decir, un amparo a su favor.

De acuerdo a Echeburúa, la agresividad representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros procedentes del exterior. Desde esta perspectiva, la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos. Sin embargo, por razones de tipo orgánico (daños cerebrales), o por la influencia del entorno o por errores en el proceso de socialización, la agresividad adopta formas distorsionadas y destructivas, incorporando violencia en su expresión (Echeburúa, 1994) citado en (Escalante y López, 2003).

Cabe mencionar, que principalmente la agresividad es una forma de protección hacia la persona, reaccionando de esta manera frente a dificultades e infortunios que surgen, es decir luchar por subsistir día con día.

2.2.3 Conducta antisocial

La conducta antisocial se define como cualquier conducta que refleje una infracción a las reglas o normas sociales y/o sea una acción contra los demás, una violación contra los derechos de los demás. Dentro de las conductas antisociales están algunas tales como, romper objetos de otras personas, de lugares públicos, golpear, pelearse o agredir a personas, copiar en un examen, ensuciar las calles y las aceras rompiendo botellas o vertiendo las basuras, molestar a personas desconocidas o hacer atrocidades en lugares públicos, gastar bromas pesadas a la gente, decir palabras fuertes, robar, responder mal a un adulto, negarse a realizar las tareas encomendadas (Garaigordobil y Maganto, 2016).

Es decir, es una conducta que infringe y altera el orden social establecido, y todo comportamiento antisocial está representado en el código penal, por lo tanto es una infracción. Asimismo se llevan a cabo acciones que no están permitidas o aprobadas por la sociedad y generan un daño en su totalidad a todo aquel que se encuentre cerca.

2.3 Cambios emocionales

2.3.1 Autoestima

William James, el padre de la psicología norteamericana dio una definición de la autoestima en *Principles of Psychology* en 1890.

Decía, “la estima que sentimos por nosotros depende enteramente de lo que pretendemos ser y hacer. James evaluaba la autoestima de una persona a partir de sus éxitos concretos confrontados con sus aspiraciones. Desde esta perspectiva, cuantas más pretensiones elevadas tenía una persona sin lograr satisfacerlas, tanto mayor era el sentimiento de fracaso personal que experimentaba. En suma, para medir el grado de autoestima de un sujeto, James confrontaba sus éxitos con sus pretensiones (Monbourquette, 2004).

En otras palabras, las aspiraciones hacia el éxito y perseverancia que se ponga el sujeto para obtenerlas, se verá reflejado en el grado de autoestima que tiene, cabe mencionar que entre más aspire a algo nuevo, mayores serán sus exigencias, de otra forma se verá reflejado en decepción o frustración.

2.3.2 Control de emociones

Las emociones son fenómenos de corta duración, relacionados con sentimientos, estimulación, intención y expresión, que ayudan a la adaptación, a las oportunidades y retos que se enfrentan durante los sucesos significativos de la vida.

La emoción es lo que concierne los componentes de sentimiento, estimulación, intención y expresión dentro de una reacción coherente ante un suceso provocador (Reeve, 2009).

Es decir, las emociones son momentáneas, aparecen de manera rápida ante una situación inesperada, de esta forma los sujetos son capaces de controlarlas o quebrantarse ante un peligro o riesgo al que se expongan, de igual forma se tiene la capacidad de prepararse al actuar ante un suceso imprevisto.

2.4.- Cambios biológicos hormonales

La adolescencia se inicia por unos cambios corporales, bajo el concepto de pubertad. Unos cambios neuroendocrinológicos que ponen de manifiesto unas transformaciones corporales que culminarán en la fijación de un cuerpo adulto. Estos cambios se pueden especificar en dos ámbitos:

1. Los cambios anatómico-estructurales consistentes en los desarrollos de los caracteres sexuales secundarios: tamaño, masa muscular ósea.
2. Los cambios funcionales: se desarrolla la capacidad de engendrar, de reproducción, iniciándose con la aparición del período menstrual y la primera emisión seminal.

Estos cambios tienen dos derivaciones de profunda repercusión emocional: la pérdida del cuerpo infantil, que conlleva la necesidad de elaboración del duelo consiguiente y la modificación y el principio que supone la ganancia de un cuerpo nuevo, con posibilidades y funciones también nuevas.

Es decir, la pérdida de lo conocido, el cuerpo infantil, para pasar a estrenar un cuerpo nuevo que se desconoce y teme. Como ante cualquier cambio, frente a lo nuevo y desconocido, el adolescente puede reaccionar aferrándose al cuerpo infantil y los logros obtenidos porque es algo que ya conoce y domina, negando el desarrollo y su crecimiento. Pero también puede reaccionar ante lo nuevo y que estrena: verificando,

probando y comprobando su idoneidad a fin de poderse adaptar a las experiencias y posibilidades que el cuerpo aporta. Por eso en muchas ocasiones busca los medios que le faciliten un control sobre su cuerpo, principalmente a través de la gimnasia, actividades deportivas, etc. (Espinosa, 2004).

Haciendo énfasis a lo anterior, se menciona el duelo por el que atraviesa el sujeto al ver que deja el cuerpo infantil, para pasar al de adulto. Es una evolución del cuerpo, en donde surgen conflictos, alteraciones y en donde no todos toman la misma lucidez en aceptar y reconocerse.

Es normal que el adolescente se sienta con miedo a lo desconocido, asimismo es común que sienta la necesidad de aferrarse a algo que ya domina, para seguir conservando esa seguridad adquirida.

2.4.1 La pubertad en las niñas.

No está claro porque la pubertad empieza en un momento particular. Lo que si es que depende de los factores ambientales y culturales. Por ejemplo, la menarquia, el inicio de la menstruación y probablemente la señal más obvia de la pubertad en las niñas, varía mucho en diferentes partes del mundo. En los países más pobres en vías de desarrollo, la menstruación empieza más tarde que en países con mayores ventajas económicas.

La menstruación es uno de los cambios de la pubertad relacionados con el desarrollo de los rasgos sexuales primarios y secundarios. Las características sexuales primarias están asociadas con el desarrollo de los órganos y estructuras del cuerpo que conciernen específicamente a la reproducción. En contraste, las características sexuales secundarias son los signos visibles de la madurez sexual que no se refieren de manera directa a los órganos sexuales.

En las niñas, el desarrollo de las características sexuales primarias significa cambios en la vagina y el útero. Las características sexuales secundarias incluyen el desarro-

llo de los senos y el vello púbico. Los senos empiezan a crecer alrededor de los 10 años, y el vello púbico empieza a aparecer alrededor de los 11 años. El vello axilar aparece alrededor de dos años más tarde.

Para algunas niñas, las indicaciones de la pubertad empiezan inusualmente temprano. Una de cada siete niñas caucásicas desarrolla senos o vello púbico a los ocho años. Aún más extraordinario, la cifra es una de cada dos niñas afroamericanas. Las razones de este inicio más temprano de la pubertad no están claras, y la delimitación entre el inicio normal y anormal de la pubertad es tema de controversia entre los especialistas (Lemonick, 2000; The Endocrine Society, 2001) citado en (Felman, 2007).

Cabe mencionar, que en las niñas su desarrollo puede depender muchas veces de su nivel económico, afectado el surgimiento de los cambios de manera precipitada, de igual forma su evolución puede deberse de su estilo de vida y otros modos como son factores genéticos.

2.4.2 La pubertad en los niños.

La maduración sexual de los niños surge un curso ligeramente distinto. El pene y el escroto empiezan a crecer a una tasa acelerada alrededor de los 12 años, y alcanzan el tamaño adulto unos tres o cuatro años más tarde. A medida que se agranda el pene de los niños, otras características sexuales primarias se desarrollan con el agrandamiento de la glándula próstata y las vesículas seminales, las cuales producen semen (el líquido que lleva a los espermatozoides). La primera eyaculación de un niño, conocida como espermarquia, por lo regular ocurre alrededor de los 13 años, más de un año después que el cuerpo ha empezado a producir esperma. Al principio, el semen contiene relativamente poco esperma, pero su cantidad se incrementa de manera significativa con la edad. También se desarrollan las características sexuales secundarias. El vello púbico empieza a crecer alrededor de los 12 años, seguido por el crecimiento del vello axilar y facial. Por último, la voz de los niños se hace más grave a medida que las cuerdas vocales se alargan y crece la laringe.

En aumento en la producción de hormonas que desencadena el inicio de la adolescencia también da lugar a cambios abruptos en el estado de ánimo. En las niñas, las emociones originadas por la producción hormonal son algo diferentes: los niveles más altos de hormonas se asocian con enojo y depresión (Buchanan, Eccles y Becker, 1992) citado en (Felman, 2007).

Los cambios que presentan las y los adolescentes también pueden variar de acuerdo a su contexto y estilo de crianza, asimismo cabe mencionar que no siempre el desarrollo se da en la misma edad en todos los adolescentes, aunque se desenvuelven más velozmente unos que otros, las habilidades y capacidades que poseen de manera no muy tardía las poseerán los demás.

2.5.- Cambios sociales

2.5.1 Noviazgo

El noviazgo es “una relación diádica que involucra interacción social y actividades conjuntas con la implícita o explícita intención de continuar la relación hasta que una de las partes la termine o se establezca otro tipo de relación como la cohabitación o matrimonio” (Straus, 2004) citado en (Rojas y Flores, 2013).

Es decir, es un proceso en el cual dos personas inician una convivencia y se establece una relación más seria, en donde se tienen gustos en común, asimismo la relación puede formalizarse con el paso del tiempo a través del matrimonio. El lapso del noviazgo, sirve para conocer a la persona en cada una de sus facetas, de igual manera aceptando y reconociendo los defectos y habilidades que poseen.

A diferencia de relaciones de convivencia como el matrimonio o concubinato, el noviazgo no es un estado civil siendo una de sus principales características el contar con cierto grado de libertad en el compromiso (López, 2011) citado en (Rojas y Flores, 2013).

En el noviazgo se llevan a acabo dinamismos diferentes a los que se realizan cuando se encuentran solos, no olvidando que aún no existe una formalidad completa entre ellos y en donde se tiene la libertad total de terminar la relación cuando se desee.

2.5.2 Malas amistades

Los grupos de amigos han sido definidos como contextos en los que predomina la confianza, la ayuda mutua y, en general, el afecto (Mitzel, 2005). Sin embargo, existen hallazgos que relacionan el afecto a los iguales con la desviación (Engels y Bogt, 2001) y otros que consideran el apoyo a los iguales convencionales como un factor protector más que como un factor de riesgo de la desviación juvenil (Kiesner, Cadinu, Poulin y Bucci, 2002). Esta contradicción se refleja también en los principales modelos teóricos de la desviación juvenil. Desde las teorías que enfatizan el papel del grupo de amigos como contexto de socialización de la delincuencia, y en concreto, desde la teorías de la Asociación Diferencial (Sutherland, 1939; Sutherland y Cressey, 1974) y el Aprendizaje Social (Akers, 1977, 2006), se asume que la pertenencia a un grupo de iguales desviado es uno de los principales factores de riesgo de la desviación juvenil, y que es necesario que exista afecto en las interacciones grupales para que el grupo de amigos actúe, efectivamente, como un contexto de aprendizaje de conductas (Moreira, Sánchez y Mirón, 2010).

Es decir, en los grupos de amigos existen tanto ventajas como desventajas, cabe mencionar que el apoyo, es un factor importante que crea una convivencia sana en donde los integrantes del grupo se apoyan unos con otros, sin embargo, también existen factores de riesgo a los que están expuestos a participar, siendo así, el afecto junto con el compañerismo que existe entre ellos serán los elementos más significativos para que no se ejecuten actos indebidos afectando su convivencia grupal.

Otra de las cuestiones es la que hace referencia a la presencia de conflicto y violencia en los grupos de amistad. Existen evidencias de que los grupos de amigos no sólo se caracterizan por el apoyo y el afecto, sino que en ellos es muy frecuente la

presencia de conflicto (ej.: Berndt y Perry, 1987; Berndt, 1996) citado en (Moreira, Sánchez y Mirón, 2010).

Cabe mencionar que dentro del grupo de amigos también existen conflictos que van desde desacuerdos, como discusiones y muchas veces llegar a la violencia, esto debido a que no existe un dialogo adecuado, generando disconformidades entre ellos.

2.5.3 Conflictos escolares

El conflicto desde la perspectiva de control, lo califica como una confrontación bélica, algo negativo, no deseable, sinónimo de violencia, riña, pelea, discusión, a nivel popular hay todo un vocabulario que se ha desarrollado para hablar del fenómeno de conflictividad humana y, en consecuencia, como una situación que hay que corregir, y, sobre todo, evitar. Como señala Robbins (1987), refiriéndose a los diversos grupos e instituciones sociales, “en todos los niveles, el conflicto se considera negativo”.

En el ámbito educativo, la concepción negativa del conflicto afecta a todos sus ambientes (Perturba el proceso de enseñanza-aprendizaje, el desarrollo social y funcional de la escuela, etc.). “El valor negativo que le confieren al conflicto, al ocultarlo, el negarle o el ausentarlo de toda la acción educativa muestra cada vez más la importancia de entenderlo y tratar de transformarlo” (Apple, 1986) citado en (Pérez y Gutiérrez, 2016).

En otras palabras, el conflicto se relaciona con violencia y agresiones, disputas y desacuerdos. El conflicto puede presentarse en distintas situaciones de la vida, sin embargo, en el ámbito escolar, es un grave problema cuando el orden y nivel educativo que se posee se ve afectado y cuando no es tratado adecuadamente con las medidas suficientes, dejando que el conflicto se siga prolongando y creciendo de manera desencadenada.

2.6.- Principales factores que generan la depresión

2.6.1 Ausencia de los padres

Jhon Bowlby (1986), reconocido autor de la teoría del apego, explicó la tendencia de los seres humanos al crear vínculos afectivos sólidos con personas significativas a través de la vida y motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres. La experiencia del niño con sus padres cumple un papel relevante en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos y la función principal de ellos sería proporcionar al niño una base segura y, desde allí, animarlo a explorar. Se destaca la influencia en el desarrollo del niño de la manera como sea tratado por los padres, especialmente la madre. Los primeros vínculos afectivos del niño son de gran importancia para el desarrollo de la personalidad. Los cuidadores primarios garantizan el mínimo de estabilidad emocional que el niño requiere para construir una estructura de confianza.

Hay investigaciones que han concluido que la ausencia de los padres o de alguno de ellos ha desencadenado en patologías, conflictos, problemas, angustias o síntomas sociales para los hijos. Es el caso de Muñoz, Gómez y Santamaría (2008), quienes realizaron una investigación en Bogotá, Colombia con 25 niños entre 12 y 15 años de edad, en la que analizaron los pensamientos y sentimientos que de manera más frecuente se presentaron a partir de la separación de los padres, ocurrida entre 3 y 5 años atrás, y la evolución de los mismos a lo largo del tiempo. Para esto se utilizó una entrevista semiestructurada, debidamente validada, obteniendo como resultados que los niños reportan los pensamientos que tienen que ver con la preocupación por su futuro y lo relacionado con inseguridad, temores y ansiedad, así como los sentimientos de rabia, tristeza y resentimiento (Montoya, Castaño y Moreno, 2016).

Es importante hacer énfasis sobre la contribución de Bowlby, el niño debe generar vínculos afectivos, con aquellas personas las cuales le aporten estabilidad emocional, seguridad y un balance adecuado a su vida. De esta manera las probabilidades

de que el niño o adolescente sufra de depresión o algún otro problema serán mínimas.

Por otro lado, la ausencia de los padres es uno de los factores que más desencadenan depresión, de igual manera ansiedad e inseguridades en los hijos, asimismo la generación de sentimientos negativos que perturban su equilibrio emocional.

2.6.2 Divorcio

En México, el divorcio es definido oficialmente como la disolución jurídica definitiva de un matrimonio, deviniendo en la separación del marido y de la mujer, misma que confiere a las partes el derecho a contraer nupcias nuevamente, según la disposición civil de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2006) citado en (Valdez y Ribeiro, 2016).

Es decir, es la anulación de la unión entre dos partes, en donde ambos están de acuerdo y dispuestos para dar por concluida su relación de manera definitiva, asimismo quedando libres para más adelante volver a contraer matrimonio si así lo desean.

Desde la perspectiva sociológica, el divorcio constituye un fenómeno social y demográfico caracterizado por el incremento de las rupturas conyugales; particularmente para la formalización legal de la disolución conyugal.

Sin embargo, es necesario analizar dicho fenómeno en su doble dimensión; desde el enfoque macrosocial, este fenómeno se encuentra asociado con la transformación social y demográfica denominada “transición demográfica”, especialmente en su segunda etapa, caracterizada por los cambios presentes en la formación y la disolución conyugal (Ariza y Oliveira, 2004; Arriagada, 2005; Quilodrán, 2003) citado en (Valdez y Ribeiro, 2016).

Cabe mencionar que, la anulación del matrimonio es un fenómeno social en donde cada vez más se incrementan casos de disoluciones conyugales, asimismo se perciben más situaciones de esta índole, ignorando las repercusiones y daños que pueden causar en los hijos.

2.6.3 Preferencia de hermanos

El divulgador Jeffrey Kluger, autor de *The sibling effect* (El efecto de los hermanos), afirma que el 95 por ciento de los padres tiene un hijo preferido y el 5 restante miente. La psicóloga Elen Weber Libby, que firma *The favorite child*, secunda esta teoría: la mayoría de los progenitores, si no todos, tiene mayor querencia hacia uno de sus vástagos. Kluger y Weber Libby no son los únicos que piensan así. Hay muchos otros estudios que suscriben idéntica tesis. Pese a ello, el tema sigue siendo un tabú difícil de abordar. El favoritismo es, y según los expertos debe seguir siendo, uno de los secretos familiares mejor guardados.

El favoritismo es elección, pero suele ser irracional, porque refleja nuestras necesidades en una determinada época y depende de cómo responde el hijo a ellas y de la química que surja entre el niño y el adulto, dice Weber Libby.

La doctora norteamericana advierte de las consecuencias y señala algunas, por ejemplo, la rivalidad entre hermanos, fruto de los celos. Además, el niño relegado a un segundo plano hoy puede ser mañana un adulto inseguro, mientras que “el hijo de oro”, como lo califica Weber Libby, tiene muchas posibilidades de convertirse “en un maestro de la manipulación ya que aprende a agradar para obtener más privilegios y reducir sus deberes”.

La agresividad y un comportamiento destructivo antisocial son dos formas de canalizar la frustración por sentirse menos querido que sus hermanos. Lo dice la psicóloga Clare Stocker, de la Universidad de Denver, quien analizó a 136 parejas de hermanos. La agresividad, como matiza el psicólogo manchego Guillermo Ballenato, autor

de Educar sin gritar, puede dirigirse hacia fuera, pero también hacia dentro, es decir, derivar en una depresión.

Los casos de depresión son más comunes entre los hijos que perciben que su madre establece un trato diferente entre los hermanos, según el estudio del gerontólogo norteamericano Karl Pillemer.

Según Catherine Conger, profesora de desarrollo humano en la Universidad de California, el 65 por ciento de las madres y el 70 de los padres muestran preferencia por sus hijos mayores. Llegó a esta conclusión tras reunir a 384 pares de hermanos y a sus padres tres veces en tres años. Jeffrey Kluger, sostiene que el primogénito suele ser el favorito porque en él los padres han invertido más recursos, tiempo y energía (Guilayn, 2011).

Cabe mencionar que, la preferencia por un hijo trae como resultado consecuencias negativas, tanto para el hijo preferido como para los demás integrantes de la familia. Dentro de estas consecuencias pueden surgir serios problemas, afectando varios aspectos de la vida de los demás hijos, asimismo los celos, la envidia y la rivalidad pueden alterar su estado emocional, su equilibrio y obteniendo de esta manera como malestar principal a la depresión.

Por otra parte con respecto al hijo preferido se puede obtener como derivación del favoritismo y preferencia, que exista control sobre los padres, manipulación y chantaje y que pierdan la autoridad sobre la vida de él, debido a sus malas acciones y decisiones.

CAPÍTULO III

DEPRESIÓN

DEPRESIÓN

Actualmente con los ritmos acelerados de trabajo, las personas están expuestas a un gran número de estresores, los cuales cuando estos no se pueden controlar por el individuo, pueden aparecer cuadros de ansiedad crónicos que más tarde tendrán como resultado enfermedades físicas y mentales. Una de ellas es la depresión que derivado de lo aludido anteriormente, es probable que la población mexicana presente esta enfermedad psicológica. Por ello, es importante para la psicología poder conceptualizar los términos, que hoy en día son muy discutidos, cabe mencionar que a lo largo del tiempo diversos autores han planteado su concepto sobre la depresión de igual forma facilitando sus características, clasificaciones, tipos, causas y tratamiento.

3.1 Conceptos de depresión

Psicología: para esta ciencia, es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad del placer (Zarragoitía, 2011).

Cabe mencionar que tanto en la tristeza como en la depresión, existen pérdidas, que pueden ser expresadas a través de la falta de apetito, placer, como también para ejecutar actividades que solía realizar el individuo. La diferencia es que la tristeza puede ser momentánea y de poca permanencia, mientras que la depresión puede durar, meses e incluso años y es recomendable un tratamiento lo antes posible.

Según el DSM-IV: establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que la padecen experimentan todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos. La gravedad y duración de estos varía mucho de una persona a otra.

Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos); pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas (Korman y Sarudiansky, 2011).

Cabe mencionar que el concepto que establece el DSM-IV comparte ciertas características con definiciones de otros autores, sin embargo también es importante el entendimiento y comprensión de este concepto para que no exista confusión con algún otro.

Freud en el año 1917 publicó un artículo acerca de la depresión al que llamo "Luto y melancolía". En la misma Freud señalaba que existía una similitud entre los síntomas de la depresión clínica y los síntomas de las personas que están de luto por la pérdida de un ser amado.

En aquel entonces Freud contaba con Karl Abraham como colaborador y ambos propusieron la hipótesis de que cuando muere una persona amada, su compañero regresa a la etapa oral del desarrollo (etapa en la que el niño todavía no es capaz de distinguir a los demás de sí mismo), e incorpora a la persona perdida, por lo que experimenta los mismos sentimientos hacia sí mismo y hacia esa persona.

Tales sentimientos incluyen también la ira y la hostilidad, ya que Freud creía que inconscientemente se mantienen sentimientos negativos hacia las personas que se aman, debido al poder que tienen sobre ellos. Esto es lo que llevó a las teorías psi-

codinámicas a proponer la hipótesis de que en realidad la depresión es la ira dirigida hacia nuestro interior. Freud supuso que la depresión también podría aparecer como respuesta a pérdidas imaginarias o simbólicas.

Así entonces, la principal diferencia que Freud encontraba entre el luto y la depresión es que las personas deprimidas manifiestan una autoestima muy baja y también son más críticas consigo mismas. Supuso que la persona que está predispuesta a la depresión debe haber experimentado la pérdida de una madre, o que quizás sus padres no fueron capaces de satisfacer sus necesidades infantiles de amor y cuidados.

Klein en el año 1934 y Jacobson en 1971 destacaron todavía más que Freud la importancia de la calidad y de las primeras relaciones entre la madre y el hijo, para que se establezca una vulnerabilidad (o invulnerabilidad) ante la depresión.

John Bowlby en 1973 comenzó su carrera como psicoanalista, aunque más tarde desarrolló su teoría del apego, también ha documentado extensamente la necesidad que tienen los niños de establecer un apego seguro con sus padres, para poder resistir posteriormente la depresión y la ansiedad.

Quizá la contribución más importante de las aproximaciones psicodinámicas a la depresión haya sido destacar la importancia de la pérdida (ya sea real, simbólica o imaginada), para la aparición de la depresión, así como la gran similitud entre los síntomas de luto y de la depresión. Incluso los teóricos que no están de acuerdo con las teorías psicodinámicas reconocen la necesidad de explicar tales observaciones (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Enfatizando lo anterior, Freud utiliza el término luto, a la pérdida de un ser querido, por lo que la persona pasa por un proceso de duelo, que contiene una serie de etapas en donde se presentan diferentes dificultades en cada una de ellas.

Hace énfasis en la autoestima que es muy común en personas depresivas, poniendo como ejemplo la pérdida de la madre, debido a que es muy probable que no se haya

completado una buena comunicación con ella. Una pérdida tendrá como resultado baja estima y poca valoración a su persona, de igual forma que no se conciben lo suficiente capaces para ejecutar una acción y tendrán temor constante a fracasar.

Klein y Jacobson están de acuerdo en lo mencionado por Freud anteriormente, acerca de la relación madre e hijo. Es importante saber que el bebé con la primera persona con la que crea un vínculo es con la madre, es ella quien se encargara de la interacción y el buen funcionamiento que tenga su hijo con los años, el saber relacionarse y expresarse con los demás y sobre todo la seguridad que tenga. De igual manera el poder evitar o adquirir la depresión más adelante.

Bowlby enfatiza la relación del niño con sus padres, y lo designa como apego seguro, para el niño es importante que ambos padres estén con él en cuanto comience con dudas e inseguridades para así, ir solucionándolas y no tener complicaciones más adelante.

3.2 Tipos de depresión según DSM-IV

Es importante saber que la depresión se divide en tipos, y que cada uno de ellos presenta diferentes características y síntomas, su nivel de afectación en la persona va a depender de sus indicios tanto si es hereditario como si es adquirido por el contexto, de igual forma si es consecuencia de alguna secuela debido a otra afectación mental. El tratamiento no siempre resulta beneficioso para todos quienes la padecen ya que algunos responden al tratamiento adecuadamente, sin embargo en otros es necesario que se modifique o se cambie por completo el método.

Los tres principales tipos son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado según DSM-IV.

3.2.1 Trastorno depresivo mayor

Características diagnósticas

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Síntomas y trastornos asociados.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10% en estudios epidemiológicos y en un 15-25% en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10% de los sujetos con un trastorno distí-

mico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor.

Hallazgos de laboratorio. Las anomalías de laboratorio asociadas con el trastorno depresivo mayor son las que se asocian con los episodios depresivos mayores. Ninguno de estos hallazgos es diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, pero se ha visto que son anormales en grupos de sujetos con trastorno depresivo mayor si se comparan con los controles.

La mayoría de las anomalías de laboratorio son dependientes del estado (p. ej., sólo aparecen cuando hay síntomas depresivos). No obstante, hay datos que sugieren que algunas alteraciones del EEG del sueño persisten durante la remisión clínica o pueden preceder al inicio del episodio depresivo mayor.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

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

Prevalencia

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. La prevalencia puntal del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para los varones.

Patrón familiar

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

3.2.2 Trastorno distímico

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los periodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles.

Síntomas y trastornos asociados.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las características asociadas al trastorno distímico son similares a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer, el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad.

En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (p.ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un trastorno depresivo mayor. Cuando hay un trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo, existe un riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro (el 10% de los sujetos con un trastorno distímico presentará un trastorno depresivo mayor a lo largo del año siguiente).

El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de personalidad en estos sujetos es débil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada.

Hallazgos de laboratorio. Entre el 25 y el 50% de los adultos con trastorno distímico presentan algunas de las características polisomnográficas que se encuentran en algunos sujetos con trastorno depresivo mayor (p. ej., reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos [REM], aumento de la densidad REM, reducción del sueño de ondas lentas, deterioro de la continuidad del sueño).

Los sujetos con anomalías polisomnográficas es más frecuente que presenten una historia familiar positiva de trastorno depresivo mayor (y pueden responder mejor a la medicación antidepressiva) que los sujetos con trastorno distímico sin anomalías EEG. No está claro si las anomalías polisomnográficas también se encuentran en los trastornos distímicos puros (p., sujetos sin historia previa de episodios depresivos mayores).

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

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

En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Prevalencia

La prevalencia-vida del trastorno distímico (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3%.

Patrón familiar

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

3.2.3 Trastorno depresivo no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, tras-

torno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p.ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
2. Trastorno depresivo mayor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia (Asociación Americana de Psiquiatría de Washington, 1995).

Haciendo énfasis sobre los tipos de depresión, es importante señalar que son tres los más importantes y reconocidos, asimismo estos se diferencian por tener características y síntomas distintos que afectan en diferentes regiones del individuo, y lo inhabilitan en distintas áreas de su organismo, de igual forma dentro de las características principales, existen síntomas físicos como mentales y según DSM-IV afecta principalmente a mujeres.

3.3 Clasificación de la depresión según DSM-5

Según el DSM-5 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 inducido por una sustancia/medicamento, el depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

En el DSM-IV este capítulo de “Trastornos depresivos” se separó del capítulo “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 que afectan a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la etiología.

Para tratar las dudas sobre la posibilidad de que el trastorno bipolar se diagnostique y trate de manera excesiva en los niños, se añadió un nuevo diagnóstico, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se refiere a la presentación de irritabilidad persistente y episodios de descontrol conductual extremo en niños de hasta 12 años.

Su localización refleja 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 que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas.

Se debe considerar la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no incita 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. Es por esto que la depresión relacionada con el duelo tiende a suceder en 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 (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en adultos o un año en niños.

Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5. Incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia. Se trasladó el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV a la Sección II del DSM-5.

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

3.3.1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal, agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no coinciden 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 visible por parte de otras personas.
- 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 contiguos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
- F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos o tres contextos 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 somáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

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. ej., trastorno del espectro del autismo, por estrés postraumático, por ansiedad de separación, o depresivo persistente).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo discontinuo o el trastorno bipolar, aunque pueda coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el TDAH, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, únicamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un sujeto jamás ha tenido un episodio maniaco o hipomaniaco, no se hace el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

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

3.3.2 Trastorno depresivo mayor.

Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas, y representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

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

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (p. ej., parece lloroso). (En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p.ej., pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de

la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

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

3.3.3 Trastorno depresivo persistente (distimia).

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

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

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

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

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

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes).

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

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

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

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

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no se encuentran en la lista de síntomas de trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy restringido de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido por más de dos años pero no se 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 este. De no ser así, está admitido un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

3.3.4 Otro trastorno depresivo especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que prevalecen los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan molestia significativa o deterioro en

lo social, laboral u otras áreas de importancia en el funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por notificar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y después el motivo específico (p. ej., episodio depresivo de corta duración).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la nominación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente del estado de ánimo deprimido y por lo menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al período menstrual) durante un mínimo de doce meses contiguos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o excedentes para un trastorno psicótico.
2. **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un sujeto cuya presentación nunca ha cumplido los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que perdura durante un mínimo de dos semanas en un sujeto cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no efectúa actualmente los cri-

terios activos o residuales para un trastorno psicótico y no efectúa los criterios para depresión breve recurrente.

3.3.5 Otro trastorno depresivo no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o menoscabo en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento pero no efectúan todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en circunstancias en las que el médico opta por no notificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico e incluye presentaciones en las que no hay considerable información para elaborar un diagnóstico más claro (p. ej., en servicios de urgencias).

Especificadores para trastornos depresivos.

Especificar si:

Con ansiedad: Esta se define como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o rígido.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Problema para la concentración debido a preocupaciones.
4. Miedo a que pueda ocurrir algo desagradable
5. El sujeto siente que podría perder el autocontrol.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se valora como característica recalcada tanto del trastorno bipolar como del de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los elevados grados de ansiedad se han asociado a un riesgo alto de suicidio, duración más alargada de la enfermedad y mayor posibilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planear el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente ventajoso especificar con exactitud la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas:

A. Al menos tres de los síntomas maniaco/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de ellos de un episodio de depresión mayor:

1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
2. Elevación de autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más locuaz de lo habitual o presión para mantener la charla.
4. Escape de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran rapidez.
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo, escuela o sexual).

6. Implicación aumentada o excesiva en dinamismos que tienen muchas posibilidades de secuelas dolorosas (p. ej., dedicarse de forma descontrolada a comprar, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero irreflexivas).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; disentir con el insomnio).
 - A. Los síntomas mixtos son visibles por parte de otras personas y simbolizan un cambio del comportamiento usual del sujeto.
 - B. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II
 - C. Los síntomas mixtos no se pueden imputar a efectos fisiológicos de una sustancia (p. el., una droga o un medicamento).

Nota: Las características mixtas asociadas a un suceso de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto para la planeación del tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es útil valorar la presencia de este especificador.

Con características melancólicas:

- A. Una de las características siguientes está presente durante la etapa más grave del episodio actual:
 1. Pérdida de placer por todas o la mayoría de las actividades.
 2. Falta de reactividad a estímulos por lo general placenteros (no se siente mejor, ni siquiera en el tiempo en el que sucede algo bueno).
- B. Tres (o más) de las características siguientes:
 1. Una cualidad bien puntualizada del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, a lo que es conocido como estado de ánimo vacío.

2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar rápido por la mañana (es decir por lo menos dos horas antes de lo acostumbrado).
4. Notable agitación o demora psicomotora,
5. Anorexia o pérdida de peso notable.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Con características atípicas: Este especificador se puede aplicar cuando estas características prevalecen durante la totalidad de los días del episodio de depresión mayor presente o más reciente o trastorno depresivo persistente

- A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).
- B. Dos (o más) de las características siguientes:
 1. Ganancia de peso o del apetito.
 2. Hipersomnia.
 3. Parálisis plúmbea (sensación de fatiga plúmbea en brazos o piernas).
 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no restringido a los episodios de modificación del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral.
- C. No se cumplen los criterios para “con características melancólicas” o “con catatonía” durante el mismo episodio.

Con características psicóticas: Presencia de delirios y/o alucinaciones.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: El contenido de todos los delirios y alucinaciones está en concordancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de delirios o alucinaciones no involucra los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía: El especificador de esta se puede aplicar a un episodio de depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio.

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede emplear al episodio actual o si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor al episodio de este más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se origina durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Con patrón estacional: Este especificador se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.

- A. Ha existido una relación temporal regular en el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un instante del año particular (p. ej., en otoño o invierno).
- B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor o manía o hipomanía) también se producen en un período del año particular (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
- C. En los últimos dos años, se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional concretada más arriba y episodios de depresión mayor no estacional durante el mismo ciclo.
- D. El número de episodios de depresión mayor estacionales, supera marcadamente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del sujeto.

Especificar si:

En remisión parcial: Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se llevan a cabo los criterios, cuando termina un episodio de este tipo, existe un ciclo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma característico de un episodio de depresión mayor.

En remisión total: Durante los dos últimos meses no han existido signos o síntomas característicos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la dificultad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los precisos para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es adaptable y los síntomas producen escaso deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o deterioro funcional están entre los especificadores para “leve” y “grave”.

Grave: El número de síntomas prevalece notablemente a los necesarios para elaborar el diagnóstico, la intensidad de los síntomas provoca malestar y no es adaptable y los síntomas interceptan notablemente en el funcionamiento social y laboral (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Con lo anterior obtenido del DSM-5, se pretende tener como resultado un mejor conocimiento de la clasificación de la depresión, así mismo sus síntomas y principales características. Cabe mencionar que en el DSM-IV han surgido cambios, de igual forma que en el DSM-5 y la actualización de los trastornos es importante para un mejor diagnóstico.

3.4. Factores de riesgo

El riesgo es la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca. En epidemiología, el riesgo se define como la probabilidad de que una persona libre de una enfermedad concreta desarrolle la enfermedad durante un periodo determinado (Rothman, 1998) citado en (González y agudo, 2003).

En epidemiología se ha incorporado el término factor de riesgo para indicar cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada.

Cabe mencionar que, siempre han existido factores de riesgo, sin embargo la probabilidad de sufrir uno es mucho mayor en adolescentes depresivos debido a su vulnerabilidad de esta forma el riesgo es más probable.

3.4.1 Redes sociales digitales

Las redes sociales pueden definirse como servicios basados en la Web que permiten a los individuos construir un perfil público o semipúblico dentro de un sistema limitado, articular una lista de otros usuarios con los que comparten una conexión y tanto ver como atravesar sus propias listas de conexiones como aquellas elaboradas por otros dentro del sistema (Boyd y Ellison 2008), nacen como una reunión de personas conocidas o desconocidas que interactúan entre sí, redefiniendo al grupo y retroalimentándolo (Caldevilla Domínguez 2010) y se centran en el contacto y la creación de amistades y las relaciones (Echeburúa y De Corral 2010) citado en (Ayala, 2014).

Es decir, es un sitio en donde las personas son capaces de crear un perfil en el que libremente se puedan comunicar e interactuar con otras personas. De esta manera están en constante comunicación sin importar la distancia en el que se encuentren ambos.

3.4.2 Adicciones

Las adicciones son trastornos psiquiátricos crónicos, que representan un serio problema de salud pública a nivel mundial. Estos trastornos tienen una elevada prevalencia y efectos negativos tanto individuales, como familiares y a nivel social, con un alto costo sanitario.

Desde el punto de vista fisiopatológico son enfermedades complejas, derivado en gran parte de la complicada estructura y funcionamiento del órgano que les da origen, y que ha llevado a algunos autores a considerar el cerebro humano como “la máquina electroquímica más compleja del universo” (Ibáñez, 2008).

Cabe mencionar que, las adicciones tienen consecuencias graves, afectando al individuo en sus funciones y ocasionándole serios problemas y alteraciones en el cuerpo.

La palabra “adicto” remite a la antigua Roma, en donde, cuando un sujeto no podía pagar una deuda, entregaba su vida como “adicto”, es decir como esclavo. Salía de su condición de deudor entregando su libertad como pago. Igual destino de esclavitud tiene quien recurre a la droga, que etimológicamente significa “mentira, embuste, cosa de mala calidad”, pues es la ilusión de superar debilidades o flaquezas en lugar de enfrentarlas.

Un adicto en su búsqueda por encontrarle sentido a su vida, se daña, en su afán de encontrar la libertad se vuelve esclavo, en su búsqueda por la independencia, se vuelve farmacodependiente (Kalina 2000) citado en (Escalante y López, 2003).

Es decir, la persona adicta cree que se hace un favor al depender de una sustancia, persona o actividad, cuando en realidad se hace preso y daña su estabilidad emocional al querer hallar su liberación.

3.4.3 Delincuencia

La delincuencia, es la expresión de un problema de descomposición social, la cual se caracteriza por una intensa polarización económica, falta de igualdad de oportunidades, así como la pérdida de valores personales y comunitarios. Además, esta descomposición social repercute en el debilitamiento de las instituciones a cargo del orden social; tiene impactos acumulativos, representa costos monetarios, psicológicos, sociales, políticos, institucionales y de convivencia, por lo que resulta un fenómeno preocupante para la sociedad (Calvillo, 2014).

Es otras palabras, la delincuencia es un problema que altera en muchos aspectos importantes el orden y la tranquilidad de la sociedad, asimismo ocasionando fuertes dificultades y contrariedades que impiden el buen funcionamiento de los ciudadanos en la sociedad.

Por otro lado la violencia es un fenómeno totalizador e indisolublemente relacionado con la historia de la existencia humana que consiste en “el uso de una fuerza abierta u oculta, con el fin de obtener de un individuo o de un grupo, algo que no quiere consentir libremente” (Domenach, 1981) citado en (Jiménez, 2005).

La delincuencia puede aparecer en cualquier momento o circunstancia, cabe mencionar que la violencia hace partícipe cuando se desea obtener algo de manera ilícita, ejecutando acciones violentas o delictivas que son contra la ley.

3.4.4 Suicidio

El suicidio es la muerte por mano propia en donde hay evidencia de que hubo una intención explícita de terminar con la vida. El suicidio es la segunda causa principal de defunción por el grupo etario de 15 a 29 años. El suicidio no sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo (De la fuente y Heinze, 2017).

El suicidio es una de las causas principales de muerte, llevándose a cabo en todo el mundo en general, el querer acabar con la existencia muchas veces se concluye.

Según Medicina Legal, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% por tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento, y el 7% por otras causas.

En cuanto a los métodos utilizados por los adolescentes para sus intentos de suicidio, los diferentes estudios realizados coinciden en subrayar la ingesta de medicamentos. En este punto es importante reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los adolescentes suicidas utilizan los medicamentos del botiquín de la casa o medicamentos consumidos regularmente por sus padres o que le has recetado para su ansiedad o depresión (Barón, 2000).

Con relación a los porcentajes, se agrega que los intentos de suicidio cada vez son más elevados y ejecutados. El suicidio es una de las causas principales de muerte, por lo tanto es un tema de gran interés, en donde se debe hacer que los adolescentes concienticen sobre sus actos y toma de decisiones. Es importante saber que uno de los métodos a los que más recurren, son los fármacos, no midiendo los peligros y daños que le ocasionan a su organismo.

3.5. Tratamiento de la depresión.

Muchas veces la depresión no es diagnosticada, sobre todo en la atención primaria ya que la sintomatología suele estar disfrazada con manifestaciones físicas, como dolores de diferentes tipos, agotamiento, insomnio, etc. El médico general debe tener en mente los siguientes factores de riesgo, mismos que deben ser averiguados durante una entrevista clínica:

- Enfermedades físicas crónicas.
- Síntomas somáticos inespecíficos.

- Dolor crónico inespecífico.
- Frecuentes visitas al médico.
- Estado de posparto.
- Estresores psicosociales recientes.

En la mayoría de los casos (cerca del 75%), los pacientes deprimidos responden bien a la asociación de farmacoterapia y psicoterapia, el 25% restante suele hacerlo a la terapia electroconvulsiva.

Los estudios epidemiológicos señalan que un paciente que padece un primer cuadro depresivo tiene un 70% de probabilidad de padecer un segundo episodio en un lapso de 8 a 10 años. Al padecer dos o más episodios, el paciente tiene un 90% de probabilidad de sufrir una o más manifestaciones depresivas en el curso de su vida (De la fuente y Heinze, 2014).

Cabe mencionar que, una persona que padeció depresión es muy propensa a volver a sufrir de nuevo este malestar unos años más adelante, ya que las probabilidades son sumamente elevadas.

3.5.1 Tratamiento farmacológico.

El medicamento antidepresivo está indicado para aquellos pacientes con diagnósticos de depresión leve, moderada o severa, junto con psicoterapia, para devolverle a la persona un adecuado funcionamiento, ya sea igual o semejante al que tenía antes del inicio de su enfermedad.

Cuando la sintomatología depresiva severa se asocia a una ideación suicida importante, es adecuado recurrir a la terapia electroconvulsiva, que aún es una de las terapias físicas más eficaces para este tipo de pacientes.

Todos los antidepresivos actuales tienen una efectividad similar y es importante mencionar que debe utilizarse una cantidad suficiente y por un tiempo de administra-

ción mínimo de un año, aunque muchas veces los pacientes con cuadros recurrentes de episodios depresivos requerirán más tiempo de prescripción, algunos de por vida.

3.5.2 Tratamiento de la fase aguda.

Durante el inicio del tratamiento se debe tener como meta una mejoría o remisión de la sintomatología depresiva para devolver al paciente un funcionamiento equivalente al que tenía antes de iniciar el padecimiento. El tratamiento inicial debe seleccionarse de acuerdo con las características clínicas que presente el paciente, la severidad de los síntomas, la coexistencia de otras enfermedades, así como la respuesta previa a tratamientos específicos y la preferencia del paciente a cierto tipo de tratamientos psicoterapéuticos.

En realidad existen pocas diferencias en cuanto a la validez de los antidepresivos, así que el factor de su eficacia no debe ser el único que el clínico debe considerar en la selección del fármaco.

En los estados leves el terapéutico puede iniciar con terapias psicológicas como la cognitivo-conductual, interpersonal y otras.

3.5.3 Selección del antidepresivo.

Como se mencionó, todos los medicamentos para controlar la depresión tienen una acción antidepresiva comparativamente semejante, el perfil de efectos secundarios de cada uno de ellos debe considerarse en la prescripción inicial, tomando en cuenta las características del paciente para una adecuada seguridad y tolerabilidad, así como la respuesta previa, vida media de la molécula, etcétera.

Algunos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de noradrenalina y serotonina, dopamina y noradrenalina, son una buena elección. El más reciente la agomelatina, considerado un antidepresivo incluido en los selectivos de la serotonina, tiene además un mecanismo particular, una acción adicional agonista sobre los receptores

1 y 2 de la melatonina, restituyendo los ritmos circadianos en los deprimidos y teniendo una particularidad de poseer un bajo perfil de efectos secundarios, similares al placebo.

3.5.4 Dosificación de antidepresivos.

Siempre debe iniciarse en los primeros 2 o 3 días con una cantidad de “prueba” para observar la tolerancia al medicamento y posteriormente aumentar la cantidad hasta alcanzar la óptima.

Es recomendable esperar al menos un periodo de 2 a 3 semanas para lograr la respuesta antidepresiva adecuada. Hay pacientes que inician su mejoría después de la primera semana de tratamiento. Durante los primeros días tras empezar a ingerir un antidepresivo puede ser útil asociar pequeñas cantidades de ansiolíticos para reducir los síntomas de ansiedad que pueden presentarse al inicio y después reducir con la continuidad del tratamiento, de modo que es posible suspender el ansiolítico de manera paulatina.

En caso de presentarse de nuevo sintomatología depresiva, debe incrementarse la cantidad de la prescripción inicial de la fase aguda del tratamiento.

Estudios farmacológicos señalan que la conveniencia de continuar el tratamiento con antidepresivos por periodos más alargados (3 o 5 años) para impedir las recaídas e irregularidades (De la fuente y Heinze, 2014).

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las personas se adecuan a este tipo de tratamiento, sin embargo, no todos responden de la misma manera, por lo que el tratamiento puede prolongarse un poco más de tiempo de lo establecido, asimismo existen casos en que la persona reacciona de manera inmediata y apropiada al tratamiento, por lo que le suministran pequeñas cantidades de fármacos de acuerdo a su avance y mejoría.

3.6 Terapia electroconvulsiva.

Un pequeño porcentaje de las personas con depresión, sobre todo en la fase aguda no responde a farmacoterapia o psicoterapia, sobre todo en los estados depresivos severos con ideación suicida (o sin ella), por lo que deben recibir terapia electroconvulsiva para alcanzar una respuesta más rápida y positiva; lo mismo ocurre en el caso de pacientes con el historial de haber respondido anteriormente a esta forma de tratamiento somático.

Un alto porcentaje de las personas deprimidas que no responden a la farmacoterapia se favorecerán de esta terapia, misma que debe ser propuesta por un médico especialista en Psiquiatría. Los pacientes que responden a la terapia electroconvulsiva deben continuar con algún fármaco antidepresivo o cantidades suficientes por un tiempo prolongado, al menos durante tres años.

3.6.1 Fase de Continuación.

Después de haber adquirido una remisión importante de la sintomatología depresiva, el paciente deberá ser monitoreado por lo menos durante 4 a 9 meses posteriores, tras la respuesta positiva al tratamiento, periodo en el que se debe recibir una misma cantidad del antidepresivo con la cual respondió en fase aguda del tratamiento.

Para prevenir recaídas durante la fase de continuación, el paciente también se beneficiará con algún tipo de psicoterapia.

3.6.2 Fase de mantenimiento.

Aquellos pacientes que han respondido a un antidepresivo fijo y que han presentado dos o más episodios depresivos, deben continuar su tratamiento por lo menos durante un periodo de tres años y evitar así eventos depresivos recurrentes.

En los pacientes que responden a este tratamiento, pero que continúan con ciertos síntomas residuales estresores psicosociales, apertura temprana del primer episodio e historia familiar de algún trastorno de la afectividad, es recomendable continuar el tratamiento en la fase de mantenimiento para descartar al máximo una irregularidad del cuadro psicopatológico.

Para algunos pacientes con características de cuadro crónico o un número mayor de tres episodios depresivos y con una comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o médicos, el tratamiento debe mantenerse por tiempo indeterminado y con la misma cantidad manejada en la fase aguda del tratamiento.

3.6.3 Fase de discontinuación.

Cuando se prevé terminar el tratamiento farmacológico, es recomendable reducir la cantidad del fármaco durante el curso 2 a 3 semanas. En primer lugar, para mantener bajo control los síntomas que pudieran volverse a presentar durante la fase de discontinuación y, además, para impedir una supresión brusca del medicamento.

Es útil notificar al paciente sobre la posibilidad de una recurrencia de la sintomatología inicial, por lo cual es recomendable continuar las consultas médicas, por lo menos 3 a 4 semanas durante un mínimo de seis meses, antes de autorizar el alta (De la fuente y Heinze, 2014).

Cabe mencionar que, una vez que la persona responda de manera favorable a la terapia electroconvulsiva, se base también de un fármaco antidepresivo y de psicoterapia esto para la prevención de recaídas, asimismo acudir a citas médicas antes de que se diagnostique a la persona totalmente curada.

CAPÍTULO IV

**TEORÍAS Y ENFOQUES PSICO-
LÓGICOS QUE ABORDAN LA DE-
PRESIÓN**

TEORÍAS Y ENFOQUES PSICOLÓGICOS QUE ABORDAN LA DEPRESIÓN

En la actualidad existen múltiples teorías y enfoques que hablan de la depresión, cada una de estas desde su distinta perspectiva, asimismo respetando las aportaciones de otros autores antiguos, que aunque han surgido modificaciones en los conceptos no se pierde por completo la idea que aporta el primer autor.

Cabe resaltar que en las teorías cada autor tiene su propia argumentación de la depresión y ha sido estudiada y valorada por muchos colaboradores desde tiempos primitivos.

4.1 Teoría Psicoanalítica.

Karl Abraham

En 1911 Abraham publicó la primera investigación psicoanalítica sobre la melancolía. En ella señala que en pacientes aquejados por esta enfermedad la búsqueda del amor está obstaculizada por fuertes sentimientos de odio, los que se hallan reprimidos por la inhabilidad del sujeto para poder reconocer su hostilidad. Para Abraham, la agresión reprimida luego es proyectada en los otros y la percepción del depresivo pasa a ser “los demás no me aman, me odian”.

Menciona los sentimientos de culpa como resultado del conflicto amor-odio, lo que explicaría los autorreproches y el sufrimiento asociado a la sensación de hundimiento (Abraham, 1911) citado en (Arros y Valenzuela, 2006).

Es decir, el sujeto se muestra diferente con los demás, alejándose de todo tipo de interacción y vínculo afectivo, asimismo se crea ideas equivocadas de la percepción de los demás hacia él.

En 1916 Abraham publica una segunda contribución al problema de la melancolía: “la primera etapa pre-genital de la libido” aquí menciona que la melancolía puede ser

comprendida como una regresión a la primera fase del desarrollo psicosexual, la fase oral. Esto significa que la melancolía se relaciona a una serie de mecanismos propios de esta etapa del desarrollo.

Posteriormente, en 1924, escribe sobre las diferencias y parecidos entre el depresivo y el obsesivo. Surge la división de la fase anal, asociada a uno y otro tipo de patología: la expulsiva (depresivo) con tendencia a la expulsión de los objetos, y la retentiva (obsesivo) asociada a la retención y control de los objetos.

La expulsión del objeto amado internalizado (odio hacia el objeto) ocasiona una sensación de vacío. Las tendencias orales expresarían el intento de restablecer el objeto de amor destruido, en un intento por llenar un “vacío afectivo”. Cuando se tiene la sensación de que este intento fracasa y que el objeto ha sido decaído, surge la melancolía: la culpa y la desesperanza (Abraham, 1911) citado en (Arros y Valenzuela, 2006).

Es decir, una vez que la persona se separa del objeto amado siente un vacío emocional, asimismo los instintos orales intentan volver a integrarlo debido a que la ausencia de este genera al individuo emociones nuevas y si el experimento por recuperarlo falla, suele frustrarse.

Sigmund Freud

Freud dice: “la melancolía se singulariza en lo anímico para una desazón intensamente dolida, una anulación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una disminución en el sentimiento de sí que se manifiesta en autorreproches y autodenigraciones, y se extrema hasta una delirante expectativa del castigo” (Freud, 1915) citado en (Arros y Valenzuela, 2006).

Es decir, la melancolía se reconoce por una pesadumbre que entorpece al individuo en muchas de sus actividades que le eran de beneficio, asimismo la pérdida de interés por la realización de labores disminuye considerablemente.

Por otra parte, Freud señala que en el duelo, el sujeto aparece embargado por un estado de ánimo intenso seguido de una pérdida de interés por el mundo exterior en todo aquello que no guarde relación con el objeto amado desaparecido. Pero existe una importante diferencia con la melancolía: la perturbación del autoaprecio o amor a sí mismo.

Entonces, ¿en qué consiste el trabajo del duelo? Freud lo explica: “El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar todo libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no renuncia de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto se asoma” (Freud, 1915) citado en (Arros y Valenzuela, 2006).

Cabe resaltar que el individuo no renuncia del todo al objeto amado, aun teniendo otras alternativas, sigue deseando la misma visión libidinal.

La melancolía brota, en ocasiones, como una reacción a la pérdida de un ser querido. Sin embargo, en la mayoría de los casos, su desencadenante lo constituye un desengaño amoroso que incluso puede ser mínimo y todo lo que respecta a la pérdida del objeto queda despojado de la conciencia. El melancólico puede estar consciente de quien ha perdido pero no lo que con él ha perdido.

Es otras palabras, la persona acepta lo que ha perdido y se acostumbra a estar sin ello, sin embargo lo que para él significaba no lo acepta completamente. No todos dan el mismo valor o consideración a algo de lo que ya carecen.

4.2 Teoría Cognitivo-Conductual

Aarón Beck

Desde la perspectiva cognitiva el paciente con depresión presenta un esquema que incluye una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la triada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada con pasividad, resignada a no poder modificarlas (Aarón Beck, 1976) citado en (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002).

Es decir, la persona tiene un desequilibrio de sí mismo y de cómo es percibido por los demás. Dejándose influir por las críticas negativas y sintiéndose incapaz de buscar una solución a su problema, considerándose inexperto para ejecutar alguna medida que lo libere de su malestar y generándole infortunios en su intento.

El término terapia cognitivo-conductual (TCC) se utiliza para referirse a la fusión de estos enfoques psicológicos. El objetivo principal del TCC en personas deprimidas consiste en ayudarlas a pensar de manera más adecuada y como derivación, experimentar cambios positivos en su estado de ánimo (A.C. Butler y Beck 1996) citado en (Sarason, I. y Sarason B, 2006).

Enfatizando lo anterior, en este tipo de terapia se pretende que el individuo haga conciencia de las cosas que realiza y que piense de una forma más apropiada para que pueda tener como resultado experiencias más favorables.

A menudo, mediante TCC se les enseña a los pacientes a monitorear y registrar sus pensamientos negativos. Se hace especial hincapié en los pensamientos automáticos, ideas repetidas que llegan a la mente de la persona casi como un hábito más que como una contestación determinada a lo que sucede en ese momento. Para que

la terapia cognitiva sea eficaz, el cliente debe poder identificar estos pensamientos automáticos en el momento en que acontecen.

Los terapeutas utilizan varias técnicas para ayudarlos a identificar esos pensamientos, incluyendo preguntas directas, pidiéndoles que usen imágenes para recordar pensamientos o producirlos por medio de representación de papeles. Estos pensamientos automáticos son importantes porque son la unión entre un evento externo y la reacción del cliente ante éste. Sin embargo, debido a que estos pensamientos suceden tan velozmente y con tanta frecuencia, por lo regular pasan inadvertidos.

Después de que los clientes aprenden a identificar estos pensamientos, se les pide que mantengan un registro diario de ellos. El registro incluye notas sobre las situaciones, emociones, pensamientos automáticos y el resultado. Después, el cliente y el terapeuta utilizan los registros para abordar estos pensamientos como una hipótesis comprobable. De esta manera el cliente aprende que su punto de vista de la realidad puede ser bastante diferente de la realidad en sí.

El terapeuta puede ayudar a cambiar el pensamiento disfuncional y de esa manera aliviar la depresión, al desafiar partes del sistema de creencias del cliente (Sarason, I. y Sarason B, 2006).

Es otras palabras el terapeuta brinda el soporte necesario para que la persona se dé cuenta de las reacciones que tiene sobre distintos eventos que experimenta diariamente, asimismo trabajar en la modificación de sus pensamientos negativos que le impiden apreciar más allá de lo que logra percibir.

4.3 Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal se desarrolló inicialmente para prevenir la recaída después de un episodio agudo de depresión que había sido tratado con antidepresivos. Desde ese momento se ha convertido en una intervención psicoterapéutica muy investigada, útil tanto en el tratamiento de la depresión aguda como la prevención de la

recaída de quienes se están recuperando de un episodio depresivo mayor (Stuart y O'Hara, 2002; Swartz y cols., 2002) citado en (Sarason, I. y Sarason. B, 2006).

Cabe mencionar que muchas veces las personas sufren recaídas después de haber apaciguado por un cierto tiempo su malestar, la psicoterapia interpersonal es útil para la evitación de que la depresión se siga prolongando y perturbando al individuo en sus funciones y en su estabilidad emocional que había recuperado después de un episodio de depresión.

La PTI ayuda a una persona deprimida a resolver problemas que puedan tener con otras personas. Dichos problemas pueden incluir disputas, sentirse aislado, cambio de papeles o lidiar con dolor después de perder a un ser amado.

La psicoterapia interpersonal se enfoca en enseñar a las personas a ser más eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que aman. Integra la perspectiva psicodinámica (que destaca la experiencia de la infancia) tanto con la perspectiva cognitivo-conductual (que hace hincapié en los estresores psicosociales actuales, como los conflictos maritales crónicos) como con la evidencia basada en la investigación para conectar las dificultades en el ambiente social inmediato con la aparición de la depresión.

La PTI funciona bien cuando se usa en conjunto con antidepresivos, y se ha demostrado que es eficaz tanto para disminuir los síntomas depresivos como para prolongar el periodo de remisión en el caso de personas con antecedentes de depresiones recidivantes (Stuart y O'Hara, 2002) citado en (Sarason, I. y Sarason. B, 2006).

Otra de las funciones más importantes de la PTI es fomentar la eficacia en las personas cuya problemática emerge en la represión de sus emociones e ir acumulando problemas que más adelante le generaran fuertes desequilibrios emocionales, asimismo la poca interacción con otras personas, aquí la PTI hace partícipe para que el individuo mejore en sus relaciones interpersonales y elimine todo lo que no es beneficioso para ella.

4.4 Teorías biológicas de la depresión

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor (Thase y Howland, 1995) citado en (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Desde esta perspectiva, la investigación sobre la depresión aún es insuficiente y aun no existen datos e información concreta que explique el origen de esta perturbación desde esta posición biológica.

La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995) citado en (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Es decir, dentro de este enfoque la probabilidad de que la persona padezca depresión es poco usual y debe principalmente a factores hereditarios y muchas veces estresores. De igual manera los neurotransmisores juegan un papel fundamental en

el individuo, ya que la presencia o ausencia de uno de estos de manera significativa puede generar el inicio de depresión.

4.5 Perspectivas psicológicas

Así como los factores biológicos son muy importantes en la comprensión de los trastornos del estado de ánimo, es evidente que la psicología juega también un papel trascendental. Cada una de las principales perspectivas teóricas en el campo tiene algo que ofrecer para entender las causas de la depresión.

Teorías psicodinámicas: Las primeras teorías psicoanalíticas de los trastornos del estado de ánimo abarcan temas sobre las pérdidas y los sentimientos de rechazo (Abraham, 1911/1968). Las teorías psicodinámicas más recientes mantienen un enfoque en los procesos psíquicos internos, como base de las perturbaciones del ánimo, aunque incluyen un menor énfasis en las pérdidas.

El reconocido psicoanalista británico John Bowlby propuso que los adultos pueden deprimirse si fueron criados por padres que no fueron capaces de proporcionarles relaciones estables y seguras (Bowlby, 1980). Otra variante en el tema de una conducta parental deficiente proviene de Jules Bemporad (1985), quien propuso que los niños en estas familias se preocupan por la necesidad de ser amados por los demás. Como adultos, forman relaciones en las que sobrevaloran el apoyo de sus parejas. Cuando dichas relaciones terminan, la persona deprimida se ve abrumada por sentimientos de inadecuación, pérdida y desesperanza. Tal vez las personas desarrollan sentimientos de grandiosidad y regocijo, o energía excesiva, como una defensa inconsciente para evitar hundirse en un estado de melancolía y desesperación (Halgin y Krauss, 2004).

En otras palabras, si el niño careció de vínculos afectivos sólidos, es evidente que pueden llegar a ser una persona depresiva o deprimirse en algún momento de su vida. Asimismo debido a la falta y escasez de amor, al establecer una relación de

pareja, proporcionan todo ese sentimiento que les hubiese gustado que les brindaran a ellos en la etapa más importante de su vida.

4.6 Perspectivas socioculturales e interpersonales

Algunas personas deprimidas han tenido dificultades en sus interacciones con otras personas, durante toda la vida.

La investigadora de la Universidad de Columbia, Myrna Weissman, junto con su antiguo esposo Gerald Klerman y sus colaboradores, desarrolló un modelo para comprender los trastornos del estado de ánimo, el cual enfatiza el funcionamiento social perturbado (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984; Weissman y Markowitz, 1994). Esta teoría incorpora las ideas de los psicólogos conductuales que se enfocan en las pobres habilidades sociales del individuo deprimido, pero va más allá al buscar los orígenes de los problemas fundamentales del individuo deprimido.

La teoría interpersonal de la depresión se basa en el modelo interpersonal de Adolph Meyer (1957) y Harry Stack Sullivan (1953a, 1953b) y en la teoría del apego de John Bowlby, Meyer fue conocido por su modelo psicobiológico de la conducta anormal, que enfatizaba la forma en que los problemas psicológicos representan intentos fallidos del individuo para adaptarse al ambiente psicosocial.

Él creía que los síntomas físicos también podían desarrollarse en asociación con alteraciones psicológicas. Sullivan caracterizó la conducta anormal como una función de las relaciones interpersonales deterioradas, incluyendo deficiencias en la comunicación. Cada una de estas teorías podría aplicarse a una variedad de trastornos psicológicos, pero la teoría de Bowlby es muy relevante para la depresión, debido a su enfoque específico en los vínculos perturbados del apego en la infancia temprana, como causa de la infelicidad que surge más tarde.

La teoría interpersonal conecta las ideas de estos teóricos con las teorías de orientación conductual y cognoscitiva, al postular un conjunto de pasos que conducen a la

depresión. El primer paso es el fracaso de la persona, durante la infancia, en la adquisición de las habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Este fracaso lleva a una sensación de desesperación, aislamiento y depresión. Una vez que la depresión se ha establecido, se mantiene por medio de habilidades sociales pobres y del deterioro en la comunicación, que a su vez, conduce a un mayor rechazo por parte de los demás.

La depresión reactiva en la adultez puede surgir cuando el individuo experimenta un evento importante estresante, tal como el final de una relación o la muerte de una persona querida. Después de que inician los síntomas depresivos, las habilidades sociales desadaptadas del individuo los perpetúan.

Algunos investigadores, interesados en los aspectos socioculturales, han centrado su atención en la manera en que la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo difiere entre hombres y mujeres en diversos países del mundo. En los países desarrollados la tasa de depresión en mujeres es del doble que la de los hombres, pero en los países en desarrollo las tasas varían, y en la mayoría no se reportan diferencias entre género.

En algunos países los hombres que actúan de manera agresiva son enviados en busca de ayuda profesional, lo cual puede ser explicado en términos de depresión; en contraste, las mujeres enojadas pueden buscar apoyo de sistemas alternativos, como sanadores espirituales (Culbertson, 1997) citado en (Halgin y Krauss, 2004).

Cabe mencionar que la depresión desde esta perspectiva su surgimiento era considerado por muchos motivos como la falta de apego del niño con la madre, una pérdida o un duelo, asimismo esto repercutía en las relaciones interpersonales del sujeto, debido a una mala comunicación alejándolo de ellas.

4.7 Explicaciones psicodinámicas

La explicación psicodinámica de la depresión se enfoca principalmente en dos conceptos: la separación y el enojo. La separación puede ocurrir cuando un esposo, amante, hijo, padre o algún ser querido mueren o se van por una razón u otra. Pero la depresión no siempre puede correlacionarse con la pérdida inmediata de la persona amada, y para esos casos, Freud utilizó el constructo de “pérdida simbólica”. Lo que quiere decir es que la persona deprimida puede percibir cualquier forma de rechazo o reproche como la representación simbólica de una pérdida previa.

Freud también creía que la persona con depresión no es capaz de atravesar el proceso normal de duelo, que él llamó “dolor o trabajo de duelo”. En este proceso, el doliente genera y expresa de manera consciente recuerdos acerca de la persona que se ha ido como un intento de deshacer la pérdida. Además, es posible que el doliente se hunda en dos escenarios afectivos diferentes: enojo y culpa.

El enojo, que surge del sentimiento de ser abandonado, puede ser muy intenso. El doliente también puede ser invadido por sentimientos de culpa por los pecados reales o imaginarios que cometió hacia esa persona que perdió (Sue, 2010).

Cabe mencionar que, la persona manifiesta sentimientos de enojo una vez que ha sufrido una pérdida, muchas veces debido a frustraciones o sentimientos de culpa que la perturban debido a las faltas que ejecuto hacia esa persona.

4.8 Dimensión social.

Estrés y depresión: Se ha demostrado la importancia del estrés, en especial el que es de naturaleza interpersonal en la depresión (Hammen, 2006). En un estudio con autoinformes acerca del estrés diario y los estados de ánimo deprimidos, los factores estresantes como la dependencia (esto es, tener que depender de otros) y los problemas interpersonales (tener una discusión con alguien) se presentan justo antes de

la aparición de los síntomas depresivos (Stader y Hokanson, 1998) citado en (Sue, 2010).

Cabe mencionar que cuando la persona sufre estrés tiene probabilidades de desarrollar depresión ya que van de la mano estos síntomas afectando distintos factores como son las relaciones interpersonales.

Otros estudios han demostrado que el estrés psicológico severo, como la muerte de una persona amada, una condición médica que amenace la vida o la frustración de las metas principales de la existencia, a menudo preceden el inicio de una depresión mayor (Brown y Harris, 1989; Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum, 1988; Mazure, 1998; Paykel, 1982). El estrés también parece ser importante en la recaída, la recurrencia de la depresión después del tratamiento (Krantz y Moos, 1988; Lewinsohn, Zeiss y Duncan, 1989) citado en (Sue, 2010).

Es decir, recibir una noticia alarmante puede ser meramente impactante para la persona y de esta manera afectar su equilibrio emocional, originándole estrés y más adelante una fuerte depresión severa.

Hammen, Davilla, Brown, Ellicott y Gitlin (1992) argumentaron que la relación entre el estrés y la depresión es compleja e interactiva. En un estudio longitudinal de personas con depresión unipolar, los investigadores encontraron evidencias de que tener padres disfuncionales que crean condiciones estresantes en la familia puede influir en la vulnerabilidad del individuo al estrés. Las personas que provienen de tales familias no adquieren habilidades adaptativas ni una autoimagen positiva, lo que les trae un estrés mayor que puede disparar una depresión. No sólo el estrés causa depresión, sino que está también puede causar estrés.

Hammen encontró que los individuos deprimidos, comparados con los que no lo están, tienen más estresores que están bajo su control (por ejemplo, comenzar con una discusión) en lugar de fuera de su control. Ella cree que las personas deprimidas

pueden crear y generar estrés por sí mismas. De este modo, se sugiere que el estrés y la depresión son bidireccionales (Hammen, 2006) citado en (Sue, 2010)

Cabe resaltar que el estrés puede surgir de la depresión o viceversa, esto depende del estilo de vida que lleve la persona y que tanto estrés tenga en su vida cotidiana, asimismo el poco manejo y control de sus emociones y otras preocupaciones que va dejando sin resolver.

CAPÍTULO V

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DE- PRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ESCUELA IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS DEPRESIÓN GENERACIÓN 2019-2020/1

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ESCUELA IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS GENERACIÓN 2019-2020/1

De acuerdo a la observación llevada a cabo en los estudiantes de bachillerato de la Escuela Iberoamericana de Estudios Tecnológicos, se observó que sufren constantes cambios en sus conductas, debido a la etapa por la que atraviesan, en donde surgen alteraciones en muchos aspectos de su vida, haciendo que existan modificaciones y desequilibrios en el aspecto emocional, por otro lado, existen adolescentes que tienen indicios de depresión y otros que padecen de esta. Asimismo es importante estar alerta, tanto de los factores iniciales de esta afección como de los factores de riesgo a los que más están propensos a sufrir.

Las conductas más sobresalientes y observadas en los adolescentes, asimismo las más notorias son:

5.1 Cambios en la conducta

5.1.1 Aislamiento

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Rasgos depresivos• Poca participación en clase.	<ul style="list-style-type: none">❖ Timidez.❖ Inseguridad.❖ Mirada triste.❖ Se notan preocupados.❖ Tensos.❖ Afligidos.❖ Uso constante del celular.❖ Salidas constantes al sanitario.	<ul style="list-style-type: none">➤ Ser excluidos por sus demás compañeros para llevar a cabo trabajos de equipo.➤ Sufrir bullying dentro y fuera del salón de clases.➤ Dejar de acudir a fiestas y eventos sociales.➤ Problemas físicos y psicológicos➤ Zona de confort.➤ Presentar rasgos de ansiedad y depresión.
Observaciones: Cabe mencionar que entre los alumnos, solo tres o cuatro muestran este tipo de conducta.		

Fuente: elaboración propia.

5.1.2 Agresividad

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de humor. • Irritabilidad. • Buscan maneras de desquitarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Agresión verbal ❖ Conducta agresiva con sus compañeros. ❖ Contradicen a los profesores. ❖ Les molesta que les llamen la atención. ❖ Su reacción es de forma grosera y retadora ❖ No les gusta que los interroguen respecto a su conducta. ❖ Se niegan a aceptar ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actos violentos. ➤ No entran a clases. ➤ No prestan atención a las indicaciones. ➤ Sus padres acuden a la escuela por alguna falta de respeto hacia algún profesor. ➤ Dados de baja por su mala conducta.

Observaciones:

Los adolescentes con depresión tienden a tener conducta agresiva, debido a que se encuentran inestables y en constante cambio de humor, tienden a ser personas irritables y el desquitar su furia con los demás los tranquiliza. De igual manera, no toleran ser exhibidos delante de sus demás compañeros.

Fuente: elaboración propia.

5.1.3 Conducta antisocial

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta agresiva • Decir groserías. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poca disponibilidad para trabajar en equipo. ❖ Poca participación. ❖ Egocentrismo. ❖ Prefieren trabajar de manera individual. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cometer actos ilícitos fuera de la institución. ➤ Agresión. ➤ Se relacionan con amistades que no les aportan nada productivo. ➤ Dejan a un lado sus pasatiempos y otras distracciones, por querer permanecer solos o con la compañía de personas diferentes. ➤ Pandillerismo.
<p>Observaciones:</p> <p>Muchas veces los alumnos muestran otro tipo de conducta mucho más participativa para poder cumplir con un buen perfil en el aula, asimismo los profesores hacen dinámicas para fusionarlos y que participen.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.2 Cambios emocionales

5.2.1 Autoestima

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Baja autoestima.• Poca valoración a su persona.	<p>Principales factores que generan la baja autoestima:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Problemas familiares.❖ Pleitos constantes con sus compañeros.❖ Disgustos con su pareja.❖ Inseguridad.❖ Sufrir bullying.	<ul style="list-style-type: none">❖ Poco interés en la escuela.❖ Poca participación en clase.❖ Aislamiento de sus compañeros.❖ Personas rechazadas por la sociedad.❖ Dificultad para encontrar trabajo y desenvolverse en un campo laboral.
<p>Observaciones: Agregando también que no confían en sus capacidades, por lo tanto se les dificulta llevar a cabo un proyecto o lo dejan inconcluso, ya que piensan que fracasaran en el intento.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.2.2 Control de emociones

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad.• Hiperactividad.• Estrés.	<ul style="list-style-type: none">❖ Pasan de estar tranquilos a hiperactivos o inquietos.❖ Responden sarcásticamente a comentarios o participaciones de sus compañeros.❖ Dicen frases irónicas sin pensar razonablemente.	<ul style="list-style-type: none">➤ Reportes.➤ Llamadas de atención.
Observaciones: Se observa poco control de las emociones estando en el aula, debido a la ansiedad que sienten, de igual manera el estrés que les genera estando en alguna clase.		

Fuente: elaboración propia.

5.3 Cambios sociales

5.3.1 Noviazgo

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• La mayoría de la población mantienen una relación de noviazgo, el resto no.• Distracciones.• Salidas constantes.• Llamadas de atención por los profesores.	<p>Entre estos noviazgos existen casos de:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Independencia a la relación.❖ Sufren de agresión y maltrato psicológico en la relación.❖ Mantienen una relación por moda y por querer experimentar nuevas emociones.	<ul style="list-style-type: none">➤ Embarazos no deseados.➤ No concluyen el bachillerato.➤ Matrimonios a temprana edad.
Observaciones: Se presenta distracción en el aula debido a las relaciones que mantienen dentro de ella, ya que no prestan la suficiente atención a las clases.		

Fuente: elaboración propia.

5.3.2 Malas amistades

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento.• Malos hábitos.• Desobediencia con los profesores.	<ul style="list-style-type: none">❖ Dejan de socializar con sus antiguas amistades.❖ Comienzan a mostrar otro tipo de gustos y comportamientos.❖ Imitan conductas aprendidas.	<ul style="list-style-type: none">❖ No entrar a clases (irse de pinta).❖ Comienza a bajar su rendimiento académico.❖ Suelen tener más reportes que antes.
<p>Observaciones: Suelen relacionarse con personas que no les aportan algo beneficios, tanto en la escuela como fuera de ella. Asimismo dejan influirse por ellos para dejar de realizar actividades que les son o eran de su agrado.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.3.3 Conflictos escolares

Conducta observada	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad. • Enojo. • Disgustos fácilmente. • Poco control de sus emociones. 	<p>Los principales motivos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indiferencias. ✓ Burlas, bromas rumores. ✓ Competencias escolares. ✓ Rivalidades. ✓ Pleitos desde sus zonas de residencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bajo rendimiento académico. ➤ Perdida de interés y participación. ➤ Poca disposición para trabajar en equipo. ➤ Llamadas de atención por parte de los profesores. ➤ Castigos y expulsiones definitivas.
<p>Observaciones: Dentro de la población, los adolescentes hombres son los principales iniciadores de conflictos y peleas debido al temperamento que tienen, así mismo el poco manejo de sus emociones.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.4 Principales factores que generan la depresión

5.4.1 Ausencia de los padres

Factor	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Falta de seguridad.• Personas cerradas.• Poca participación en clase y otros temas en los que son excluidos.	<ul style="list-style-type: none">❖ No tienen hora de llegada a casa.❖ No recurren a pedir permiso a sus padres.❖ Salen de casa sin avisar.❖ Se desobligan de sus compromisos y responsabilidades.	<ul style="list-style-type: none">➤ Accidentes.➤ Sufrir bullying.➤ Violaciones.➤ Secuestros.➤ Chantajes por personas externas.➤ Depresión.➤ Suicidio.➤ Caer en las drogas.
<p>Observaciones: Es uno de los principales motivos de lo que los adolescentes carecen. La poca atención de sus padres conlleva a que generen ideas despectivas sobre sus padres hacia ellos.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.4.2 Divorcio

Factor	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Hundimiento emocional. • Distantes con amigos y personas cercanas. • Emociones encontradas. 	<p>Cambio en su comportamiento como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cambio constante de estado de ánimo. ❖ Bajo rendimiento escolar. ❖ Adolescentes retraídos. ❖ Sensibles y poco aptos para externar su problema. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desorientación. ➤ Salidas constantes de casa. ➤ Prefieren la soledad que la compañía de amigos. ➤ No les agrada hablar del tema. ➤ Se les dificulta la elección de un padre para quedar bajo su responsabilidad.
<p>Observaciones: Es recomendable el brindarles el suficiente apoyo ya que suelen sentirse poco tomados en cuenta debido a las decisiones de sus padres.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.4.3 Preferencia de hermanos

Factor	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • La no aceptación de los hijos por lo que son. • No reconocer sus esfuerzos y logros. • Comparación de hijos. • Favoritismo. 	<p>Existen reacciones frecuentes como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cambios en el comportamiento. ❖ Conductas infantiles. ❖ Actitudes para llamar la atención de los padres. ❖ Mala relación entre hermanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Competencias constantes. ➤ Peleas y desacuerdos. ➤ Celos. ➤ Envidia. ➤ Egocentrismo. ➤ Llegar a la agresión verbal y física.
<p>Observaciones:</p> <p>Existen casos en que premian a los hijos por ser mejores estudiantes que sus hermanos, por tener otros hábitos, tener otras habilidades, etcétera. No miden el daño que hacen al confrontar a los hijos ya que hacen que se sientan en competencia y existan disputas entre ellos.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.5 Factores de riesgo de la depresión

5.5.1 Redes sociales digitales

Factor de riesgo	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Querer ser aceptados por los demás. • Sobresalir. • Popularidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son adolescentes distraídos y poco participativos. ❖ Se les dificulta concentrarse en clase. ❖ Son hiperactivos. ❖ No pueden dejar el celular por menos de 20 minutos. ❖ La mayoría de la población tiene internet en casa, el resto no cuenta con este servicio. 	<p>La adicción al internet y redes sociales tienen como consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Daños oculares, auditivos, falta de sueño, cansancio, mal humor, asimismo aislamiento con su familia o amistades. ➤ Dejan de asistir a eventos y reuniones para socializar, como fiestas con amigos. ➤ Se hacen dependientes al internet. ➤ Están expuestos a ser acosados o chantajeados. ➤ Sufrir accidentes mientras manejan.
<p>Observaciones:</p> <p>Los adolescentes hacen mal uso de la internet y las redes sociales, ya que a través de un perfil se agregan habilidades y otras características y habilidades que no poseen, esto con la finalidad de ser aceptados por los demás y distinguirse del resto.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.5.2 Adicciones

Factor de riesgo	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia al tabaco. • Adolescentes aislados. • Ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poca convivencia con sus compañeros. ❖ Nuevos grupos de amigos. ❖ Mostar interés en otras actividades. ❖ Dejan las cosas importantes como segunda opción. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exclusión y discriminación por sus compañeros de clases. ❖ Verlos de manera poco amigables. ❖ Crearse una mala impresión de ellos. ❖ Ser recluidos a centros de adicciones.
<p>Observaciones: Adolescentes depresivos son más proclives a ser adictos a alguna droga, tal es el caso del tabaco, alcohol y marihuana. De igual manera se agrega que el uso del celular es una fuerte adicción y de otros aparatos electrónicos.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.5.3 Delincuencia

Factor de riesgo	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Desorientación.• Falta de conciencia en sus actos.	<ul style="list-style-type: none">❖ Comportamientos agresivos.❖ Faltan a las leyes.❖ No miden las consecuencias al causar un daño.	<ul style="list-style-type: none">❖ Ir a prisión.❖ Ser condenados.❖ Mal visto por la sociedad y ser rechazados.
<p>Observaciones: Existe la probabilidad de que los adolescentes depresivos se conviertan en delincuentes cuando carecen de la atención y disposición de sus padres.</p>		

Fuente: elaboración propia.

5.5.4 Suicidio

Factor de riesgo	Características	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes distraídos.• Personas retraídas.• Ideas suicidas.	<ul style="list-style-type: none">❖ Se notan retraídos.❖ Desvían la mirada hacia el suelo u otro lado.❖ Se ponen nerviosos al hablar sobre el tema.❖ Lloran al tratar sobre su problema.❖ Vulnerabilidad.	<ul style="list-style-type: none">➤ Quedar con secuelas, debido a sus intentos de suicidio.➤ Muertes.
<p>Observaciones: Adolescentes depresivos recurren a la muerte por mano propia, cuando se les complica encontrar solución a sus problemas y carecen de apoyo emocional.</p>		

Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO VI

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

6.1 Planteamiento del problema:

Depresión en adolescentes de bachillerato de la Escuela Iberoamericana de Estudios Tecnológicos.

6.2 Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicológicos, emocionales y sociales de la depresión que predominan más en la actualidad en adolescentes?

6.3 Justificación

En la actualidad la depresión es un tema de gran relevancia, aunque muchas veces es tratada de manera poco apropiada, dejando que esta perturbación siga prolongándose y alterando cada vez a personas en su estado emocional, social, familiar entre otros factores de esta índole.

Día con día la depresión afecta cada vez más, incrementando el porcentaje en la población especialmente en mujeres, debido a esto, el interés por abordar el tema ya que se ha ido popularizando con los años, hasta llegar a designarse como una de las principales enfermedades que afecta a las personas desde una temprana edad y se ve muy marcada en la etapa de la adolescencia.

Siendo así en el estudio descriptivo se pretende identificar y posteriormente describir los factores psicológicos, emocionales y sociales de la depresión, siendo un tema uno de los más destacados y populares hoy en día. La depresión es considerada una de las enfermedades que padecerá la mayoría de la población en el próximo año 2020, de aquí surge el interés de investigar sobre esta enfermedad ya que también se menciona que aparece principalmente en los adolescentes.

La depresión se caracteriza por un hundimiento vital en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El hecho de la depresión es universal, pero su manifestación sintomática es diferente en las diversas culturas. En Occidente, la depresión constituye el fenómeno epidemiológico más importante, con tendencia a crecer. Se dice que la frustración derivada del individualismo occidental lleva a la depresión, y ésta a la drogadicción. Estudiar a la depresión permite la comprensión del hombre actual, desde su dimensión más frágil, como ser práctico y mortal (Aguirre, 2008).

Es importante tener en cuenta que la depresión es un problema a nivel mundial, en donde un malestar leve como la frustración puede originar un problema grave como la depresión, asimismo los riesgos a los que están expuestos los adolescentes son fuertemente alarmantes ya que en la actualidad existe un alto nivel de delincuencia, vandalismo, adicciones como las drogas y un elevado riesgo de suicidio. El estar en constante comunicación con ellos, es posible la disminución de estos peligros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de unos estudios realizados en 1988, comunicaba que cerca del 10% de las consultas médicas generales no psiquiátricas, son debidas siempre a una problemática depresiva. Teniendo en cuenta, como dice también el informe de la OMS que el 98% de los casos en los que se supone que hay una vinculación a la problemática depresiva no llega a la consulta, esta es una cifra suficientemente significativa para que la depresión sea un tema de interés a nivel médico general, y no solo ya psiquiátrico o psicopatológico (García, 1986) citado en (Chisvert, 2009).

Cabe mencionarse que, la depresión está incrementando de manera desmedida, haciendo que personas visiten al médico debido a este malestar e incluso es uno de los padecimientos en donde se estudia a la persona en su totalidad y no únicamente de la mente.

Por otra parte, los manuales de psiquiatría CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-V (APA, 2014), describen que quien padece depresión presenta una pérdida de la capacidad

de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad, reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Según las evaluaciones respecto al tratamiento de la depresión en atención primaria de salud en Chile, se observa un alto porcentaje de deserción en los consultantes, así como una mayor adherencia a los tratamientos farmacológicos respecto a los psicosociales o comunitarios. Además, los tratamientos farmacológicos son indicados con frecuencia, indistintamente de la gravedad del cuadro (Alvarado y Rojas, 2011) citado en (López, 2016).

El sujeto depresivo pierde fuerza, carece de energía y sufre agotamiento desmedido, debilitándolo gravemente, la mayoría de ellos consumen algún tipo de fármaco para controlar su malestar sin la consulta de algún especialista, esto conlleva a que muchas personas se vuelvan dependientes. Es importante la intervención a tiempo para evitar que la depresión siga aumentando.

6.4 Objetivos:

6.4.1 General:

- Describir los factores psicológicos, emocionales y sociales de la depresión que predominan más en los adolescentes de bachillerato.

6.4.2 Específicos:

- Observar los factores psicológicos, emocionales y sociales de la depresión más acentuados en los adolescentes depresivos.
- Identificar los factores psicológicos, emocionales y sociales que surgen más dentro de la depresión
- Detectar los factores psicológicos, emocionales y sociales de la depresión para un mejor registro de información.

6.5 Tipo de estudio de la investigación: Cualitativo

6.6 Diseño de investigación: No experimental

Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (Sampieri, 2006).

Es decir, se observa el fenómeno a estudiar, sin que exista una alteración ni una aplicación.

6.7 Tipo de enfoque: Cualitativo longitudinal.

6.8 Variables:

Dependiente: Adolescentes.

Definición conceptual: Adolescencia proviene de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración.

Esta etapa se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inician con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial.

La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad (Güemes, Ceñal e Hidalgo, 2017).

La etapa de la adolescencia se comprende por un periodo de cambios y transformaciones en muchos aspectos importantes de la vida de los adolescentes, asimismo

adquiriendo la capacidad y madurez necesaria para la toma de decisiones de forma consciente y reflexiva e interesándose por otras actividades que le son de beneficio para su criterio personal.

Definición operacional:

Se pretende identificar los principales factores psicológicos, emocionales y sociales en adolescentes depresivos a través de la observación sin hacer manipulación en las funciones que desempeñan los estudiantes, asimismo no alterando su estilo de vida que llevan.

Independiente: Depresión.

Por depresión se entiende un trastorno caracterizado por un bajo estado de ánimo y de energía, una autoestima negativa y poco interés en actividades que usualmente serían consideradas placenteras (American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno es uno de los principales problemas de salud mental a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2002). Se sabe también que manifestaciones sub-clínicas de la depresión predicen problemas psicológicos futuros (Luyten, Blatt, Van Houdenhove, & Corveleyn, 2006) citado en (Carrasco, 2017)

Cabe mencionar, que la depresión desde distintas perspectivas es vista como una enfermedad la cual puede afectar gravemente al individuo como también inhabilitarlo en sus actividades cotidianas, por otro lado es calificada como uno de los principales padecimientos de la salud mental.

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres (Berenzon, Lara, Robles y Medina, 2013).

Es importante reflexionar acerca de que México es uno de los principales países que sufre este tipo de problema mental afectando principalmente a las mujeres, haciendo que pierdan años de buena salud.

Definición operacional:

A través de la observación se desea poder detectar los principales problemas que afligen a los adolescentes de bachillerato con depresión, de esta forma poder elaborar un estudio descriptivo con base a lo que se logre percibir y así recomendar como instrumento principal el Inventario de Beck (BDI-II) para una valoración más a profundidad.

6.9 Población y unidad de muestra:

Unidad de análisis: 80 alumnos de bachillerato

Unidad de muestra: 36 adolescentes de entre 15-18 años de edad.

6.10 Instrumento Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

¿Qué es y en que consiste en Inventario de Depresión de Beck?

Es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems tipo Likert. El inventario propuesto por Beck y sus versiones han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.

Es el quinto test más utilizado por psicólogos españoles. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10.

La prueba ha de ser destinada preferentemente para uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

¿Por qué elegí este instrumento? Se sabe que es uno de los instrumentos más utilizados por psicólogos, psiquiatras y otros especialistas, es especialmente para tratar casos de depresión sin mezclar algún otro trastorno.

Se concentra en detectar a la depresión en su mayor apogeo y asimismo dar paso a la investigación y tratamiento.

Acerca del instrumento (BDI)...

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos.

A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos.

El BDI, desarrollado por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación.

El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III que se miden mediante 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total oscila entre 0 y 63 puntos.

¿Cuáles son sus características?

El Inventario de Depresión de Beck, IA (BDI-IA), estandarizado por Jurado et al., (1998) en población mexicana, es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido por Jurado et al., (1998) para población mexicana fue de 10 puntos (Beltrán, Freyre y Guzmán. 2011).

Es importante tener en cuenta que este instrumento se centra en la valoración y detección de la depresión, asimismo ha resultado ser muy eficaz y favorable para poder diagnosticar el grado de depresión que tiene la persona.

GLOSARIO

Apirética: Concerniente, relativo y perteneciente a la apirexia que tiene carencia, privación o que no tiene los síntomas de la fiebre, que tiene la ausencia de este padecimiento o que no ha superado la temperatura del cuerpo mayor a 38 °C (grados centígrados).

Aversión: Es un rechazo o repugnancia hacia algo a alguien. Algunos sinónimos de la palabra 'aversión' son: asco, antipatía, manía, tirria, animadversión y repulsión. Cuando se habla de una gran aversión, se puede llegar a hablar de miedo, pánico o fobia. Algunos términos opuestos a 'aversión' pueden ser: simpatía, afecto y atracción.

Bipolaridad: Es una afección mental en la cual una persona tiene cambios marcados o extremos en el estado de ánimo. Los períodos de sentirse triste o deprimido pueden alternar con períodos de sentirse muy feliz y activo o malhumorado e irritable.

Catatonía: Un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anormalidades motoras. La catatonía se manifiesta por una agitación psicomotora importante y puede aparecer en el contexto de diferentes trastornos, sobre todo, trastornos bipolares y del estado de ánimo (episodios maníacos) y en algunos pacientes con esquizofrenia.

Ciénaga: El concepto de ciénaga, por lo tanto, puede referirse a un pantano. En este caso la ciénaga es un cuerpo de agua estancada que se forma por una depresión de escasa profundidad en el terreno. En el agua crecen plantas que pueden desarrollar una capa densa.

Comportamiento: Conjunto estable de acciones y reacciones de un organismo frente a un estímulo proveniente del ambiente externo (estímulo) o del interior del organismo mismo (motivación). El término lo introdujo en el ámbito científico, en 1913, J.B. Watson, quien con la intención de hacer de la psicología “una rama experimental

objetiva de las ciencias naturales” afirmó que esa disciplina tiene como único objeto de estudio las manifestaciones directamente observables del organismo, y como objetivo el control de la conducta.

Concubinato: El concubinato es una unión de hecho estable entre personas de distinto sexo (en algunos estados se acepta entre homosexuales) a la que la ley en ciertos casos, y luego de cierto tiempo, le concede efectos jurídicos. Son personas que conviven haciendo vida marital pero no se hallan unidos en matrimonio. En algunos países se inscribe esta situación en un registro como constancia de la unión. En los que no existe ese registro, se debe probar con testigos.

Conducta: La conducta es, en términos de psicología, el conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un ser vivo en relación con su entorno o mundo de estímulos. Puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, etc. según las circunstancias que lo afecten.

Comportamiento antisocial: El comportamiento antisocial es aquella conducta que un individuo realiza y que resulta ser contraria a los intereses o valores del conjunto de la sociedad. Estos comportamientos pueden ser muy variados: desde conductas que constituyen infracciones o hechos delictivos hasta conductas valoradas como inadecuadas socialmente. Además, el comportamiento antisocial será diferente según la edad de la persona, su cultura, el contexto al que pertenezca, etc.

Disforia: La disforia se refiere sólo a un desarreglo de las emociones y se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios, como la enfermedad o el duelo. Además, es un rasgo de muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. La disforia se experimenta normalmente durante episodios depresivos, pero las personas con trastorno bipolar pueden también experimentarlo durante los episodios maníacos o hipomaníacos. La disforia, en el contexto de un trastorno de las emociones es un indicador de riesgo elevado de suicidio.

Electroquímica: Parte de la química que trata de la relación entre las corrientes eléctricas y las reacciones químicas, y de la conversión de la energía química en eléctrica y viceversa. En un sentido más amplio, la electroquímica es el estudio de las reacciones químicas que producen efectos eléctricos y de los fenómenos químicos causados por la acción de las corrientes o voltajes.

Espermarquia: Es la primera producción de espermatozoides que, generalmente, ocurre un par de meses antes de la primera eyaculación, pero que nadie nota porque se expulsan a través de la orina. Ambos procesos pueden producirse en un período bastante amplio: entre los 10 y los 14 años.

Etiología: Se conoce como Etiología a la ciencia encargada del estudio y análisis de las causas o procedencias de las cosas. Este concepto es utilizado mayormente en la medicina para de esta forma detectar la causa de las enfermedades partiendo del punto de haber conocido sus efectos y el porqué de los mismos.

Euforia: La euforia es la sensación de bienestar o alegría que se manifiesta al mundo exterior. También es la capacidad para resistir al sufrimiento y a las adversidades. La euforia es la exacerbación del estado de ánimo como consecuencia de una alegría, emoción o también por el consumo de algún tipo de droga o el uso de medicamentos.

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Frenitis: El término frenitis fue empleado en la antigua Grecia por Hipócrates y sus seguidores. Se refiere a la inflamación aguda de la mente y el cuerpo, no en un sentido teórico, sino en un sentido descriptivo.

Gestalt: Se denomina la corriente de la Psicología, de corte teórico y experimental, que se dedica al estudio de la percepción. Como tal, Gestalt es una palabra proveniente del alemán, y se puede traducir como 'forma' o 'contorno'.

Hidrodinámica: Es un área de estudio muy importante dentro del área de la física porque cuando los materiales se comprimen de manera explosiva se ven expuestos a una serie de condiciones extremas que los hacen comportarse más como un líquido. El significado literal de la hidrodinámica es "movimiento del agua". En sí podemos decir que es la ciencia de las fuerzas que actúan sobre los fluidos.

Hipocondría: Trastorno mental que se caracteriza por una preocupación constante y obsesiva por la propia salud y por una tendencia a exagerar los sufrimientos, que pueden ser reales o imaginarios.

Humor: El término humor surge a partir de la medicina humoral desarrollada por antiguas sociedades en la cual se establecía que determinados elementos de nuestro organismo eran los que nos permitían experimentar sensaciones de alegría y divertimento ante ciertas situaciones. El humor, por tanto no es solamente una cuestión psicológica o cultural, sino que se vincula muy intrínsecamente con reacciones físicas que son generadas como respuesta ante ciertos estímulos externos.

Lútea: La fase lútea es la tercera fase del ciclo menstrual, empieza justo después de la ovulación y va hasta el día antes de que el siguiente periodo menstrual empiece. Esta fase dura normalmente de 12 a 14 días, pero también puede durar de 10 a 16 días.

Manía: Se considera uno de los trastornos del estado de ánimo, contrapuesto a la depresión. En este trastorno, la persona que padece un estado de manía presenta un estado de ánimo anormalmente eufórico y exaltado, un excesivo humor, que puede manifestarse como una euforia o una gran irritabilidad y excitabilidad.

Melancolía: Es un término que deriva del latín y que, a su vez, tiene origen en un vocablo griego que significa "bilis negra". Se trata de la tristeza vaga, permanente y profunda, que puede haber nacido por causa física o moral y que hace que el sujeto que la padece no se encuentre a gusto ni disfrute de la vida.

Polisomnografía: Consiste en el registro de la actividad cerebral, de la respiración, del ritmo cardiaco, de la actividad muscular y de los niveles de oxígeno en la sangre mientras se duerme. Es una prueba indicada para el estudio de distintos trastornos de sueño y se realiza durante la noche.

Psicofarmacología: Es el estudio de la utilización, los mecanismos y los efectos de los fármacos que actúan sobre el cerebro y en consecuencia alteran la conducta. David Israel Macht propuso el término psicofarmacología englobando la ciencia que estudia los efectos de los fármacos sobre la conducta y los mecanismos fisiológicos por los que estos actúan

Pusilánime: La persona o individuo que carece de valor y ánimo en enfrentar situaciones comprometedoras o de superar grandes desafíos y en común soportar desgracias y dificultades, puede ser carente de coraje.

Trastornos bipolares: Son un conjunto heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes. El fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad.

Trastorno esquizofreniforme: El Trastorno esquizofreniforme se caracteriza por la presencia de los síntomas de criterio A de la esquizofrenia. Estos incluyen: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, y síntomas negativos. El trastorno incluyendo sus fases prodrómica, activa y residual dura más de 1 mes pero menos de 6 meses.

Vástagos: En el lenguaje corriente se emplean otros términos, tales como hijo, heredero, descendiente o sucesor.

Viril: Se conoce como viril a todo aquello que es relativo al hombre o propio del hombre. La palabra viril es de origen latín “virilis”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arros. M y Valenzuela. F. (2006). *Teoría Psicoanalítica de la Depresión: una revisión de distintas propuestas para su comprensión y clasificación*. Gaceta Universitaria.
2. Asociación Americana de Psiquiatría de Washington. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: España.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
4. Barón. B. Olga Patricia. (2000). *Adolescencia y suicidio*. Psicología desde el Caribe.
5. Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (2004). *Manual de Psicopatología*. Aravaca: Madrid: McGraw-Hill.
6. Beltrán. M. C, Freyre. M. A y Guzmán. L. H. (2011). *The Beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population*. UNAM. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México.
7. Butcher. J, Mineka. S. & Hooley. J. (2007) *Psicología clínica*. 12.a edición. Madrid: Ed Pearson Educación, S.A.,.
8. Cuenca, A. (2004), *Cuerpo humano: Anatomía y funciones*. Rep. Oriental del Uruguay: Ed Montevideo.

9. Chisvert, L. (2009). *“La Depresión: Definición”*. Barcelona: Psicólogos
10. De la Fuente. J. R & Heinze. G. (2014). *Salud Mental y Medicina Psicológica*. México: McGraw-Hill.
11. De la Fuente. J. R & Heinze. G. (2017). *Salud Mental y Medicina Psicológica*. México: McGraw-Hill.
12. Escalante, F. y López. R. (2003). *Enciclopedia Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes*. Tomo I. México: D.F.
13. Escalante, F y López. R. (2003). *Enciclopedia Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes*. Tomo II. México: D.F.
14. Feldman. R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: PEARSON
15. González, S y Agudo, T. (2003). *Factores de riesgo: aspectos generales*. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 5° ed. España: Elsevier.
16. Güemes, H., Ceñal, G e Hidalgo, V. (2017). *Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Londres: Reino Unido. Departamento de Endocrinología. Vol. XXI. No. 4
17. Guilayn, P. (2011). *Todos los padres tienen un hijo preferido*. Artículo de portada. XLSemanal.
18. Halgin, P. y Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: D.F. McGraw-Hill

19. Jackson, S. W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. London. Madrid: Ed Turner.
Traducido por Consuelo Vázquez de Parga
20. Monbourquette, J. (2004). *De la autoestima a la estima del Yo profundo. De la psicología a la espiritualidad*. Sal Terrae.
21. Montoya, D., Castaño, N y Moreno, N. (2016). *Enfrentando la ausencia de los padres: recursos psicosociales y construcción de bienestar*. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, Vol. 7. Nº 1
22. Moreira, V., Sánchez, A y Mirón, L. (2010). *El grupo de amigos en la adolescencia. Relación entre afecto, conflicto y conducta desviada*. Boletín de Psicología. No. 100
23. Peretó, R. (2012). *Aristóteles y la melancolía. En torno a la Problemata XXX, 1*. Revista Internacional de Filosofía, Vol. (XVII) Málaga (España).
24. Reeve, J. (2009). *Motivación y emoción*. Quinta edición. México: D.F. McGraw-Hill.
25. Rojas, S y Flores, A. (2013). *El noviazgo y otros vínculos afectivos de la juventud mexicana en una sociedad con características posmodernas*. Revista de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Vol. 10. Nº 23
26. Sampieri, R.H. (2006). *Metodología de la investigación*. México: D.F. McGraw-Hill.
27. Sarason, I y Sarason B, (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. PEARSON.

28. Segovia, N. L. (2014). *La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía*. Cuadernos hispanoamericanos de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 14. No. 2
29. Sue S. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal*. México: D.F. CENGAGE Learning
30. Tyson G. M y Range. L. M. *La depresión: comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista*. Artículo publicado en The Gestalt Journal, Vol. IV, Nº 1
Traducción de Manuel Sorando Martínez.
31. Vázquez, Muñoz y Becoña. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. Psicología Conductual, Vol. 8, Nº 3.
32. Vázquez y Sanz. (2004). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. Manual de Psicopatología. Aravaca: Madrid. McGraw-Hill.
33. Zarragoitía, A. I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*, Ciudad de la Habana: Cuba ECIMED Ciencias Médicas.

FUENTES ELECTRÓNICAS

1. Aguirre, B. (2008), *Antropología de la depresión, Revista Mal-estar E Subjetividades*, Vol. VIII, N° 3. Recuperado el 21 de marzo de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180302>
2. Ayala, P. T. (2014). *Redes sociales, poder y participación ciudadana*. Revista Austral de Ciencias Sociales. Valdivia, Chile. No. 26 Recuperado el día 27 de Noviembre de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=45931862002>
3. Berenzon, S., Lara, M., Robles, R y Medina, M. (2013). *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Vol. 55. No. 1 Recuperado el día 27 de Noviembre de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625594007>
4. Calvillo, S. Y. (2014). *Espacio y delincuencia: un caso de estudio del robo a transeúnte en el Centro Histórico de la Ciudad de México*. Especialidades. Revista de temas contemporáneos sobre lugares, política y cultura. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Cuajimalpa. Distrito Federal, México. Vol. 4. No. 2 Recuperado el día 01 de Diciembre de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=419545122005>
5. Carrasco, A. (2017). *Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado*. Sociedad Interamericana de Psicología. San Juan, Puerto Rico. Vol. 51. No. 2. Recuperado el día 30 de Noviembre de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>
6. Cerezo R. y Méndez M. (2009). *Adolescentes, agresividad y conductas de riesgo de salud: análisis de variables relacionadas*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Vol. 1. N° 1. Recuperado el día 08 de Octubre de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832320023>

7. Chagas, R. C. (2012). *La Teoría de la Agresividad en Donald W. Winnicott*. Perfiles educativos. México. Vol. 34, N° 138 Recuperado el día 10 de Octubre de 2019 desde: scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-26982012000400018
8. Dahab. J, Rivadeneira. C y Minici. A. (2002). “*La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual* “. Revista de Terapia Cognitivo Conductual. N° 3. Recuperado el día 9 de Julio de 2019 desde: <http://revista.cognitivoconductual.org/>
9. Espinosa L. J. L. (2004). *Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Núm. 90. Recuperado el día 15 de Julio de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660005>
10. Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2016). *Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el país Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas*. Acción Psicológica. Vol. 13. N° 2 Recuperado el día 25 de Octubre de 2019 desde: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17826>
11. Ibáñez, C. A. (2008). *Adicciones*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Palma de Mallorca, España. Vol. 20. No. 2. Recuperado el día 25 de Noviembre de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122057001>
12. Jiménez Omelas, R. A. (2005). *La delincuencia juvenil: fenómeno de la sociedad actual*. Papeles de población. Vol. 11. N° 43. Recuperado el día 20 de Julio de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204310>

13. Korman G. y Sarudiansky. (2011). *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*. Subjetividad y procesos cognitivos, Buenos Aires, Argentina. Vol. 15. Nº 1. Recuperado el día 5 de Agosto de 2019 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>

14. López. Marín. A. M. (2016). *Psicoterapia Humanista-Transpersonal y Depresión: Un Estudio de Caso*. Vol. 8 (2) Recuperado el día 05 de Noviembre de 2016 desde: <https://www.researchgate.net>

15. Pérez, A. E y Gutiérrez, M. D. (2016). *El conflicto en las instituciones escolares*. Universidad Autónoma Indígena de México. El Fuerte, México. Vol. 12. Nº 3
Disponibile en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46146811010>

16. Valdez, B y Ribeiro, M. (2016). *El divorcio, indicador de transformación social y familiar con impacto diferencial entre los sexos: estudio realizado en Nuevo León*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
Doi: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2016.90.040>