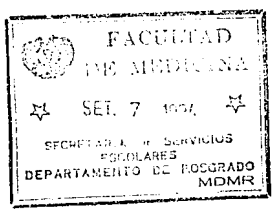


11241

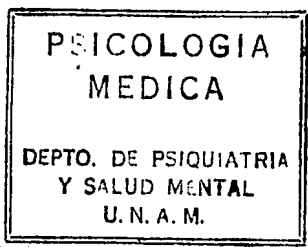
10
20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

**DEPRESION EN ADOLESCENTES ASISTENTES AL CENTRO
COMUNITARIO DE SALUD MENTAL**



**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO EN PSIQUIATRIA PRESENTA :
DR. JOSE FERMIN PALOMECO MORALES**



Handwritten signature and initials

MEXICO D.F. 1993

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

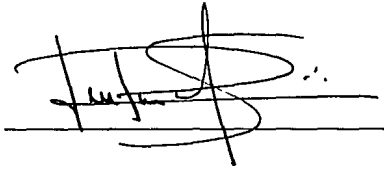
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

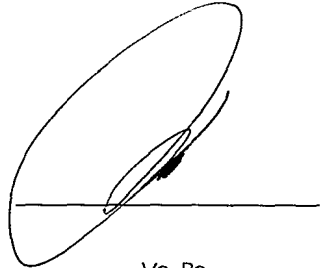
DR. HUMBERTO RICO DIAZ
TUTOR

DR. JORGE DE LA PEÑA MARTINEZ
ASESOR DE TESIS

DR. JOSE FERMIN PALOMECQ MORALES
AUTOR DE LA TESIS

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a vertical stroke, positioned above a horizontal line.

Vo. Bo.
DR. JORGE DE LA PEÑA MARTINEZ

A handwritten signature in black ink, featuring a large, prominent oval loop and a vertical stroke, positioned above a horizontal line.

Vo. Bo.
DR. HUMBERTO RICO DIAZ

A handwritten signature in black ink, with a dense, scribbled appearance, positioned above a horizontal line.

DR. JOSE FERMIN PALOMECQ MORALES

**A instancias de mis amigos cuerdos y cautelosos
que ya no saben si diagnosticarme
premature candor o simple chifladura
abro el expediente de mi optimismo
y uno por uno repaso los datos**

**De haber sido neutral
no habría necesitado
esas terapias intensivas
pero qué voy a hacerle
soy parcial
incurablemente parcial
y aunque pueda sonar un poco extraño
totalmente
parcial**

A mis padres y hermanos que me apoyaron en mi formación.

**A maestros y compañeros que me brindaron sus enseñanzas y
amistad .**

A las dos Instituciones en las que me formé como especialista.

**A todos los individuos que luchan en forma constante por la
excelencia, creatividad y libertad, en donde quiera que se encuentren**

INTRODUCCIÓN

La literatura sobre la depresión es tan antigua y tan abundante que llenaríamos fácilmente los estantes de una biblioteca. Sin embargo, considerada la información en su conjunto, es confusa contradictoria e incompleta. Se encuentran informes de diversas concepciones o enfoque sobre la patología, que hace cada vez más difícil el contar con una clasificación de los trastornos mentales bien elaborada. Los métodos de investigación son múltiples y en no pocas veces opuestos; existen también innumerables instrumentos para investigar una sola patología. La etiología a tenido grandes avances sin dejar de lado que aún se sigue discutiendo si los factores culturales son importantes o no, en fin, pareciera que predomina en todo esto una situación caótica.

En la actualidad, hay resultados que si no nos ponen al borde de la satisfacción si nos permiten apreciar el panorama de los trastornos mentales con cierto optimismo, éstos se presentan con mayor frecuencia, en la población hasta ahora estudiada, incluso, se ha pensado que la depresión es la psicopatología de nuestro tiempo.

Las tasas de prevalencia de la depresión han justificado la implementación de estudios epidemiológicos con el fin de llegar a nuevos descubrimientos sobre los factores etiológicos, magnitud, distribución, morbilidad, mortalidad, historia natural, farmacología, y prevención de la depresión.

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos ha destacado la importancia que tiene la detección temprana de estados depresivos y en general de los trastornos mentales. Esta detección oportuna permitiría la aplicación inmediata de medidas de control, así como la planeación e implementación de servicios para la atención de la salud mental de la población en general.

En nuestro país se han puesto a prueba diversas metodologías epidemiológicas y se ha trabajado sobre la validación de múltiples instrumentos que son el soporte en la estimulación de la prevalencia de los trastornos mentales.

En el presente estudio se describen los resultados obtenidos en las encuestas sobre depresión realizadas en pacientes adolescentes que acudieron al Centro Comunitario de Salud Mental a consulta externa en los meses de Agosto de 1992 al 31 de Enero de 1993. Dicho estudio consistió en comparar dos grupos diferentes de adolescentes; el primero formado por pacientes adolescentes, que asisten al centro, en los cuales se descartó enfermedades orgánicas. El segundo grupo formado por adolescentes estudiantes de una escuela secundaria, no pacientes de el Centro Comunitario de Salud Mental.

1. DEPRESIÓN

1.1 Conceptualización de la depresión.

Sin duda alguna conceptualizar la depresión en el contexto de la psicopatología, es una tarea ardua sobre todo si tomamos en cuenta la cantidad de puntos de vista que se han expuesto sobre este tópico. Muchas investigaciones sólo han contribuido a incrementar la confusión, otras tantas son contradictorias y no faltan las que tratan superficialmente lo que a depresión se refiere.

Las clasificaciones que se han planteado sobre la depresión favorecen el desarrollo de ideas poco precisas al interior de la psicopatología, ya que en muchas ocasiones se le aborda como psicosis, luego como neurosis e incluso se le trata como una simple actitud de la vida.

Castilla del Pino, señala en su estudio que la depresión es más bien un estado, ya que este término hace referencia a la persona en su totalidad y que tiene como rasgo nuclear el síntoma tristeza.

La psiquiatría y la psicopatología han hecho de las psicosis dos grandes clasificaciones, en un apartado han colocado a las psicosis esquizofrénicas y paranoides y en otro han colocado a las psicosis afectivas (el D.S.M. III, las denomina trastornos afectivos), en los cuales el rasgo esencial es la alteración del estado de ánimo, desde luego nos referimos a éstas últimas.

En este trabajo se aborda lo relacionado con la depresión, de tal manera que conceptualizamos a ésta como el estado de ánimo clínico, que tiene como rasgo esencial el síntoma tristeza, derivándose de él todos los demás síntomas que los constituyen.

Los criterios que como requisitos debe cubrir este estado clínico para que sea considerado como tal, se encuentran desglosados en el D.S.M.III, y son los criterios de intensidad, duración, prevaencia, evolución, etc., que abordaremos con más detalle a continuación.

1.2 Clasificación de la depresión.

La situación que prevalece sobre la clasificación de la depresión es muy diversa, una forma de clasificar a la depresión es en base a factores que la causan, así tenemos que la depresión se divide en exógena y endógena.

La depresión exógena o reactiva obedece a causas psicológicas o ambientales, en la depresión endógena se encuentra una determinante genética y hereditaria.

Otra de las clasificaciones que es frecuente encontrar es la que se refiere a la psicosis maniaco-depresiva en unipolar y bipolar. Esta clasificación se ha dado por la necesidad de indicar la presencia de uno sólo de los tipos y sobre todo el de depresión, en el caso de la depresión unipolar.

Comúnmente también se encuentra la clasificación que divide a la depresión en psicótica y neurótica. Tenemos que para la depresión psicótica son las mismas causas que hemos señalado en el caso de la depresión endógena. Para la depresión neurótica se menciona que la causa es la no integración adecuada de la personalidad durante la etapa evolutiva, debido a algún problema durante la infancia o en la adolescencia. En la depresión simple las causas son de tipo ecológico y social, y son elementos que no provocan ningún trastorno de personalidad.

El D.S.M.III nos presenta la siguiente clasificación, que por hoy es vigente, la describimos a continuación.

1.2,1 Episodio Depresivo Mayor.

La clasificación más reciente de la depresión es la que nos señala el D.S.M.III, ahí se denomina "Episodio Depresivo Mayor", y lo define como: " La sintomatología está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, y por la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales".

Esta alteración es procesada, relativamente persistente y va acompañada de otros síntomas del síndrome depresivo. Síntomas como: alteración del apetito, cambios en el peso corporal, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad de concentración o pensamiento, ideas de muerte o intentos de suicidio.

Los sujetos que presentan un cuadro depresivo, habitualmente describen su estado de ánimo como deprimido, demasiado triste. Esta alteración del estado de ánimo que se manifiesta en el sujeto no se expresa como sinónimo del estado de ánimo deprimido, sino como una queja de que nada importa al sujeto.

La alteración del apetito puede disminuir o aumentar, teniendo como consecuencia una pérdida de peso o aumento del mismo según sea la tendencia corporal del, sujeto.

La alteración del sueño puede darse por dos sentidos: en una dificultad para conciliar el sueño (insomnio), ó en una frecuente interrupción del sueño con dificultades para volver a conciliar el sueño.

La agitación psicomotora puede manifestar en diversas formas: como una incapacidad para mantenerse sentado, o para mantenerse en marcha continua, o bien para retorcerse las manos, presenta acceso de quejas o gritos, verbalizaciones continuas, o bien puede manifestarse un enlentecimiento psicomotor, manifestando el sujeto un lenguaje lento, grandes pausas antes de dar una respuesta, movimientos corporales lentos, lenguaje monótono o disminuido o también mutismo.

El sujeto presenta una disminución del nivel de energía , hay una fatiga continua aun en ausencia de ejercicio físico.

El sujeto tiende a exagerar sus fracasos, se autorreprocha de sus mínimos errores, manifiesta sentimientos de culpa y de inutilidad. Tiene gran dificultad para concentrarse, y son muy comunes las ideas de muerte o de suicidio. El sujeto con síndrome depresivo en ocasiones suele tener también miedo a morir.

1.2,2.- Sintomatología Asociada.

En el cuadro depresivo los síntomas asociados que son más frecuentes están relacionados con: llanto sentimiento de angustia, irritabilidad, miedo, tristeza, gran preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias. También pueden llegar a presentarse ideas delirantes o alucinaciones.

El D.S.M.-III señala que el episodio depresivo mayor es semejante en niños, adolescentes y adultos; pero que existen ciertas diferencias en lo que a síntomas asociados se refiere.

Los niños de edad prepuberal pueden presentar angustia de separación, lo que tiene como consecuencia un gran acercamiento hacia los padres o sus equivalentes.

El niño se niega a ir a la escuela, tiene miedo de morir o de que mueran sus padres y puede llegar a manifestar síntomas de ansiedad intensos.

En el adolescente se presenta una conducta negativa y antisocial, es muy común que se quiera ir de su hogar, se sienta incomprendido, se manifieste agresivo y mal humorado. puede haber falta de higiene personal, es común que busquen un refugio en el consumo de drogas.

Sintetizando, en el D.S.M.-III se afirma la sintomatología esencial de los trastornos afectivos, es la alteración del estado de ánimo y que va acompañado de un síndrome depresivo, maníaco, parcial o total, no causado por ningún trastorno físico o mental.

El estado de ánimo alterado se presenta en el sentido de una depresión o de una euforia, estos dos síndromes tienden a presentarse juntos.

La subclasificación que presenta el D.S.M.-III en torno a los trastornos afectivos es:



En los trastornos afectivos mayores se da un síndrome afectivo completo y comprende tanto al trastorno bipolar, que tiene como antecedente un episodio maníaco, como a la depresión mayor, la cual difiere de la anterior por la ausencia del episodio maníaco.

De los trastornos afectivos específicos se dice que es requisito la presencia de un síndrome afectivo parcial de por lo menos una anterioridad de dos años. Estos trastornos afectivos específicos comprenden los trastornos ciclotímicos, el cual presenta síntomas característicos de depresión y manía, pero sin la gravedad y duración suficiente para ser catalogado como episodio depresivo maníaco. Comprende también este trastorno al distímico, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas insuficientes para ser clasificado como depresión mayor.

Se incluye también en forma teórica al trastorno hipomaniaco crónico, que para ser considerado como tal, requiere haber presentado síntomas hipomaniacos de por lo menos dos años de duración, sin la presencia de síntomas depresivos.

Los trastornos afectivos atípicos es una categoría que incluye a los trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas.

1.2,3.- Etiología de la Depresión.

Una forma sencilla de plantear didácticamente los factores causales de la depresión es la que ofrecen Campillo y Caraveo(1979), y que coincide con Ezquiaga y García(1986), esquemáticamente los dividen en tres factores:

◆ Concomitantes

Señalan como factores importantes a las enfermedades físicas y al alcoholismo.

◆ Predisponentes

En el cual se ubican la carga genética familiar, el biotipo corporal, la personalidad premórbida y la pérdida de alguno de los progenitores durante la infancia.

◆ Precipitantes

Aquí se encuentran los llamados eventos de la vida (pérdida de seres queridos, fracasos económicos, baja de status, etc.) Ezquiaga y García los denomina acontecimientos vitales: las enfermedades físicas (cuadros gripales intervenciones quirúrgicas, partos y abortos.

Al referirse a la etiología de la depresión, Calderón nos dice que no existe en ningún tipo de depresión factores etiológicos específicos y obedeciendo más bien a una claridad didáctica, él los divide en factores genéticos, psicológicos y sociales.

La etiología de los trastornos mentales en general como de la depresión en particular no obedece a factores específicos, más bien se trata de una etiología multifactorial, heterogénea y multimodal. Con la finalidad de dar claridad a la exposición y solo por este motivo, se dividen los factores etiológicos en psicológicos, genéticos y bioquímicos.

Los factores psicológicos son trabajados en los siguientes apartados, por lo cual remitimos al lector a consultarlos limitándose este espacio a desarrollar los factores genéticos y bioquímicos.

1.2.4.-Genética de la Depresión.

Freedman y Col.(1980), al referirse a los estudios genéticos con relación a los trastornos afectivos y específicamente de la psicosis maniaco-depresiva en la población general Europea y Norteamericana, señala que esta población presenta una frecuencia que no supera el 0.4% indican también que las frecuencias son mayores con referencia a los padres, hermanos e hijos de casos índices, siendo estos de 10 al 15%.

Estos autores se apoyan en Stendstedt y Kallmann, quienes concluyen que la enfermedad maniaco-depresiva sigue un tipo de herencia dominante con poder penetrante incompleto y expansividad variable de un gen autosómico único. Kallmann al analizar sus estudios con otras investigaciones logró deducir que hay una incidencia del 20 al 25% de la enfermedad maniaco depresiva en hermanos y gemelos no idénticos, valor que es más elevado que el que se da en una población general .

Los factores genéticos que más se han estudiado están relacionados con la enfermedad maniaco-depresiva. desde Kraepelin tenemos diversos hallazgos, él inició los estudios respecto de la psicosis maniaco depresiva y su diferencia con la esquizofrenia.

Jakimow-Venulet(1981), menciona que en la enfermedad bipolar la transmisión genética puede ser de tres tipos: dominante, si esta relacionada con el sexo; autosómica dominante con baja penetrancia; y los de tipo poligénico.

En la enfermedad unipolar distingue dos subgrupos; enfermedad depresiva pura y un espectro de enfermedad depresiva con herencia poligénica. Para verificar el carácter distintivo genético entre la enfermedad bipolar y unipolar, señala que los resultados del análisis de correlación genética muestra que estos dos padecimientos dependen de dos diferentes predisposiciones.

Estudios efectuados en familias por Winokur y Clayton (citados por Freedman), mediante los métodos de historias familiares y entrevistas a parientes, encontró que; la enfermedad maniaco depresiva tiene un riesgo del 34% en padres y 35% en hermanos, con el primer método; con el segundo método el riesgo encontrado es del 41% en padres y 42% en hermanos, en hijos alcanza un 50%. El riesgo es significativamente mayor para enfermos femeninos, los cuales alcanzaron un 48%, mientras que para los masculinos se obtuvo un 30.7%.

Ahí mismo se cita a Mendelewics y Rainer quienes en el año de 1977 al estudiar el grado de psicopatología entre padres genéticos y padres adoptivos de pacientes maniaco-depresivos, encontraron que los padres genéticos mostraron el más alto índice de psicopatología, maniaco-depresiva.

Autores como Price (1970) y Calderón (1984), señalan que en lo referente a los aspectos genéticos de la depresión, lo primero que se debe considerar es el riesgo empírico y la manera en que se debe considerar es el riesgo empírico y la manera en que se trasmite los componentes genéticos.

El riesgo empírico se refiere a la probabilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca depresión, estos se señalan que si uno de los progenitores sufre depresión grave, hay una probabilidad de 10 a 15% de que su hijo sufra depresión grave. Si el enfermo es un hermano del progenitor, el riesgo sería aproximadamente de la misma magnitud que la del progenitor.

Cuando los dos progenitores sufren depresiones graves, sus descendientes tendrán un 50% de probabilidades de padecer el mismo síndrome depresivo.

Los parientes más lejanos como son los tíos, abuelos, presentan un riesgo empírico descendente al 3 o 4%. Esta proporción, no es significativamente más alta que la referida a la población en general, la cual es del 2 al 3%.

La transmisión genética, apunta Price, es un problema que no se ha podido resolver, pero sí se tiene idea de cómo no se trasmite. Si se hablara de un carácter dominante, un gen correspondiente a éste rasgo sería suficiente para que se presentara ésta característica en una persona. La incidencia más baja se

produciría mediante una unión de un recesivo monocigoto con un heterocigoto. El heterocigoto presentaría el carácter, lo mismo que el 50% de los hijos.

El caso contrario el carácter recesivo en los dos progenitores, ninguno de los dos presentaría ese carácter, pero suponiendo que fuera heterocigoto, tendrán un 25% de probabilidades de engendrar un hijo con esa característica.

En el caso de que uno de los progenitores esté afectado, el riesgo se eleva a 50% de probabilidades. En otros términos, la depresión no es un carácter dominante puro, ni un carácter recesivo puro.

1.2.5.-Bioquímica de la Depresión.

Los estudios que han contribuido a considerar una etiología bioquímica de la depresión, están relacionados con el uso de medicamentos para el tratamiento de la hipertensión, de la tuberculosis.

El uso de la reserpina en el tratamiento de la hipertensión, trajo consigo que puede producir depresión en algunos pacientes. El empleo de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), para el tratamiento de la tuberculosis, resultó ser un eficaz antidepresor en pacientes deprimidos.

Schildkraut (1970), manejó la hipótesis de las catecolaminas, justamente a partir de las pautas de excreción de las aminas biógenas. Menciona que los medicamentos antidepresivos aumentan las aminas biógenas, mientras que los que producen depresión, lo hacen disminuyendo la concentración de aminas biógenas producidas por antidepresivos tricíclicos, estimulantes y preparados eufóricos como la cocaína y las anfetaminas: por las terapias electroconvulsivas y por las sales de litio en el tratamiento de los estados maníacos.

El metabolismo de las aminas biógenas es tan sólo un aspecto dentro de la bioquímica de la depresión, quizás el que mayor atención a recibido. Sin embargo, la etiología bioquímica también se encarga del estudio del metabolismo de los esteroides, también llamados cambios psicoendocrinos y del metabolismo de los electrolitos.

Retomando el estudio de las aminas biógenas, las monoaminas cerebrales más estudiadas son las catecolaminas, específicamente la norepinefrina, dopamina, serotonina y la indolamina.

Estudios efectuados en la excreción urinaria de la norepinefrina y sus metabolitos en el enfermo deprimido, han presentado una disminución de la actividad noradrenérgica central. Se ha observado que a los pacientes deprimidos a los cuales se les ha suministrado medicamento antidepressivo, excretan cantidades mayores de metabolitos de las catecolaminas, mientras que los pacientes deprimidos no tratados excretan cantidades escasas de metabolitos de la noradrenalina. Contrariamente, los maníacos o hipomaniacos excretan más derivados de las catecolaminas, Schildkraut (1970); Freedman y Col. (1980); Baldessarini (1986).

Tomando como referencia a estos mismos autores, afirman que la otra amina biógena ampliamente estudiada es la indolamina. Algunas de las indolaminas son: serotonina y la triptamina, al estudiarse en pacientes con trastornos afectivos se han encontrado bajas concentraciones de éstas en el líquido cefalorraquídeo y en orina respectivamente.

Otra hipótesis planteada en la bioquímica de los trastornos afectivos es la de la vía indolaminica. Esta hipótesis sugiere que la depresión está relacionada con la disminución de la actividad serotoninérgica del cerebro.

Wetterberg (1987) señala que en los estados depresivos se ha encontrado afectado el eje adrenal-hipotalámico-pituitario, el cual está relacionado con la regulación de la hormona melatonina, la cual además, depende y está regulada por los sistemas noradrenérgicos.

Refiriéndonos al metabolismo de los esteroides, estos autores nos reportan que el interés por estudiar los esteroides en la depresión proviene de los trastornos afectivos simulados que presentan los pacientes con enfermedad de Addison ó síndrome de Cushing, sobre todo en depresión y manía.

Muchos enfermos deprimidos presentan un incremento de esteroides en la excreción urinaria, también observada en la producción de hidrocortisona. Sin embargo en la actualidad tiende a pensarse que este incremento de esteroides es un factor etiológico del mismo.

Por otra parte, recientes hallazgos sugieren que la administración concomitante de esteroides con antidepressivos tricíclicos, puede potencializar y acelerar los efectos antidepressores de estos medicamentos y por otro lado, cambios en los niveles de esteroides pueden alterar enzimas implicadas en las síntesis y en el metabolismo de una u otra de las aminas biógenas, por lo cual no debe excluirse la posibilidad de que los esteroides jueguen un papel importante como factores etiológicos de la depresión.

En el metabolismo de los electrólitos, los estudios en adolescentes dan conclusiones firmes debido a que los métodos y las técnicas actuales para determinar la implicación del Sodio intracelular, no han sido del todo perfeccionados. Las técnicas radio isotópicas para evaluar el metabolismo del Sodio en los enfermos deprimidos han reportado aumento en los depósitos orgánicos de Sodio, más sin embargo, esto no se ha considerado como un factor etiológico, más bien ha sido señalado como un concomitante fisiopatológico de los trastornos depresivos.

Otros electrólitos estudiados en enfermos con trastornos depresivos son el Potasio, Magnesio y Calcio. Pero se puede afirmar que, aún se requieren de estudios firmes que hablen de la cinética de los electrólitos y del agua en los enfermos deprimido. Sin duda alguna, los resultados actuales no han ampliado el conocimiento de la etiología de los desordenes afectivos, sino que han enriquecido la información fisiopatológica de éstos desordenes.

1.2.6.- Epidemiología de la depresión.

La investigación epidemiológica de los trastornos mentales en nuestro país es relativamente reciente. Los pioneros, por señalar algunos se encuentran entre los siguientes nombres: S.S.A. (1960); Cabildo (1976); Aguso y col. (1968); Pérez Toledo (1974); Lara Tapia y col. (1975), (1980); Campillo y col. (1981); Tovar y col. (1984); Gutiérrez y col. (1984); Medina-Mora (1984). Pese a todas estas investigaciones aún no se ha podido estructurar un trabajo epidemiológico a nivel regional, sectorial o zonal de los trastornos mentales en la República Mexicana.

En la actualidad es necesario contar con investigaciones de los trastornos mentales de mayor incidencia, prevalencia o riesgo de morbilidad que conduzca a la toma de decisiones sobre el tipo de servicio tanto preventivo como de tratamiento que deban implementarse en México para brindar una atención oportuna y eficiente a la población que se ve agobiada por ese tipo de padecimientos.

Circunscribiéndonos a los estudios epidemiológicos sobre depresión, estos son escasos, debiéndoseles básicamente a Cabildo (1976); Campillo (1976), (1979); Lara Tapia (1976), (1980); Días Guerrero (1984); Padilla (1985); Calderón (1984). Sin embargo, todos estos estudios se han efectuado en centros hospitalarios, clínicas de salud y centros de estudios universitarios, escasas o nulos son los que se han realizado en la población en general.

Estos estudios epidemiológicos parecieran en suma contradictorios, pero solo son reflejos de una falta de criterio común en cuanto a la clasificación diagnóstica y a las diferentes metodologías utilizadas para el estudio epidemiológico de la población, motivo que también ha frenado de alguna manera el tener conclusiones generales al respecto.

De la consulta médica general, reportada en estos estudios se concluye de que se pueden considerar que del 10 al 15% de los pacientes que acuden a la consulta presentan trastornos mentales de estos, se dice que el 90% padecen depresión, sin embargo, únicamente de 40% de ellos es detectado. El médico general trata al 15% de esta población y canaliza a un servicio especializado a un 5%.

Padilla y Peláez (1985), reporta que la patología mental se da con más frecuencia en mujeres y que a medida que aumenta la edad se da un incremento en la frecuencia de los trastornos mentales. Siguiendo el estudio de estas autoras apuntan que los trastornos depresivos representan el mayor peso en la población investigada resultados que coinciden con los reportados por otros autores ya mencionados.

Campillo (1979), afirma que se ha comprobado que la tasa de prevalencia de depresión varía de acuerdo a la población de que se trate. Este juicio nos remite a plantear la necesidad de tener información sobre la incidencia, prevalencia o riesgos de morbilidad de los trastornos mentales ya sea por zonas, regiones o sectores del país, que permitan la toma de decisiones en función del bienestar de la población, ya que cada día se presentan más trastornos mentales.

En los últimos años se ha destacado el problema que representa la depresión en el campo de la salud mental, pues se ha considerado como el trastorno que más problemas acarrea a la humanidad.

Durante las últimas tres décadas se ha registrado con un continuo incremento los estados depresivos entre las personas que viven en grandes comunidades urbanas y sobre todo han afectado a la población de los países más industrializados. Autores como Calderón (1984) señala que las causas ecológicas son las que han incrementado el problema hoy en día. a nivel mundial se señalan informes de OMS, que la depresión en cuanto a su prevalencia alcanza valores de 3 a 4 % de la población general y que un 10% de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, estos datos están referidos sobre todo a los países desarrollados.

Es importante contribuir en la multiplicación de la información epidemiológica que se requiere para tener una mayor precisión sobre la prevalencia de los estados depresivos de la población mexicana e implementar medidas oportunas de prevención.

1.2.7.- Psiquiatría y Depresión.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-11) presenta en forma periódica los cambios y revisiones que se hacen a los conceptos diagnósticos, definiciones y síndromes de la psiquiatría y psicopatología.

El DSM-11 ilustra las categorías nosológicas mediante la utilización de ejes. Propone cinco ejes, con la finalidad de representar con independencia la evaluación de cada uno de ellos; los dos primeros ejes se utilizan en los diagnósticos de los trastornos mentales, los restantes están planteados con fines de investigación.

Al formular un diagnóstico con DSM-11, los trastornos de mayor proporción se especifican en el eje 1. En éste están incluidas las perturbaciones afectivas, trastornos neuróticos, farmacodependencia, trastornos psicosexuales, problemas de adaptación y alteraciones de la infancia tales como déficit de atención y deficiencia mental así como las psicosis y trastornos orgánicos. El eje II se utiliza para formular los trastornos específicos del desarrollo y los trastornos de personalidad específica.

• Los Trastornos Afectivos en el DSM-11.

Los síntomas esenciales que alcanza a éste grupo son la alteración del estado de ánimo, acompañado de un síndrome depresivo maníaco, el cual puede ser parcial o completo. No debe tener como base ningún trastorno mental o físico.

En el DSM-11 los trastornos afectivos se subclasifican en:

- Trastornos afectivos mayores o graves, en el cual se exige un síndrome afectivo completo.
- Trastornos afectivos específicos, en el cual se exige un síndrome afectivo parcial con un mínimo de dos años de duración.

- Trastornos afectivos atípicos, incluye a todos los trastornos no clasificado en ninguna de las clases específicas.

En los trastornos afectivos mayores, se encuentra el trastorno bipolar y la depresión mayor, que se distinguen entre sí por la presencia de algún episodio maniaco anterior. La categoría de trastorno maniaco sale de la clasificación y en su lugar se ubica el trastorno bipolar, esto es cuando se trata de la presencia de uno o más episodios maníacos, con o sin trastorno depresivo mayor.

En el cuarto dígito el trastorno bipolar se subclasifica como mixto, maniaco o depresivo. La depresión mayor se subclasifica como primer episodio o recurrente.

En el quinto dígito el episodio actual se clasifica para señalar o indicar síntomas psicóticos y melancolía. Para el diagnóstico de éste último se requiere dos años de duración por lo menos para los adultos, y para los adolescentes y niños es suficiente un año. No debe diagnosticarse si el curso crónico se interrumpe en apariencia con un estado normal de un período de duración de unos meses, descartando los síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias, pérdida de la capacidad asociativa.

Un síndrome depresivo mayor se define según el criterio A siguiente.

A.- Como mínimo cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa, y al menos uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (no se incluye los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia o notable pérdida de asociaciones):

1. Estado de ánimo deprimido(o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, tal como se indicó sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás.
2. Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades actuales casi cada día.

3. Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi todos los días (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario).
4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día.
9. Ideas de muertes recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B.-

1. No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
2. La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

◆ Episodio Depresivo Mayor o Grave

La sintomatología que caracteriza a este período es el estado de ánimo disfórico pérdida de interés o placer en las actividades o pasa tiempos que el paciente tiene por costumbre hacer. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad.

Estos síntomas incluyen las alteraciones en el sueño, en el apetito en el peso, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración, ideas de muerte y de suicidio.

Los pacientes con este síndrome suelen describirse como deprimidos, desanimados, tristes desesperanzados y desechos. La sintomatología asociada a este episodio se describe como: apariencia depresiva, sentimiento de angustia, miedo, irritabilidad, llanto, tristeza, excesiva preocupación por la salud, crisis de angustia, y fobias.

Las ideas delirantes se dan en torno al estado de ánimo predominante y el que con mayor frecuencia se presenta es el de persecución, a causa de la maldad o insuficiencia que experimenta el paciente.

El DSM-111 nos dice que la sintomatología asociada a la adolescencia es que: en los adolescentes puede aparecer una conducta negativa o francamente antisocial. Son comunes los deseos de marchar de casa, el no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor agresividad. Son frecuentes el resentimiento el desgane en cooperar en las cuestiones familiares y retraimiento en las actividades sociales con reclusión en la propia habitación. Son probables las dificultades escolares. Puede haber falta de cuidado en su aspecto personal y aumento de la emocionabilidad con especial sensibilidad al rechazo a las relaciones amorosas. Puede darse también abuso de sustancias tóxicas.

El episodio depresivo mayor se diagnostica diferencialmente descartando o excluyendo los siguientes: Una etiología orgánica; la demencia degenerativa primaria o la demencia por infarto múltiple; la esquizofrenia; trastorno esquizoafectivo; trastorno distímico y ciclotímico y de los trastornos mentales tales como; el obsesivo compulsivo o la dependencia del alcohol el trastorno por angustia de separación. Otro criterio se establece a partir de que no se presente el síndrome afectivo ni antes ni después, y no aparezca ni preocupación por ideas delirantes o alucinatorias incongruentes con el estado de ánimo.

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, éste puede aparecer bruscamente a través de síntomas prodrómicos y su sintomatología se desarrolla rápidamente en cosa de días o semanas y en el caso de los prodrómicos (ansiedad generalizada, fobias depresiones leves y crisis de angustia), y hasta en meses de un primer episodio depresiva mayor, puede aparecer otro episodio depresiva mayor, el cual se diagnostica como recurrente.

En los estudios realizados en los países industrializados como en Europa y Los Estados Unidos, se señala que de la población adulta, del 18 al 23% aproximadamente mujeres y del 8 al 9% en hombres han sido hospitalizados por padecer un episodio depresiva mayor y de un 0.4 al 1.2% de la población adulta a tenido un trastorno bipolar.

1.2,8.-Psicoanálisis y Depresión.

k. Abraham fue el primer psicoanalista que publicó un estudio sobre la depresión en 1911 titulado " Notas sobre la Investigación y Tratamiento de la Locura Maníaco-Depresiva y condiciones asociadas " y S. Freud en 1917 en " Duelo y Melancolía " Hace aportaciones al tema comparando la pena o duelo normal con la melancolía, puntos de vista que siguen teniendo vigencia en nuestros días.

S. Freud señala que el duelo normal sobreviene de la pérdida de un ser amado o su equivalente, ya sea la patria, la libertad, los ideales, etc.; en cambio la melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, donde cesa el interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de las funciones y autodepreciación y pérdida del amor propio lo cual se traduce en autoreproches y autoacusaciones que inducen en ocasiones a la delirante espera del castigo o lo que lo orillen al suicidio.

Normalmente se espera que el duelo normal se ha superado con el tiempo, en la medida en que el principio de realidad se impone a la pérdida del objeto amado. Esto significa que el yo queda libre de toda inhibición provocada por la pérdida.

En la melancolía el paciente sabe que objeto a perdido, pero ignore lo que con él ha perdido en la medida en que ahonda más la pérdida, se da el autorreproche y la autoacusación, situación que no se da en el duelo normal. Con este mecanismo de autoacusación y autorreproche el yo se hace indigno, necesita de castigo de humillación frente a los demás.

El melancólico externaliza su culpa sin el menor pudor, tenga o no tenga razón en su crítica, lo real es que describe su estado psicológico, como es el de la pérdida de su propia estimación. Aquí el superyo-instancia moral, se sitúa frente al yo y lo responsabiliza de la pérdida. La pérdida del objeto acontece pues dentro del propio sujeto y solo él, sabe de su exacta dimensión o significación.

Al respecto S. Freud apunta que para que el objeto perdido sea significativo para el sujeto el objeto debe estar plenamente identificado con el sujeto. El proceso de identificación es válido tanto para el duelo normal como para el patológico. Lo que ocurre en la melancolía a diferencia del duelo es que la identificación del yo con el objeto es de tal calidad, merced al carácter primigenio, que la pérdida de objeto equivale a la pérdida del yo.

La persona identificada con el objeto tiene que reprocharse la pérdida de ese objeto, ya sea que la pérdida sea por la persona o por el objeto mismo. Esto explica el por qué muchos autorreproches están dirigidos a sí mismo, y no al objeto. Una identificación de ese tipo con el objeto se verifica a través del modo de relación que establece el sujeto con las cosas (relaciones objétales), una relación de tipo oral narcisista, plantea una inmadurez del yo, esta inmadurez hace posible que al sobrevenir la pérdida del objeto amado aparezca la melancolía y se exprese así la regresión a los estadios primigenios.

Una persona de estructura narcisista no puede ligarse al objeto amoroso en una relación recíproca, pues su relación va a estar caracterizada por una necesidad de gratificación de esta manera, cuando el objeto amado no gratifica, en el sujeto aparece la autoagresividad pero, esta no se lleva a cabo sin la concomitante aparición de sentimientos de culpa; de tal suerte que el superyo se reproche el haber deseado la pérdida del objeto.

En 1924 K. Abraham llamó la atención al señalar que las ideas de culpabilidad tienden al cumplimiento de un deseo, deseo que ha sido vivido con agresión al objeto, agresión que sucumbe a la represión y la culpa que se reprocha es real en cuanto que con él se cumple el deseo de agredir al objeto. Para el superyo de un sujeto que se autocastiga importa lo mismo que el deseo se convierta en realidad o que quede como deseo a la hora de reprocharse. Las aportaciones de Abraham pueden sintetizarse de la siguiente manera: de la etapa esfinteriana o anal-sádica se desprende la tendencia de ser del objeto externo al yo, una propiedad del yo.

En esta etapa se distinguen dos niveles, el retentivo y el destructivo. En el fondo lo que se trata es de separar los impulsos procedentes de este estadio, en los meramente posesivos y controladores del objeto y los destructores si aparece el temor a perderlo.

En 1962 M. Klein señala que la posición depresiva tiene su inicio en la fase oral del desarrollo. Antes de iniciar la caracterización de esta fase del desarrollo, según Klein es preciso redondear a la fase que le precede, por tal motivo Klein puntualiza que en la "posición esquizo-paranoide" el manejo exitoso de las ansiedades propias de esa edad, coadyuvan en la organización gradual del bebe lo hacen ordenando sus percepciones y emociones, en la disociación de lo bueno y lo malo.

A través, de los procesos de escisión, proyección e introyección el bebe se enfrenta a dos objetos: un objeto ideal y un objeto malo. en lo que respecta al objeto ideal lo ama, lo conserva, trata de adueñarse e identificarse con él. En cambio, en el objeto malo proyecta sus impulsos agresivos y lo vive como una amenaza, tanto para sí mismo como para su objeto ideal.

Una elaboración de la "posición esquizo-paranoide" se da cuando el bebe siente fortalecido su objeto ideal y sus impulsos libidinales, cuando se da un debilitamiento del objeto malo y de sus impulsos agresivos.

En base de la identificación del objeto ideal y al crecimiento y desarrollo fisiológicos del yo que disminuye la proyección de los impulsos malos tolera mejor el instinto de muerte y decrecen sus temores paranoide así mismo predominan la integración del yo y del objeto debilitándose la escisión y la proyección.

M. Klein define a la "posición depresiva" como la fase desarrollo en la que el bebé reconoce un objeto total y su relación con el. El primer objeto total que reconoce es la madre, la cual puede ser en ocasiones buena y en otras mala con el, puede estar presente o ausente, a la que puede amar u odiar. Se percata ahora de que sus experiencias buenas o malas provienen de la madre como fuente de satisfacción.

Este descubrimiento de la madre como objeto total abre un mundo de experiencias nuevas. El reconocer a la madre como un objeto total significa reconocerla como individuo con una vida propia y con sus propias relaciones. En medida que para el bebé se convierte en un objeto total.

En la "posición depresiva" la ambivalencia es la fuente de las ansiedades. El motivo de las ansiedades es el sentimiento de que sus impulsos destructivos destruyan o lleguen a destruir al objeto amado, del cual depende totalmente. El proceso de introyección se intensifica en la "posición depresiva" debido al debilitamiento de los procesos proyectivos y por otra parte debilitada también por el conocimiento que el bebé tiene de su dependencia del objeto, el cual es independiente y puede alejarse de él, abandonándolo. Es con la introyección que se intensifica la necesidad de poseer al objeto, de guardarlo dentro de sí y protegerlo de su propia destructividad.

M. Klein nos refiere que la experiencia de depresión en el bebé desencadena el deseo de reparación del o de los objetos destruidos. Su anhelo es compensar los daños causados con sus fantasías omnipotentes devolviéndoles la vida y la integridad. Cree que la destrucción se debe a sus propios impulsos destructivos, de la misma manera cree que su amor y cuidados destruirán los defectos de su agresión.

La "posición depresiva" tiene la característica de modificar la concepción. Se ha señalado que el yo del bebé se integra más, que disminuyen los mecanismos de proyección y que percibe su dependencia de un objeto externo, así como la ambivalencia de sus instintos y las consecuencias que ellos traen, es decir, descubre su realidad psíquica.

En la posición depresiva el acercamiento entre el objeto ideal y el objeto persecutorio facilita la integración del superyo, y se vivencia como un objeto interno total al cual se ama con sentimientos ambivalentes. Los ataques dirigidos a este objeto total dan origen a sentimientos de culpa y autorreproches.

El superyo es vivenciado en las fases tempranas de la "posición depresiva" como severo y persecutorio y en la medida en que se va afirmando la relación de objeto total, el superyo pierde algunas características malignas y se acerca más a una imagen de padres buenos y amados.

Klein afirma que si durante la "posición depresiva" el sujeto establece un objeto interno bueno, suficientemente fuerte, las situaciones de ansiedad depresiva no le conducirán a la enfermedad tan fácilmente, más bien conducirán a una elaboración fructífera. Si se da el caso de que no se afiance, es posible que el desarrollo posterior sea desfavorable. Finalmente, señala que el elemento de fijación de las psicosis está en la "posición depresiva", pero si logró rebasar ésta y la elaboró parcialmente, las dificultades que aparecerán en el desarrollo son las neurosis.

Otra obra de M. Klein que confirma estas observaciones es la de "psicoanálisis de las perturbaciones psicológicas " (1974). De las investigaciones de esta autora y de las de K. Abraham y S. Freud, podemos afirmar que coinciden en señalar que la melancolía, hoy denominada depresión deviene de la pérdida real o fantaseadas del objeto amado. Esta pérdida lleva a la instalación del objeto dentro del yo, más, debido al exceso canibalístico en el sujeto, la introyección se malogra y el sujeto sucumbe a la enfermedad.

Ya se ha señalado con anterioridad que la introyección tiene que ver sobre todo con las relaciones del sujeto con el objeto total. Otro estímulo que favorece el mecanismo de introyección es la fantasía de que el objeto amado puede conservarse a salvo dentro del sujeto, por lo que los peligros internos son proyectados sobre el mundo exterior. Klein señala que también se da una gran ansiedad por los peligros que puedan presentar para el objeto introyectado. La depresión tiene sus fuentes en el desarrollo temprano de la persona, cuando el yo realiza la transición de la incorporación parcial del objeto a la total, es decir cuando se está dando el proceso identificatorio, cuando los procesos internos que llevan a la depresión están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado en salvar su objeto bueno internalizado, ese objeto con el cual se ha identificado.

1.3.-ADOLESCENCIA

◆ Conceptualización de la Adolescencia

El desarrollo psicológico que ocurre durante la adolescencia es una de las áreas de estudio más confusas de la psicología. La compleja naturaleza que el aparato psicológico adquiere en esa época de la vida, hace muy difícil su comprensión. El entendimiento del fenómeno adolescencia a lo largo de los últimos cincuenta años, con la intervención de investigadores con formación psicoanalítica, se han enriquecido enormemente. Sin embargo, los puntos de vista han seguido un patrón de cambio similar a las épocas anteriores. En forma cíclica, se describe a la adolescencia como un período crítico de grandes cambios y confusión. Rebeldeía, egoísmo, intransigencia, irreverencia, impulsividad, impredecibilidad y beligerancia son características que se aluden para describir al adolescente.

La adolescencia es el período de la vida que se inicia con la pubertad y se extiende hasta los 18 años de edad, cuando el desarrollo llega su término, algunos autores suelen dividirla en tres fases: Primera adolescencia (de 12 a 15 años), Adolescencia media (de 14 a 18 años), adolescencia tardía (17 a 21 años) Estas subdivisiones se basan en aspectos característicos de estas fases. Por ejemplo, la primera adolescencia se caracteriza por la disolución de los intensos vínculos con los padres, hermanos, sustitutos paternos, la depresión mayor, ansiedad, la conducta de acting out, y los ocasionales actos delictivos.

La adolescencia media se caracteriza por los esfuerzos para el dominio de cuestiones simples ligadas a las relaciones de objeto. La fase de la adolescencia tardía (marcada por la resolución de las tareas de separación-individuación de la adolescencia) se caracteriza por la vulnerabilidad a la crisis sobre todo con respecto a la identidad personal (la crisis de identidad de Erikson).

Desde el punto de vista psicosocial, lo que caracteriza a la adolescencia, en contraste con otras épocas quecientas de la vida, es el cambio, la transformación de la personalidad en su núcleo profundo. Este cambio ocurre en respuesta a nuevas urgencias biológicas y nuevas demandas sociales. En la adolescencia, los jóvenes toman decisiones que son irrevocables y suelen cometer errores que son irreversibles.

Los estudios etnológicos y sociales muestran que en todas las culturas y sociedades los adolescentes tienen problemas comunes. Sin embargo dichos estudios dejan dudas en cuanto al grado en que las condiciones familiares y culturales que rodean al adolescente dificultan o facilitan su tránsito a la adultez.

Hasta épocas recientes la psicología descuidó el estudio de la adolescencia, por lo que nuestra información deriva principalmente del estudio de adolescentes con problemas. Por otra parte, a los adultos les resulta difícil reconstruir con detalle sus experiencias de adolescentes, las cuales, al igual que las experiencias infantiles, son fácilmente olvidadas y reprimidas.

El tránsito de la niñez a la adultez es un proceso sujeto a aceleraciones, detenciones y distorsiones; a menudo es silencioso, aunque este silencio no es indicación de un proceso saludable. Para muchos, la adolescencia es una época turbulenta y a algunos les ocurre que sus proclividades malignas latentes son activadas y se hunden en la patología.

La adolescencia es un proceso de búsqueda de una nueva identidad que hace posible liberarse del pasado infantil y enfrentar con éxito las tareas del crecimiento humano. El mayor predicamento del adolescente es confrontar su futuro incierto; encontrar un camino y aprender a vivir en un mundo que ya no lo acepta como niño y aún no lo acepta como adulto.

Lo que caracteriza a la etapa prepuberal del desarrollo es la dependencia de los padres, el pensamiento sincrético y el interés dirigido hacia el mundo exterior. En contraste, la pubertad se caracteriza por la emergencia de nuevos impulsos, capacidades e intereses como el erotismo, el anhelo de poder, la necesidad de autoafirmación, el enriquecimiento del pensamiento abstracto, el incremento de la capacidad crítica, la imaginación y la fantasía y con ello las tendencias introspectivas y la preocupación por el futuro.

1.3,1.-Desarrollo Durante La Adolescencia

La adolescencia es un período de comienzo y duración variables, que marca el final de la niñez y sienta las bases de la madurez. Biológicamente, su comienzo viene señalado por la fase final de aceleración del crecimiento y los comienzos del desarrollo sexual secundario, y su terminación está marcada por la fusión epifisiaria y la terminación de la diferenciación sexual.

Psicológicamente, se caracteriza por una aceleración del crecimiento cognitivo y la formación de la personalidad, y es sucedida por la fase de paternidad o maternidad y la adquisición del rol de trabajo adulto. Socialmente es un periodo de preparación intensiva para adopción del rol de adulto, y su terminación tiene lugar cuando la persona recibe todas las prerrogativas adultas, cuyo momento y naturaleza varían ampliamente de sociedad a sociedad.

◆ **Desarrollo Biológico**

El proceso del crecimiento y desarrollo biológico es un proceso gradual, que se origina en la concepción y alcanza su madurez durante los años de la enseñanza media. Los investigadores concuerdan en que las niñas alcanzan la madurez biológica a los 15 años y a los 16 los niños.

◆ **Desarrollo Psicológico**

En la presente sección atenderemos tres patrones de crecimiento, según H. I. Kaplan: Crecimiento continuo, crecimiento agitado y crecimiento tumultuoso; reconociendo que sirven solo como modelo para la comprensión de las complejidades del desarrollo normal de los adolescentes normales. Ningún único factor del desarrollo psicosocial de los adolescentes es responsable del producto final. En el adolescente, la compleja interacción de las prácticas de crianza, la dotación genética, los factores experienciales, el entorno social y cultural y los mecanismos defensivos que ha utilizado el adolescente constituyen el patrón de crecimiento específico. Conjuntamente, los tres patrones prometen un medio de conceptualizar la psicología del desarrollo normal de la adolescencia en un grupo específico de adolescentes normales.

En la descripción del desarrollo normal en los adolescentes en tres patrones de crecimientos se subrayan los siguientes aspectos de su desarrollo psicológico: La familia (contexto y relaciones), las relaciones interpersonales, las emociones (el mundo interior), los mecanismos defensivos y la valoración clínica global.

◆ **Crecimiento Continuo**

Los adolescentes descritos en este grupo son los menos frecuentes, progresan durante la adolescencia con una unidad de propósito y una seguridad en sí mismos de su progreso hacia una vida adulta significativa y plena.

Sus vidas familiares no incluyen sucesos extremadamente estresantes o alterantes. Su infancia no está caracterizada por la muerte o enfermedad grave de un padre o hermano.

Los padres de este grupo son capaces de fomentar la independencia de sus hijos; los mismos padres crecen y cambian con sus hijos. Durante los años escolares, el padre del sexo opuesto es el más importante para el desarrollo normal del adolescente. A través de este padre o madre el adolescente comprueba su sexualidad, su identidad y su valor potencial como adulto.

En sus relaciones interpersonales, estos adolescente muestran una buena capacidad para las relaciones objetuales, son capaces de hacer frente a los traumas exteriores, habitualmente a través de una orientación de acción adaptativa. Cuando surgen dificultades, utilizan defensas de negación y aislamiento para proteger su yo del bombardeo afectivo. No experimenta prolongados períodos de ansiedad o depresión como le sucede a otros adolescentes.

◆ **Crecimiento Agitado**

Este grupo de adolescentes aunque funciona adaptativamente bien como el primer grupo se caracteriza por diferencias importantes en la estructura del yo. Una de las principales diferencias entre los adolescentes de crecimiento agitado y los de crecimiento continuo es que los trasfondos genéticos y ambientales del primero no están tan libres de problemas y traumas como los del segundo.

Para los adolescentes de la categoría del crecimiento agitado, las relaciones con los padres están marcadas por conflicto de opiniones y valores. Estos adolescentes no son tan confiados su autoestima es oscilante. Como grupo, son capaces de formar significativas relaciones interpersonales, pero sus relaciones se mantienen con un mayor esfuerzo.

Algunos adolescentes de este grupo temen las incipientes sensaciones e impulsos sexuales. para ellos, las relaciones significativas con el sexo opuesto llegan relativamente tarde.

Aunque los adolescentes pertenecientes a esta categoría son capaces de enfrentarse con éxito a su ambiente esperable, el desarrollo de su yo no es adecuado para hacer frente a fuentes de ansiedad no anticipadas.

Este grupo de adolescente trabaja hacia sus metas vocacionales esporádicamente o con falta de entusiasmo, pero son capaces de mantener su conducta a largo plazo, de acuerdo a las expectativas generales que se habían formado.

◆ **Crecimiento Tumultuoso**

El tercer grupo es similar al de los adolescentes frecuentemente descritos en la literatura psiquiátrica, psicoanalítica y de la ciencia social. Estos son los estudiantes que atraviesan la adolescencia con considerable agitación interior, que se manifiestan en problemas conductuales manifiestos en la escuela y en el hogar. Algunos de los padres de este grupo tienen conflictos matrimoniales manifiestos y otros tienen una historia de enfermedad psiquiátrica en la familia por lo que su dotación genética y ambiental es deficiente.

La separación del adolescente de la familia es dolorosa para los padres, y constituye una fuente de continuos conflictos para los adolescentes. Este hecho conforma gran parte de la crisis de identidad del adolescente, llegando a depender más de sus amigos o compañeros ya que las relaciones familiares no son gratificantes.

Este grupo empieza sus actividades de cortejo a una edad anterior que sus compañeros de sus otros grupos, para estos niños una relación con una mujer es una relación de dependencia, siendo la joven un sustituto de la figura materna.

Como grupo estos adolescentes no rinden académicamente tan bien durante sus años de escuela como los adolescentes de los otros dos grupos ya que utilizan más energía que la habitual para hacer frente a los problemas cotidianos que los demás adolescentes. Si algo va relativamente bien, se siente bien. Cuando surge una decepción inesperada, tienen problemas para encararlas.

Desde otro punto de vista, Freud explicó el desarrollo humano en términos de la sexualidad y consideró que el proceso central en la adolescencia es la subordinación de la zonas erógenas pregenitales y la zona genital y la adquisición de objetos sexuales fuera del núcleo familiar, diferentes según el género. Un elemento central de esta teoría es que la adolescencia es una mera recapitulación de la infancia. Los conflictos del adolescente son el resultado de las contradicciones entre las pulsiones instintivas y las restricciones morales. El drama del adolescente es visto solamente como una nueva versión del viejo drama infantil.

Este marco de orientación es parcialmente válido. Un horizonte más amplio aparece cuando se postula que, no obstante sus antecedentes infantiles las tendencias y conflictos contemporáneos son relativamente nuevos y distintos de los conflictos que les anteceden como propone Gordon Allport. Podemos postular que el crecimiento orgánico y la reparación tienen su contra partida en la personalidad, y que lo que caracteriza a las personalidades sanas es precisamente el crecimiento y la renovación, por lo que la repetición compulsiva de patrones infantiles es indicativa de un desarrollo perturbado.

Peter Bloss a descrito un síndrome de "prolongación de la adolescencia". Se trata de sujetos que, transcurrida esta continúan actuando en forma que combinan las prerrogativas de los adultos y las gratificaciones infantiles. Es claro que si el proceso de la adolescencia puede prolongarse, puede también anticiparse o acelerarse. De ser así, al joven le falta tiempo para acomodarse a los cambios internos y ajustar su estructura personal; la consecuencia es un enprobreimiento de la personalidad.

Dentro de un marco de referencia longitudinal, podemos describir el desarrollo de la adolescencia como una secuencia de eventos que ocurren en las direcciones siguientes: a) aceptación de los cambios e integración de una nueva identidad; b) superación del narcisismo; c) separación de los padres y fortalecimiento de la autonomía; d) descubrimiento de la vocación; e) humanización de la conciencia moral y de los valores éticos.

Es claro que estos cambios tienen una contrapartida biológica en los cambios endocrinos implicados en el proceso de crecimiento; cambios en la hipófisis, las glándulas tiroides y las gónadas.

1.3.2. Identidad

Ante la transformación de su propio cuerpo y de su psiquismo el niño experimenta la vaga necesidad de gestar una identidad propia. la identidad implica el sentimiento de ser individuo y resulta de integración de múltiples lamentos: sensaciones corporales, la imagen del cuerpo, el sonido del nombre, la continuidad de las memorias, sentimientos y valoraciones acerca de uno mismo y del lugar en que se ocupa en la familia, el grupo, la continuidad y los juicios sociales, es decir, expresados por otros. La identidad es en parte consciente y en parte inconsciente.

Erickson llamó "Identidad negativa " a la búsqueda de identidad que se observa en algunos jóvenes que rechazan violentamente las identificaciones éticas, religiosas, familiares, etc. que los vincula con el pasado. El joven se liga con gente de su edad que en cuanto a valores es diametralmente distinta.

También puede ocurrir una "oclusión prematura" de la identidad, cuando hay una rendición excesiva a las expectativas ajenas. En todo caso, el establecimiento de la identidad es una de las tareas principales del adolescente y en torno a este núcleo de desarrollo, se comprenden mejor algunos de sus problemas.

1.3.3.- Vocación

El problema vocacional del adolescente se centra en la necesidad de decidir la clase de persona que quiere ser y encontrar en la sociedad un lugar y una ocupación que le permita tener seguridad, dependencia económica y prestigio ante los demás.

1.3.4.- Autonomía

El adolescente busca separarse del círculo familiar, siendo esto imperativo, pero también quisiera permanecer niño, ligado y protegido.

También para los padres la separación de los hijos constituye un problema, muchos lo reconocen y conscientemente lo aceptan, pero aún así, les es difícil prescindir de su autoridad y de su poder.

Tratando algunos padres de modelar a sus hijos a su imagen y semejanza, sin ninguna consideración a la individualidad. Otros tratan de sobrecompensar las privaciones que ellos sufrieron cuando niños, complaciéndole todos sus deseos, evitándoles esfuerzo alguno.

La necesidad de afirmar su autonomía es poderosa y muchos jóvenes que no la logran de forma habitual, lo logran por conductos desviados: "si no puedo ser el mejor seré el peor". En ocasiones su anhelo de autonomía coloca al joven en una posición irreductible así a uno o a ambos padres, es común ver a adolescentes cuya rebeldía en la casa es tan notable como su incondicional sumisión a los de afuera.

1.3.5.- El Sexo en la Adolescencia

En la segunda mitad del primer año de vida de acuerdo a lo señalado por Arminda Aberastury, el niño verifica su identidad sexual y a través del juego trata de laborar la situación traumática que significa la pérdida del otro sexo, recuperándolo de un modo simbólico a través de objetos. En la pubertad, la definición de su capacidad creativa marca una nueva definición sexual en la procreación, ya que sus genitales no solo aceptan la unión de la pareja, sino también la capacidad de crear. En la adolescencia se intenta recuperar infructuosamente el sexo perdido, mediante la masturbación que es una negación omnipotente de esta pérdida.

El psicópata, en cambio permanece en una bisexualidad fantaseada que tiene para el todo significado de la realidad psíquica y que le impide relaciones amorosas de objeto y el logro de la pareja que busca, y que en cambio si puede obtener el adolescente normal. Este pasa por momentos de confusión de sexos que implican fantasías homosexuales que son las que precisamente le permiten elaborar los duelos inherentes a esta etapa de desarrollo.

Si bien el erotismo tiene antecedentes infantiles, la pubertad se caracteriza por la erotización de la vida y en algunas sociedades por las contradicciones entre la sexualidad y las normas morales aceptadas, la situación se agrava en las culturas, en las cuales la discrepancia en tiempo entre la emergencia de la sexualidad y la posibilidad socialmente aceptada de satisfacerla es muy marcada.

La masturbación cumple funciones fisiológicas y psicológicas es una forma inmadura de satisfacer urgencias sexuales anticipadamente a su satisfacción en la vida interpersonal, no es saludable cuando se practica compulsivamente, o su práctica suscita grandes sentimientos de culpa.

No es raro que los adolescentes de ambos sexos se sientan en algún grado atormentados por su sexualidad, la cual no alcanzan a comprender del todo, máxime si se ven asaltados por impulsos que juzgan anormales o penosos. Los primeros juegos sexuales y las primeras relaciones íntimas son para muchos jóvenes experiencias que les dejan huellas profundas. Un temor frecuente en el varón es la impotencia, en la mujer, un temor dominante, es no ser atractiva ni deseada.

En algunos adolescentes se hacen explícitas tendencias homosexuales hasta entonces latentes. En otros, estas tendencias experimentadas desde la infancia se avivan agudamente, Sullivan propuso que la homosexualidad que emerge en la pubertad es resultado de la no separación que debería haber ocurrido entre dos tendencias: La erogéneidad y la necesidad de intimidad.

Las dificultades del púber para aceptar su sexualidad son muy agudas y aparentes en el padecimiento que conocemos como anorexia nerviosa. En estos casos el rechazo de la madurez sexual por parte de los jóvenes se expresa en un rechazo de la comida, rechazo que puede ser invencible y sumado a la hiperactividad puede conducir a la inanición.

Aparentemente, en los seres humanos la ternura, cuyos orígenes están en la liga con la madre y la sexualidad, tienen desarrollos paralelos y su función ocurre en la adolescencia. En la relación con la madre el niño aprende o no a recibir y dar ternura (Sullivan).

Las durezas y crueldades a las que son propensos los grupos de varones adolescentes tienen su raíz en un tabú. Se evita expresar ternura ante los otros porque la ternura adquirida de la madre se siente como un elemento femenino. En la pandilla se rinde culto a la hombría y se repudia todo lo que parezca aninado o femenino. No obstante que muchos adolescentes reprimen su ternura, es intensa su necesidad de expresarla y recibirla en relaciones de intimidad. En un principio, esta necesidad de dar y recibir en forma recíproca no está muy definida. Inicialmente el adolescente ve a los demás solamente como medios para satisfacer sus necesidades y puede no ser capaz aún de tomar en cuenta las necesidades e intereses del otro, con la maduración ocurre que su deseo de recibir se complementa con su deseo de dar.

♦ **Angustia, Soledad, Vergüenza y Culpabilidad en la Adolescencia**

La pérdida de la identidad infantil y el aflojamiento de las ligas de dependencia que un día fueron la principal fuente de seguridad obligan al adolescente a confrontar su separación en esta etapa la soledad es una fuente importante de angustia y de una poderosa necesidad de ser aceptado. De ahí que muchos adolescentes busquen a cualquier precio ser aceptados por otro, la dificultad es siempre mayor para quien carece de algún atractivo o habilidad.

La vergüenza es también un sentimiento que se exalta en la adolescencia, su base es el temor de que los demás adviertan la pretensión de parecer adulto y la incapacidad de lograrlo.

En algunas familias y en algunas culturas, el ridículo se usa como medio de control de la conducta. El adolescente vergonzoso a sido previamente un niño humillado. El miedo al ridículo en algunos casos es de tal magnitud que se utiliza toda la energía para evitarlo, para muchos es bastante más fácil violar una norma moral que hacer el ridículo.

1.4.-DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Bajo la denominación de depresión se designa tanto el cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc.

Desde el punto de vista de la génesis un reducido número de depresiones las llamadas endógenas pueden empezar por trastornos de la base material de los esquemas afectivos; en tanto que la gran mayoría lo hace por el lado ideativo.

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes y trastornos que tienen diferentes significados, para el psiquiatra debe haber humor depresivo persistente o una acusada falta de interés y placer por casi todas las actividades y diversiones habituales, ausencia de cualquier síntoma psicótico y otros signos como alteraciones en el hogar en la escuela o con los compañeros, pesimismo o melancolía, llanto o lacrimosidad, irritabilidad, cólera, retraimiento social y baja autoestima o sentimientos de insuficiencia.

Los adolescentes con un trastorno depresivo rara vez presentan un cuadro clínico puro, los dos principales complejos de síntomas asociados con la enfermedad afectiva en este grupo de edad son los síntomas o trastornos neuróticos, sobre todo, la ansiedad de separación y el trastorno de conducta. El rendimiento escolar, está afectado por problemas de concentración, pensamiento retardado, falta de interés o motivación, cansancio, somnolencia, rumiaciones y preocupaciones depresivas.

Teniendo en cuenta la gran frecuencia de los trastornos del humor en la evolución aparentemente normal en la adolescencia podría pensarse que reflejan el período característico de este período de transición. Las depresiones clínicas en la adolescencia tienden a organizarse a partir de las fases de desarrollo más que a partir de la adolescencia misma aunque se pueden presentar ambas situaciones. En la depresión de la adolescencia se presentan en forma repetida relaciones de objeto de tipo narcisista, conflictos de ambivalencia disminución de la propia estima e impotencia del yo.

Se considera que determinadas experiencias de la infancia juegan un papel en la depresión posterior. Según la tendencia psicoanalítica se delimitan dos tipos de depresión en el adolescente; en el primer tipo la psicopatología es fundamentalmente pre-edípica y proviene de una relación simbiótica con la madre omnipotente que satisface todas las necesidades, el problema crucial estriba en las divergencias entre el yo y el ideal del yo. El segundo tipo de depresión es más edípico con mucho de culpabilidad y masoquismo moral asociado aun superyo punitivo, la decepción correspondiente al momento de la desaparición de la idealización de los padres lleva a una deflexión del sí mismo que conduce al odio del sí mismo.

Según Melania Klein, la posición depresiva puede seguirse de una posición maníaca de defensa, defensa de un peligro anterior la cual esta expuesta el yo del niño o adolescente y que proviene del instinto de muerte del ello y de los malos objetos interiorizados.

Para Winnicott, es negación de la realidad interior, huida de la realidad interior hacia la realidad exterior, manteniendo de las personas la realidad interior en estado de animación suspendida, negación de las suspensiones de depresión, la pesadez y tristeza son reemplazadas por su contrario, empleo de cualquier contrario para asegurarse contra la muerte, el caos, el misterio, etc. Estas ideas pertenecen al contenido fantasmático de la posición depresiva que forma parte de la depresión agitada en el adolescente.

Resumen

El pensamiento del adolescente está determinado por un proceso de un triple duelo: 1) duelo por el cuerpo infantil; 2) duelo por la identidad y el rol infantil; 3) duelo por los padres de la infancia.

El duelo por la bisexualidad infantil, pérdida que acompaña a estos tres procesos de duelo.

Se produce básicamente un corto circuito del pensamiento, en el que se observa la exclusión de lo conceptual lógico mediante la expresión a través de la acción. El duelo del cuerpo infantil perdido obliga a una expresión en la acción motora directa.

El duelo por la identidad y por el rol infantil permite la actuación afectiva desaprensiva, pasional o llena de indiferencia sin consideración racional por los objetos.

Esta triple situación trae consigo también la confusión sexual y de la temporabilidad, caracterizan el pensamiento del adolescente.

La elaboración incompleta de los duelos o la no elaboración de alguno de ellos producirá fijaciones o exageraciones de estos procesos, que podrán ser identificados en la conducta psicopática, donde adquieran modalidades de fijeza y de reductibilidad, que teniendo en cuenta estas consideraciones, pueden ser modificadas mediante un tratamiento psicoanalítico.

En algunos casos en que el trastorno afectivo presente en el adolescente interfiere importantemente en su estado de ánimo y conducta es conveniente el uso de psicofármacos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aman U. Khan. M.D.: Biochemical profile of Depressed Adolescents. J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat., 1987,26, 6:873-878.
- 2.-American Psiquitric Association D.S.M. II R. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España 1988.
- 3.-Barrera Manuel Jr., : "Properties of the Beck Depresión Inventory as a Screening instrument forAdolescent Depression" Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 16, No.3, 1988, pp.263-273.
- 4.- Díaz Guerrero R. : Tristeza y Psicología en México, Revisión. Salud Mental 1984 7(2); 3-9.
- 5.- Escotto Morett.: "Los Niños copn problemas de conducta y aprendizaje: Recolección de datos" Salud Mental" Vol.6. Núm. 1 Primavera 1983 Pág. 14-20.
- 6.- Escamilla A. : "Reacciones depresivas en niños ante la pérdida de las figuras paternas ya sea por muerte o por divorcio. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 1977 Vol.18 (4). pp. 211-221.
- 7.- Gutierrez J.M. ; "Morbilidad Psiquiátrica en el primer nivel de atención de la Ciudad de México" Boletín de la Of. Sanit., Panamericana, 1986 vol. 10(6) pp. 648-657.
- 8.- Gutierrez J. M. : "La vigilancia epidemiologica de las alteraciones Mentales" Cuadernos de Salud Pública México 1984 vol. 26 .pp 464-483.
- 9.- Javad H. Kashani.,et.al.:Utility of Beck Depression Inventory Clinic referred adolescents. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1990, vol. 29, 2:278-282.
- 10.- Mark Scott Smith.,et.al.:Screening for Anxiety and Depression in adolescent Clinic. : Pediatrics 1990; 85: 262- 266.

- 11.- Michael R. Kauth:
and Robert D. Zettle Validation of Depression measures in adolescent
populations.: J. of clinical Psychology, May 1990,
Vol. 46, Núm. 3 pp. 291-296.
- 12.- Nissen G.: Classification of childhood Depression. Act.
Paedpsych. 1981 Feb. 46(5-6) 275-84.
- 13.- Nurcombe Barry:
M.D. R. Seifer, et.al. "Is Major depressive disorder in adolescence a
distinct Diagnostic Entity?"; J. Am. Acad.
Child. Adolesc. Psychiatry, 1989, 28, 3:33-342.
- 14.- Lue Arnold.: "Anxiety in Children and Adolescent."; Psy. An.
9(10) ; 504-509. Oct. 1979.
- 15.- Rutter Michael, :
Philip Graham,
O.P.D.Chadwick "Adolescent Turmoil: Fact or Fiction?"; J. Child.
Psychiat. Vol. 17, 1976 ,pp. 35-56.
- 16.- Salkind M. : Beck Depression Inventory en General Practice.
J.R. Coll. Gen. Practice 18:267-273- 1969.
- 17.- Shain,Benjamin N.: "Comparison of self- rated and Clinician - Rated
Measures of depression in adolescents"; Am. J.
M:D:, ph. Michael Naylor,
M.D.,and Norman Alessi,
Psychiatry 11990; 147: 793-795.
- 18.- Whitney, W. et. al. : Depressive Symptoms and academic Performance.
In college students. Americ. J. Psychiatry.
December 1971 pp.: 766-770.
- 19.- Lara Tapia H.: "Algunas normas para la medición de la depresión"
Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Vol. 17
No.1 México D.F.
- 20.- Medina Mora, y col.: "Prevalencia de trastornos mentales y factores de
riesgo en una población de practica médica
general" ; Acta Psic. Psicol. Amer.-Lat. 1984.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epidemiología de la depresión ha reportado en múltiples estudios que la prevalencia aún cuando varía de una población a otra, la tasa es de las más altas tanto en el Distrito Federal como en la República Mexicana. Campillo y Col. (1979) señala que los trastornos afectivos ocupan un cuarto lugar entre otros diagnósticos psiquiátricos y puntualiza que entre la población general los desordenes depresivos son los que ocupan el primer lugar entre todos los padecimientos mentales.

Sería ocioso referir porcentajes de la prevalencia de desordenes depresivos de la población mexicana, pues los datos con los que se cuentan son muy limitados y referidos sólo a ciertos sectores de la población que acude a los centros Hospitalarios, Centros de Salud y Centros de educación superior. Estas investigaciones coinciden en que existen una alta prevalencia de trastornos depresivos en la población que han estudiado.

La epidemiología tiene como estrategia estudiar a la comunidad en términos de unidad, equiparándola a un organismo, es por eso que su enfoque conforma uno de los pilares en los que se sostiene la salud pública. Sin embargo, la comunidad que hasta la fecha se ha estudiado, sobre todo en lo referente a trastornos depresiva es la que acude a los servicios de salud mental ya sea publica o privada.

Por otra parte, no toda la población que presenta trastornos mentales es la que despierta nuestra interés, pues, si tomamos en cuenta los reportes bibliográficos sobre la incidencia o prevalencia de trastornos mentales como la depresión en la población mexicana, y las características de los problemas por los cuales acuden en busca de ayuda los adolescentes estudiantes a nivel secundaria, se hace apremiante plantear una serie de cuestiones al respecto.

En el desarrollo de mi trabajo como Residente de psiquiatría de tercer año en el Centro Comunitario de Salud Mental en la Ciudad de México, a menudo acuden adolescentes traídos por sus padres los cuales en ocasiones son canalizados por sus maestros de la escuela Secundaria, los cuales muestran dificultades en uno o varios aspectos como los siguientes:

Deficiente rendimiento escolar, Dificultades en sus relaciones interpersonales y decaimiento en su estado de ánimo, disforias. Las expresiones más comunes de los adolescentes en consulta son: No se que me pasa no tengo ganas de nada, se me dificultan hacer las cosas no me puedo concentrar en el estudio, me siento mal, en casa hay problemas con mis padres, en ocasiones me dan ganas de llorar me he vuelto muy sensible a todo, me enoja con rapidez.

En las entrevistas la mayoría de los adolescentes reportaron acontecimientos infantiles importantes como la muerte de alguno de los padres, divorcios de los padres, la enfermedad crónica de alguno de sus padres incluyendo el alcoholismo, reportan también violencia hacia ellos incluyendo el abuso sexual.

La literatura consultada en relación a estos aspectos y con la finalidad de contextualizar la problemática nos dice que Campillo (1979), al referirse a los factores causales de la depresión, éstos son divididos didácticamente en factores concomitantes, predisponentes, precipitantes. Entre los concomitantes están mencionados el alcoholismo y las enfermedades físicas. Los factores predisponentes están referidos la carga genética de la familia, al biotipo corporal, a la personalidad premórbida y a la pérdida de algunos de los padres durante la primera infancia. De entre los precipitantes se encuentran los denominados eventos de la vida, como son la pérdida de un ser querido, el fracaso económico, la pérdida de status, las enfermedades físicas referidas a pequeños cuadros gripales, intervenciones quirúrgicas.

Estudios sobre cuales son las personas de un riesgo alto a la depresión, nos señala que son mujeres, la gente joven y aquellos que han experimentado la pérdida de una relación significativa.

Díaz-Guerrero al estudiar la tristeza y la psicopatología en estudiantes de secundaria del Distrito Federal, refiere que la tristeza es el concepto potencial más significativo encontrado y la fuente de tristeza está referida al divorcio de los padres.

Toolan(1981) señala que la interrelación entre la depresión y trauma psíquico originado en una edad temprana es una situación totalmente aceptada. Por su parte Nelson señala que la depresión severa y los intentos de suicidio tienen relativa gran incidencia con la muerte temprana de los padres. Para Santiago Ramírez la infancia es el destino del hombre y al analizar la organización de la familia mexicana llega a la conclusión de que la ausencia de el padre, la abundancia de la madre y la limitante de las áreas genitales de los progenitores es el problemas fundamental.

Por su parte Freud: apuntaba que la melancolía, sobreviene a la pérdida real o simbólica de lo que para una persona es significativo, y que a diferencia del duelo, ésta no se somete al principio de realidad y persiste por más tiempo. Ahora bien, tomando cuenta las características de la población atendida en los centros de Salud Mental es importante determinar la incidencia que puede presentar la población joven en relación con la depresión.

Es a través del estudio realizado que obtendremos información sobre la presencia de depresión que reporten los adolescentes que acuden al centro como los que no acuden al Centro, estudiantes de secundaria.

La presencia de depresión en el adolescente se determina en este trabajo mediante el uso de el inventario para Depresión de Beck.

De esta manera nos planteamos en base a todo lo anterior los siguientes cuestionamientos:

¿Presentaran Depresión todos los adolescentes encuestados ?

¿Habrá diferencias significativas de presencia de Depresión entre los adolescentes que acuden al Centro Comunitario de Salud Mental y el grupo de adolescentes estudiantes de secundaria que no asisten a el CECOSAM?.

3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La Psiquiatría y la Psicología clínica y ramas a fines se han planteado recientemente la necesidad de hacer diagnóstico de la salud mental de la población en general con la finalidad de determinar lo más preciso posible la prevalencia de psicopatología.

El epidemiólogo tiene como tarea específica detectar en segmentos de población, la distribución y curso de la enfermedad para finalmente llegar a la comprensión de su etiología, patogénesis y control.

En lo que se refiere a los servicios de salud mental sea esta comunitaria o institucional, la epidemiología tiene alcances que repercuten en la planeación de servicios, en la aplicación de estrategias clínicas y en la búsqueda de factores causales. La epidemiología en relación directa con la práctica clínica, esta puede auxiliarse de aquellas para identificar el origen y modo de transmisión de la enfermedad de los pacientes, así como para determinar la etiología, patología, curso y desarrollo de la enfermedad en el diagnóstico clínico, incluso la respuesta del tratamiento.

Tomando seriamente la dificultad que representa realizar el estudio, es importante señalar que lo más conveniente es realizarlo mediante pruebas o escalas psicológicas de fácil manejo, tanto para los adolescentes como para el aplicador, mismo que no represente gastos desmedidos de tiempo y recursos humanos, y recursos materiales, para este estudio se contó con la ayuda del servicio de enfermería, psicólogos y médicos psiquiatras que se encargaron de realizar entrevistas estructuradas para depresión según el D.S.M.-IIIR para los adolescentes asistentes al centro de salud los cuales resultaron con puntaje sugestivo de depresión

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- 4.1 Determinar el grado de depresión presente en los adolescentes.
- 4.2 Determinar la relación existente entre adolescencia y depresión y la asistencia o no a consulta en el CECOSAM.

5. LIMITES.

Tiempo: Agosto de 1992 a Enero 31 de 1993.

Lugar: Centro Comunitario de Salud Mental y Secundaria Federal

Universo de Trabajo: Adolescentes asistentes al Centro Comunitario de Salud Mental, Alumnos de Nivel Secundaria.

6.-ORGANIZACION.

6.1 Recursos Humanos:

- ◆ Un Asesor de Tesis.
- ◆ Un Tutor de Tesis.
- ◆ Un residente de psiquiatría.

6.2 Recursos Materiales:

- ◆ Los Necesarios.

6.3 Recursos Económicos:

- ◆ Los Necesarios.

7. HIPOTESIS

Los Adolescentes cursan con depresión, propia de su edad, siendo esta una etapa de cambios y pérdidas.

8. VARIABLES

8.1 Variable independiente:

- ◆ Depresión

8.2 Variables Dependientes:

- ◆ Grado de escolaridad.
- ◆ Sexo.
- ◆ Edad.
- ◆ Disfunción familiar en los que se cuentan con expediente clínico.

9. DEFINICION DE VARIABLES

Depresión: Entidad nosológica psiquiátrica la cual se caracteriza por un estado de ánimo bajo y disminución de las funciones cognitivas, presentando alteraciones en la dinámica del individuo tanto en lo laboral como familiar, la cual no se acompaña de enfermedad orgánica.

Adolescencia: Período de la vida que se inicia en la pubertad, 12 años y se extiende hasta los 18 años.

Grado de escolaridad: Se considera importante para fines de estudio que los adolescentes se encuentren en grado de escolaridad secundaria.

Sexo: Para fines de estudio, se considera en base a identidad genérica, es decir la relación existente entre uno y otro sexo, ante el hecho de que la especie es dismórfica.

Edad: Se toma como mínimo la edad de inicio de la adolescencia que es a los 12 años y como máximo la edad fin del desarrollo de la adolescencia a los 18 años. Los rasgos se especifican en el diseño del estudio

Nivel socioeconómico: Grado o altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida social , económica y cultural.

10.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

10.1. Tipo de Estudio:

- Prospectivo, Transversal, Comparativo, Observacional.

10.2 Muestra

La muestra estará compuesta por 100 sujetos, que se dividirá en 2 subgrupos

- Un grupo de 50 Adolescentes que acuden al Centro comunitario de Salud Mental.
- Un grupo de 50 Adolescentes que acuden a una Escuela Secundaria ubicada en zona popular.

Se tratará de un muestreo por etapas estratificado, ya que contarán con poblaciones muestreadas por separado sin llegar a abarcar el total, debido a razones de costo y tiempo, así como lo numeroso de la población total, será un muestreo aleatorio simple.

El muestreo se llevará a cabo entre adolescentes que asisten a consulta al Centro comunitario de Salud mental turno vespertino y matutino, y alumnos de una escuela secundaria federal en zona popular.

10.3 Criterios de Inclusión.

Adolescentes hombres y mujeres.

De 12 años a 18 años.

Que habiten en el Distrito Federal.

Escolaridad Secundaria quinto y sexto de primaria.

Diagnóstico trastorno de las emociones en adolescentes que acuden al CECOSAM.

Trastorno de Adaptación a la adolescencia en pacientes que acuden al CECOSAM.

10.4 Criterios de exclusión.

Menores de 12 años y mayores de 18 años.

Que habiten fuera del Distrito Federal.

Escolaridad menor al quinto de primaria.

Que presenten daño neurológico clínico o por gabinete o psicosis

10.5 Metodología

Este estudio se llevó a cabo mediante la aplicación del inventario de Beck para Depresión el cual ya fue validado al español y cuenta con antecedentes de haber sido utilizadas en diversos estudios de depresión en adolescentes en varias partes del mundo, tanto en clínicas psiquiátricas para adolescentes y en adolescentes no asistentes a ningún centro presentando resultados adecuados para su aplicación en este estudio.

La realización de estudios en este terreno es de actual importancia sobre todo por la prevalencia, que es desconocida en nuestro país y que en reportes Europeos o Norteamericanos se estima entre el 6 y el 36%, además, existe la necesidad de conocer la morbilidad asociada, pues su discernimiento puede cambiar el panorama terapéutico.

A pesar de las necesidades y beneficios señalados, ha sido difícil hacer comparaciones o análisis objetivos entre los estudios ya reportados sobre el fenómeno depresivo en pacientes médicos, se debe a una gran variedad de limitaciones metodológicas; entre ellas, la falta de una definición estándar de la depresión, la falta de instrumentos de tamizaje adecuadamente validados, la selección sesgada de los grupos a estudiar, la heterogeneidad de las poblaciones y la ausencia de grupos control. El uso de escalas de estimulación, previamente validadas, como el inventario para la depresión de Beck, puede mejorar esta condición y hacer posible comparaciones posteriores. Se trata de un cuestionario autoaplicable desarrollado en 1959 por Beck y Cols. el cual consta de 21 reactivos que evalúan categorías sintomático-conductuales quedando de la siguiente forma.

1. Animo.
2. Pesimismo.
3. Sensación de fracaso
4. Insatisfacción .
5. Sentimiento de culpabilidad.
6. Sensación de castigo-
7. Descontento
8. Auto acusación.
9. Deseos auto punitivos.
10. llanto.
11. Irritabilidad.
12. Aislamiento.
13. Indecisión.
14. Imagen corporal.
15. Inhibición laboral.
16. Trastorno del sueño.
17. Fatigabilidad.
18. Perdida de apetito.
19. Perdida de peso.
20. Preocupación somática.
21. Perdida de la libido.

Los primero 14 reactivos valoran síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes de síntomas vegetativo-somático; el menor porcentaje de éstos últimos hacen a la escala especialmente útil.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático, se pide al paciente que seleccione el que más se acerque a su condición en ese momento de la evaluación. Los valores numéricos de 0 a 3 son asignados a cada enunciado y el resultado total se obtiene de la suma de los 21 reactivos, por lo que el rango es de 0 a 63. siendo el punto de corte el que inicialmente propuso el Dr. Beck que son de 0-13 sin depresión de 14 a 24 depresión leve a moderada y de 25 o mas depresión profunda.

El presente estudio se llevó a cabo con la participación del servicio de Enfermería y Trabajo Social los cuales mediante una breve explicación de el cuestionario a las personas encuestadas procedían a aplicarlo al adolescente en un primer paso se le aplicó a todos los adolescentes que acudieron al Centro de Salud mental tanto de preconsulta como pacientes ya con tratamiento, procediéndose posteriormente a la revisión de expedientes de los adolescentes que asisten a dicho centro excluyendo a los pacientes que presentaban diagnósticos diferentes a los de criterios de inclusión así como a los que no contestaron todos los ítems y aquellos que estuvieron falto de datos.

En un segundo tiempo se contacto con una escuela secundaria por medio del director para que permitiera la aplicación del inventario de Beck para depresión siendo esto realizado en cooperación con el servicio de Trabajo Social dándosele también explicación a los adolescentes de lo que estábamos realizando así como la explicación de como contestar se procedió posteriormente a la aplicación en los grupos de segundo y tercer año de secundaria, en este caso solo se valoró la puntuación de los ítems contestados ya que en ellos no se contó con expediente clínico, posteriormente se procedió a el baseamiento de datos obtenidos clasificándolos por edades y por calificación de el inventario de depresión y realizar el análisis estadístico.

11.-ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos posterior a la aplicación del inventario de Beck el cual se realizó con sujetos adolescentes, del Centro Comunitario de Salud Mental y un grupo control de adolescentes no asistentes al Centros de Salud.

Demostró que el total de los encuestados, el 5% tuvo 17 años, el 8% tuvo 16 años, el 24% de 15 años, el 14% de 14 años, el 11% de 13 años y el 16% estuvo en los 12 años .

El 41% estuvo constituido por mujeres y el 59% por hombres todos solteros, en lo que se refiere a escolaridad el 2% corresponde a primaria, el 1% a Bachillerato y el 97% a secundaria los que incluyen a los 3 grados de nivel secundaria.

El puntaje total de ítems que formaron el cuestionario fue sumado, como punto de corte 13, siendo tomado como menor de 13 sin depresión y mayor de 13 con depresión.

Encontrando que 31 encuestados de 100 tuvieron menos de 13 siendo un promedio de 8 de calificación, 69 encuestados de 100 tuvieron mayor de 13 teniendo un promedio de 22 de calificación-

De el total de 41 mujeres encuestadas el 26% resultó con calificación mayor de 13, y en el total de 59 hombres encuestados el 33% de hombres resultó con calificación de 13.

Los puntajes se analizaron por separado para los 2 grupos, posteriormente se procedió a comparar los puntajes obtenidos por los grupos de pacientes adolescentes de el CECOSAM y adolescentes no asistentes al CECOSAM.

Encontrándose los siguientes puntajes para los 2 grupos.

Subgrupo de Adolescentes de CECOSAM:

Media Aritmética.	18.02
Desviación Estándar	8.784
Variable	77.16285
Error Estándar	1.242279
Coefficiente de variación(%)	57.36592
Siendo la Calificación	18.02+-1.24

Subgrupo de adolescentes no asistentes al CECOSAM.

Media Aritmética	17.18
Desviación estándar	9.855466
Variable	97.13021
Error estándar	1.393773
Coefficiente de Variación(%)	57.36592
Total	17.18+-1.39

Obteniéndose el valor de P por la formula Mann-Witiney de 0.17 no siendo significativa para la calificación.

En la Lamina No.1 muestra el porcentaje de individuos con y sin depresión con punto de 13 dando como resultado que el 63% de la muestra esta deprimida y el 31% no lo esta.

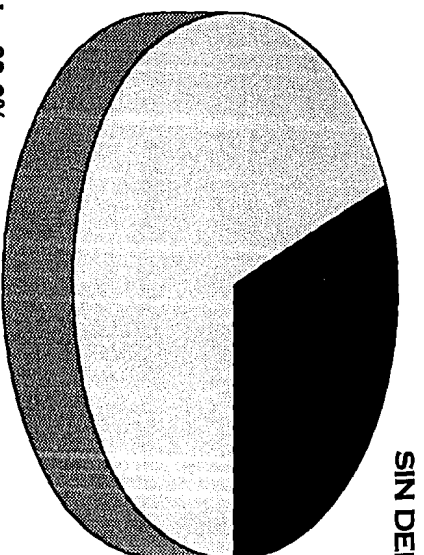
En la Lamina No.2 .- Muestra el promedio de calificación del Beck, por edades mostrando 2 picos importantes a la edad de 12 años y otro a los 15 años, así como a los 17 años, no siendo esto significativo por el grado de calificación tan alto que alcanzaron estos pocos adolescentes.

En la Lamina No.3 muestra la distribución por escolaridad mostrando que los alumnos de segundo año de secundaria y tercer año son los que fueron muestreados.

En la Lamina No.4 Muestra la calificación frecuente obtenida en el inventario, encontrando el pico máximo de puntuación entre los 12 y 14 y otros dos mas en orden decreciente de 20 y 26.

En la Lamina No.5 muestra las edades de los adolescentes encuestados siendo mas frecuente la edad de 14 años seguida de los de 15 años.

PORCENTAJE DE INDIVIDUOS CON O SIN DEPRESION (PUNTO DE CORTE = 13)



SIN DEPRESION 31,0%

CON DEPRESION 69,0%

Promedio de calificación del Beck por edades

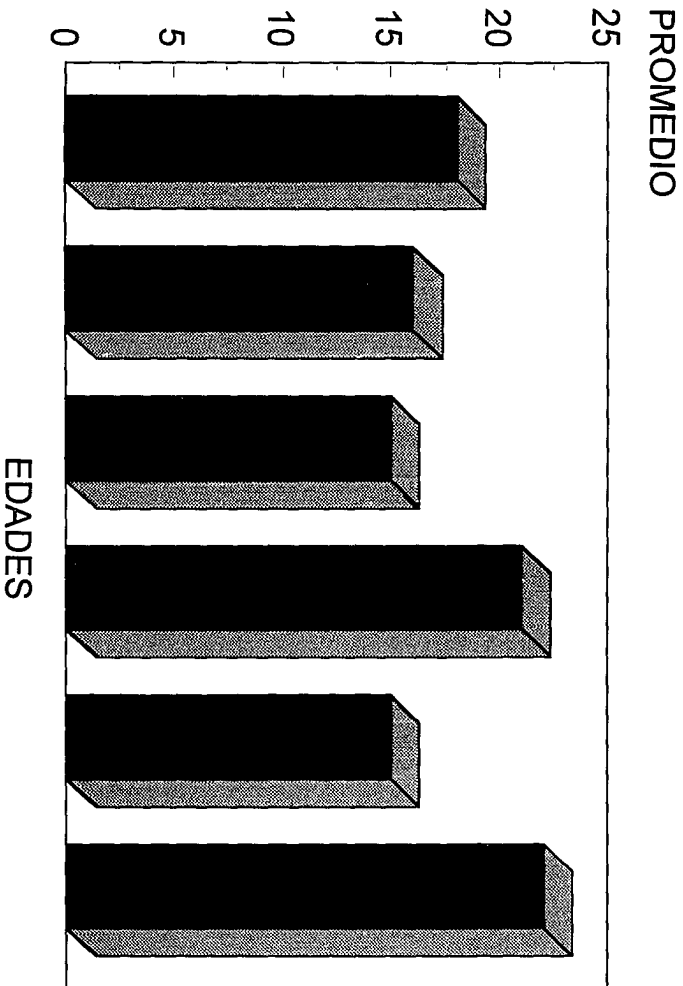
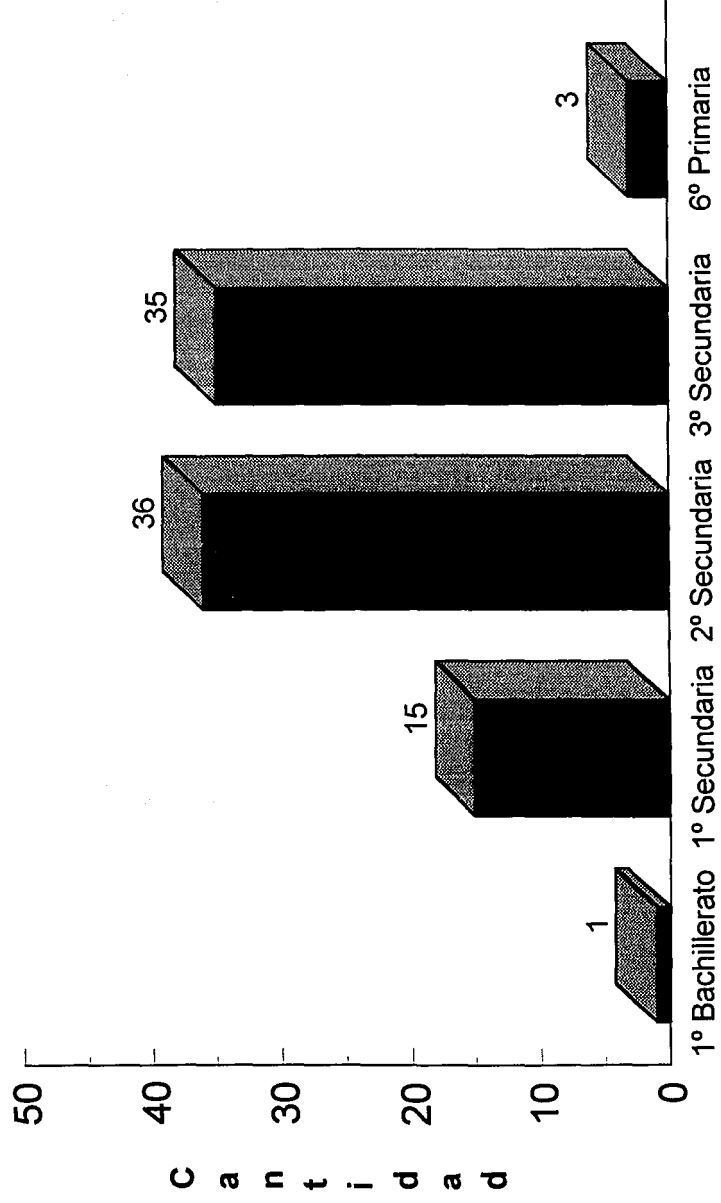
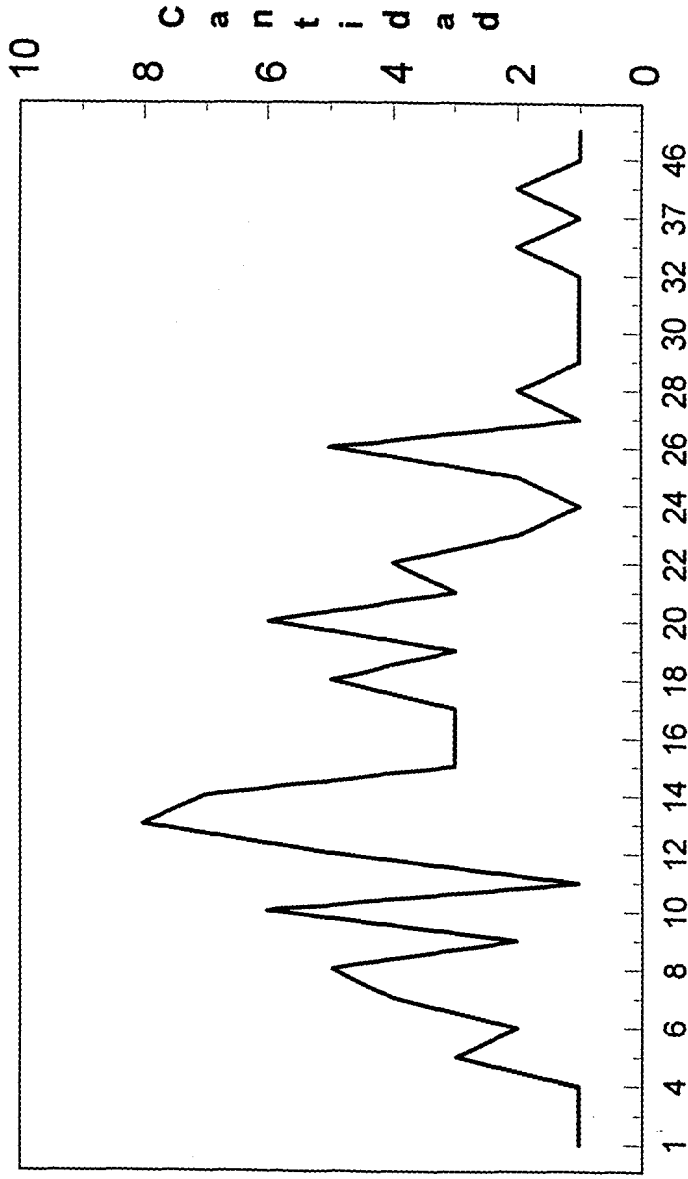


Gráfico de distribución de escolaridad



Grado de escolaridad

Gráfico de distribución de puntuación en el inventario de Beck para la depresión



Escala de depresión

Gráfico de edades de adolescentes encuestados

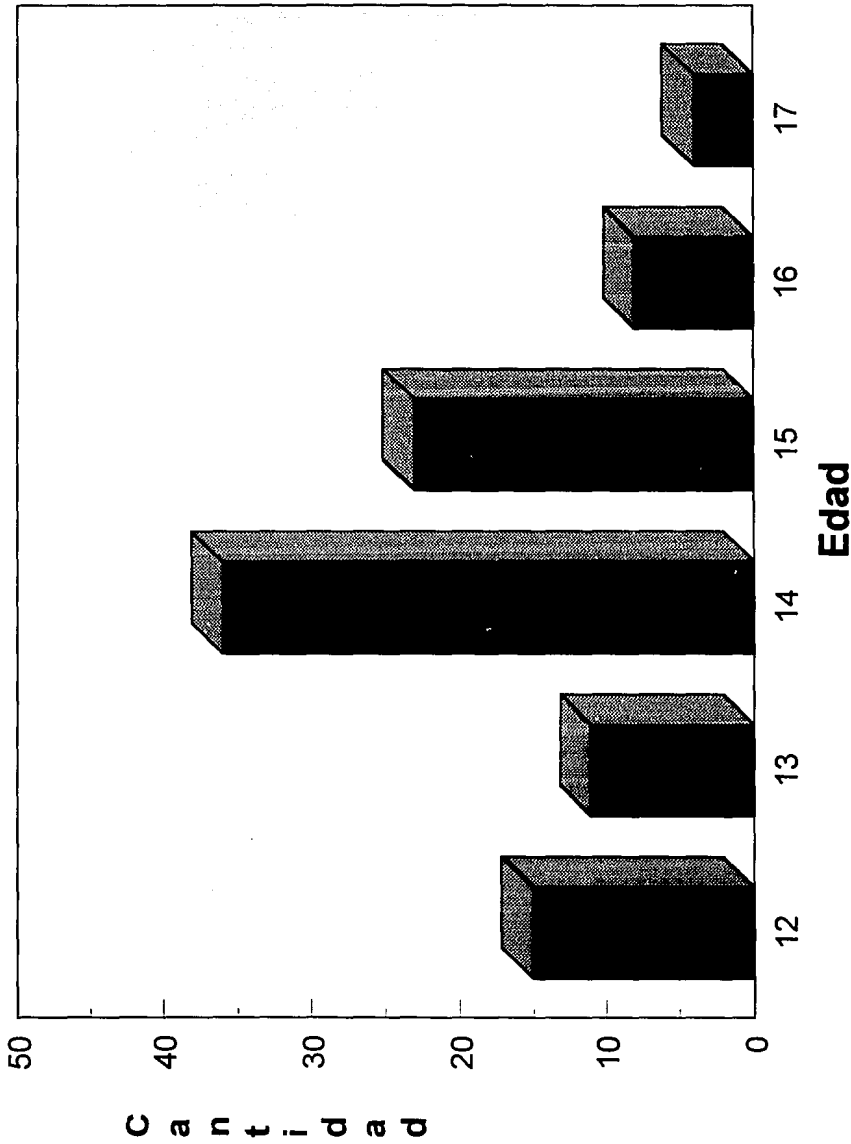
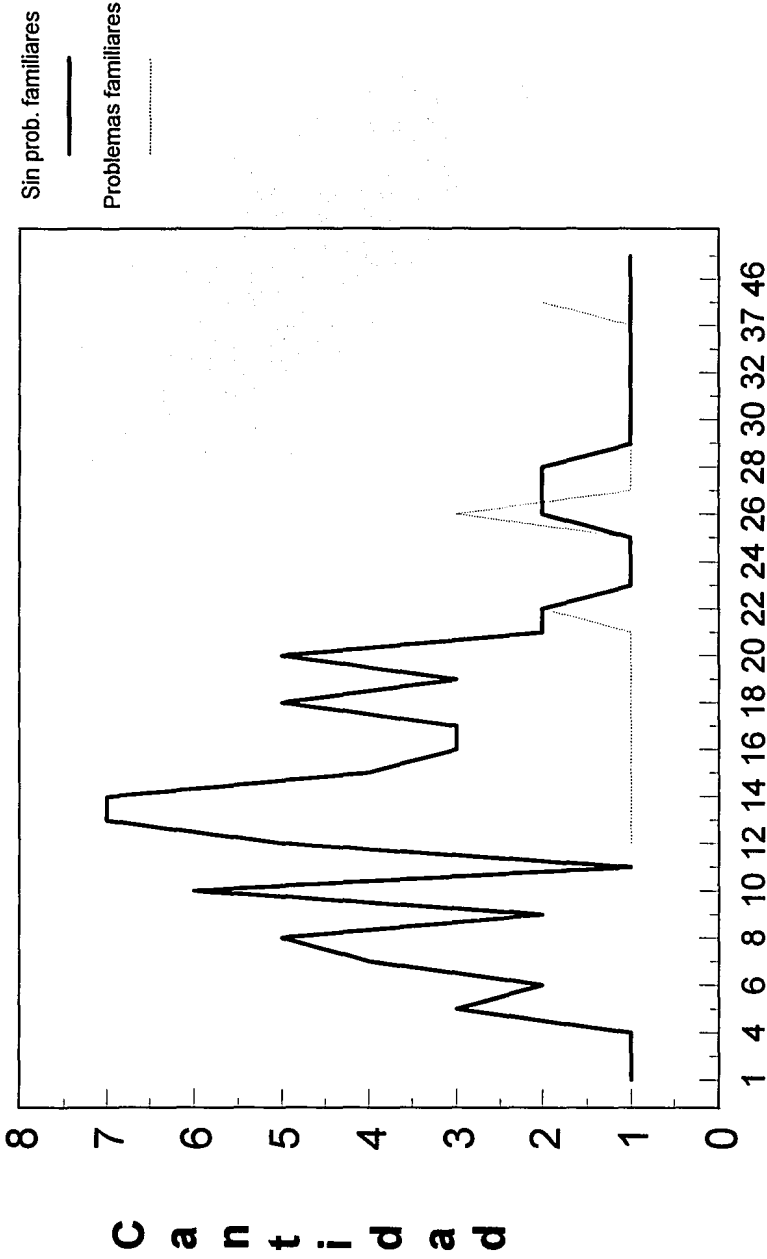


Gráfico de disfunción familiar

(Inventario de Beck para la depresión)



Sin prob. familiares

Problemas familiares

C a n t i d a d

Escala de depresión

12.-CONCLUSIONES

Los grupos de adolescentes encuestados obtuvieron un puntaje similar de depresión no habiendo diferencia significativa por lo que se puede concluir que en estos dos grupos de adolescentes hay un porcentaje alto de deprimidos siendo el sexo femenino el que mostró mayor depresión, posiblemente por los cambios hormonales que se presentan en ellas y el rol que juegan en la sociedad.

La disfunción familiar se encontró en forma frecuente en los expedientes de los adolescentes que asisten al CECOSAM.

El grado de escolaridad no fue significativo para la depresión pero con respecto a la edad se encontró mayor depresión en los adolescentes de 12 y 15 años.

Encontrando que la depresión no es el motivo por la cual sean llevados los adolescentes a el Centro sino los cambios conductuales que ellos presentan , El valor de 0.17no es significativo para el estudio.

Lo anterior confirma que en la adolescencia es común encontrar el síndrome de depresión , por lo que no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de adolescentes encuestados

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Abraham, K.: "Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría" Editorial Horme, Buenos Aires Argentina 1961.
- 2.- Aberastury, M. Knobel.: La Adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico. 4ª edición Editorial Paidós, México D.F. 1990.
- 3.- American Psiquitric Association D.S.M. II R. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España 1988.
- 4.- Ajuriaguerra de J.: Manual de psicopatología del niño. Editorial Masson S.A. Barcelona España 1987.
- 5.- Beck Aaron T. : Diagnostico y tratamiento de la depresión. Editorial Merck Sharp & Dohme internacional, México D.F. 1976.
- 6.- Cabaleiro, G. M. : Aportaciones a la fenomenología psicopatología. Editorial Paz Montalvo, Madrid España 1971.
- 7.- Calderón Narvaes G. : "Depresión": Causas manifestaciones y tratamiento, Editorial Trillas, México D.F., 1984.
- 8.- Campillo, S.C. : "Epidemiología de la depresión" Salud Mental, México. 1979.
- 9.- Caraveo J. : "La Vigilancia Epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental" Salud mental México 1985 8(2) : 20-30.
- 10.- Castañón Romo. : "La investigación al servicio de la salud", Salud Pública de México Sep. Oct. 1980
- 11.- Castilla del Pino. : "Un estudio sobre depresión, Fundamentos de antropología dialéctica" Editorial península, Barcelona España, 1979
- 12.- Dallal Eduardo:
y Castillo Manual de codificación de Diagnostico Psiquiátrico. Editorial. Subdirección Médica ISSSTE 1976.

- 13.- Díaz Guerrero R.: Tristeza y psicopatología en México, revisión Salud Mental 1984 7(2); 3-9
- 14.-De la Fuente, Ramón.: "Adolescencia" Programa de salud mental de la Díaz, A. Fouilloux C. Facultad de medicina UNAM: Salud mental 1987.
- 15.- Erikson Erik H.: Infancia y Sociedad. 10ª edición , Editorial Horme. Buenos Aires Argentina 1985
- 16.- Estrada India L. : El ciclo vital de la familia, 6ª edición. Editorial Posada México D:F. 1982.
- 17.- Escamilla A. : "Reacciones depresivas en niños ante la pérdida de figuras paternas ya sea por muerte o por divorcio; Neurología,Neurocirugía, Psiquiatría. 1977 18(4): 211- 221
- 18.- Freud, S. : "Obras completas" Tomo 13,14 y 18 Editorial Amorrorty Argentina 1976.
- 19.- Goldman Howar D.: Psiquiatría General 2ª edición, Editorial Manual Moderno México D.F. 1989.
- 20.- Gutiérrez, J.M. : "Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención en la Ciudad de México " Boletín de la Oficina sanitaria, Panamericana, 1986.
- 21.- Gutiérrez, J.M. : "La vigilancia epidemiológica de las mentales" Cuadernos de Salud Pública, México D.F. 1984.
- 22.- Kaplan L., Sadock: "Compendio de Psiquiatría." Editorial Salvat, México D.F.1988.
- 23.- Klein, M. : "Obras Completas" Tomo 2,6 . Editorial Hormé , Buenos Aires Argentina 1974.
- 24.- Lara, Tapia H. : "Algunas normas para la medición de la depresión" Neurología- neurocirugía-psiquiatría. vol. 17 No. 1 México D.F. 1976.
- 25.- López Manuel Isaias.: La Encrucijada de la adolescencia. Editorial: Distribuciones Hispánicas , México D.F. 1990.

- 26.- Medina Mora, y col : "Prevalencia de trastornos mentales factores de riesgo en una población de práctica médica general" acta psic. psicol.Amer-Lat. 1984.
- 27.- Méndez Ramírez, I.: El protocolo de investigación. Editorial Trillas México D.F. 1986.
- 28.- Padilla, P. : "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica " Salud mental, México, 1985 8(3) ;66-72.
- 29.- Pearson, G.H. : Trastornos emocionales en la infancia. Editorial Medico quirúrgico, Buenos Aires Argentina, 1986.
- 30.- Schneider, K. : Pato psicología Clínica . Editorial Paz montalvo, 3ª edición , Madrid España 1970.
- 31.- Stone, J. Church. : Niñez y Adolescencia: Editorial Hormé Buenos Aires. 1966.

CONTENIDO

Marco teórico

Introducción

1.-DEPRESION

- 1.1 Conceptualización de la depresión
- 1.2 Clasificación de la depresión
 - 1.2,1 Episodio depresivo mayor
 - 1.2,2 Sintomatología asociada
 - 1.2,3 Etiología de la depresión
 - 1.2,4 Genética de la depresión
 - 1.2,5 Bioquímica de la depresión
 - 1.2,6 Epidemiología de depresión
 - 1.2,7 Psiquiatría y depresión
 - 1.2,8 Psicoanálisis de la depresión
- 1.3 Adolescencia
 - 1.3,1 Desarrollo durante la adolescencia
 - 1.3,2 Identidad
 - 1.3,3 Vocación
 - 1.3,4 Autonomía
 - 1.3,5 Sexo y adolescencia
- 1.4 Depresión y adolescencia
- 1.5 Notas bibliográficas

2.- Planteamiento del problema

3.- Importancia del estudio

4.- Objetivos de la investigación

5.- Límites

6.- Organizació

7.- Hipótesis

8.- Variables

9.- Definición de variables

10.- Diseño de la investigación

10.1 Tipo de estudio

10.2 Muestra

10.3 Criterios de inclusión

10.4 Criterios de exclusión

10.5 Metodología

11.- Análisis de los resultados

12.,- Conclusiones

13.- Bibliografía