



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-25

T E S I N A

**“FACTORES DETONANTES QUE DESENCADENAN EL
PADECIMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA ETAPA ADOLESCENTE”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ANDREA FLORES JUÁREZ

TUTOR: MTRA. MARÍA DE LOURDES GARCÍA RIVERO

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

PAPÁ:

Siempre estaré eternamente agradecida por tu inmenso amor, comprensión y apoyo incondicional. Te dedico todos los esfuerzos que hice para terminar mis estudios porque eres un gran motor e impulsor que tengo en mi vida para haber logrado una de mis metas, una de ellas es este trabajo que acabo de concluir. Eres mi mayor orgullo y admiración por ser un ejemplar padre, al que amo con todo mí ser y de quien siempre estaré agradecida por haberme enseñado el valor del sacrificio y por dejarme una gran herencia que son mis estudios. Te amo papi.

MAMÁ:

Gracias por ser la mujer más maravillosa del mundo, porque con tus consejos, comprensión y amor has proporcionado una luz en mi camino que me ha guiado hacia las cosas buenas de este mundo. Este logro en mi vida también te lo agradezco porque gracias a ti, soy una mujer de valores y de fe, siempre tendrás toda mi admiración y respeto. Te amo con todo mí ser mamita hermosa.

ISRA:

Es un gran placer haber coincidido en tu camino, eres muy importante para mí. Te agradezco todo tu amor, comprensión, paciencia y apoyo emocional que me brindaste para lograr esta meta. Quiero que sepas que tener tu compañía y haber compartido esta bella etapa de mi vida, realmente me hace sentir muy feliz. Te amo muchísimo mi bebé.

RUTH MARLENE Y ULISES:

Hermanitos de mi corazón, les quiero agradecer todo su cariño y confianza que me tienen. También les agradezco por ser parte de mi existir, con ustedes he tenido inmensos días de alegría, ya que juntos hemos compartido muchas experiencias de locura y felicidad. Los amo como no tienen idea.

MTRA. MARÍA DE LOURDES:

Quiero agradecerle su valioso tiempo que dedico para la elaboración de este trabajo, su orientación y paciencia fueron muy indispensables para mí. También le agradezco su conocimiento, consejos y su apoyo, ya que fueron una gran arma que facilitó mi aprendizaje.

SINODALES:

Agradezco a mis profesores René Estrada y Alberto Arenas, por su participación como mis sinodales, por su tiempo, su paciencia y sus valiosos comentarios.

A DIOS:

Siempre estaré completamente agradecida por sus abundantes bendiciones a lo largo de mi vida, porque por medio de él tengo a estos grandiosos seres humanos acompañándome en todos y cada uno de mis sueños. Gracias Diosito por ser mi guía y fortaleza siempre.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	10
JUSTIFICACIÓN:	10
OBJETIVO GENERAL:	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	11
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA	12
1.1 ¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?.....	12
1.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES	15
CAPITULO 2. LA DEPRESIÓN	21
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN	21
2.2 ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?	25
2.3 CRITERIOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN.....	27
2.4 LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	35
CAPITULO 3. RECOPIACIÓN DE DATOS DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE	40
3.1 ESTUDIOS Y ESTADÍSTICAS SOBRE LA DEPRESIÓN	40
CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO QUE CAUSAN DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	49
4.1 PRINCIPALES DETONANTES QUE DESENCADENAN LA DEPRESIÓN EN LA ETAPA ADOLESCENTE	49
4.2 FACTORES BIOLÓGICOS	49
4.2.1 <i>La herencia y genética</i>	49
4.2.2 <i>Factores neuro-bioquímicos en la depresión</i>	52
4.3 FACTORES SOCIALES	54
4.3.1 <i>La familia</i>	54
4.3.2 <i>Violencia</i>	62
4.3.3 <i>Consumo de sustancias</i>	65
4.3.4 <i>El género</i>	69
4.4 FACTORES PSICOLÓGICOS	72
4.4.1 <i>Autoestima</i>	72
4.4.2 <i>Estrés</i>	75
CAPITULO 5. PRINCIPALES TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN	79
5.1 RECOMENDACIONES PARA LLEVAR A CABO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	79

5.2 TRATAMIENTO DE PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	82
5.2.1 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	85
5.3 TRATAMIENTO POR MEDIO DE LA MAGNOTERAPIA	88
CAPITULO 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	90
RECOMENDACIONES FINALES.....	102
CONCLUSIÓN.....	104
ANEXOS.....	107
REFERENCIAS.....	116

INTRODUCCIÓN:

“Podemos evadir la realidad, pero no podemos evadir las consecuencias de evadir la realidad”

Ayn Rand

En la actualidad existen numerosos detonantes que influyen para que las personas puedan padecer cualquier tipo de enfermedad y aún más si se trata de la depresión. No importa el género, la edad, cultura o economía, todos estamos expuestos a contraer algún tipo de enfermedad, esto es más probable si la persona no lleva una calidad de vida emocional y de adecuadas relaciones interpersonales. Es importante tener un equilibrio biopsicosocial, cuerpo, mente y relaciones sociales.

Uno de los errores más grandes que cometemos los seres humanos, es percibir que algo en nosotros no está en sintonía y equilibrio con uno mismo o con nuestro alrededor y por ende, pensar que no pasará nada o se solucionará con el tiempo. Eso es lo que un sujeto deprimido puede muy a menudo hacer, no buscar ayuda porque piensa que su tristeza, abatimiento y percepción sobre de él y del mundo, desaparecerán con el pasar de sus días. De igual manera, muchos de los padres de adolescentes, caen en la creencia de que el ánimo y comportamiento de sus hijos ante esta etapa, es de alguna forma “normal” y por ello no prestan la suficiente atención de lo que le puede estar ocurriendo en el adolescente.

Todo el contenido de esta investigación surge a través de la inquietud de lo que la depresión significa en el mundo y principalmente en la población mexicana adolescente, debido a que es una de las enfermedades más comunes y de las que no se toman las medidas preventivas, ni la importancia necesaria para buscar ayuda y comenzar a tratarla.

El tema de la depresión y la adolescencia, son dos términos completamente distintos, pero que sin embargo están muy relacionados, ya que retomando lo que se expuso en las líneas anteriores, acerca de que cualquier individuo puede padecer depresión, se ha encontrado numerosa información de que la población adolescente y juvenil es la que estadísticamente ha sido la más vulnerable para padecer dicha enfermedad.

Por esta razón, a lo largo de esta investigación se indagarán cuáles son los factores que giran alrededor de esta enfermedad, resaltando en tres áreas: biológica, psicológica y social del adolescente, esto con la finalidad de que se considere de gran importancia investigar sobre esos factores en tales áreas, debido a que se integra lo que es la conformación del individuo, como un ser biopsicosocial.

En este trabajo se verán los factores que más han predominado para el desarrollo de la depresión en el adolescente, únicamente se tomarán en cuenta los que han sido de mayor relevancia. A esto hago referencia, ya que pueden ser numerosos los detonantes que pueden intervenir, como desde una desilusión amorosa, el fallecimiento de un ser querido, la pobreza, entre otros.

Sin embargo en esta investigación se indagará acerca de aquellos factores que han jugado un papel importante en el adolescente, siendo estos los siguientes: En el área biológica se encuentra la genética y los procesos bioquímicos del cerebro. En el área psicológica se encuentra la autoestima y el estrés. Y, en el área social se encuentran factores como la familia, violencia, consumo de sustancias y el género. Por lo tanto, es de los que veremos a lo largo de esta investigación y como se puede notar, la depresión es una red extremadamente compleja de factores bioquímicos, psicológicos y sociales, los que, en conjunto, pueden desembocar la depresión en un adolescente.

Además, en este contenido se tendrá la indispensable información de la depresión, así como algunos antecedentes históricos, los tipos de depresiones de acuerdo al DSM-V, la CIE-10, entre otras fuentes, tipos de tratamiento y lo que es de relevancia ante este padecimiento; así mismo se describe los cambios en la adolescencia y lo más relevante de esta etapa.

Algunos de los síntomas que presenta una persona con depresión es la capacidad limitada para disfrutar la vida, sensación de irritabilidad, baja autoestima, dificultad de concentración y de relacionarse con otras personas y en ocasiones, pensamientos relacionados con el suicidio. Esto afecta de una manera terrible áreas de la vida cotidiana, como la escuela, la familia y relaciones sociales. “La parte más peligrosa de la depresión se da cuando se abre una puerta hacia el vacío. La depresión es una de

las causas más frecuentes de suicidio y pocas personas logran identificar las etapas de este trastorno emocional.” (Flaubert, 2014).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que alrededor de 300 millones de personas sufren de este trastorno mental, así como a diario 3 mil hombres y mujeres intentan quitarse la vida.

El grupo de edad en el que existen más actos suicidas es el que abarca de los 15 a los 29 años de edad, la mayoría padeció depresión antes del acto suicida y no fue detectada a tiempo. La autora Cruz (2014), en su publicación de periódico titulado “Depresión no atendida, entre los motivos que llevan a quitarse la vida, dice experto.”, refiere que el antecedente de la mayoría de los casos de suicidios es la depresión. Otros autores han indicado que los suicidios son la expresión más grave de la depresión y desafortunadamente cada año, un millón de personas se suicidan a causa de la depresión; 63 mil son de América Latina y el Caribe, de igual manera es lo que informa la OMS.

Este tema en realidad es bastante preocupante porque la población adolescente representa el grupo de edad en riesgo para la depresión y por tanto, al suicidio. Intentar abordar la depresión en la adolescencia es una tarea bastante compleja, ya que nos encontramos ante dos factores, de los cuáles muchos profesionales han trabajado y estudiado; sin embargo aún quedan dudas, existen premisas no resueltas y que se encuentran en debate.

En la etapa de la adolescencia se han obtenido datos sobre la incidencia y prevalencia de la depresión, pero primero hay que tener claro que la incidencia significa el número de casos nuevos de un determinado trastorno que se producen en un determinado periodo de tiempo; mientras que la prevalencia es entendida como el número de casos que se conocen de una determinada perturbación.

En un estudio citado por del Barrio y Carrasco (2013) y realizado por los autores Ebesutani, Berstein, Chorpita y Weisz en el año de 2012, se encontró que en población clínica adolescente, la incidencia fue de un 21% de trastornos de ansiedad, un 34% de

depresión, un 19% de hiperactividad y un 28% de problemas de conducta, lo que coloca a la depresión con mayor incidencia. Mientras que en la prevalencia, se tienen datos de que la depresión en general es muy prevalente; en todo el mundo asciende a 100 millones de personas, y son muchos los estudios que han comprobado que los sujetos adolescentes y adultos jóvenes son los que están alcanzando las prevalencias más altas.

Por tanto, la depresión ya es considerada un problema de salud pública por la alta prevalencia entre la población mexicana, debido a que en los últimos años ha alcanzado el 30 por ciento y se ha llegado a estimar que en el año de 2030, el padecimiento de la depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo.

La adolescencia es una etapa en la que crecer significa en cierta manera descubrir y comprender como separarse de los padres, definir con exactitud quiénes son en relación a la familia y a sus grupos de semejantes, así como ejercer la sexualidad y establecer relaciones nuevas. Tal proceso tiene su complejidad y es por ello que existen numerosos factores de riesgo los que pueden producir depresión en esta etapa, a su vez son factores que lamentablemente pueden llegar a la conducta suicida puesto que más del 50% de los sujetos con intentos o logros de esta conducta corresponde a sujetos deprimidos, como ya se había mencionado con anterioridad.

Detectar la depresión en el sujeto, principalmente en los adolescentes, es una tarea muy importante que se debe tener en cuenta por parte de cualquier profesional de la salud y de aquellos que trabajan con esta población, debido a que es cada vez más complicado crecer en la sociedad actual, en donde esta población enfrenta una tarea complicada para llegar a la adultez y es que la adolescencia en ciertas sociedades constituye una época peligrosa hasta para los jóvenes que tienen una variedad de factores positivos, por ejemplo: familia, vida ordenada o adultos que los cuidan.

Finalmente, a lo largo de este trabajo se verá la propuesta de la terapia racional emotiva (TRE), del enfoque cognitivo-conductual, postulada por Albert Ellis, como forma de prevención y tratamiento de la depresión adolescente porque ha sido una herramienta comprobada científicamente práctica y eficaz.

Se considera de gran relevancia que se empiece a tomar conciencia de la gravedad que puede provocar el padecimiento de la depresión, pensando cómo prevenirla y cómo es que los psicólogos, orientadores, docentes y demás profesionales, así como también los padres de familia tengan las herramientas e información adecuada para estar al tanto y actuar ante tal situación. Es por ello la inspiración de realizar una investigación que pueda proporcionar ayuda a la salud mental de la juventud mexicana.

Planteamiento del problema:

Existen numerosas fuentes donde se sostiene que la depresión es considerada una de las enfermedades mentales que más preocupan al mundo y por tanto a nuestro país. Esta enfermedad ataca a todas las personas sin importar la edad o el género; sin embargo, la población que se refleja con mayor vulnerabilidad son los adolescentes quienes al enfrentarse a constantes cambios necesitan de mayor comprensión y atención a sus dudas e inquietudes por parte de aquellos que están a su cuidado y enseñanza (padres, docentes, etc.). A partir de esta problemática se plantea el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son los factores que contribuyen más para el desarrollo del padecimiento de la depresión en la adolescencia? A lo largo de esta investigación se intentará desarrollar y esclarecer aquellos aspectos detonantes que giran alrededor de dicha enfermedad ante esta etapa en el área biológica, psicológica y social del adolescente.

Justificación:

El presente trabajo surge a través del interés de indagar acerca de la depresión en la adolescencia en relación a los factores que giran alrededor de dicho padecimiento. En la actualidad pueden ser numerosas las causas que intervienen para que se dé la enfermedad; sin embargo se intentará aterrizar los detonantes que contribuyen más en la depresión del adolescente, identificando entre los factores biológicos, psicológicos y sociales cuál tiene mayor influencia e impacto para su desarrollo y así poder brindar alternativas que mejoren las necesidades de una población que se

encuentra en un periodo de constantes cambios en los que al mismo tiempo se refleja vulnerable. Además, se pretende hacer concientizar a todo profesional y los demás lectores que esta problemática es una situación de alerta debido a que diversas estadísticas han arrojado que con el pasar de los años va aumentando el número de suicidios entre los jóvenes mexicanos, por lo que conocer qué es lo que está pasando en nuestro mundo y qué es lo que hay detrás de una enfermedad oscura que conlleva a la población juvenil optar por una acción que termine con su vida. Dicha situación es de vital importancia, por lo que no se debe dejar a un lado y se debe de empezar actuar en las familias, escuelas, hospitales y aquellos centros e instituciones que atiendan esta problemática.

Objetivo general:

Describir los factores que tienen más influencia para el desarrollo de la depresión en el adolescente a través de bibliografía e investigaciones estadísticas para la mayor comprensión de este fenómeno.

Objetivos específicos:

- Definir qué es la depresión y la adolescencia de manera detallada para el mejor entendimiento sobre el tema.
- Identificar los principales detonantes biológicos, psicológicos y sociales que conllevan el desarrollo de la depresión en el adolescente.
- Describir los factores detonantes que influyen para el desarrollo de la depresión en el adolescente.
- Proporcionar a los lectores información indispensable del padecimiento de la depresión en el adolescente.
- Proponer la terapia racional emotiva (TRE), del enfoque cognitivo-conductual como forma de prevención y tratamiento para la depresión en los adolescentes.

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA

“La juventud es la esperanza del futuro...”

José Rizal

1.1 ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es un proceso y periodo que constituyen el crecimiento físico, así como también el desarrollo emocional, intelectual y social de individuo. En distintas fuentes se nombra que la etiología del término adolescencia proviene del verbo latino: “adolesceré” que tiene como significado crecer hacia la madurez, por lo que la adolescencia es la etapa evolutiva de paso, es decir, la transformación de niño a adulto, siendo un periodo de transición y de cambio.

Hoy en día no existe una edad fija en la que todos los profesionales dedicados al estudio en adolescentes tengan una concordancia y afirmación al decir una edad fija de inicio y término de este periodo. La autora Hernández (2012), reconoce esta situación y describe lo siguiente:

La adolescencia es un concepto poco claro. Lo mismo se afirma que comienza a los 10 años que a los trece, que termina a los 18 o a los 20. Se llama “adolescente”, en tono peyorativo, al adulto que es incapaz de resolver los conflictos de su vida. Como también se usa en sentido peyorativo decirle a un adolescente que se comporta como un “niño” cuando manifiesta descontento, rebeldía, enojo, ira o frustración. (p.18).

Mientras tanto, lo que es un factor seguro ante esta etapa es que la mayoría de las características propias del adolescente se encuentra en la manera notoria y rápida de los cambios físicos que tienen, dentro de esos cambios se encuentran las poluciones nocturnas en los hombres y la menstruación en las mujeres y a partir de esta edad el cuerpo se comienza a preparar para la procreación, dando inicio así a la llamada pubertad. Harris (1996), considera que la pubertad estimula el deseo y otorga la capacidad de procreación física, estando acompañada en el anhelo de crear en otros

campos, donde al mismo tiempo el adolescente tendrá dudas, autocríticas y temores respecto de sus logros.

La adolescencia al ser una etapa de metamorfosis, surgen diversos conflictos que se ven reflejados en la preocupación de los adultos y de los mismos adolescentes. Es fundamental recordar que todo este proceso de alteraciones tendrá un gran significado intrapsíquico que le provocan trastornos que no terminarán sino con la formación de su identidad.

En el proceso de los distintos cambios que se dan en la etapa de la adolescencia, surgen las preocupaciones de los adultos, principalmente en el aspecto y las formas que el adolescente pueda tener, por ejemplo: su manera de vestir, el peinado, los modales, el léxico. En su actitud, más si esta es desafiante y de contestación. La preocupación por su futuro, de cómo se desenvolverá a nivel social, laboral y económico; además los adultos presentaran diversas quejas relacionadas de su comportamiento, típicamente como: "...cambia por nada, no se le puede decir nada, hace lo contrario de lo que le dices, no coopera en los quehaceres de la casa, se pasa el día sin hacer nada."

Mientras que el adolescente tendrá preocupación por aspectos como las relaciones personales (pareja, amistades). Otro aspecto se encuentra en la búsqueda de la libertad e independencia. La apariencia física y en la incomprensión como lo es la infelicidad y la injusticia.

Como podemos ver, son preocupaciones muy distintas, maneras de percibir las cosas totalmente diferentes tanto por los adultos como para los adolescentes; sin embargo, son cuestiones que el adolescente debe de pasar para convertirse en adulto.

Es importante no ignorar que al momento de la activación hormonal y la madurez sexual (pubertad), es cuando se inicia el proceso de la adolescencia, por consecuencia tiene que haber un cambio en todo el organismo, determinado y mediado por un marco sociocultural y al mismo tiempo cambios personales, por tanto, son también cambios psicológicos.

“En esencia, somos seres biológicos, psicológicos y sociales, y son estas tres dimensiones las que marcan nuestro desarrollo.” (García, 2000), por tanto, estos tres aspectos mencionados hacen referencia a “El Modelo Biopsicosocial de Engel”, debido a que como seres humanos pertenecemos a un mundo donde crecemos compuestos de células, vivimos en una comunidad en la cual tenemos costumbres, cultura y donde somos miembro de una familia, las cuales juegan un papel muy importante ya que pueden determinar nuestra manera de ver las cosas, adoptar ciertas conductas y comportamientos. “Cada sujeto tiene una estructura biológica, psicológica y social que puede afectar a los demás niveles de sistemas, y viceversa”. (Goldman, 2001, p.15).

En 1996 la autora Harris en su libro titulado “su hijo adolescente” nos explica que en esta etapa puede surgir en el adolescente un periodo de desilusión y cólera cuando se dan cuenta de que los padres están muy lejos de no fallar y de que además son menos importantes en la realidad de lo que eran en su idealización e ignorancia de niño.

Gastaminza, Vacas, Tomás y Oliva citado por Bassas y Tomás (1996), indican que la adolescencia es un periodo de transición largo, ya que dura años. Es más probable que este proceso sea iniciado antes por las niñas. Como promedio dura alrededor de unos 5 o 6 años.

Para estos autores, en las mujeres da inicio de los 12/13 años a los 18 años y en los hombres de los 13/14 años a los 18 años.

En la etapa de la adolescencia se distinguen tres estadios: El primer estadio es la pubertad en la cual se produce la madurez sexual, esta tiene una duración aproximada de cuatro años; dos años en la pre-adolescencia en donde surge la preparación para la reproducción y los otros dos años ya estando en la adolescencia donde se completa el proceso. El segundo estadio es la adolescencia inicial que es hasta los 17 años. Y el tercer estadio es la adolescencia final o juventud que comienza de los 17 años hasta los 18 años.

Sin embargo en un artículo de periódico redactado por Lavoz (2012), se indica que investigadores han publicado en la revista científica “The Lancet” varios estudios que

sostienen que la adolescencia va de los 10 a los 24 años de edad debido a que la maduración del cerebro finaliza a esa edad y sólo se puede considerar a una persona adulta a partir de los 25 años, debido a que el cerebro está completamente formado a esa edad.

Una de las pruebas que favorece esta afirmación se encuentran en las imágenes cerebrales, donde se señalan que las primeras áreas que maduran en el cerebro son las asociadas a las emociones. En la zona cerebral relacionada con el juicio y control de impulsos termina de desarrollarse a los 25 años. Por ello, es que lo último en madurar son los lóbulos frontales relacionada a la toma de decisiones.

Lo mismo se indica en el artículo publicado por Wallis en el año de 2013, en donde se explica que se ha demostrado por parte de la rama de la neurociencia que el desarrollo cognitivo de los jóvenes no finaliza a los 18 años, por lo que su madurez emocional, Imagen personal y el juicio se verán afectados hasta que se desarrolle completamente la corteza pre-frontal del cerebro. Otra de las explicaciones que se indican en el artículo es proporcionada por sociólogo Furedi, en donde refiere que influye de manera significativa el cambio cultural de la sociedad, ya que en la actualidad, la familia ha infantilizado a los jóvenes, lo que tiene como resultado un número creciente de hombres y mujeres que se acercan a la edad de 30 años y aún viven con sus padres. Furedi explica que se debe por una pérdida de la aspiración a la independencia y de salir adelante por su propia cuenta.

La influencia del cerebro y este cambio cultural, de alguna forma intervienen para que la adolescencia se extienda más allá de los 20 años de edad.

1.2 Características de los adolescentes

Algunas características generales que los adolescentes presentan es que sus actitudes, es decir, su conducta se manifestará como expresión de un desequilibrio que formará parte del proceso de adaptación, por lo que este desequilibrio está caracterizado de acuerdo a Gastaminza et al., citado por Bassas y Tomás (1996), en

su libro titulado “Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y adolescencia” por los siguientes puntos:

1. Alteración de su morfología: Aquí el adolescente pasara por una serie de cambios en su aspecto físico y su apariencia, que influirán en su equilibrio psíquico, surgiendo la preocupación estética, como por ejemplo el acné, pelo o el peso. También puede aparecer el temor a la deformación corporal, dando como ejemplo el excesivo o escaso pecho o el desajuste de la ropa.

2. Alteración de sus sentimientos: Se encuentra la inestabilidad emocional, la mayoría de las veces surge la emotividad exagerada de expresiones, manifestando alegría, ansiedad, tristeza, ira, euforia. Presentándose en variabilidad de tiempo, ya que en cuestión de minutos o de horas puede sentirse Dios del universo o puede sentirse nada en el mundo.

Es aquí donde también se encuentran las vivencias que tienen un impacto de cambio y pueden afectar a la vivencia de sí mismo.

3. Erotización: El funcionamiento hormonal tiene como consecuencia el incremento de hormonas sexuales mismas que producen deseo a la relación sexual, esta no siempre estará relacionada a la mera presencia individual del sexo opuesto.

4. Crisis de valores: Debido al desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central y en específico del cortex cerebral surge en el adolescente un pensamiento abstracto, por lo que dará inicio la práctica de la lógica, teniendo su propio criterio. El adolescente será un tanto pretencioso por lo que carecerá de objetividad, su análisis será constantemente egocéntrico y se desarrollará tamizado por sus contradictorios sentimientos, por ejemplo: la aceptación o rechazo, dependencia o independencia.

Como independización del modelo parental, el adolescente buscará su propio sistema de valores, criterios y normas. Lo que comporta una tendencia a la actitud de no admitir que se discutan sus afirmaciones, opiniones o ideas.

5. Proyección hacia el futuro: En esta etapa, el adolescente se comenzará a plantear a sí mismo los temas y aspectos de su futuro, siendo de gran importancia los factores como el amor, éxito y salud.

6. Necesidad de reafirmación: Todo adolescente querrá un reconocimiento propio y diferenciado, así mismo solo busca la aceptación hacia su ideal de modelo que elige ser. Surgiendo determinados estilos y por consiguiente la ejecución de actividades a las que, como pruebas de valor, se somete.

Mientras que, para el autor de la Fuente citado por Reyes (1991), hay cuatro características y aspectos fundamentales de la vida del adolescente:

1. Desde el comienzo de la pubertad se necesita la aceptación de las alteraciones morfológicas y genitales que se están sufriendo. El adolescente se llenará de inquietudes y dudas hacia su aspecto, por lo que se desencadena una preocupación exagerada sobre lo que los demás piensen de él. Habrá gran temor de no ser aceptados para el amor. El tema del sexo satura todo lo que hacen, todo será sexualidad: practica, afectiva e intelectualmente hablando. La erotización los lleva a un nuevo nivel de la capacidad de amar, de tal manera que no será fácil debido a que con frecuencia los adolescentes pueden tener una atracción homosexual, sin ser homosexuales, y antes de establecer vínculos heterosexuales. Esto manifiesta la gran dificultad que tienen para la aceptación de su recién descubierta sexualidad y hacerla compatible con su conciencia y su realidad social.

2. En esta etapa el adolescente será consciente de que sufre grandes cambios de sus sentimientos vitales, este sufrimiento surge de las mismas transformaciones de las que tendrá que dudar de él mismo y de su continuidad, lo que lo obliga a la búsqueda de un nuevo YO y en consecuencia, una diferente identidad. De alguna forma se repite la crisis de la infancia, cuando este adquiere conciencia de sí mismo y se descubre una identidad separada de la madre. Tal situación es complicada y dolorosa para todo adolescente: Ya se desligó de su pasado, le es difícil aceptar su presente teniendo la sensación de no poder hacerlo, ignorará lo que quiere en su futuro, le será muy complicado encontrarse a sí mismo, y no sólo eso, sino que además tiene que elegir

una decisión y camino en su vida, como cuál es su vocación. Es por esta razón que se le percibe soñando despierto, por lo que goza y a la vez teme de imaginar su futuro. Esta situación sucederá en el amor, las relaciones afectivas muchas de las veces serán pasionales y tormentosas, ya que tienen como finalidad definir su propia identidad. En muchas ocasiones este tipo de relaciones no son estables por el temor de perder parte de sí mismo y parte de su libertad. Esto podría ser motivo del por qué en sus esfuerzos por encontrarse, orientarse y guiarse, imita modelos, forja ídolos, o acepta grupos con una actitud de característica sobre-identificación.

3. El adolescente tendrá la necesidad de encontrar un nuevo significado a la existencia, haciendo esquemas de un nuevo concepto hacia el mundo, sobre todo en cuestiones de sus valores e ideas. Lo que aprendió en la infancia, como los valores infantiles, típicamente los rechaza o los enjuicia de forma más racional. Pasará por una sensación de que el mundo que habita no es su hogar, y todo aquello que le enseñaron (normas, conocimientos) los comparará con las vivencias de sus compañeros; este descubrimiento lo hace sentirse solo. En el tema de la religión, lo que el adolescente aceptó en su niñez como un dogma natural, ahora le podrá parecer inaceptable, esto desencadenará una dolorosa quiebra de valores religiosos.

4. Como último punto, se hace la referencia de que el adolescente pasará por una fuerte necesidad de autonomía, ya que al tener conciencia de su YO, la opone al mundo. Sus conductas poseen una notoria rebelión contra todo lo que signifique autoridad, sin importar que tal rebeldía sea consecuente de un doloroso rompimiento de vínculos protectores. Este sufrimiento se hace mayor cuando se debilitan los lazos familiares y no se pueden establecer nuevos nexos, lo cual hará sentir más fuerte la soledad. Esta es razón por la que se sentirá ansioso de la búsqueda de alguien con quien pueda entablar una relación íntima.

En el artículo de periódico publicado por Lavoz (2012), se hace referencia a la investigadora Sawyer, debido a que en uno de sus trabajos con adolescentes distingue ciertas características en tres etapas de maduración, siendo estos los siguientes:

1. De 10 a 14 años: Se da el crecimiento de la capacidad del pensamiento abstracto y se caracteriza por ser una etapa de lucha contra la identidad, cambios de humor, conflictos con los padres y comportamientos infantiles cuando hay estrés.

2. De 15 a 19 años: En esta etapa de maduración, los adolescentes pueden establecerse objetivos. Hay comienzos en el interés por la racionalidad moral y la reflexión sobre el significado de la vida. Se inicia la búsqueda de la independencia por lo que puede haber distanciamiento con los padres.

3. De 20 a 24 años: Se finaliza la capacidad cerebral para las ideas más complejas, piensan en su futuro, usan el razonamiento moral, se consolida la estabilidad emocional y se solidifica la identidad.

Otra de las características que puede presentar el adolescente, es que muchas de las veces vive en constante competencia, debido a que surge frecuentemente la necesidad de ponerse a prueba por miedo de ser rechazado, temor de los demás lo vean inútil e incompetente. Esto dificulta el problema, ya que también tiene la necesidad de ajustarse a las necesidades ajenas, de que le pongan límites para lograr la aceptación y el amor. Cuando el adolescente no logra por las buenas su propia afirmación, entonces tratará de alcanzarlas por las malas. Surgiendo así el sentimiento de que, si no puede ser el mejor, entonces tratará de ser el peor.

La rebeldía del adolescente está totalmente marcada en esta etapa, por lo que los padres deben tener cautela dada a la exagerada sensibilidad que el adolescente pasa, no cayendo en el control exagerado, y menos aún, tratar de ponerlo en vergüenza cuando ellos estén intentando forjar una relación con otro adolescente del sexo opuesto. Esta rebeldía, competitividad y terquedad de aferrarse a lo que él piensa, le hará al adolescente sentir personalidad y que es él mismo.

En 1988, para el autor Gesell, en su libro titulado "El adolescente de 15 y 16 años", refiere que particularmente a la edad de quince años los jóvenes se mueven en grupos, donde fácilmente toman la aptitud de seguir a otro intentando definir su pensamiento, filosofía y el lugar que ocupa en la vida, pero muchos se quedan en el intento debido

a que en algunos surge el desaliento mostrando ausencia de capacidad, determinación y falta de desenvolvimiento social. Si la familia del adolescente de quince años se desentiende de su desenvolvimiento, es de gran importancia que la escuela detecte y asuma esta función, debido que los adolescentes rebeldes que se desempeñan mal en la escuela tienden a abandonarla y tomar un camino que desafortunadamente la mayoría de las veces es el equivocado.

Como hemos visto con anterioridad, se ha descrito en qué consiste la adolescencia, así como sus características, por lo que la etapa adolescente es muy importante en la vida de ser humano, en donde hay una gran serie de ajustes en el sujeto así como en su entorno, donde converge su pasado y futuro. Ante este periodo, es evidente que la familia tiene un papel primordial debido a que son los que proporcionan los elementos necesarios para afrontar esta etapa, así como también interviene la sociedad y el ambiente.

CAPITULO 2. LA DEPRESIÓN

“Tus emociones no deben ser paralizadoras. No deberían defenderse. No deberían impedirte todo lo que puedes ser...”

Wayne W. Dyer

2.1 Antecedentes históricos de la depresión

La depresión aparece desde los primeros tiempos de la humanidad. Este concepto fue conocido primeramente como “melancolía”, término introducido por Hipócrates durante la época greco-romana. Cobo, (2005) hace mención de que los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., definían a la melancolía por el conjunto de aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad al que se sumaba un ánimo triste característico.

Hipócrates pensaba que la melancolía estaba ligada a la epilepsia y se debía, al igual que la manía, el delirio y la paranoia, a la reacción conjunta de los cuatro temperamentos del cuerpo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. La melancolía la producía la bilis negra.

En 1991 el autor Reyes publicó su libro titulado “Depresión y Angustia” en donde realmente nos proporciona datos históricos muy relevantes sobre la depresión que a continuación se mencionaran:

En el siglo II d.C., Areteo de Capadocia fue el primer personaje en hablar de melancolía en términos actuales, haciendo la asociación entre manía y depresión, sugiriendo que son causadas por problemas psicológicos. Menciona que los que padecen esta enfermedad se muestran desanimados y con apatía irrazonable.

En la misma época, aparece el autor Celso, hablando de melancolía y manía, en su libro “De re medica”, con términos parecidos a los de Areteo.

En el siglo II, Galeno aportó una teoría que se mantuvo hasta la edad media: La melancolía como toda enfermedad mental, se debía a ciertos humores. Mientras tanto,

el autor Soranos de Ephesus, menciona como síntomas de esta enfermedad, la tristeza, el llanto, deseos de morir, suspicacia e irritabilidad.

En la época de la Edad Media, se tenía la creencia que la melancolía era causa de demonios e influencias astrales. A partir del año 1630, se comenzó a abandonar esta idea al aparecer la obra de R. Burton, "Anatomía de la melancolía".

Durante el renacimiento, principalmente en Inglaterra, nuevas obras sobre melancolía se publicaron: En 1586, Timothy Brighth escribió "Treatise on Melacholia". En 1606, Thomas Walkington publicó su libro titulado "Optick Glass of Humors", en donde la depresión era efecto de los humores y de la influencia de los planetas. Pero con la obra ya mencionada de Robert Burton, se redescubre que manía y melancolía suelen alternarse en el mismo individuo.

En 1801, Philippe Pinel hace la observación de que en pacientes melancólicos tienen un pensamiento obsesivo, la memoria y la asociación de ideas se encontraban perturbadas, induciendo en ocasiones al individuo al suicidio. Señala como probables causas, el miedo, desengaños amorosos, pérdidas materiales o económicas, problemas familiares.

Alrededor de esos años, se describe como sintomatología del melancólico, semblante ansioso, necesidad de aislamiento del enfermo y la necesidad de permanecer la mayoría del tiempo en cama, el miedo que envuelve el uso del pensamiento y de fantasías para aumentar la sensación de culpa, la desesperación y el deseo de terminar con la existencia.

A mediados del siglo XIX, Falret hizo la observación del probable carácter familiar de la depresión, notando mayor incidencia en las mujeres.

Kraepelin, fue el autor que revolucionó la psiquiatría, estableciendo la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz o esquizofrenia. Distinguió cuatro subgrupos: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales.

A principios del siglo XX, Adolf Meyer fue quien objetó el término de melancolía y sugirió que se llamara depresión.

En 1911, Karl Abraham compara depresión con ansiedad mencionando que son instintos reprimidos, con una notable diferencia: la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación, por el contrario, la depresión aparece cuando ya se ha renunciado a la esperanza de obtener satisfacción de la libido. Afirma que la culpa del deprimido se debe a deseos destructivos inconscientes y reprimidos. A grandes rasgos, este autor tiene la idea que la depresión es una recapitulación de un trauma infantil vivido en la edad adulta.

En 1917 se publica el libro de “Duelo y Melancolía”, obra de Sigmund Freud, en donde habla de que el duelo puede ser normal, en cambio, la melancolía es patológica. En ambos se vive una sensación de abatimiento por la falta de interés por el mundo, sintiendo que no se podrá volver a amar a nadie, inhibiéndose la actividad; sin embargo, en la melancolía debida a la pérdida de la autoestima, vienen el auto-reproche y el auto-castigo irracional. Este grande psicoanalista al hacer distinción entre duelo y melancolía, describe lo siguiente: “El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo.”

Para Freud hay tres factores que intervienen para que se dé la existencia de la melancolía: pérdida del objeto, alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el Yo. En otros escritos de este autor, como “Psicología de las masas y análisis del Yo”, propone que la melancolía es resultado de una discordancia entre el Superyó y el Yo: el Superyó deposita su rabia contra el Yo indefenso; si la agresión no sale fuera del individuo, se volverá contra él mismo.

En 1928, Sandor Rado observó en pacientes que presentaban un episodio depresivo que las gratificaciones narcisistas y el mantenimiento de la autoestima dependían de los demás. Presentaban desprecio hacia ellos mismos. Este autor además años más tarde concibe la psicopatología de la depresión como una inadecuada persistencia de

patrones adaptativos infantiles en la vida adulta. También afirma que la depresión es una expiación inconsciente para recuperar al objeto de amor perdido.

En 1945, Fenichel considera que los depresivos son verdaderos adictos al amor y hace hincapié sobre la pérdida de la autoestima.

En 1946, Edith Jacobson atribuye la depresión a los desengaños que surgen cuando, a la creencia infantil de la omnipotencia de los padres sigue la desvalorización de tales imágenes. Este desengaño es causa de una desvalorización del Yo que lleva una depresión infantil primaria, la cual se reactivará por las decepciones sufridas en la edad adulta. Esta autora insiste que el principal problema de la depresión consiste en la autoestima.

En 1953, el autor Edward Bibring considera la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo. Afirma que las personas con este padecimiento tienen deseos como lo son: ser amado, valioso y apreciado; poseer seguridad y ser fuerte; ser bueno y amable.

Melanie Klein, por su parte introduce los términos de posición esquizo-paranoide y posición depresiva. A grandes rasgos lo que esta autora interpreta sobre la depresión es que hay una incapacidad de incorporar objetos buenos en el comienzo de la vida por el temor a la pérdida de los objetos amados, donde en tal proceso entra en juego la culpa y hostilidad. Ocupando un lugar central la depresión como psicopatología.

En 1949-1954, el autor Cohen y sus colaboradores realizan una investigación con pacientes maniaco-depresivos donde indican que estos sujetos buscan la aprobación social, además encontraron que normalmente nacieron o crecieron en hogares con una atmósfera competitiva y llena de envidia.

En 1970, Beck afirma que el deprimido sufre de distorsiones cognitivas y que son por causa primaria de su desorden. A lo que señala que es una triada cognitiva ya que para el deprimido todo es negativo tanto en su ambiente, auto apreciación y un futuro inseguro, a grandes rasgos, lo que este autor quiere decir, es que resalta la

característica del pesimismo ante todo aspecto que tendrá el deprimido (su futuro, los demás y a sí mismo).

La depresión tiene un número extenso de acontecimientos históricos y ha evolucionado con el pasar de los años, tanto en su nombre, sintomatología y la manera en la que los autores la perciben y la han ido clasificando, así mismo pasa con su definición.

2.2 ¿Qué es la depresión?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el año de 2013, la depresión se define como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Este es el concepto que la OMS describe de acuerdo a la sintomatología que se presenta ante la depresión; sin embargo, desde tiempo atrás se ha proporcionado diversas definiciones por parte de grandes autores que han puesto interés en el estudio de este padecimiento.

Como vimos con anterioridad la historia del concepto de depresión, se puede notar que hay bastantes aportaciones de autores con enfoques distintos, por lo que ocurre lo mismo con su definición, que su fin no es más que proporcionar conceptos que se acercan y dan una idea de lo que significa esta enfermedad que desafortunadamente muchos la padecen y que a continuación se describirán.

El psiquiatra Thomas (2016), en su artículo titulado “Repelear en el vacío la depresión en la adolescencia”, describe que para la persona que tiene este padecimiento la percepción del mundo cambia, debido a que todo a su alrededor es sombrío, lento y amenazador, lo que provoca ansiedad, aislamiento, falta de concentración y disminución de la capacidad de atención. El sujeto casi siempre se siente inútil, culpable, pierde la confianza en él mismo y constantemente se auto-reprocha. Todos sus pensamientos giran alrededor de ideas pesimistas, enfermedad, muerte y suicidio, que desafortunadamente con frecuencia se llega a la realización. Se muestra en el

enfermo un marcado desinterés por cosas que antes le parecían atractivas, perdiendo la capacidad del disfrute. Por lo general se tiene abandono hacia el cuidado personal, los movimientos se notan lentos y torpes, teniendo el pesar de que el tiempo pasa muy despacio, ansiando la llegada de la noche para descansar del sufrimiento que le causa al estar vivo. Al principio puede que este duerma bien, pero despertará por la madrugada para sentir de nuevo la desesperanza. Con frecuencia se perderá el apetito.

Esta descripción por parte del psiquiatra se muestra con una amplia caracterización de lo que es la depresión, sin embargo es necesario destacar otras definiciones que son útiles para la comprensión de este fenómeno.

En el año 1991, Reyes en su libro titulado “Depresión y Angustia”, ya antes mencionado, refiere que el término de depresión es conocido como la enfermedad de las mil caras, debido a la gran dificultad de definir esta enfermedad, por lo que este autor experto en el tema aborda definiciones sobre la depresión que son de relevancia mencionar debido a que son de reconocidos diccionarios donde tales conceptos se muestran acertados y concisos, aunque un tanto incompletas para definir esta compleja enfermedad, siendo estas las definiciones siguientes:

El Diccionario dirigido por Howard C. Warren de Psicología de la Princeton University, nos dice: “Es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico. La palabra depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza”; Mientras tanto, el Diccionario de Psicología de Friedrich Dorch, la define como: “Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibiciones del curso de pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presentan en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco-depresiva”. (p.11).

Por otra parte, el autor Arienti, en 1981 en su libro titulado “Psicoterapia de la depresión”, menciona que esta enfermedad es un pesar que no disminuye con el tiempo, dando la impresión de ser inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento precipitante. El pesar interrumpe, anula y retarda la acción, surgiendo la sensación de angustia, que puede ser complicado de contener, debido a que puede extenderse en una psique que parece llena de una alta capacidad de experimentar sufrimiento mental. La depresión puede reaparecer con frecuencia, incluso posteriormente de una aparente cura.

Todos estos conceptos tienen un gran acercamiento y nos dan una idea de lo que ha llegado a significar la depresión y como es que van muy relacionadas. Sin embargo, una de las definiciones que más completa se muestra es la de los autores del Barrio y Carrasco, que en el año de 2013 nos proporcionaron en su libro titulado “Depresión en niños y adolescentes”, siendo está la siguiente:

“La depresión en general consiste en un estado de ánimo caracterizado fundamentalmente por la presencia de la tristeza y por la ausencia del disfrute de la vida. Hay muy diferentes clases de depresiones que se establecen en función de distintos criterios técnicos de gravedad, duración y tipo de desencadenantes, pero, desde un punto estrictamente descriptivo, la situación afectiva del sujeto que padece este trastorno es una vivencia de profunda desesperanza, cansancio, una melancolía que lo invade todo, falta de entusiasmo, incapacidad para concentrarse y hacer satisfactoriamente las tareas de la vida cotidiana, sensación de inadecuación y hundimiento y, sobre todo, la convicción de que todo está mal y que no tiene arreglo”. (p.19).

2.3 Criterios clínicos de la depresión

La depresión es una palabra que ha ido evolucionando en cuanto a su definición, características y criterios, por lo que se abordará aquello que muchos profesionales desde tiempo atrás han tomado en cuenta para poder detectar este padecimiento, así como las dificultades que han llegado a presentar.

Reyes (1991) nos proporciona ciertas características clínicas que los deprimidos llegaban a presentar en común y que por ello facilitaban reconocer el padecimiento de esta enfermedad:

1. Estado de ánimo: La tristeza es lo que primeramente se refleja en el sujeto deprimido, desencadenado abatimiento, insatisfacción y llanto. Hay sensaciones de sentir un vacío e inutilidad. El llanto es constante en depresiones leves, pero en la depresión profunda, el sujeto siente una dolorosa incapacidad de llorar.

2. Pensamiento: Es caracterizada por el pesimismo, culpabilidad, autoacusación, falta de interés y motivación, así como la falta de concentración.

3. Conducta y aspecto: Se refleja en el individuo deprimido la pérdida de interés por su aspecto y su cuidado personal. Hay un retardo psicomotor que implican decaimiento e inhibición de los movimientos corporales y mentales.

4. Síntomas somáticos: Hay una pérdida en el apetito y por consiguiente baja de peso, estreñimiento, sueño ligero, diversos dolores y males, alteraciones en la menarca, pérdida de la libido.

5. Rasgos de ansiedad: se encuentra presente el sufrimiento de tensión por parte del deprimido, temores vagos e inespecíficos, prácticamente hay preocupación por todo. En ciertos casos se presentará sudoración y temblor asociados con el estado de ansiedad.

6. Variabilidad de los síntomas: Varían constantemente, dependiendo del tiempo y de las circunstancias y, en un grado considerable, del mismo ambiente. Autores han hablado sobre “depresión autónoma” que se refiere a que el estado de ánimo es fijo, sin importar lo que pase se sufrirá la misma depresión. Mientras que otros autores mencionan las “alteraciones del ritmo circadiano”, por lo que hay gran posibilidad de que, por alteraciones de ese ritmo se altere el nivel de cortisona en la sangre de algunos deprimidos.

Estos son los principales puntos que este autor consideraba para poder identificar a las personas que se encontraban bajo ese estado.

Mientras que del Barrio y Carrasco (2013) consideran y establecen varios tipos de depresión, siempre y cuando tomando en cuenta la función del criterio de división que se escoja para constituirlo, siendo estos los que se nombrarán a continuación:

- **Curso:** considerando el curso de perturbación, se puede clasificar en unipolar y bipolar; la unipolar tiene la característica de ser de un curso regular, de duración media, esto si se hace presente una buena intervención; respecto a la depresión bipolar, esta se caracteriza por presentar un curso cambiante con un polo de depresión y otro de manía que se alternan en el tiempo. Siendo un tipo de trastorno maniaco-depresiva en donde se presentan cambios cíclicos en el estado de ánimo desde la euforia, en la manía, a estados de ánimo disfóricos. Esta alteración no es tan frecuente como la distimia o la depresión mayor. En la fase maniaca el individuo presenta síntomas, como: alta capacidad de distracción, hiperactividad, irritabilidad, hiperatoestima, verborrea, ausencia de sueño, dificultades de discriminación intelectual, autocontrol deficiente y conductas de riesgo. Las fases sin tratamiento pueden durar de 6 meses a un año. Suele aparecer en la adolescencia y pueden presentarse distintos tipos:
 - Trastorno bipolar I. Se caracteriza por haber presentado al menos un episodio de manía grave entre dos de depresión de igual manera grave.
 - Trastorno bipolar II. Se caracteriza por el episodio de manía de intensidad leve, la euforia o hipomanía se alternan con periodos de depresión.
 - Ciclotimia. También se le considera como depresión psicótica, en su origen tiene mayor peso la historia familiar. Se caracteriza por presentar fases alternantes de hipomanía y depresión leve con carácter estacional. En algunas ocasiones se le ha relacionado su aparición con periodos de estrés junto con alta impulsividad y consumo de drogas.

- Severidad: Al partir del criterio de severidad se distinguirá entre Depresión Mayor donde los síntomas son numerosos e intensos y Trastorno Distímico que es más leve, sin embargo, de mayor duración.
- Desencadenante: En este criterio las depresiones pueden ser tanto exógenas como endógenas. En las endógenas el desencadene es desconocido y el episodio depresivo empieza sin ninguna explicación para el individuo y para las personas que lo rodean; en las depresiones exógenas ocurre lo contrario, ya que están bien relacionadas con acontecimientos psicosociales negativos que los familiares y el propio individuo identifican como desencadenante. En los adolescentes hay más frecuencia de depresión exógena.
- Aparición-duración: El criterio de modo y frecuencia en su aparición, se clasificarán en agudas y crónicas. La aguda se caracteriza por un episodio aislado que se asocia a estresores psicosociales graves y las crónicas consisten en episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo.
- Edad: Respecto a la población infantojuvenil se adopta un criterio evolutivo y se distingue entre depresión sensoriomotriz (1 a 3 años), preescolar (4 a 5 años), escolar (6 a 11 años) y adolescente (12 a 18 años).
- Dificultad diagnóstica: Este criterio, la función de su diagnóstico de la depresión infantil se puede dividir en pura o enmascarada, o bien esta última en mixta y la se considera como la más característica de la niñez. En la depresión pura, los síntomas son similares a los de depresión adulta y en la enmascarada se esconde la depresión entremezclada con problemas de todo orden, en especial con problemas de conducta.

Con frecuencia el término de depresión mixta se usa también para denominar la depresión acompañada de ansiedad.

Estos autores a pesar de establecer los criterios de división para constituir la depresión refieren que diagnosticar tal padecimiento no es una tarea fácil, debido a las dificultades en su comorbilidad, pues mucha de las veces es asociada con una pluralidad de trastornos tanto de tipo exteriorizados como interiorizados. Otros

profesionales creen que no es una comorbilidad, sino que ciertos trastornos aparecen juntos por ser un efecto artefactual, ya que muchos instrumentos incluyen ítems que provienen de distintos trastornos y que podría solo tratarse de un solo trastorno con sintomatología plural. Mientras tanto otros aceptan que la depresión tiene relación con otros trastornos, pero vista de diferente manera, siendo estas las relaciones siguientes:

- Los trastornos parecen juntos, porque tienen una misma causa.
- Uno de ellos es causa de otros.
- Que el tener un trastorno hace al sujeto vulnerable a desarrollar el siguiente, pero sin ser su causa.

Una de las alteraciones que aparece con más frecuencia ligada a la depresión es la ansiedad, también considerada con una base genética que la explica, pero hay muchos otros trastornos relacionados con la depresión.

Watson y Naragon-Gainey (2009) citado por del Barrio y Carrasco (2013), proponen la clasificación que agrupa los trastornos afectivos en tres grandes grupos:

- Distrés: Trastornos de ansiedad generalizada, depresión mayor y trastorno distímico.
- Miedo: T. de pánico y fobia social.
- Bipolaridad: T. bipolar I, T. bipolar II y ciclotimia.

Estas han sido algunas aportaciones de autores que han dedicado su estudio de este fenómeno. Ahora bien, veremos la definición del trastorno depresivo de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico del Trastorno Mental (DSM-V TR), publicado en su versión en español, definiéndolo de la manera siguiente:

Trastorno de depresión mayor

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

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

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

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

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

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

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

Mientras tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), nos encontramos con criterios que coinciden con el DSM-V, aunque claro, hay ciertas variaciones entre uno y otro. Para la CIE-10 la depresión será definida de la siguiente manera:

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa e inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco en ningún periodo de la vida del individuo.

G3. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

Como podemos notar la depresión es verdaderamente un fenómeno complejo que desde siglos atrás ha sido estudiado por muchos profesionales, tratando de llegar a la mayor comprensión de tal padecimiento, de hecho, fue hasta finales del siglo XIX que la comprensión de esta enfermedad dio un giro hacia la ciencia, debido a que los investigadores comenzaron a clasificar diversas enfermedades, dentro de estas se encuentra la depresión, ya que se da una clasificación de acuerdo a sus síntomas específicos y características clínicas. Uno de los principales avances se dio en la clasificación de distinguir el trastorno maniaco-depresivo, ahora llamado trastorno bipolar, de la esquizofrenia. Estas distinciones hoy en día se siguen dando y es como lo vemos en las actualizaciones de Manuales Diagnósticos (DSM-V y CIE-10), siendo de una manera más perfeccionada y sofisticada.

A pesar de que es tan abundante la información que tenemos de la depresión, se percibe la misma abundancia de numerosos estudios que han mostrado que día tras día millones de personas en el mundo son víctimas de esta enfermedad que a grandes rasgos y reiteradamente es bastante frustrante y dolorosa para aquellos que la padecen, presentándose diversos síntomas que hacen de la vida del sujeto algo nada gratificante y sin solución.

2.4 La depresión en la adolescencia

La depresión infantil y juvenil nació con el concepto mismo y fue en el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras celebrado en Estocolmo en 1971.

Bardón y Puig citado por Bassas y Tomás (1996), reiteran que la adolescencia al ser una etapa de transformación del niño en adulto, habrá bastantes cambios y modificaciones biológicas y mentales, en las que el adolescente tendrá que asumir cambios en la imagen corporal, la identidad y asumir una posición asexual, por lo que esto tendrá reajustes en la manera de situarse frente al mundo y sobre todo frente a sí mismo, tendiendo de la misma manera cambios en las relaciones familiares y sociales.

Estos al ser cambios que los adolescentes, como tal, deben asumir y que se cumplirán siempre en compañía de manifestaciones de la dificultad que suponen, dejando al individuo confuso, a la deriva, a la expectativa de encuentros no esperados y que por ello la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad en la que se pueden desencadenar muchas de las patologías, entre ellas la depresión.

Debido a tal situación no se puede dejar de señalar la incidencia de las formas culturales, las creencias, los ideales, entre otros aspectos para tomar en cuenta el grado en la que se puede presentar una multitud de trastornos mentales y del comportamiento.

La adolescencia es una edad frágil en la que se trata de impulsar, pero también se corre el riesgo de sufrir si es que las transformaciones sociales e individuales no están bien delimitadas. Las herramientas con más frecuencia utilizadas para realizar un diagnóstico ante posibles patologías, son hoy en día el DSM-V y la CIE-10 especialmente, en donde se ha encontrado que un alto porcentaje de los diagnósticos están en la franja de edad entre los 13 y 18 años. Por esta razón, los jóvenes al pasar por un periodo de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, se le considera de suma importancia para observar todos los tipos de patologías que se puedan desencadenar por cualquier tipo de desequilibrio que se vivan y es que autores han referido que es una época peligrosa principalmente para aquellos que tuvieron malas experiencias infantiles.

Una definición global para la depresión adolescente podría ser la siguiente:

“Cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta.” (Del Barrio 2002 citado por del Barrio y Carrasco 2013, p.21).

Los cambios en el estado de ánimo son la mayoría de veces en todas las edades; pero los son particularmente en la adolescencia. En este periodo la más diminuta

decepción, conlleva cambios afectivos. Es bastante notable, como de una actividad de fuerza y energía, el adolescente pueda pasar lapsos de gran pereza y abatimiento que le impida seguir con sus actividades cotidianas.

En el año 2014 el autor Berger actualizó información en el artículo titulado “Reconocimiento de la depresión en los adolescentes”, donde se indica que los siguientes puntos pueden ser un signo de depresión de los cuales los padres de familia deben estar alerta y por ende actuar de manera rápida, siendo estos los siguientes: Cambios repentinos en su comportamiento. Problemas en la escuela, como el desmejoramiento en las calificaciones escolares, la asistencia y que no quieran hacer las tareas. El alejarse de la familia, los amigos y pasar más tiempo a solas. Beber o consumir drogas, así como también los comportamientos de alto riesgo, como conducir de manera imprudente, tener sexo sin precaución o el hurto en tiendas.

Por su parte, el médico especialista en psiquiatría Thomas, en el año 2016 publicó su artículo titulado “Repelear en el vacío la depresión en la adolescencia”, donde indica que el cuadro clínico en los adolescentes no siempre es muy claro, debido a que tanto en ellos como en los niños, los síntomas pueden estar enmascarados por conductas agresivas e intensa irritabilidad.

En un artículo de periódico publicado en el año de 2011 por la autora Varela se menciona que la especialista Duque refiere de manera particular que los adolescentes presentan depresiones leves o moderadas, caracterizadas por los síntomas de cansancio, pérdida o aumento del apetito, incapacidad de sentir placer, trastornos del sueño, inestabilidad, mínima capacidad para concentrarse, baja autoestima, poco interés en actividades que antes disfrutaban e irritabilidad, siendo en los casos más alarmantes la aparición de ideas suicidas o de muerte. “La cifra de suicidios aumenta mucho entre adolescentes, por lo que rumiaciones, ideaciones, amenazas e intentos de suicidio, deben tomarse muy en serio”. (Reyes, 1991, p.95).

El adolescente muchas de las veces, tiende a buscar ayuda cuando se siente afligido, angustiado e inseguro ante ciertos aspectos que pasa en su hogar, en la escuela o en otro entorno donde se va desarrollando; muestra temor al enfrentar su enfado

acumulado contra las autoridades. Sufriendo vergüenzas, desesperación o culpas por sus inquietudes y exploraciones sexuales; en ambos sexos, la masturbación (muy a parte de la educación), la asocian a la culpabilidad y la vinculan con fantasías inconscientes prohibidas que acompañan por una conducta de masturbación. En sus relaciones sociales, siente notablemente la aceptación o el rechazo, no es extraño que surjan sentimientos de envidia por el éxito de sus compañeros o en sentimiento de temor por las exigencias de estos.

La angustia con tensión, inquietud, insomnio, muchas veces depresión y síntomas fisiológicos, son las formas más típicas que manifiestan los adolescentes para mostrar su falta de adaptación.

Para del Barrio y Carrasco (2013), es importante tomar en cuenta que la depresión es una emoción negativa secundaria que se relaciona en una primaria: el miedo.

En el adolescente el miedo y la dependencia son dos situaciones totalmente depresivas y acechan a los jóvenes hasta que logran su madurez. Estos autores además refieren que hay polémica respecto a la duración de la depresión en ellos, se formulaba si era transitoria o duradera, donde estudios longitudinales arrojan que las depresiones infantojuveniles tienen una alta probabilidad de duración, debido a que la correlación entre la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo suele ser alta al igual que su recurrencia; además mencionan que la presencia de la irritabilidad o ira, puede ser síntoma de depresión en los niños y jóvenes.

Lewinsohn, Rhode, Seeley & Klein (1999) citado por del Barrio y Carrasco (2013), en un conocido estudio con sujetos adolescentes hasta los 24 años, indicaron la continuidad de la depresión en un porcentaje cuatro veces más alto que en la población adolescente sin depresión. Otros estudios longitudinales indican que quienes llegaron a padecer algún tipo de trastorno, incluyendo el depresivo, en la etapa de la niñez, este continuaba presentándose en la edad adulta. Goodwin, Fergusson & Horwood (2004) citado por del Barrio y Carrasco (2013), mostraron que una población de individuos con edades de 8 a 21 años, indicaron que otros trastornos interiorizados en la primera

infancia, como ansiedad y retraimiento, producían una vulnerabilidad para desarrollar trastornos depresivos en la adolescencia.

Por todo lo anterior expuesto, es de gran relevancia tratar la depresión de manera temprana debido a que se puede prevenir o retrasar episodios futuros. El hecho de que el adolescente tenga apoyo familiar y escolar, podrá mejorar sus habilidades para hacerle frente y superar los períodos de bajo ánimo.

CAPITULO 3. RECOPIACIÓN DE DATOS DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE

“Debes ser el cambio que quieres ver en el mundo...”

Gandhi

3.1 Estudios y estadísticas sobre la depresión

En la actualidad los adolescentes están muy propensos a enfrentar procesos difíciles para llegar a la adultez, debido a que pasar por esta etapa implica tener desde cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que tienen un gran impacto en la vida de quienes sufren estos cambios. Es por esta razón que trabajar con la población juvenil es de suma importancia debido a la fragilidad en la que se encuentran para desarrollar cualquier patología y en la presente investigación me enfocaré en la depresión ya que es el padecimiento que va creciendo entre los jóvenes. “Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales.” (Berenzon, Lara, Robles y Mora, 2013).

A continuación, se presentarán una serie de revisiones de investigaciones y estudios que permiten ubicar a la depresión como un problema importante de salud, en donde se muestran las edades más afectadas y qué factores influyen para su desarrollo.

Para dar inicio se comenzará por hablar de un estudio realizado en Barcelona por Bardón y Puig citado en Bassas y Tomás (1996), en donde se registraron que desde el año de 1995 en el Centro de Salud Mental Infantil-Juvenil de Nou Barris hubo 490 demandas de atención, en las que 257 correspondían a edades de entre 13 y 18 años. Lo que significa que más de la mitad de consultas que generaron casi el 75% de la actividad asistencial del centro.

Los motivos por los que los pacientes pedían consulta fueron variables, destacando las demandas relacionadas con la problemática del comportamiento (en el ámbito familiar y escolar). Las actitudes depresivas y los trastornos de alimentación. Esta

investigación nos deja en claro que desde años atrás, la población juvenil presentaba actitudes depresivas, de las cuales era necesario acudir a consulta con un especialista.

En la actualidad distintas estadísticas realizadas en varios países del mundo arrojan que son cada vez más los jóvenes que muestran padecer depresión, por lo que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se prevé que en el año 2020 la depresión sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares.

Los autores Cantoral, Méndez y Nazar (2002) en su artículo titulado “Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género” exponen su estudio exploratorio entre 241 estudiantes de secundaria, siendo 133 varones y 108 mujeres, donde se arrojan datos de que la prevalencia de sintomatología compatible con depresión entre los estudiantes fue del 62.7% y se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres en comparación con los varones. Siete de cada diez de ellas se encuentran deprimidas (73.1%), respecto a cinco de cada diez varones (54.1%), diferencia significativa.

En este estudio se encuentran datos relevantes como la diferencia significativa entre varones y mujeres, debido a que en ellos la seguridad del trabajo es importante, por lo que esto puede vincularse a la responsabilidad asignada socialmente a los varones en cuanto al trabajo remunerado extra doméstico, muy vinculado a su autoestima; Mientras que en ellas es la seguridad de la vivienda, esto puede asociarse a las normas e identidades de género, donde ellas requieren de mayor seguridad y estabilidad para su bienestar. Además, se indica que factores como la violencia familiar pueden explicar esta patología en los adolescentes. En el caso particular de las mujeres adolescentes existe mayor probabilidad de padecer depresión si estas conviven con una persona alcohólica.

Toribio (2011), en su artículo titulado “La depresión rebasa a la diabetes y pega más a jóvenes”, menciona que es posible tener más riesgo de padecer depresión por factores hereditarios y bioquímicos del cerebro, llevar una vida donde constantemente nos

enfrentemos a niveles de estrés muy altos, el hecho de ser mujer y habitar en zonas rurales incrementa las probabilidades.

Este autor también nos nombra dos aportaciones importantes en su artículo; la primera se encuentra en la explicación de la doctora María Elena Medina Mora, directora del Instituto Nacional de Psiquiatría, quien nos dice que las generaciones jóvenes de la actualidad presentan más depresión que las generaciones pasadas, principalmente debido a un incremento del estrés, falta de autoestima y la exposición a todo tipo de violencia en la infancia.

Mientras que la segunda aportación la reporta la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, ya que arroja resultados de que, en la actualidad, se suicidan en promedio 128% más jóvenes mexicanos que hace 20 años. En el año de 1990 se registraron 843 suicidios de personas de entre 15 y 29 años; mientras que en el año del 2008 fueron 1,924 mexicanos de este mismo rango de edad que se quitaron la vida. 70 % de los suicidios en México son cometidos por personas que se encuentran deprimidos. “Una de cada cuatro personas presenta un cuadro depresivo a lo largo de su vida, es decir 25%. Cada vez es más común entre los jóvenes.” (Toribio, 2011).

Por parte de las autoras Garduño, Gómez y Peña, en su trabajo de investigación titulado “Suicidio en adolescentes”, publicado igualmente en el año de 2011, indican que las Estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) arroja la información de que las entidades con mayor incidencia de suicidio en los jóvenes son Tabasco, Guanajuato, Coahuila, Distrito Federal y Chihuahua. Haciendo hincapié de que muchas de esas muertes no se le atribuyen precisamente al suicidio, sino a las intoxicaciones o accidentes automovilísticos, pero en donde las autoras indican que nadie asegura que esas personas no estaban pasando por un cuadro depresivo que los orilló a atentar contra su vida.

De acuerdo a la investigación, la ingesta de medicamentos y el uso de arma blanca son los medios utilizados con mayor frecuencia para quitarse la vida. Entre las causas que se mencionan para llegar a tal acción es el disgusto familiar con cuatro de cada diez casos.

En el mismo año de 2011, en un artículo de periódico titulado “Entre 15 y 20% de los jóvenes sufren depresión o ansiedad: Xóchitl Duque”, publicado por Varela, se menciona que la psiquiatra Xóchitl Duque refiere que entre el 15% y 20% de los adolescentes en México padecen de depresión o ansiedad, siendo causadas por variación en los genes y principalmente por factores como altos niveles de estrés generados por la violencia y el acoso escolar.

En otro estudio titulado “Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México” por Berenzon et al. (2013), se menciona que en la población de México hay muchas investigaciones con adolescentes que han mostrado que los trastornos más frecuentes en esta etapa son los depresivos, ya que 7.8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con aquéllos de distimia. En este estudio se hace referencia que la gran probabilidad de la presencia de síntomas depresivos se relaciona con el maltrato, la falta de oportunidades para la realización sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores.

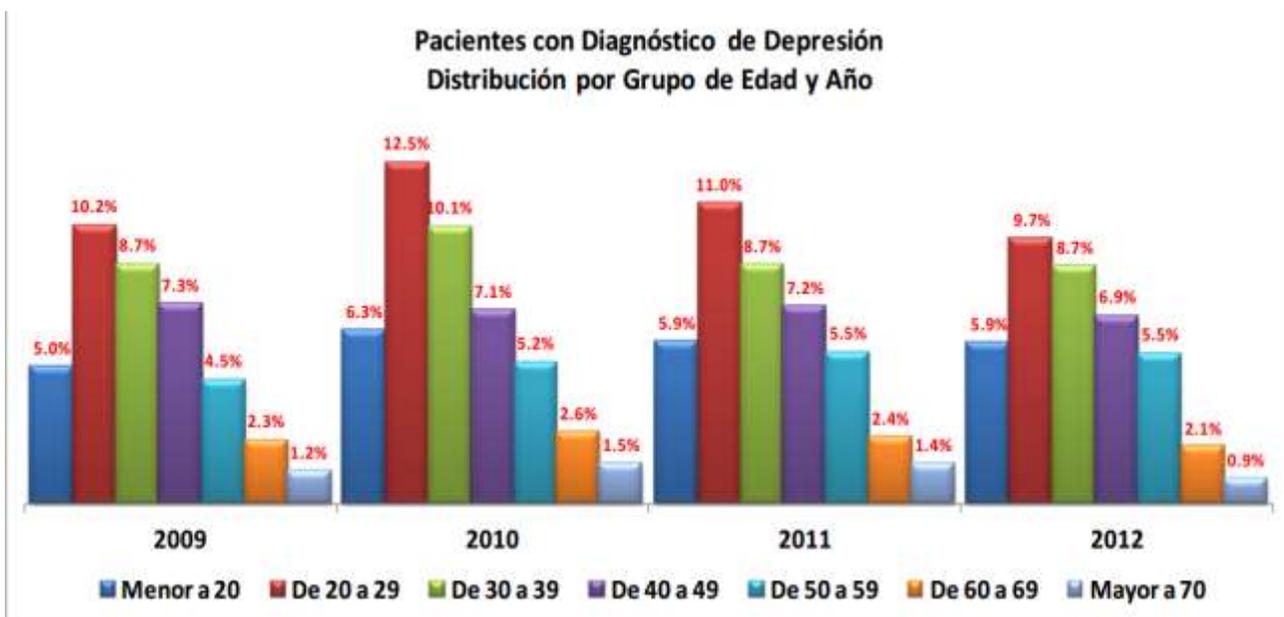
En otra investigación realizada en el año de 2013 por García, Moreno, Olivo, Fleiz y Villatoro, titulado “Relación entre parentalidad, síntomas depresivos y consumo de drogas en estudiantes de nivel medio superior”, refieren que se trabajaron con 19,600 estudiantes de nivel medio superior, nos mencionan que obtuvieron resultados en lo que de esa población la sintomatología depresiva en las mujeres fue de 22.2%, por arriba de la de los hombres (13.8%), los autores de este estudio explican que puede deberse a una diferencia de género en donde las mujeres están más expuestas a estresores interpersonales.

También en dicha investigación se nombran dos cosas importantes: La primera es que un factor que incrementa la experimentación en el consumo de alguna sustancia es la presencia de problemas emocionales que denoten depresión (ha sido difícil establecer que factor aparece primero, aunque en general es más alta la ocurrencia de la depresión). La segunda se encuentra que en cuanto a los factores familiares la

comunicación negativa con los padres y la falta de apoyo parental, inciden para que se presenten problemas de tipo conductual y psicológicos en los adolescentes.

El hecho de que los adolescentes padezcan depresión, genera cierta discapacidad en la que se ven limitados en la toma de decisiones que puede ser de suma importancia en su vida e interferir en su desarrollo.

A continuación se mostrará una gráfica donde se muestran únicamente los pacientes que han sido registrados con diagnóstico de depresión:



Fuente: CEAMEG con base en anexo de estadísticas de depresión del INP “Ramón de la Fuente Muñiz” 2013.

En estas gráficas se reflejan que los mayores diagnosticos los tiene la poblacion juvenil, esto solo es una demostración de que aquellos jovenes tuvieron en su adolescencia una depresión que más tarde se diagnosticó.

Flaubert (2014), en su artículo titulado “Depresión y suicidio en México”, menciona que de acuerdo a La Organización Mundial de la Salud, se indica que diariamente se registran 3 mil intentos de suicidios, por lo que la Secretaría de Salud estima que cada año hay hasta 14 mil intentos, sin considerar los concluidos. Además, la INEGI en el

año de 2009, registró que en nuestro país fueron 5,190 personas las que se suicidaron, siendo 4,201 varones y 989 mujeres. En base a estos datos los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar, se encuentran las personas adultas, mientras que en tercer lugar están los adultos mayores.

En la siguiente tabla se mostrará el número de suicidios registrados por la INEGI, donde podemos notar el rango de edades y el género que han cometido la conducta suicida:

Suicidios por grupo quinquenal de edad y sexo del fallecido

2013

Grupo quinquenal	Total	Hombre	Mujer
Total	5,754	4,701	1,050
10 a 14 años	168	102	66
15 a 19 años	760	527	233
20 a 24 años	852	693	159
25 a 29 años	733	618	115
30 a 34 años	630	533	97
35 a 39 años	561	477	83
40 a 44 años	498	418	80
45 a 49 años	393	338	54
50 a 54 años	282	236	46
55 a 59 años	258	215	43
60 y más años	578	511	67
No especificado	41	33	7

Nota: Suicidios ocurridos y registrados en 2013.

En algunos grupos de edad, la suma puede no corresponder al total por el sexo no especificado.

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2013. Consulta interactiva.

Es de gran relevancia mostrar esta tabla debido a que la depresión no diagnosticada aumenta el riesgo de suicidio y como se puede notar se coloca en primer lugar la edad de 20 a 24 años y en segundo a los 15 a 19 años, por lo que la población adolescente y juvenil ha sido la que más ha cometido la conducta suicida, por tal motivo probablemente todos aquellos jóvenes padecieron depresión. Así mismo se refleja que

el género masculino es el que más decide quitarse la vida. Ventas (2016) indica en su artículo que la doctora en psiquiatría Anne Maria Möller, refiere que esto va ligado a la ideología masculina tradicional y a las normas de la masculinidad que funcionan a través de expectativas sociales y del auto-concepto. Dichas normas indican que el género masculino es el fuerte, independiente, autónomo, dominante, activo, competitivo, poderoso e invulnerable. Por lo que emociones como tristeza, ansiedad, impotencia, incertidumbre e indecisión deben ser controladas y compensadas. Dichos estándares masculinos no son realistas, por lo que los hombres tienden a lidiar con los conflictos emocionales externalizándolos, por tanto, la búsqueda de ayuda lo perciben como un indicador de la falta de masculinidad, así que muchos hombres se convencen de que tienen que resolver sus problemas por sí mismos y por ello no hablan de lo que sienten.

En el año 2014, la autora Cruz publicó un artículo titulado “Depresión no atendida, entre los motivos que llevan a quitarse la vida, dice experto”, donde se hace referencia al presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Juan Luis Vázquez, quien advirtió que, en México, la depresión es un grave problema de salud que se ve reflejado cada año a las conductas suicidas de más de 5 mil personas; además refiere que por falta de información y por la respuesta negativa hacia las enfermedades mentales, los que tienen dicho padecimiento tardan alrededor de cuatro a cinco años en buscar ayuda profesional. Otro aspecto de gran importancia mencionado, es que, en el país, la mayor prevalencia de suicidios y de depresión se reporta entre jóvenes de 19 a 25 años, sector en el que la muerte auto infligida es la segunda causa de defunción.

Y para finalizar, en el año de 2016, la autora Romero publica en el mes de marzo su artículo titulado “Sufren algún trastorno emocional 90% de los jóvenes capitalinos”, donde hace referencia de que el Instituto de la Juventud (Injuve), realizó un diagnóstico de Salud Emocional Joven en el año de 2015, donde se arrojaron los resultados de que el 90% de los adolescentes en la Ciudad de México padece depresión, malestar psicológico, experimenta ansiedad, o se sienten con cierta aprensión o tensión.

La Injuve para realizar el diagnóstico entrevistó a mil 675 adolescentes y los resultados fueron los siguientes: 28.23 por ciento padece depresión, 18.28 tiene malestar psicológico, 19.82 experimenta ansiedad y 20.80 siente aprensión y tensión.

A partir de estos resultados, el jefe de Gobierno capitalino Miguel Ángel Mancera Espinosa, inaugura el 20 de abril de 2016 el Centro de Salud Emocional “Cuídate” en las delegaciones Venustiano Carranza, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc y Tlalpan, apoyando a la población que se encuentra en el rango de edad de 12 a 29 años, brindándoles ayuda por medio de terapias individuales, grupales, talleres entre otras actividades. Este modelo de atención será presentado a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para que una vez que se tenga la retroalimentación del organismo internacional se difunda en todo el país para que éste pueda ser reproducido.

Con las investigaciones y estadísticas que se arrojan de la depresión en la población juvenil, es un hecho que detectar esta enfermedad en un adolescente es de vital importancia, debido a que “la depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres.” (Berenzon et al. 2013), por tal motivo como ya se mencionó, trabajar en este problema y detectarlo a tiempo podría evitar de que de una depresión leve pase a una depresión grave y de igual manera no llegar a una de las cuestiones dichas en las investigaciones, que es el suicidio.

Ahora bien, basándonos en cada uno de los estudios e investigaciones realizados por distintos autores, es importante resaltar que la depresión en México es un tema en el que psicólogos, maestros, orientadores y padres, deberían estar alerta, ya que cada adolescente se encuentra vulnerable y propenso a desarrollar depresión. Me parece que esta idea del gobierno de fundar instituciones que brinden apoyo a esta población, es un avance para detectar, trabajar, prevenir y mejorar esta problemática, desafortunadamente es a penas que se empieza a actuar y el punto ahora es seguir

al pie de la letra y fomentar apoyo en todas aquellas instituciones donde se encuentren los adolescentes con tales situaciones.

Además contestando la problemática planteada en este trabajo que fue la siguiente: ¿Cuáles son los factores que contribuyen más para el desarrollo del padecimiento de la depresión en la adolescencia?, se puede responder que los adolescentes de hoy en día sufren de mayor depresión que los adolescentes de generaciones pasadas y son diversos los factores que pueden contribuir para que esta discapacidad se dé, entre los factores biológicos se encuentra como punto principal las cuestiones genéticas, hereditarias y los procesos bioquímicos del cerebro, entre los factores psicológicos se destaca la autoestima y el vivir altos niveles de estrés, y en cuanto a los factores sociales se nombra que la violencia, la familia en donde no se tiene una adecuada comunicación, consumir sustancias y el género son los detonantes principales para el desarrollo de dicho padecimiento.

Partiendo de todos estos factores que se arrojaron de fuentes confiables, se hace hincapié de que cada uno de ellos se abordará a lo largo de este trabajo.

CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO QUE CAUSAN DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

“No tomes decisiones basadas en el miedo...”

Jake Nickell

4.1 Principales detonantes que desencadenan la depresión en la etapa adolescente

Como se ha visto a lo largo de esta investigación acerca de la depresión adolescente, se puede decir con certeza que es una enfermedad muy grave para quien la padece, en este caso siendo principal la población juvenil. El deprimido percibe su entorno oscuro, su futuro incierto y su interior vacío, debido a que se viven grandes frustraciones y desesperanza, es por ello que el deprimido tiene un alto riesgo de poder dañarse a sí mismo, dando existencia a ideaciones suicidas, peor aún, tener intentos o realizar esta acción, por lo que esto es lo más preocupante ante esta enfermedad ya que es la causa más frecuente de conducta suicida.

La depresión es un caso de combinación de factores de riesgo que coadyuvan a la aparición de la perturbación, es por esta razón que surge la gran importancia de indagar los factores principales que contribuyen a este padecimiento en la adolescencia, por los que se abordarán aquellos que se encontraron en los estudios y estadísticas, siendo estos los siguientes: factores biológicos (herencia, genética y neuro-bioquímicos), factores sociales (familia, violencia, consumo de sustancias y el género) y factores psicológicos (autoestima y estrés).

4.2 Factores biológicos

4.2.1 La herencia y genética

Como ya lo hemos mencionado, la depresión comenzó llamándose melancolía, cuyo nombre es uno de los cuatro temperamentos de Hipócrates, a lo que en esencia expertos afirman que las emociones tienen un carácter hereditario y somático.

Allport (1961) citado por Guardia (2010), en su artículo titulado “Distinción entre temperamento, carácter y personalidad”, nos dice que el temperamento tiene su base orgánica y se transmite hereditariamente, el comportamiento de alguna forma viene de la información que llevamos de nuestros genes. Posteriormente el carácter se irá formando durante los primeros años de vida y en función de nuestro temperamento, experiencias y sentimientos vividos en estos primeros años, se desarrollará una determinada personalidad. Es por esta razón que hay estudios sobre el temperamento que han mostrado una relación entre éste y los problemas emocionales y de conducta.

El temperamento ha sido un término con un relevante papel, que el DSM-V, ha incluido un nuevo tipo de depresión la DDT o Disregulación con Disforia de Temperamento.

“Se puede sostener que el temperamento inhibido, la timidez y la ausencia de sentimientos positivos son los elementos temperamentales más frecuentemente correlacionados con la aparición de la depresión en niños y adolescentes”. (Del Barrio & Carrasco, 2013, p.30).

Reyes (1991), menciona que en Europa se han arrojado varios estudios que han dado resultados de una incidencia mayor de un trastorno afectivo en los familiares de la persona que la padece, además son las mujeres quienes son las más afectadas que los hombres.

Otro estudio que apoya la existencia de un factor genético, es el que se realizó con gemelos, ya que los resultados que se arrojan son que los monocigóticos padecen más el trastorno afectivo que la pareja de gemelos dicigóticos. Kallmann citado por Reyes (1991), encontró que los gemelos monocigóticos sufrían la enfermedad maniaco-depresiva en un 90%, mientras que los dicigóticos solo concordaban en un 26%. Además, revisó los casos de 96 familias en las que había hermanastros, donde descubrió que, en cuanto la enfermedad maniaco-depresiva, en los hermanos carnales había un riesgo de padecerla entre el 23% y 24%, por el contrario, en los hermanastros se reducía al 13 y 17%.

Se puede ver que estos estudios apoyan la existencia de factores genéticos en los trastornos afectivos.

Siguiendo el mismo tema, se publicó en el año 1969 un estudio familiar realizado por Winokur, Clayton y Reich, donde se entrevistaron a 61 maniaco-depresivos y a 167 parientes de ellos de primer grado. Los resultados arrojaron que el 3.7% de estos habían sufrido de manía, pero el 14.3% habían padecido depresión; unos tan fuerte que cometieron suicidio.

Debido a los resultados de tales investigaciones, distintos autores han concluido lo siguiente:

“Existe una transmisión dominante ligada al cromosoma X. Una transmisión así, conlleva a la aparición de la depresión en más mujeres que en hombres, y supone que las madres pueden transmitir esta enfermedad tanto a los hijos como a las hijas.

Si esto es cierto, sería una explicación del por qué hay más mujeres deprimidas que hombres. Los cromosomas X y Y son los que determinan el sexo: las mujeres tienen dos cromosomas X y los hombres tienen un cromosoma X y uno Y. Si el rasgo de la depresión es dominante, es decir, si es más fuerte el par de genes heredados, entonces la mujer tiene más posibilidades de ser deprimida. Aunque, si esto fuera válido, el padre deprimido sólo podría transmitir su enfermedad a la hija”. (Reyes, 1991, p.31).

En el año de 2011, la autora Varela refiere que la especialista Xóchitl Duque en sus recientes estudios explica que hay sujetos con predisposición biológica a desarrollar tal patología debido a que hay variaciones genéticas que pueden alterar ciertas sustancias, entre ellas la serotonina que desequilibra el estado emocional de la persona, para la especialista esto no es del todo determinante, ya que se ha observado que la combinación de estrés y factores biológicos desencadenan el padecimiento.

Por todo lo anterior, muchos afirman que la depresión es una enfermedad heredada, debido a que tiene un fuerte componente genético, lo que nos lleva a retomar lo que

el psiquiatra Thomas (2016), refiere en su artículo ya antes mencionado. Este autor indica que aquellos miembros de una familia con depresión, tienen sin duda el mayor riesgo de sufrirla que la población general. Si el padecimiento lo sufre alguno de los padres, el riesgo para los hijos se encuentra en el 28 %, en cuanto a la población en general es del 5%.

Aquellos estudios de genética en la depresión dejan muy claro que se trata de un padecimiento con un importante componente hereditario. No obstante, es de gran relevancia indicar y aclarar lo que el psiquiatra Thomas explica:

“Se hereda una predisposición para sufrir la enfermedad, la cual puede o no desarrollarse según cómo influyan los factores sociales y ambientales. Alguien puede tener la predisposición genética para ser alto, digamos de más de 1.80 m, pero si su alimentación no es adecuada quizá no pase de 1.70 m. De la misma manera, se requiere algún tipo de influencia para el desarrollo de la depresión, pero los factores que la determinan y la manera de hacerlo no están plenamente identificados.” (p.15).

4.2.2 Factores neuro-bioquímicos en la depresión

En el año 2000, la autora Weinberg publicó una conferencia virtual titulada “Psiconeuroinmunoendocrinología de la depresión”, en donde nos menciona que gracias a que se descubrieron los neurotransmisores y neuro-hormonas peptidérgicas se ha podido elaborar y comprender la posible relación entre estados afectivos y patologías neuroendocrinas en la depresión.

Los neurotransmisores aminérgicos, la noradrenalina (NA), la adrenalina (A) y la Dopamina (DA), tienen una participación clara en los mecanismos periféricos de respuesta al estrés agudo, reacciones instintivas al estrés crónico y sus correspondientes estados emocionales. Es por consiguiente que las evidencias experimentales vinculan las aminas biogénicas centrales, NA, DA y serotonina (5HT) con la patogénesis de los trastornos afectivos.

Otro de los datos que nos aporta mayor comprensión sobre los procesos por los que pasa el cuerpo ante el padecimiento de la depresión, la proporciona el psiquiatra Thomas en el año 2016 en su artículo titulado “Repelear en el vacío la depresión en la adolescencia”, indicando que el sistema nervioso controla el estado de ánimo, donde numerosos circuitos neuronales del cerebro se encargan de regular las emociones. Thomas refiere que pocas veces se toma en cuenta este proceso porque se tiene la creencia que el ánimo se puede controlar por uno mismo y que depende de cómo son las experiencias que tenemos en la vida, es decir, si nos va bien la persona se sentirá contenta y si no, probablemente sufrirá. El ánimo es el conjunto de reacciones que permiten que el ser humano se adapte a las circunstancias que viven, por tanto, la tristeza es un retraimiento de emociones y de actividad física. La alegría es la huella de una relación armoniosa con uno mismo y con el entorno.

“Los trastornos afectivos ocurren cuando algo afecta el funcionamiento de las células que constituyen los circuitos reguladores del ánimo. La incapacidad de mantener un ánimo que permita funcionar de manera adaptativa con el entorno y consigo mismo constituye el espectro de los trastornos afectivos. El estado de ánimo del afectado puede ir desde la tristeza más profunda hasta la exaltación eufórica”. (p.14).

Otra aportación que es importante mencionar, es la del autor Schildkraut (1965) citado por Weinberg (2000), quien proporcionó que en la bioquímica de los trastornos afectivos la postulación de la hipótesis aminérgica de los estados afectivos, sugiriendo que los trastornos depresivos pueden ser consecutivos a deficiencias de noradrenalina (NA) en sitios receptores centrales, mientras las manías podrían resultar de excesos centrales de Dopamina (DA).

Gracias a esta información se constituyen importantes líneas de investigación experimental, surgiendo otras hipótesis que sustentan que la deficiencia de 5HT (receptores de serotonina) sería una de las causas principales de cierto tipo de depresiones. Otros autores refieren el desequilibrio entre la neurotransmisión noradrenérgica (disminuidas) y la neurotransmisión colinérgica (aumentada).

Por otra parte, el autor Reyes (1991), hace la mención de una hipótesis que sugiere la existencia de síndromes depresivos en los que la depleción de monoaminas NE (Noradrenalina) y la indolamina serotonina (5-HT), desempeñan un fundamental papel. Lo que quiere decir que los sistemas de monoaminas, catecolaminas e indolaminas, pueden ser muy significativos en la depresión. Sugiriéndose así, que la NE y la 5-HT están específicamente vinculados con la depresión.

El exceso de una o ambas aminas lleva a los estados de manías; su depleción provoca la depresión.

4.3 Factores sociales

4.3.1 La familia

La familia es considerada por muchos autores, especialistas, profesionales, etc., como el factor social con más influencia para que se desarrolle o no, cualquier patología, en este caso, la depresión. Esto debido a que la familia es la base principal de la cual se hace humano al hombre, debido a que es el contexto donde se crece, se desenvuelve y se aprende de los vínculos con los que estamos en contaste interacción, siendo estos vínculos principalmente los padres de quienes se recibe aprendizaje, educación, costumbres, valores, etc. Por tanto, la familia es el círculo social de un niño y por consiguiente su ambiente primero donde en el individuo se configuran sus primeros hábitos. Es por esta razón que sin duda alguna, la familia se considera como una posible y probable fuente de depresión. Los inadecuados estilos de vida de las familias, provocan muchos sentimientos de frustración, culpabilidad y rabia reprimida.

De acuerdo con Tomás, Bargada y Ampudia (1996), citado por Bassas & Tomás (1996), en el libro titulado “Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y adolescencia”, indican que la interacción familiar es bastante compleja y se produce en tres niveles: A) sensorial (voz, tono muscular, calor, etc.). B) Emocional (amor, alegrías, temores mutuos y odio, tristeza y duelo, expresividad e inexpressividad, etc.). C) Cognitivo (ideas, expresión de sensaciones, juicio moral, etc.), es por ello que la familia juega un papel bastante importante para el

desarrollo de cada persona, debido a que es el medio esencial donde se organiza toda la vida del sujeto. Estos mismos autores resaltan que hay tipos de familia, así como aspectos estructurales:

En la familia normal se encuentran diversos aspectos como la limitación clara. Se encuentra presente la jerarquía que manifiesta principalmente una autoridad parental firme y se plasma una estructura flexible que permitirá la autonomía y la interdependencia dentro del núcleo, por lo que habrá crecimiento individual y maduración con satisfacción de las necesidades de cada estadio del desarrollo, así como la reestructuración adaptativa del grupo familiar, en respuesta a los cambios madurativos (internos) y ambientales (externos) de cada individuo de la familia a lo largo de su vida.

En la familia disfuncional se dará a notar la sintomatología provocada por el desequilibrio de la estructura familiar, debido a que no hay una adecuada y clara jerarquización dentro del grupo, habiendo borrosidad en la delimitación de las funciones de cada individuo de la familia. También hay una reacción inadecuada de los requerimientos producidos por los cambios de los miembros, tanto a nivel madurativo como ambiental.

A medida que pase el tiempo esta estructura básica experimentará momentos evolutivos diferentes que influirán en los procesos de maduración individual de cada individuo.

Por su parte, Reyes (1991) en su libro ya antes mencionado, nos brinda información significativa respecto a los tipos de familias que se encuentran en México, siendo estas las siguientes:

1. Familia Incompleta: Se caracteriza por ser la familia donde se encuentra la ausencia paterna; son las familias de madres solteras, abandonadas, viudas, separadas o divorciadas. Aquí los hijos crecen con una ausencia trascendente, debido a que los hijos viven una identidad con el padre del mismo sexo y una afinidad con el padre del sexo opuesto. Los hijos de estas familias carecerán de identidad o de afinidad, por lo

que esto tendrá de alguna manera gran impacto y significativita cuando el hijo llegue ser adulto.

2. Familia Completa: Es donde viven juntos ambos padres, dividiéndose en:

a) Familia Arcaica: Se caracteriza por ser la familia que sigue con sus tradiciones ancestrales. No se incorpora a la civilización puesto que tienen sus propios principios y ordenamientos.

b) Familia Clan: Se les denomina así a las familias que giran alrededor de una persona, un eje, para todo lo importante a la vida familiar y personal, por ejemplo: los principios, modos de vida, religiosidad, moralidad, criterios, diversiones. Este tipo de familia tiende a vivir un doloroso sentimiento de falta de respeto y comprensión, debido a que el jefe del clan impone a los demás miembros de la familia, sus criterios, conceptos, etc., sin importar lo que los otros puedan pensar y sentir.

c) Familia Coyuntura: Se les conoce también por este nombre a las familias Clan, que por alguna razón tuvieron que cambiarse del campo a la provincia, o de ciudad provincial a la capital. En ellas, los adultos siguen la forma de vivir que acostumbraban, sin embargo, los jóvenes, al integrarse a las escuelas, al convivir con otros compañeros que tienen otras costumbres y criterios que viven con sus propias familias, se sienten más incomprendidos; tanto del jefe del clan como de los demás adultos: dando comienzo a las barreras generacionales y el aumento en la ausencia del diálogo entre padres e hijos.

d) Familia Nuclear: Se les llama y se les caracteriza así a las familias que viven de manera integrada a la sociedad, formando un “núcleo” familiar. Este tipo de familia sufre de las influencias de los medios de comunicación masiva, de la vida social y económica que se tenga, afectando relaciones interfamiliares, agudizándose diferencias entre padres e hijos, por los distintos criterios aprendidos, por la desorganización y aislamiento creciente. Se vive un entorno donde hay falta de comunicación, respeto, comprensión y de aceptación.

De estos cuatro tipos de familias se pueden subdividir que son o tienen:

- Padres jóvenes o padres viejos, con sus diferencias de conducta.
- Padres acomodados o pobres, con marcada estratificación social y distinto sentido de lo trascendente.
- Distintas zonas o regiones, con notorias diferencias culturales.
- Religiosos o no religiosos, con diferentes normas, criterios y valores.
- Progresistas o tradicionalistas, con notoria diferencia en cuanto a conducta familiar.
- Integradas o no integradas, con los conflictos emocionales e individualismos anómicos subyacentes.

En México, se pueden destacar estos tipos de familia, donde es de importante mencionar la tendencia que tienen hacia el Machismo y Matriarcado. En las familias donde se encuentran los patrones machistas, se vive un ambiente de abierta agresión y una notable ausencia de diálogo puesto que todo depende de lo que quiera el macho, sin que importe la falta de respeto y la inseguridad hacia la esposa e hijos.

La tendencia hacia el Matriarcado, el entorno en que se vive es de chantaje emocional, lo cual será causa de una división familiar, culpabilidad, inseguridad de criterio, debilitamiento personal y depresión.

Ya se ha mencionado los tipos de familia que hay en México, ahora se describirá brevemente las problemáticas que se han presentado con los adolescentes y que de alguna manera influye para que se desencadene la depresión. Comúnmente suele suceder que en la familia donde se encuentra un adolescente, es que la mayoría de las veces, éste hace tomar conciencia de la propia adolescencia pasada de sus padres; esto sucede ya que las experiencias que los padres llegaron a tener en dicha etapa, los hace sentir obligados a comparar sus sueños adolescentes acerca de las posibilidades en la vida y el amor, con su situación presente.

García (2000), en su libro titulado "Mi hijo, las drogas y yo", respecto a esta situación refiere lo siguiente:

“La forma de vida de nuestra familia la marcamos los padres desde el principio, y normalmente es consecuencia, en parte por lo menos, de nuestra forma de vida en el pasado, en la familia de origen que ahora son los abuelos de nuestros hijos. En el mejor de los casos, intentamos corregir aquellas cosas que siempre hemos considerado “malas” en la familia anterior, para que en la nuestra no se reproduzcan y las tengan que “sufrir” nuestros hijos.” (p.55).

Este aspecto puede resultar doloroso y complicado para los padres, al tratar de evitar que sus hijos pasen por una experiencia y situación similar a la suya. Un ejemplo se encuentra en el caso de mujeres que han tomado la decisión de únicamente dedicarse a las labores domésticas y a la crianza de sus hijos o las que han optado por casarse a una edad temprana y debido a ello no han tenido otras experiencias que estar al pendiente y cuidado de su familia, la presencia de un adolescente que al crecer y desarrollarse se está convirtiendo en un ser autónomo e independiente puede recordarles su propia incompetencia.

Harris (1996), en su libro titulado “Su hijo adolescente”, encontró un adecuado ejemplo referente a lo mencionado que me parece de gran importancia citarlo debido a que en la actualidad todavía nos encontramos con mujeres que pasaron por algo muy semejante, siendo este el siguiente caso:

Una mujer de aproximadamente cuarenta años de edad, inteligente pero deprimida, se refirió a su situación en que se vio cuando su segundo y último hijo estaban a punto de marcharse de la casa. “Me casé a los diecinueve años y tuve mi primer hijo a los veinte. Teníamos muy poco dinero y durante los primeros años estuve muy ocupada con mis hijos y tratando de arreglarme como podía para guardar algo de dinero que nos permitiera encontrar un lugar decente donde vivir. A medida que los niños crecían, yo solía preguntarme con un estremecimiento qué haría cuando ellos se convirtieran en adultos. Nunca fui una mujer a la que le gustara la chismografía con las vecinas, pero cuando los niños estaban en casa, había miles de cosas que hacer: cocinar, arreglar la ropa, entretener a sus amigos. Mi marido y yo nos llevábamos bien, pero ahora

no me parece suficiente dedicarme simplemente a atenderlos. Antes de casarme, fue muy poco lo que pude hacer: apenas un breve curso de taquigrafía y mecanografía, pero de todos modos eso ni me interesaba demasiado. Era solo una manera de ocupar el tiempo o mientras me casara.

“Aún en los años en que había un montón de niños en la casa, sufría periodos de cierto decaimiento en los que me preguntaba qué estaba haciendo de mi vida: pero entonces me decía a mí misma: “eres una madre, tienes hijos a quienes cuidar... ¿qué más quieres?, y así superaba la melancolía. No quería que mi hijo o mi hija se sintieran coartados por mí, que pensarán que tenían que quedarse en casa o cerca de casa para hacerme compañía. Creo que en ese sentido logré lo que me proponía.

“Recuerdo que el pánico que me inspiraba en la adolescencia la posibilidad de no casarme. Soy la hija menor de una familia numerosa, y la diferencia de edad entre mis padres y yo era mucho mayor que la tengo con mis hijos. Mis padres me criaron con la idea de que, como hija menor, probablemente me quedaría en casa con ellos hasta que me casara, y, por supuesto, algunas de las mujeres de mi familia nunca se casaron. Por consiguiente, pienso que quizá me haya casado apresuradamente para marcharme de mi casa y tener mi propio hogar.

“No lo lamento, pero cuando estoy con mi marido, que tiene su trabajo y sus amigos, creo que no sabemos cómo hablar el uno con el otro. Los niños son lo más importante que hemos tenido en común durante todos estos años; los niños y sus amigos. Ellos eran mi trabajo; mi marido por su parte, tiene el suyo, pero siempre he pensado que es un carácter demasiado técnico como para interesarme. De todas maneras, yo también quiero tener una ocupación e intereses propios, pero no sé cómo hacer para lograrlo.”

La autora ante este caso concluye que probablemente represente la situación de muchas otras mujeres que se encargan únicamente del cuidado de su familia y hogar. Desafortunadamente no todas logran hacer de manera consciente la carga que significa para sus hijos sentir que su padres, principalmente la madre, ha podido llegar

a depender de ellos por motivos que residen en su propia vida. Esta situación puede ser una carga que el adolescente está muy vulnerable a sentir por razones propias, pero que se hace aún más pesada si se le pide que asuma la responsabilidad de complacer y satisfacer los deseos y ambiciones que sus padres no pudieron cumplir; además, los padres que presenten algún estado depresivo como se menciona en el ejemplo, ya sea por la rutina o por alguna inconformidad que estos pasan por su vida, pueden depositar dicho estado emocional en sus hijos.

Claro está que los padres tienen una gran responsabilidad con sus hijos, más cuando se trata de un adolescente debido a que en ellos surgen distintas dudas hacia sí mismos, de cómo vivir y experimentar la etapa en la que se encuentran, por lo que solo se les puede ayudar y apoyar esperando de ellos una honesta autocrítica, respondiendo con certeza, honestidad y comprensión hacia sus dudas, brindándoles en el hogar, las oportunidades y la estabilidad necesaria para llevar a cabo con seguridad hacia el logro de una verdadera autonomía e independencia. La posibilidad de acceder a una independencia para el adolescente será estimulada al comprender dicha búsqueda, esta se basará en el descubrimiento de los padres mismos, y no simplemente en la actitud de atribuir los errores de su mundo adulto.

García (2000), refiere que los padres aunque no quieran, muchas de las veces arrastran con el llamado “sentimiento de culpa” durante toda su vida y es que al ser padre se pasan por distintos sentimientos a causa de cómo han llevado la educación con sus hijos, dicho sentimientos (culpa, frustración, orgullo, alegría), se mezclan con su propia forma de vida, con sus deseos, metas y expectativas.

La mayoría de las veces no se es consciente de que los padres pueden intentar que sus hijos sean lo que hubieran querido ser, o incluso lo que no consiguieron ser. Ante esto, el autor Reyes, concluye lo siguiente:

“Presionar al adolescente a que sus metas personales sean las mismas que las esperanzas o expectativas que su padre tiene sobre él, es obligarlo a negarse a sí mismo, a creer que su felicidad consiste en hacer feliz al padre solamente, a negarse a descubrir su identidad personal, a perder su autonomía y a debilitar

su sentido de responsabilidad: todo esto lo conducirá a una fuente de depresión.” (p.99).

Otro de los casos que sucede en la familia, es que los padres al notar que su hijo adolescente está pasando por un proceso de independencia, sentirán que las cosas se saldrán de su control, ya que muchas veces existe la lucha constante frente a sus hijos, debido a que comienza la desobediencia, esto por no cumplir las reglas y normas que se establecen en casa al igual que fuera de ella. Típicamente protestarán por todo y se volverán más contestarlos.

Lo anterior mencionado, son aspectos que se dan a menudo entre las familias y esto sucede porque desafortunadamente no se encuentra la adecuada posición de relación de cada miembro, por lo que se tiene que modificar con la finalidad de reforzar la autoridad parental y así evitar enfrentamientos secundarios debido al inadecuado entendimiento de las delimitaciones de cada uno, en sus funciones. Se debe siempre establecer límites claros, precisos y flexibles que faciliten la nueva situación relacional familiar, así como promover una mayor estructuración o actividades que den alternativas para mejorar la adaptación de sus miembros.

Para que una familia se fortalezca y los adolescentes mejoren su desarrollo, se implican hábitos y los hábitos que en una familia normal debe tener es un alto nivel de autoestima, en definitiva, la buena comunicación, es decir, que esta sea clara, concreta y expresada con la mayor honestidad posible. Hay reglas familiares que son las apropiadas y se aplican con flexibilidad. La relación que se tiene con la sociedad es abierta y con actitud positiva; sin embargo, en la familia disfuncional habrá síntomas que representan mensajes no verbales dentro de un contexto de comunicación no funcional y por lo tanto alterada.

La comunicación en familia es en definitiva una de las claves fundamentales que se necesitan para favorecer el desarrollo de un adolescente. Se necesita de una adecuada administración de tiempo, de manera que haya una dedicación suficiente para formar, educar y escuchar a los hijos adolescentes. Por ningún motivo, los adolescentes deben tener la sensación de que se les está dedicando el tiempo que

“sobra” de otras actividades. Se tiene que crear una base familiar y laboral que permita disponer del tiempo necesario para que haya una relación favorable, positiva, activa y eficiente.

La autora Guerrero (2016), indica que los padres siempre deben entablar una cálida conversación con sus hijos, sin llegar a la interrogación y estar alerta a cualquier cambio de humor que tengan. Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino y Pastorelli (2003) citado por del Barrio y Carrasco (2013), mencionan que el amor, la buena comunicación, el apoyo, la implicación en la crianza, la aceptación y la legislación flexible, son las características de la crianza que más protegen al niño y adolescente de la aparición de un trastorno depresivo, debido a que el afecto positivo que emana de un ambiente familiar amable, es uno de los grandes antídotos para la depresión.

4.3.2 Violencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia es definida como “el uso intencional de la fuerza física o del poder, en los hechos o como amenaza, contra de uno mismo, de otra persona o de un grupo o comunidad, y que tiene como resultado una alta probabilidad de producir, lesiones, muerte, daño psicológico, problemas en el desarrollo o privaciones”.

Se ha encontrado una fuerte asociación entre la depresión y la violencia en los adolescentes, es muy probable que se desarrolle este padecimiento cuando se tuvieron experiencias de maltrato desde la infancia por parte de la familia, debido a que es un evento grave a los que se puede someter a un niño y en donde los efectos pueden ser perdurables porque llegan hasta la edad adulta. La autora Duhne (2016), en su artículo titulado “Los rostros de la violencia”, reitera que un niño recibe de su entorno múltiples mensajes, los cuales le darán pauta a su comportamiento cuando éste sea adulto. Si los padres maltrataron a sus hijos de manera física o psicológicamente, es porque probablemente también fueron niños maltratados. Es un factor de riesgo haber crecido en un ambiente violento, donde la falta de afecto aumenta probabilidades de que haya sujetos violentos que repiten el círculo vicioso con sus hijos. Un niño puede escuchar una y otra vez que es malo golpear y agredir a

los demás, pero si a éste se le ha tratado con insultos y golpes, si observa que sus padres se gritan y recurren a la violencia para resolver sus problemas, probablemente él entienda que es una manera aceptable de comportarse.

De acuerdo a los autores Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez (2010) citado por del Barrio y Carrasco (2013), en varios estudios se han encontrado que las mujeres que sufrieron abuso físico durante la etapa de la niñez, desarrollan en una proporción muy elevada depresión o trastorno distímico.

La autora Guerrero (2016) en su artículo titulado “Maltrato. La violencia de todos los días” menciona que tanto los niños como los adolescentes sufren de conductas violentas, entre ellas se encuentra el acoso escolar o bien, mayormente conocido como bullying. Este término del inglés “bully”, significa hostigador o matón, lo que implica el acoso, maltrato físico, psicológico o intimidación.

El Instituto Nacional de Evaluación Educativa hace referencia de un reciente estudio donde el 10% de los alumnos mexicanos de nivel primaria y secundaria han sido víctimas de acoso escolar. En las escuelas primarias el 24.2% los estudiantes refirieron en una encuesta haber sufrido constantes burlas por parte de sus compañeros, el 17% aseguró haber sido lastimado físicamente por otros alumnos. En cuanto a los estudiantes de secundaria el 13.1% indicaron que han sido hostigados por sus compañeros. También el 8.8% de los alumnos de primaria y 5.6% de los de secundaria aceptaron haber incurrido en algún acto de violencia.

Además, en dicho artículo de la autora Guerrero, nos encontramos con datos muy relevantes que indica la maestra en psicología Milagros Figueroa, donde menciona su investigación de un caso de suicidio de un chico en Suecia, descubriendo que la causa había sido que éste fue víctima de agresión durante largo tiempo por parte de sus compañeros. A partir de tal situación, la maestra tuvo más interés de indagar profundamente el tema, donde explica que aquellos que ejercen el acoso son los que de alguna manera tienen mayor poder, ya sea físico o psicológico, teniendo ciertas características como el autoritarismo, la violencia aprendida desde la familia o el

entorno, el hostigamiento hacia otros compañeros donde frecuentemente incitan a los demás para que realicen la misma acción.

Como siguiente punto, Milagros Figueroa señala que, en el género masculino, las conductas de acoso y maltrato van desde las burlas hasta las amenazas y agresión física. En el género femenino van desde los chismes, rumores y exclusión, aunque no se niega que algunas mujeres también pueden recurrir a los golpes, pero no es tan frecuente como en los hombres.

Figueroa también indica que las víctimas tienen un caracterizado perfil psicológico, ya que suelen ser personas aisladas o tímidas.

En la etapa de la adolescencia es más frecuente el bullying psicológico que el físico y, esto se puede ver reflejado en el acoso cibernético, también conocido como “cyberbullying”, tal fenómeno se presenta en las tan constantes redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram, Ask, las cuales son usadas de manera excesiva por todo el mundo y principalmente por los jóvenes quienes pueden enviar y recibir mensajes desde su computadora, celular, entre otros aparatos, donde desafortunadamente muchos de ellos llegan a ser víctimas al recibir textos ofensivos, agresivos, discriminatorios, peor aún, de amenazas, las cuales pueden hacerse anónimamente, con pseudónimos o de manera directa.

Cuando las agresiones entre los jóvenes son físicas, estas pueden llegar a ser filmadas por compañeros y subirlo a una de las redes sociales ya mencionadas. Al respecto de estas conductas, Milagros Figueroa indica que es complicado especificar las causas de tales comportamientos y precisa que ciertas teorías psicológicas refieren que un hostigador es un individuo que desde su nacimiento se desarrolló en un ambiente violento, donde aprende que cuando quiere algo lo obtiene por medio de conductas negativas como lo es la violencia. Tal situación cuando llega a ser internalizada por el sujeto, se crea una habituación en el ámbito familiar, de manera que esté, al desenvolverse en otro entorno y si se quiere algo, se repetirá esa conducta violenta.

Todo lo anteriormente expuesto tienen consecuencias graves en las víctimas, donde el padecimiento de la depresión puede desarrollarse con facilidad en el adolescente y verse reflejado en el bajo rendimiento escolar, la baja autoestima, la tristeza y cambios emocionales que son muy dolorosos.

4.3.3 Consumo de sustancias

El tema de las adicciones en la etapa adolescente es de los factores que más preocupan a los profesionales, puesto que es una de las causas que provocan conductas negativas y de riesgo para la juventud. Reyes (1991), refiere que de acuerdo a muchos autores más del 80% de los suicidios o intentos de esta conducta lo realizan sujetos deprimidos, lo cual no es una estadística exacta pero que deja en claro de la gravedad del problema y dicha estadística podría ser mayor si se presta más atención a los drogadictos, alcohólicos, o en los que acostumbran conductas de alto riesgo, lo que con probabilidad aumentaría los casos que pueden ser calificados como suicidios. Normalmente estas personas, en especial los deprimidos sufren de una depresión muy severa, quizás disfrazada, ciertamente crónica.

Se ha llegado a deducir que el padecimiento de la depresión en la adolescencia muy probablemente pueda conllevar a que los jóvenes quieran abrirse camino al mundo de las adicciones con aquella errónea idea de querer escapar de la realidad en la que están viviendo.

El consumo de alguna sustancia siempre tiene una relación de factores diversos, por lo que de acuerdo a Alvarado (1994) citado por García (2000) entran en juego un amplio sentido de frustración de las expectativas del desarrollo, del bienestar en un entorno deshumanizado e injusto, donde limita y priva la competencia, la hostilidad y la intolerancia, donde estos desajustes psicosociales llevan principalmente a la población juvenil a ser uno de los sectores más propensos a ser consumidores de alguna sustancia. Como ya se mencionó anteriormente, la depresión puede conllevar a conductas que no son nada saludables, como conductas de riesgo o la inactividad, estando entre ellas la ingestión de drogas principalmente en adolescentes.

Martínez, Robles y Trujillo (2003), en su artículo titulado “Diferencias socio-demográficas y protección ante el consumo de drogas legales”, indican que el adolescente al tener que asumir cierta responsabilidad en sus derechos y obligaciones se genera grandes temores, por lo que buscará refugio en las drogas para evadir la realidad y los sucesos propios de la vida. Park (2009) citado por Uribe, Verdugo, & Zacarías (2011), refiere que en el consumo del tabaco identificó los síntomas de depresión y el estrés en los preadolescentes, lo que pone evidentemente en riesgo su salud.

Los autores Schmitz & Hipp (2005), en su libro titulado “Cómo enseñar a manejar el estrés” citan datos muy interesantes respecto al consumo de sustancias de los adolescentes de acuerdo a la revista Time, en donde un estudio de una de las universidades más prestigiosas como lo es Harvard documentó lo siguiente:

“El hábito de los universitarios al encuestar a 17 592 de ellos en 140 escuelas: casi la mitad son bebedores “de borrachera” (definida como el consumo de cuatro o cinco bebidas por evento, cuando menos en tres ocasiones, en las últimas dos semanas. El estudio demostró también el efecto de tal práctica, tanto en los bebedores como en los demás estudiantes. Poco más de 40% de los bebedores de borrachera admitieron que faltaron a clases, olvidaron dónde estaban o qué hacían, participaron en sexo no planeado y enfrentaron cinco o más problemas (lesiones, daños de propiedad ajena, prácticas sexuales sin protección, o líos con guardias de seguridad interna) por causa del alcohol durante el año escolar. Más de la mitad de los encuestados indicaron que debieron encargarse en alguna ocasión de compañeros ebrios, que fueron interrumpidos en los estudios o en el sueño o que soportaron algún otro problema, como insultos, proposiciones indecorosas, discusiones, daños a su propiedad o agresión por parte de un beodo. Que 50% del cuerpo estudiantil esté borracho seis veces al mes sugiere que este grupo de edades adoptó una estrategia dañina e improductiva para escapar de sus tensiones”. (p. 6).

Esta situación no solo sucede con la población estadounidense, sino en todo el mundo y es un claro ejemplo de lo que los jóvenes experimentan. En México la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias se encuentra en más del 50% entre los 12 y 17 años. A sí mismo los autores Palacios y Cañas (2010), refieren que los jóvenes de ese mismo rango de edad (12 a 17 años) representan la parte más vulnerable de la ampliación de los mercados de estimulantes en general, que van desde el consumo del cigarro hasta las metanfetaminas. “El consumo y abuso de drogas por los adolescentes está ampliamente reconocido como un problema social y de salud, que en México tiene un enorme costo social por el daño que provoca a las personas y a la sociedad”. (López, 2001 citado por Uribe, Verdugo, & Zacarías, 2011, p.48).

Xóchitl Duque (2011) citado por Varela (2011), indica que el consumo de alcohol en etapas depresivas da al cerebro una sensación de tranquilidad y por tal motivo los adolescentes buscan consumirlo, simplemente porque creen reducir el nivel de tristeza o ansiedad, lo que desafortunadamente puede producir dependencia a la sustancia.

En el año de 2012, Muñoz y Cortés publicaron su artículo titulado “Depresión y drogas: el camino hacia el suicidio”, donde hacen referencia de que aquellos jóvenes que quieren atentar con su vida es porque de alguna manera tratan de alejarse de una situación que perciben como imposible de manejar, ya sea como la depresión, fracaso escolar, ser víctimas del bullying, una pérdida familiar o amorosa. Los suicidios entre los adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años de edad, han aumentado en los últimos 10 años el 75% y los motivos se atribuyen a la pérdida de expectativas, a los cambios y presiones sociales.

En el artículo también se nombran datos muy significativos que proporciona la directora de Tratamiento y Rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil, la doctora Laura León, quien explica que las causas del suicidio son múltiples y van relacionadas con el entorno y las relaciones sociales del sujeto, la especialista nos dice que el riesgo de una autolesión se incrementa con el consumo de drogas, ya que tanto estudios nacionales como internacionales han evidenciado que entre el 15% y 46% de los suicidios realizados fueron por personas que habían usado una o más drogas en los

momentos previos a quitarse la vida. También la directora y especialista explica que las sustancias con mayor asociación a depresiones severas o síndromes de abstinencia graves son el alcohol, los opiáceos y los estimulantes como la cocaína y los anfetamínicos y sus derivados.

Por consiguiente, en el año de 2013, la autora Vélez publica su artículo titulado “Depresión por drogas o drogas por depresión: las dos caras de una misma moneda”, donde se menciona que la depresión y las drogas son temas que se tratan de las dos caras de la misma moneda, debido a que van de la mano sin saberse con exactitud cuál de ellas es la causa y cuál la consecuencia, así lo refiere la autora. Por tanto, la depresión puede conducir a la persona a que desarrolle una drogadicción o viceversa.

La autora menciona que la depresión por drogas se puede desarrollar porque aquella persona que tiene cualquier tipo de adicción, trae a su vida múltiples problemas en varios ámbitos (social, familiar, laboral, económico, salud y personal). Cuando el sujeto logra percibir que todo lo que le rodea se va destruyendo, que él mismo se está haciendo daño y que las personas que quiere se van alejando, es cuando se empieza a hacer consciente del problema que se tiene, viniendo las consecuencias.

Vélez indica que tal problema se deriva de la falta de autoestima, inseguridad y miedo al futuro, lo que puede conducir fácilmente a la depresión, ya que es muy complicado que se dejen las adicciones donde hay una lucha de sentimientos de angustia, desánimo, falta de ilusión y cansancio (síntomas de una depresión). La depresión por drogas no puede ser tratada con los mismos métodos que una depresión grave provocada por otras causas, sino que ha de ser un tratamiento conjunto para superar la depresión y la adicción.

Mientras tanto, en la drogadicción por depresión, Vélez encontró que hay casos en los que la persona con depresión se refugia en el mundo de las drogas en un intento erróneo de acabar con su malestar. Esto ocurre porque muchas veces no se identifican los síntomas de depresión, lo que lleva a la confusión y se buscan otros medios para encontrar respuesta al estado de ánimo, lo cual es un grave error.

Finalmente, el autor García (2000), arroja la conclusión respecto a esta temática de que el problema de las drogas puede consumirlas cualquier persona, en cualquier momento, sin discriminar sexos, religión o nivel económico, siendo la familia pieza fundamental para que un adolescente alcance por sí mismo la maduración suficiente para una eficiente toma de decisiones al ser críticos sin ningún tipo de influencia, obligación o presión. Recomendado a los padres que siempre sea necesaria la preparación en los aspectos en los que se sepa que no hay una adecuada formación, reconociendo aquellas carencias y por consiguiente tratar mejorarlas.

4.3.4 El género

Muchas de las veces nos hemos encontrado con información de que estadísticamente se ha afirmado que las mujeres son las más propensas de sufrir depresión que los hombres, y es que ya sea por causas físicas o sociales, a nivel mundial el sector femenino es el más vulnerable a sufrir de depresión. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se afirma que el género femenino es el que se encuentra más propenso de sufrir depresión o episodios/trastornos de ansiedad que los hombres.

La tendencia de que la mujer supera al varón en esta proporción es muy mencionada, pero solo a partir de los 11 años y la explicación de este fenómeno es plural. Una de estas explicaciones se encuentra en lo biológico, debido a que se relaciona la depresión con hormonas femeninas. La otra se encuentra en lo ambiental, ya que se funda en la diferencia de los distintos papeles unidos al género. Por lo que a continuación se hablará de esos puntos.

Una de las explicaciones biológicas ya se ha dado con anterioridad en el apartado de la herencia y genética, donde se explica el papel que juegan los cromosomas X y Y, para que estos puedan conllevar a la aparición de la depresión en más mujeres que en los hombres.

Mientras tanto, en la revista digital “depsicología.com”, se encuentra un artículo titulado “¿Por qué las mujeres sufren más depresión que los hombres?”, publicado en el año 2014, donde se indica que de acuerdo al coordinador de la Fundación de Asistencia Nacional para la Ayuda al Enfermo de Depresión, José Ramón Pagés, éste menciona

que la depresión afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres pero, sin embargo, los hombres son quienes más se suicidan. Dicha situación es entendida por la transmisión cultural y la educación, ya que los hombres al llorar muestran el síntoma de debilidad y falta de masculinidad, lo que lleva a que vayan callando y aguantando los problemas hasta que llega el momento en el que se desbordan.

En cambio, las mujeres, su rol ante la sociedad, se encuentra en la lucha continua de mantenerse por ser tratada y valorada de manera equitativa en el trabajo, teniendo los mismos deberes y derechos; sin embargo se sigue dando este aspecto en el que rol de la mujer sigue siendo en la madre y esposa cuidadora y protectora, al que se le suma no sólo el trabajo del hogar sino el trabajo fuera de este. Todos esos aspectos pueden provocar cansancio, agotamiento y frustración, que influye en constante tensión que puede derivarse en depresión.

En otra revista digital llamada “Nueva Mujer”, se encuentra un artículo titulado “Depresión, ¿por qué afecta más a las mujeres que a los hombres?” publicado en el año 2015, se hace referencia de que diversos estudios estadísticos sobre depresión, han demostrado que una de cada cinco mujeres sufre de esta enfermedad, mientras que en los hombres es uno de cada diez.

Una de las causas sociales que se han encontrado es la violencia contra las mujeres debido a que afecta directamente su estado de ánimo y de acuerdo con la ONU, aquellas mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual tienen el doble de posibilidad de sufrir depresión y desafortunadamente una de cada tres mujeres a nivel mundial ha experimentado dicha situación en algún momento de su vida.

En este artículo también se habla sobre las investigadoras de la Universidad de Michigan, Susan Nolen y Carla Grayson, quienes con los avances tecnológicos como la resonancia magnética, descubrieron que el cerebro de aquellos sujetos con depresión es muy diferente de aquellos que no la padecen, siendo una de las causas la influencia de las hormonas femeninas que van cambiando a lo largo de la vida, como la pubertad, días antes de los períodos menstruales, el posparto y la menopausia, así lo relacionan las investigadoras.

Susan Nolen y Carla Grayson, también estudiaron las diferencias de la depresión entre hombres y mujeres, en donde descubrieron que las mujeres responden de manera más prolongada y profunda ante eventos estresantes y de violencia. Las investigadoras refieren que aún no descubren la causa del por qué algunas mujeres son más propensas a padecer depresión que otras que se han enfrentado ante una situación de violencia y estrés.

En este factor social del género se ha mencionado el por qué las mujeres tienen más probabilidades de sufrir depresión, pero ahora se indagará qué pasa con las mujeres adolescentes. En un artículo publicado en internet en el año de 2011 por el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), titulado “¿Cómo afecta la depresión a las niñas adolescentes?”, se menciona que las niñas tienen más probabilidades de padecer depresión que los niños y se señala que investigaciones arrojan distintas posibilidades de razones para esta desigualdad.

Se ha observado que entre las niñas adolescentes, los cambios biológicos y hormonales que ocurren durante la pubertad sean las causas del fuerte aumento en los índices de depresión. Cabe resaltar que durante la pubertad no hay diferencias entre ambos sexos, pero con los cambios y desajustes hormonales que sufren principalmente las adolescentes, como lo es el síndrome premenstrual grave o “trastorno disfórico premenstrual“, hay una mayor incidencia en las mujeres adolescentes de sufrir depresión.

En este artículo también se hace referencia de otro estudio que detectó que las niñas a diferencia de los niños, tienden a dudar más de sí mismas, de su capacidad para solucionar problemas y de considerar que esos problemas no tienen solución. Además en ese mismo estudio se demostró que las niñas tienden más a necesitar un mayor grado de aprobación y de éxito para sentirse seguras, por lo que esto puede ser una tendencia de generar síntomas depresivos.

Sin embargo, la conclusión que se llega a sostener por muchos autores es sobre la cierta influencia que tienen los cambios biológicos y hormonales que ocurren durante la pubertad como las causas posibles del aumento de índice de depresión entre las

mujeres adolescentes, aunque sería muy simplista decir que esa es la mayor razón. Más bien, todo es un conjunto y son distintos los factores que influyen para el padecimiento de la depresión.

4.4 Factores psicológicos

4.4.1 Autoestima

La autoestima es tan importante en la vida del sujeto, tanto que su ausencia se considera como el síntoma esencial de la depresión. “La autoestima se ha definido como el concepto que tenemos de nuestra valía personal, que involucra todos nuestros sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias que sobre nosotros mismos hemos recogido en el trayecto de nuestra vida”. (Mejía, Pastrana, & Mejía, 2011, p.3).

Por otra parte la autoestima también se definen como: “Apreciar el propio valor e importancia, tener el carácter para responder por sí mismo y actuar en forma responsable con los demás”. (Palladino, 1992; Brooks, 1992 & Branden, 1998 citado por Maíz 2003, p.55).

La autora Sorensen (2006), ha dedicado gran parte de su vida trabajando el tema de la autoestima. En su libro titulado “Romper las cadenas de la baja autoestima”, refiere que tener autoestima baja, es un trastorno del pensamiento, donde el sujeto se refleja a sí mismo como no digno de amor, inadecuado e incompetente. Este problema se va formando durante la niñez, cuando la persona se encuentra desarrollando la percepción y visión de si mismo.

La baja autoestima es una temática seria, ya que puede afectar relaciones, provocadas por un miedo que crea vidas en las que se cree que jamás se alcanzará un completo potencial, habiendo desequilibrios emocionales y frustración. Maíz (2003), en su libro titulado “Discapacidad y autoestima”, menciona que uno de los mayores obstáculos para el éxito se encuentra en la falta de confianza en sí mismo, que se origina por la ausencia de autovaloración y autoconcepto positivos. Este autor también hace referencia a las características de la autoestima positiva y negativa.

En las personas con la autoestima positiva se refleja la facilidad de interactuar e influir de manera sana en los demás, se nota entusiasmo al enfrentar retos y actividades nuevas, poseen capacidad de cooperar y asumir responsabilidades, sienten orgullo por sus logros, saben aceptar frustraciones y buscan ser independientes. Por el contrario, los que tienden a tener autoestima baja, de acuerdo a Pierangelo & Jacoby (1998) citado por Maíz (2003), harán comentarios de desprecio hacia sí mismo, tienen poca tolerancia a la frustración, fácilmente se encuentran a la defensiva, hay suma importancia a la opinión de los demás, constantemente culpa a los demás por sus problemas, tiene escasos sentimientos de poder y control, con facilidad evita las experiencias que le provocan tensión.

En un estudio realizado en el año de 2003 por González, Ramos, Caballero y Wagner, reportó que los estudiantes adolescentes que presentaron depresión, ideación e intento suicida, tienen una relación conflictiva ya sea con su padre o madre, además se indicó que estos discuten por problemas económicos y además, estos adolescentes padecen de muy baja autoestima.

En el año 2010, Larraburu en su artículo titulado "La autoestima en la adolescencia", refiere que en esta etapa es muy probable que el adolescente viva inseguridades, complejos y vergüenzas que lo harán sentirse de alguna manera disconforme con sí mismo, lo que podría llegar a ser una gran fuente de depresión, estrés y ansiedades. Esta autora menciona que si el adolescente tiene autoestima alta, se tratará con respeto, defenderá sus derechos y atenderá sus necesidades; si por el contrario, el adolescente tiene autoestima baja, tenderá a humillarse, pondrá en primer lugar las necesidades de los demás antes que las suyas y pensará que no tiene nada que ofrecer.

Una cuestión fundamental de la autoestima es la auto-aceptación, lo que significa que se reconoce y admite cada parte que forma el cuerpo y la forma de ser de cada persona, es decir, las deseables y las no deseables, las positivas y las negativas, los puntos fuertes y débiles, teniendo así la aceptación total de lo que nos forma como seres humanos.

La autoestima baja puede generarse de la excesiva crítica de los padres. A veces, sin mala intención tienden a comparar a sus hijos con otros niños o con sus propios hermanos, caen en ponerles etiquetas y se les pasa premiar las acciones buenas y solo se reprocha, desaprueba y se recuerda las malas. Es por ello que para la autora Larraburu, menciona que en lugar de brindar una adecuada educación, se logran efectos contrarios a los deseados y que provocan inseguridad en los hijos.

En la adolescencia pasa con frecuencia que los jóvenes se critiquen entre ellos, surgiendo algunas de las veces el bullying, evidenciando algún defecto físico y acudiendo al rechazo por percibir una “distinción”.

Esta situación se convierte en un problema cuando los adolescentes llegan a creer las críticas y les surge el pensamiento de que son menos valiosos que los demás. Cuando esto sucede, el adolescente buscará ser alguien que sólo está pidiendo ser aprobado y valorado por otros, y en su necesidad de evitar el rechazo, tenderá a humillarse y dará más de lo que se merece para que lo quieran.

Pick y Vargas (1997), en su libro titulado “Yo, adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas”, refieren que la autoestima se forma desde la infancia debido a que es la etapa donde aprendemos el sentimiento del valor propio. A través de las primeras experiencias y comunicaciones de las personas con las que se va creciendo, se irá formando la imagen de uno mismo, habiendo comparación de esa propia imagen y valer contra el que se da en el mundo adulto. En las primeras comunicaciones se reciben las ideas que otros tienen hacia el niño, así como las distintas opiniones en las que qué tan capaz es para hacer o no hacer las cosas, qué tan agradable o no lo es, se transmite la confianza y qué tan dependientes o independiente lo harán de los demás. Es así como a medida que transcurre el tiempo, el adolescente irá asimilando el concepto que los demás le transmitieron.

Larraburu (2010), en su libro ya antes mencionado destaca los siguientes puntos para que el adolescente pueda mantener la autoestima de una manera acorde y adecuada:

- Recordar con frecuencia los logros y éxitos por muy pequeños que estos sean.

- Identificar los puntos fuertes y pensar en ellos.
- Realizar una lista de las cualidades que se tengan, recitarlas en voz alta y frente a un espejo.
- Escribir en una hoja de papel las etiquetas negativas y a lado de ellas escribir una afirmación más compensativa.
- Tener en cuenta y pensar que uno mismo no es responsable de que los demás sean felices.
- No aceptar por buenas todas las opiniones que se hablen de uno mismo. Lo mejor se encuentra en reflexionar y pensar si están basadas en hechos racionales.
- Tener la aceptación de las debilidades y errores como comportamientos. Los comportamientos son cosas que se pueden modificar, los errores no afectan el valor personal. Uno mismo es uno mismo y los errores son acciones que se pueden corregir y aprender de ellos.
- Evitar la comparación con los demás, no olvidando que no se es inferior ni superior, uno mismo es único y cada quien sigue su propio rumbo.
- No decir "sí" a todas las cosas que se piden solo para evitar que el otro se enfade.
- Y como último punto, hacer lo que uno mismo quiera hacer y no lo que los demás crean que se debe de hacer.

4.4.2 Estrés

En diversos estudios se revela que el estrés es uno de los detonantes que tiene gran peso para el padecimiento de la depresión y a continuación se explicará el por qué.

Los autores Heim y Nemeroff (2001) citado por del Barrio y Carrasco (2013), indican que en cuanto a la neurobiología de la emoción se explica que aquellas personas que pasan por un evento de estrés, experimentan cambios neuroendocrinos que consisten en una hiperreactividad de corticotropina que incrementan los cambios

neurobiológicos asociados a la aparición de una reacción emocional negativa que convierte a las personas más vulnerables a la aparición de la depresión.

Por su parte, los autores Schmitz & Hipp (2005), en su libro titulado “Cómo enseñar a manejar el estrés”, mencionan que este factor en los adolescentes parte de dos componentes, uno interno y otro externo, pues en lo interno se posee la tensión natural del crecimiento, ya que en esta etapa hay múltiples labores del desarrollo como lo es el crecimiento físico, mental y emocional, en donde también se llevan a cabo ajustes psicológicos que implican estos cambios.

En el componente externo se encuentra el hecho de enfrenar día a día tensiones de la vida cotidiana, en donde se está en una sociedad violenta, familias disfuncionales debido a la mala comunicación, la economía es cambiante y por ello abunda el desempleo y en donde en el mundo hay gran influencia negativa que va desde la sexualidad en la televisión, materialismo desenfrenado, violencia escolar y grupos nocivos de semejantes hasta el traficante de drogas. Tal situación hace que se coloque al adolescente en una cultura que no ofrece un periodo seguro para crecer y desarrollarse adecuadamente, ya que de alguna manera estas influencias sociales afectan a la población juvenil, donde hay una gran susceptibilidad de estrés.

La psicóloga Durand, como miembro de la Sociedad Psicoanalítica de México publicó en el año de 2010 su artículo titulado “La relación entre el estrés y la depresión”, explicando que el estrés es un mecanismo de supervivencia, debido a que es una respuesta rápida y natural del cuerpo ante una sensación de peligro y cuando el individuo siente una amenaza utilizará distintos mecanismos de defensa.

El cuerpo al tener la capacidad de reaccionar ante cualquier amenaza, liberará adrenalina, lo que aumenta la cantidad de glucosa en la sangre y de aquellos factores que protegen el sistema inmunológico. Estas reacciones son naturales y permiten enfrentar dichas amenazas. Durand indica que debido a las demandas del entorno y de las que las mismas personas se llegan a imponer, provoca que el estado de alerta se sostenga por periodos de tiempo demasiado prolongados, lo que puede conllevar

diversos trastornos (ataques de insomnio o de ansiedad, dolores musculares, trastornos en la atención y depresión).

Por tanto, el estrés al ser una reacción natural del cuerpo ubicada en el cerebro, detecta los estresores provocando respuestas fisiológicas para enfrentar amenazas; sin embargo la frecuencia e intensidad muy elevadas en estas respuestas pueden llegar a alterar las funciones fisiológicas normales e influir en el estado de ánimo de los sujetos. Es aquí donde se hace hincapié a la depresión, debido a que esta también altera las funciones fisiológicas e influye en el estado de ánimo, siendo evidente que se tratan de enfermedades muy diferentes, pero que desafortunadamente en la actualidad se llega a confundir una con otra.

Durand refiere que el estrés puede llevar a la depresión y la depresión puede provocar estrés, añadiendo que no todas las depresiones tienen origen a estados de estrés y no siempre el estrés es resultado de una depresión. Sin embargo admite que el estrés intenso y constante aumenta el riesgo de caer en depresión.

Siguiendo la misma línea, en el año de 2016 la autora Sanz en su artículo titulado ¿Por qué el estrés prolongado causa depresión?, se menciona que el estrés aumenta la actividad cardíaca, la respiración es agitada, aparece sudoración en las manos y la boca se seca. La autora alude que el constante estrés solo empeora la situación debido a que puede desembocarse en una depresión.

Además, esta autora hace referencia a los datos obtenidos de la revista Nature, en donde Científicos de la Universidad de Washington dan a conocer un mecanismo molecular que explica el vínculo entre una situación de estrés crónico y los trastornos depresivos, lo cual se trata sobre un péptido llamado hormona liberadora de corticotropina (CRH), esta se sintetiza en el cerebro estresado, afectando la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, siendo una región del cerebro vinculada con la recompensa, motivación, el comportamiento social y el placer.

En situaciones normales, cuando algo resulta motivador o excitante, la corticotropina se une a un receptor cerebral y desencadena la liberación de dopamina, lo que hace

que una persona se sienta bien; sin embargo cuando el estrés se vuelve prolongado, este mecanismo falla porque la dopamina se deja de liberar y altera los procesos químicos que aportan la sensación de placer y bienestar, a lo que los investigadores calculan que el efecto dura alrededor de tres meses tras un episodio de estrés, lo que explica el por qué se puede conducir al padecimiento de una depresión.

CAPITULO 5. PRINCIPALES TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN

“Debes comenzar a pensar en ti mismo como la persona que quieres ser...”

David Viscott

5.1 Recomendaciones para llevar a cabo en el diagnóstico y tratamiento de la depresión

Hoy en día existen numerosos tratamientos para trabajar el problema de la depresión y a continuación se expondrán los más utilizados y con más eficacia, pero antes de abordar dicha temática me parece importante mencionar las recomendaciones de autores que nos brindan ciertos puntos que no se deben dejar a un lado.

Primeramente, la autora Durand (2010), indica siempre la búsqueda de un profesional ante cualquier sospecha de depresión o alguna otra enfermedad, para determinar si la persona sufre el padecimiento, siendo necesaria atenderla a tiempo, ya que de lo contrario se pueden tener repercusiones graves en la salud. Únicamente mediante el diagnóstico específico se podrá establecer el tratamiento adecuado.

Para Durand es muy recomendable llevar a cabo una terapia donde se pueda hablar libremente acerca de lo que está pasando y sintiendo el sujeto, esto permitirá ahondar e identificar las causas de su depresión y ser capaz de contrarrestarlas. También recalca que es de relevancia detectar cuáles son los posibles factores que lo provocan, cuál es el motivo y así evitar que la situación se salga de control. Finalmente la autora refiere que aprender a relajarse y descansar incrementa los niveles de serotonina, lo que ayuda al sistema inmunológico, permitiendo apreciar las cosas con cierto grado de objetividad.

Como segunda recomendación, la proporcionan los autores del Barrio y Carrasco (2013) en su libro ya antes mencionado, los expertos indican que para un previo diagnóstico es siempre eficaz evaluar en distintos periodos de tiempo, usando una metodología múltiple y llevando a cabo una adecuada comparación entre la persona y su grupo, tomando siempre en cuenta la edad y la cultura a la que pertenece.

Para la elección de instrumentos, los autores recomiendan tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. El coste y tiempo que se adquiere en su administración.
2. La conjugación del instrumento con el tipo de estudio.
3. Utilización de un instrumento que haya sido empleado anteriormente y que permita llevar a cabo comparaciones.

Se considera que desde el comienzo de la evaluación se tiene que aceptar al adolescente como el mejor informante para las escalas, cuestionarios y listados de conductas y, posteriormente considerar a los adultos, profesores y compañeros como fuentes de complemento.

Para estos expertos, también tener en cuenta las técnicas de evaluación en adolescentes es de gran relevancia para que los demás profesionales se familiaricen al conocerlos de manera amplia y que se puedan aplicar de manera adecuada.

El modelo médico, con una metodología cualitativa categorial, utiliza como una técnica de evaluación la entrevista.

El modelo cuantitativo dimensional usa los registros, auto informes y listados de conducta como los instrumentos más habituales. Las técnicas de evaluación objetivas que tratan de evaluar los signos fisiológicos asociados a la conducta depresiva. A continuación, se expondrán:

- Entrevista: orientadas a contrastar, con preguntas plurales y concretas, la ausencia o presencia de los criterios diagnósticos de cada perturbación de la manera más objetivas posible.

Hay entrevistas genéricas que evalúan todo tipo de perturbación y las específicas que se focalizan en la evaluación de un solo trastorno. Se pueden dividir en semi-estructuradas y estructuradas.

- Auto-informes: Estos son siempre utilizados en el campo psicológico y hay auto-informes específicos que se realizan conforme a la variabilidad de instrumentos que existen creados especialmente para la depresión adolescente.
- Técnicas de observación:
 - a- Observación regulada a través de instrumentos: Se basa en los criterios del DSM. Consiste en observar 24 conductas referidas a cuatro categorías: humor/irritabilidad, actividad/hiperactividad, huida/contacto social y disforia/anhedonia. Puede ser llevada a cabo por cualquier adulto que tenga relación con el adolescente, pero preferentemente está pensada para padres y maestros.
 - b- Registros de conducta: La observación de la conducta emocional parte de la obra de Darwin, quien establece el estudio de las emociones desde la expresión corporal y facial. Otras conductas observadas es el lenguaje donde se tiene en cuenta el tono de voz, acortamiento de la longitud de las frases, enlentecimiento del discurso. Hacer comparación de las medias de adolescentes deprimidos y no deprimidos es estadísticamente significativa.
 - c- Registros fisiológicos: La depresión pertenece a la categoría de emociones negativas tales como la ira, el odio, el miedo, la suspicacia etc., por tanto, se ha intentado aislar los cambios fisiológicos que acompañan a la emoción que pudiese resultar ser discriminantes de la depresión.
La mayor parte de estos cambios se da en el eje Hipotalámico- Hipofisiario- Suprarrenal y por tanto ahí se ha centrado la investigación. Uno de los elementos que se ha visto habitualmente relacionado con la depresión son tasas de cortisol más altas.

Estas recomendaciones son de gran relevancia para tomarlas en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico para la depresión. Una vez teniendo la seguridad y certeza de que se trata de dicha problemática, se podrá elegir el tratamiento que más convenga al afectado.

5.2 Tratamiento de psicoterapia cognitivo-conductual

Ahora bien, centrándonos en los tratamientos que se han utilizado para la depresión en adolescentes, la especialista Xóchitl Duque citado por Varela (2011), en un artículo de periódico ya antes retomado, la experta afirmó que aquellas personas que padecen depresión la mayoría de las veces tardan entre cuatro y diez años para buscar ayuda profesional para controlar la enfermedad y es que expresa que en nuestro país hay un gran estigma sobre la depresión, debido a que la mayoría de la población mexicana cree que puede superarse con voluntad y sin ayuda profesional, además destaca que existe la visión de que los fármacos antidepresivos conllevan a la dependencia, por tanto, una adicción y por ello, algunos prefieren evitar consumirlos.

Las opciones de tratamiento que la autora señala para la depresión son: la psicoterapia cognitiva conductual, la terapia psiquiátrica y el uso de antidepresivos, haciendo hincapié que es de suma importancia diagnosticarla a tiempo para así evitar que se convierta en un padecimiento crónico que interfiera con la calidad de vida de los adolescentes.

Respecto a la psicoterapia cognitiva conductual, distintos profesionales han afirmado que es una de las terapias más eficaces en adolescentes con depresión, es por ello que primeramente se abordara de forma amplia, aunque no detallada.

En 1999 en el trabajo titulado “Tratamientos psicosociales para la depresión en adolescentes” de los autores Lewinsohn & Clarke, se destaca que la terapia cognitiva conductual aplicada de manera grupal o individual, es uno de los tratamientos más eficaces para los jóvenes con depresión, de hecho, sobre pasa a la terapia interpersonal y la terapia familiar sistémica, ya que no fueron lo suficientemente probadas como para concluir que son tratamientos eficaces.

En este trabajo se plantean una serie de ejemplos de técnicas de intervención y que me parece muy útil mostrar a continuación debido a que fueron creadas para aplicarse a los problemas que manifiestan los adolescentes con depresión, siendo estas las siguientes:

- Técnicas cognitivas (TC)
 - Pensamiento constructivo (terapia racional emotiva conductual, terapia cognitiva)
 - Auto-verbalizaciones positivas
 - Ser su propia guía
 - Habilidades de afrontamiento
 - Habilidades de autocontrol (auto-registro, establecimiento de metas, auto-refuerzo)
- Contexto familiar (CF)
 - Solución de conflictos
 - Habilidades de comunicación
 - Habilidades parentales
- Conductual (C)
 - Habilidades de solución de problemas
 - Incremento de actividades agradables
 - Habilidades sociales (asertividad, hacer amistades, modelado)
- Educación y manejo afectivo (EMA)
 - Relajación
 - Control de la ira

Este tipo de intervención ha sido eficaz debido a que tienen como objetivo trabajar con los déficits cognitivos, conductuales, también se trabaja con un centro de componente en los problemas con los padres y de regulación del afecto en los adolescentes, lo cual me parece que sería muy favorable que orientadores y psicólogos que laboran en las escuelas secundarias y de nivel medio superior, lo aplicaran con aquellos adolescentes que padezcan depresión y no solo aquellos que la padezcan, sino que sea empleado como una técnica de prevención para la depresión.

Como otro dato relevante, en el año de 2009, en el trabajo de los autores Iruela, Picazo, y Peláez, titulado “Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes”, refieren que el uso de los antidepresivos en pacientes menores de 18 años, es en la actualidad un tema de debate que continúa abierto. En su artículo

retoman recomendaciones clínicas de los autores Cheung y Col para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes que han sido internacionalmente aceptados y que es de suma importancia tomar en cuenta; además resaltan como principal forma de tratamiento para esta población la terapia cognitivo conductual. Estos son los siguientes puntos:

- Es imprescindible una evaluación minuciosa ante toda sospecha de un cuadro depresivo en un menor.
- Si se confirma el diagnóstico, tanto los pacientes como los padres necesitarán: información positiva sobre la enfermedad, apoyo emocional y una exposición clara de las opciones terapéuticas que existen.
- Es preciso determinar el riesgo de suicidio que pudiera haber.
- En el caso de una depresión leve o moderada, se comenzará el tratamiento con terapia cognitivo conductual (TCC).
- Si no hay respuesta terapéutica o la depresión es grave, se combinará la TCC con farmacoterapia.
- El antidepresivo de elección es la fluoxetina (tanto la FDA y el NICE como la Agencia Europea del Medicamento recomiendan este principio activo por ser el que mejores resultados de eficacia y seguridad ha obtenido en ensayos clínicos controlados). La sertralina y el citalopram se consideran de segunda elección.
- La técnica de tratamiento es como sigue: se comienza con 5-10 mg/día de fluoxetina, administrada en el desayuno o el almuerzo, y se va aumentando en la misma proporción cada 2 semanas hasta encontrar la dosis de respuesta del paciente, excepto si se presentan efectos adversos que aconsejen la retirada del fármaco.
- La FDA sugiere una revisión clínica semanal del mismo, al menos durante las 4 primeras semanas de tratamiento antidepresivo.
- Establecer un procedimiento de intervención inmediata si surge ideación auto-lítica.

Como podemos notar, en estas recomendaciones se destaca la terapia cognitiva conductual debido a la eficacia que ha tenido en los adolescentes, sin embargo, para

las depresiones graves es necesario este tipo de terapia junto a la administración de farmacoterapia. Para Iruela, Picazo, y Peláez, el hecho de que el adolescente padezca depresión significa una carga emocional muy fuerte, por lo que las observaciones de estas medidas deben ser tomadas en cuenta por psiquiatras, psicólogos, pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y todos aquellos profesionales que puedan contribuir a la detección temprana del trastorno.

5.2.1 Terapia Racional Emotiva

La terapia racional emotiva (TRE), es postulada por Albert Ellis y pertenece al enfoque cognitivo conductual, siendo muy utilizada en los procesos terapéuticos. Desarrolla un sistema de psicoterapia completo que pareciera complicado, pero que resulta relativamente fácil de aprender y aplicar.

Llevar a cabo la terapia racional emotiva en adolescentes con síntomas depresivos es una gran herramienta para una población que se encuentra vulnerable en el contexto, donde se puede dar la elevación de sus capacidades como seres individuales, capaces de cambiar los procesos cognitivos. Ha resultado ser bastante útil en el manejo de pacientes con trastornos del estado de ánimo, como la depresión.

La TRE se desarrolla por medio de distintas técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, por la que se establecen las metas y se fijan los puntos de partida a los que se desean llegar a través de esta terapia.

En el libro titulado “Terapia Racional Emotiva de Ellis y Abrahms (2015), se indica que cualquier profesional dedicado a la salud mental, puede llevar a cabo la TRE siendo utilizada con eficacia en la gran mayoría de los trastornos emocionales, siendo de vital importancia referirla como propuesta, resaltando además la descripción siguiente:

La terapia racional emotiva “ha sido diseñada para ser una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para sentimientos intensos y profundamente arraigados de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración. No curará todas las enfermedades psiquiátricas conocidas; en verdad no curará trastornos tan

graves como la esquizofrenia y la enfermedad maníaco-depresiva, pero puede ayudar apreciablemente incluso a pacientes que tienen las más severas clases de perturbaciones y ayudar inmensamente a los individuos con alteraciones menos graves”. (p.3).

Una de las ventajas que tiene la TRE es que ha demostrado tener eficacia terapéutica, siendo respaldada por gran cantidad de investigación experimental, siendo además una terapia de plazo relativamente corto.

Ahora bien; la TRE al sostener que virtualmente no hay razones “legítimas” para que las personas se vuelvan emocionalmente preocupadas, histéricas o trastornadas, es una herramienta que aplicada a los adolescentes prevendría la depresión e incluso mejoraría tal enfermedad para quien la padezca, porque a raíz de las creencias irracionales que provocan factores como el estrés, la baja autoestima, la percepción que el adolescente tiene respecto a la relacional parental, entre otros detonantes, se partiría para trabajar con dichos pensamientos, emociones y la conducta.

En la TRE se encuentra la teoría A-B-C que en el libro mencionado anteriormente de Ellis y Abrahms, se explica paso a paso de qué se trata, por medio de un ejemplo sobre la depresión, siendo este el siguiente:

Cuando las personas tienen Consecuencias emocionales (C) después de una Experiencia Activante (A), esta última contribuye, pero no directamente, a causar C. Su sistema de creencias o “Beliefs” (B) conduce a C en gran parte y más específicamente. Así pues, si se sienten deprimidas en C después de verse rechazadas por alguien en A, el rechazo no las hace deprimidas, sino que sus creencias acerca de este rechazo conducen directamente a los sentimientos de depresión.

En B, tienden primero a tener un conjunto de creencias racionales que proceden de su sistema de valores básico, sus deseos y sus preferencias. Puesto que desean permanecer vivas, sentirse felices y lograr la aceptación de los demás, casi siempre encontrarán el rechazo indeseable, y en el punto B_r (creencias

racionales) concluirán que: “No me gusta verme rechazado. ¡Qué desdicha!” Entonces sentirán, en C (Consecuencia), preocupación, malestar o pesadumbre.

En B tienen también un conjunto de creencias irracionales, como:

“Debo de ser aceptado por las demás personas significativas para mi; *tego que* obtener lo que deseo. Y si soy rechazado, será *terrible*: No *podré* soportarlo. El rechazo me convertirá en una *mala persona*”. Entonces se sentirán, en C, deprimidos, autodespreciados y quizá incluso susceptibles de suicidarse. Sus creencias irracionales casi invariablemente proceden de intensificar deseos y preferencias racionales convirtiéndolas en demandas o exigencias absolutistas. Con tales creencias, ya no *desean* tener lo que quieren sino que piensan, de manera dogmática, que *deben* tenerlo.

Según la TRE, si una persona es rechazada por otra significativa en el punto A (Experiencia Activante), sus creencias racionales acerca de este rechazo le harán sentirse preocupada y frustrada en el punto CA (Consecuencias Apropriadadas), mientras que si ocurre lo mismo en A, sus creencias irracionales sobre el particular le harán sentirse deprimida y autodespreciada en el punto CI (Consecuencia Inapropiada). (p.46-47).

Cuando la TRE, se lleva a cabo de manera grupal, se tiende a hacer discusión cognoscitiva y de resolución de problemas, en donde los integrantes también realizan tareas de tomas de riesgos, ataque de la vergüenza, autorrevelación, desempeño de papel y otros ejercicios emotivo-conductuales, esto con la finalidad de ayudarse a comprender que lo que ellos consideran un comportamiento “vergonzoso” y “terrible” en realidad es sólo “poco afortunado” e “inconveniente”.

Ante esta forma de terapia, la psicóloga Piox concluye en su trabajo ya antes mencionado, que este tipo de intervención definitivamente tiene influencia en la modificación de los síntomas depresivos en los adolescentes, debido a la estructura cognitivo-conductual que utiliza en el procedimiento de aplicación del A-B-C para la

modificación de las ideas irracionales, demostrándose la efectividad de la TRE en los adolescentes, ya que tomaron conciencia esas ideas racionales e irracionales, así como la influencia que la TRE ejerció en la afectación de la forma de pensar y concebir, de las cosas que pasaban en el entorno, mejorándolas a través de procesos de cognición.

Además, la TRE y los profesionales de la salud orientados a esta terapia, no se oponen al empleo de la medicación psicotrópica, debido a que hay estudios controlados que demuestran que las medicinas en ciertos casos, como en los estados de depresión severa, ansiedad arrojante y estados psicóticos, suelen ser muy eficaces. Básicamente la TRE adopta el método práctico de que su meta es ayudar a las personas a estar mejor y no simplemente a sentirse mejor. Lo que significa que las personas no solo obtengan una mejoría significativa de sus síntomas y se perciban a ellas mismas llevando una vida más feliz, sino que también obtengan y experimenten cambios profundos en su filosofía de sus actitudes hacia sí mismas, hacia los demás y hacia el mundo que les rodea, por lo cual, si surgiera cualesquiera nuevas condiciones perjudiciales, sea muy poco probable que las trastorne gravemente.

Es por tal motivo que me parece interesante proponer que se lleve a cabo en las escuelas de nivel medio superior este tipo de terapia, ya que además de tener resultados favorables en los pensamientos de los adolescentes, se prevendría una enfermedad como la depresión que la población está muy propensa a desarrollar por diversos factores ya antes mencionados.

5.3 Tratamiento por medio de la magnetoterapia

Como otra forma más avanzada de tratamiento que gracias a la tecnología se puede brindar, la lleva a cabo y recomienda el director de investigación Alain Chatillon (2016), el cual tiene una plataforma en internet donde explica de qué se tratan estos avances, teniendo por título “La estimulación magnética bio-corporal (TMS). La nueva Tecnología de magnetoterapia del Siglo XXI a su disposición”, donde reitera como muchos autores, que una de las causas principales de la depresión está en el origen fisiológico

debido al bajo nivel de neurotransmisores en el cerebro, tales como la serotonina, dopamina y noradrenalina.

Este investigador argumenta que los tratamientos farmacológicos, es decir, los antidepresivos, por lo general tienen un efecto terapéutico lento. Tanto el doctor como el paciente tienen que comprobar durante varias semanas distintos antidepresivos, elegir uno y posteriormente dosificarlo gradualmente. Este proceso puede llegar a tardar hasta meses. Además, tiene como otro punto en desventaja el hecho de que no hay una total certeza del resultado final.

Es por ello que el investigador Chatillon, da a conocer una alternativa de terapia más rápida, endógena, sin medicamento y asegurando que es efectiva. Se trata de la terapia de *estimulación neuronal*, lo cual como su nombre lo indica, se provoca una estimulación neuronal por medio de impulsos electromagnéticos, lo que mejora notablemente la calidad del fluido del neurotransmisor, se acentúa la producción de serotonina y dopamina, ambos siendo los neurotransmisores indispensables del buen funcionamiento del cuerpo y de manera perceptible este tratamiento combate prolongadamente y firmemente la depresión, estrés y ansiedad.

Estos han sido algunos de los tratamientos que se llevan a cabo para la depresión, los cuales han sido los más utilizados y los que a mi parecer, son los de más relevancia para conocer; sin embargo hay muchas otras modalidades que se adecuan para tratar esta problemática, como la terapia psicoanalítica, la terapia sistémica, la terapia humanista y gestalt, entre otras. Todos y cada uno de estos enfoques tienen diferentes metodologías y como en todo, hay ventajas y desventajas. Lo que es seguro, es que cada persona tiene distintas necesidades y por ello es que se cuenta con la existencia de varias ramas, para poder elegir el previo tratamiento que más convenga y sea acorde para la persona, al final todas darán respuesta para tratar la depresión.

CAPITULO 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

“El precio del éxito es el trabajo duro, dedicación y determinación...”

Vince Lombardi

A lo largo de toda esta recopilación de datos sobre la depresión y los factores que influyen para la depresión en los adolescentes, podemos afirmar que se trata de una temática bastante compleja, en donde se tiene que tratar a fondo el padecimiento, ahondando las áreas biológica, psicología y social del adolescente. Estas áreas se deben tratar en cuanto se tenga el diagnóstico certero y se haya elegido el tratamiento que más convenga y se adapte al paciente.

Con la intención de prevenir y estar alerta ante esta enfermedad, me parece de total relevancia esquematizar en los siguientes cuadros un proyecto que propongo para poder atender algunos casos con perturbación de depresión en una escuela de nivel medio superior.

En la tabla 1 se describirá el procedimiento para la selección del grupo de adolescentes mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Mientras que en la tabla 2, se explicará de manera breve cómo se podría llevar a cabo el proceso terapéutico por medio de la Terapia Racional Emotiva (TRE) con el grupo seleccionado de adolescentes y finalmente en la tabla 3 se expondrá algunas de las técnicas empleadas por la (TRE) que serian muy favorables llevar en un proceso terapéutico con los adolescentes.

Tabla 1.

Procedimientos de selección del grupo de adolescentes a través de la detección de perturbación de depresión por medio de la prueba “Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)”	Descripción
	En las instituciones de nivel medio superior se caracterizan por tener

<p>Paso 1. Selección de grupo para la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</p>	<p>distintos grupos conformados por una población juvenil de 15 a 18 años. Se seleccionará a aquellos grupos que los docentes reporten con dificultades en su conducta y aprovechamiento escolar.</p>
<p>Paso 2. Aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</p>	<p>Una vez ubicado el grupo, se les aplicará el test (BDI-II), que es un autoinforme de lápiz y papel. Consta de 21 grupos de enunciados y en cada grupo, el adolescente evaluado podrá escoger una respuesta que mejor describa como se siente en las dos últimas semanas, incluyendo el día de la prueba. La duración para resolver el test es de 10 a 15 minutos aproximadamente.</p>
<p>Paso 3. Calificación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</p>	<p>La calificación del test se realiza a través del siguiente rango:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-10 Normal. 11-16 Leve perturbación del estado de ánimo. 17-20 Estados de depresión intermitentes. 21-30 Depresión moderada. 31-40 Depresión grave. 40 ó más Depresión extrema.
	<p>Una vez obtenida la calificación de los Test, se tendrán contempladas únicamente las puntuaciones de 11-20 para la clasificación de los jóvenes con</p>

<p>Paso 4. Selección del grupo para que se lleve a cabo el tratamiento de la terapia racional emotiva (TRE)</p>	<p>los que se llevaría a cabo el tratamiento de la terapia racional emotiva (TRE). Los jóvenes que hayan obtenido puntuaciones de 21 a más de 40, serán canalizados a un hospital psiquiátrico para que reciban una evaluación más completa y se les asigne el tratamiento acorde a la gravedad del padecimiento.</p>
---	---

Tabla 2.

<p>Tratamiento de la Terapia Racional Emotiva (TRE)</p>	<p>Descripción</p>
<p>Aplicación de la Terapia Racional Emotiva</p>	<p>La TRE puede llevarse a cabo una vez por semana en diez sesiones terapéuticas grupales con una duración de 60 minutos. A lo largo de dicho proceso con los adolescentes, el objetivo será abordar pláticas, asignación de distintas técnicas y tareas emotivas, cognoscitivas y conductuales con la finalidad de que liberen sus síntomas, ayudándoles a comprender que lo que ellos consideran un comportamiento “vergonzoso” y “terrible” en realidad es sólo “poco afortunado” e “inconveniente”.</p>
<p>Conocer el motivo de las perturbaciones de depresión en los adolescentes</p>	<p>Durante las primeras sesiones se tratará de conocer cuáles son aquellos motivos de su estado de ánimo, aspectos</p>

	personales y externos, mediante la discusión.
Discutir las problemáticas de los adolescentes para ubicar aquellos pensamientos irracionales	Se discutirán aquellos conflictos, inconformidades y temores que presenta cada uno de los adolescentes del grupo. El adolescente expresará como percibe su conflicto, del cual, el terapeuta con ayuda de los demás miembros del grupo, encontrarán cada una de las ideas irracionales que perciben frente al problema que activa el síntoma de la depresión (ej. autoestima, estrés, relaciones parentales, etc.).
Proporcionar distintas técnicas emotivas, cognitivas y conductuales a las problemáticas presentadas por los adolescentes.	<p>La TRE se caracteriza por ser un método de terapia verdaderamente amplio. Se abordaran en las sesiones aquellas técnicas emotivas, cognitivas y conductuales más relevantes para los adolescentes, siendo estas las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnicas emotivas <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios contra la vergüenza - Desempeño de papel ➤ Técnicas conductuales <ul style="list-style-type: none"> - Condicionamiento operante - Asignación de tareas - Métodos de relajación - Practica y refuerzo de las cogniciones racionales

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnicas cognoscitivas <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de elecciones y acciones alternativas - Métodos de distracción
--	--

Tabla 3.

Técnicas emotivas, cognitivas y conductuales	Descripción	Ejemplo
Ejercicios contra la vergüenza	Los ejercicios contra la vergüenza integra un método tanto cognitivo como conductual. Este método sirve para aquellos adolescentes que tienen inseguridades con ellos mismos y por ello no se desenvuelven de manera adecuada. Aquí se asignarán ejercicios activos contra la vergüenza, de manera que primero experimenten el intenso sentimiento de vergüenza y que posteriormente sean capaces de vivir con él, hasta desecharlo.	Se puede asignar la tarea de gritar la hora en público o llevar ropa extravagante. Al realizar tales actos, los adolescentes tenderán a descubrir (y el terapeuta señalará), que los demás no están interesados en sus actos como creen que lo están. Esto tiene la finalidad de que las no se preocupen de forma exagerada acerca de las cosas tontas y a veces humillantes que hayan hecho, sin experimentar menosprecio de ellos mismos.

<p>Desempeño de papel</p>	<p>El desempeño de papel es una técnica emotiva-dramática creada por el psicoterapeuta J.L. Moreno, usada con frecuencia por la TRE, en donde es realizado de un modo activo, con el fin de hacer revivir experiencias emocionales tempranas y para la liberación catártica relativa a esas experiencias. Se puede aplicar este método en los adolescentes para ayudarlos a tener una liberación inmediata y a sentirse mejores. Posteriormente, se utiliza para descubrir cosas en ellos, pero luego para hacer que utilicen tales sentimientos con el fin de comprenderse a sí mismos, abrirse paso a través de sus ideas irracionales y cambiar éstas,</p>	<p>Este método puede ayudar a los adolescentes bloqueados a descubrirse verbalmente, a sentir la misma clase de vergüenza que normalmente sentirían y trabajar estos sentimientos en el ambiente relativamente seguro, en donde el terapeuta puede criticar la ejecución del papel desempeñado, indicándoles donde han actuado mal, repetir la escena una o más veces y ayudarlos a alcanzar el punto en que fácil y de forma desenvuelta, desempeñen la parte que deseen representar en situaciones de la vida real. Cualquier bloqueo que se produzca en la representación conductual, puede ser rastreado hasta las creencias y frases irracionales que los adolescentes se dicen a sí mismo para crear tales bloqueos.</p> <p>Como forma de tarea se puede indicar a los adolescentes que cuando se encuentren solos, desempeñen papeles</p>
---------------------------	---	--

		mentalmente, ante un espejo o con cinta magnetofónica, y también hacerlo con la ayuda de un familiar o de amigos.
Condicionamiento operante	<p>Esta técnica es adaptada de las teorías de Skinner. Se puede utilizar para ayudar a los adolescentes a sostener sus discusiones de 10 minutos diarios.</p> <p>Por ejemplo, que decidan que hipótesis o idea rara pueden desear elaborar durante por lo menos 10 min al día. Tomarán esa idea y se plantearán a sí mismos 4 preguntas esenciales, a fin de enfrentarlas y de discutir las:</p> <p>¿Cuál es la tonta idea que deseo enfrentar?, ¿Acaso es verdad esta hipótesis mía?, ¿Dónde está la evidencia de que es verdadera?, ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrirme?</p>	<p>El método de plantearse esas 4 preguntas y persistir hasta que tengan respuestas sensatas es algo que se les dejará hacer a los adolescentes 10 minutos al día y combinarlos con el condicionamiento operante para aumentar la probabilidad de dedicar los 10 minutos diarios a trabajar en ella.</p> <p>Por medio del condicionamiento operante, el adolescente elegirá aquello que le gusta hacer para tomarlo como reforzador y tenderá a disfrutarlo si hace cada día sus discusiones de 10 minutos diarios; por el contrario si no lo hace y lo evita, obtendrá un castigo haciendo aquello que le disgusta y procura evitar.</p> <p>Ejemplo: Los adolescentes están de acuerdo de realizar con el terapeuta, en realidad</p>

		<p>con ellos mismos de trabajar por lo menos 10 minutos al día para permitirse después, y sólo después tomar ese día la recompensa (salir con sus amigos). Y si deja de cumplir la tarea, no solo no tendrá el refuerzo, sino obtendrá el castigo (por ejemplo, hacer limpieza profunda de su cuarto durante una hora).</p> <p>El condicionamiento operante se trata de un programa de autoayuda en donde el terapeuta ayuda a sus pacientes por medio de este a inducirlos a llevar a cabo casi cualquier clase de actividad difícil o disciplinada que normalmente tienden a evitar.</p>
Asignación de tareas	<p>Bastantes terapeutas han descubierto que insensibilizar <i>in vivo</i> o con vida, la asignación de tareas es lo que funciona para muchos individuos que encuentran difícil cambiar su conducta disfuncional. Se puede ayudar a los adolescentes a imaginar algunas actividades</p>	<p>Hay adolescentes que por cuestiones de inseguridad y autoestima, sienten mucho miedo de hacer preguntas en clase por temor a plantearlas mal o poner en manifiesto su nervios al no comprender las respuestas. La asignación de tareas <i>in vivo</i> es una buena oportunidad para hacer que se</p>

	<p><i>in vivo</i> que puedan practicar con regularidad, en forma de tareas. Estas serán tareas en contra de la ansiedad, es decir, hacer algo que temen realizar; también va dirigida para la poca tolerancia a la frustración, ya que puede haber pacientes para asignares tareas de permanecer en una situación odiosa por el momento, en vez de salirse de ella, y demostrarse a sí mismas que no es terrible, que pueden soportarlo y que el mundo no es un lugar imposible para vivir porque existe esa situación odiosa.</p>	<p>insensibilicen por sí mismos a este tipo de situaciones sociales y que se dejen de preocuparse demasiado acerca de lo que los demás pudieran pensar. Por lo que se puede inducir a los adolescentes a hablar ante el grupo, que formulen preguntas y comentarios. En un principio podrán mostrarse renuentes, pero el terapeuta tiene que hacerles notar que es una gran oportunidad para que aborden su ansiedad y la superen rápidamente. Estos métodos de fluidez <i>in vivo</i> pueden ayudar a que se concentren en sus ideas irracionales y por consiguiente, encararlas.</p>
<p>Métodos de relajación</p>	<p>El pionero de esta técnica fue Joseph Wolpe. Se puede dar indicación a los pacientes explicándoles el modo de aplicar esta técnica, especialmente en momentos donde se encuentren muy perturbados. Se les puede asignar instrucciones impresas o en casete para</p>	<p>Dentro de las sesiones se puede ayudar a estimular a los adolescentes haciéndolos realizar sencillas técnicas de respiración, meditación y de yoga, a fin de que relajen sus cuerpos y desechen pensamientos irracionales con los que quizá se puedan estar inquietando.</p>

	que aprendan y lleven a cabo dicho método.	
Práctica y refuerzo de las cogniciones racionales	<p>En esta técnica se puede ayudar a los pacientes a discutir sus cogniciones contraproducentes y sustituirlas, en su provecho, con nuevas filosofías o afirmaciones positivas. Cuando se emplean filosofías razonables quedan estabilizadas principalmente por la práctica continua y no por la repetición.</p> <p>Se tiene que subrayar que es de gran relevancia trabajar y practicar para cambiar ideas irracionales, emociones y actos, cuando estos resulten perjudiciales para los pacientes.</p> <p>Algunos modos de practicar y reforzar las cogniciones, es por medio de cuestionarios de autoayuda, asignación de biblioterapia, hacer que los pacientes lean artículos, libros y subrayen lo más esencial de la TRE, utilizar diapositivas, películas, etc.</p>	<p>Para trabajar y practicar tanto en las ideas, emociones y comportamientos de los adolescentes, se les puede asignar un cuestionario de informe de autoayuda que incorpora la teoría básica A-B-C-D-E de la TRE, ayudando a los adolescentes a practicar sus discusiones día tras día, hasta que la misma se convierta en un aspecto semiautomático de sus vidas.</p> <p>Se ha encontrado que al emplear dicho cuestionario se podrán no solo desembarazar rápidamente de casi cualquier sentimiento de trastorno emocional, sino también asimilar la esencia de una filosofía racional de la vida y después de algún tiempo dejar de crear síntomas depresivos o bien, cualquier otro.</p> <p>(El cuestionario lo podremos encontrar en el apartado de anexos).</p>

	<p>La razón por el cual la TRE usa mucho material conductual es debido a que todo ser humano tiende a adquirir nuevos hábitos de pensar, emocionarse y actuar, principalmente a base de repetir.</p>	
<p>Presentación de elecciones y acciones alternativas</p>	<p>Aquel punto de vista de que las personas tienen una buena proporción de libre elección ha sido subrayado por muchos terapeutas, por lo que este punto de vista se puede utilizar y ayudar a los pacientes a convencerse de que tienen muchas más alternativas de las que creen, pues fácilmente tienden a pensar que sus elecciones son limitadas, que ellos deben hacer esto y no deben de hacer aquello, y que no pueden hacer lo que a menudo les gustaría, en particular con respecto a cambiar ellos mismos.</p>	<p>El terapeuta puede suponer que los adolescentes tienen muchas capacidades y potencialidades de las que están utilizando, pero que se encuentran atrapados en la depresión o la indecisión, porque solo se dedican a pensar en unas pocas cosas, o en ninguna, fuera de sus problemas. Por lo que se les tiene que hacer saber y comprender que los humanos normalmente deciden su propio destino y que tienen grandes capacidades para reconsiderar y elegir uno nuevo. Ayudándoles a abandonar su inflexibilidad, proporcionándoles varios caminos a seguir o, mejor aún,</p>

		estimulándolos a encontrarlos por sí mismos.
Métodos de distracción	<p>Aunque muchos métodos de distracción, como la relajación, el yoga y los deportes, parecen físicos, realmente son muy cognoscitivos, debido a que de acuerdo con la TRE, uno mismo se angustia, se deprime y se vuelve hostil, al enfocarnos o concentrarnos en ideas horripilantes.</p> <p>Al llevar a cabo ciertas distracciones, como las ya antes mencionadas, a menudo funcionan debido a que mientras estamos practicándolas, nos concentramos en lo que hacemos, debido a esto y a la forma limitada en que nuestra mente trabaja, por lo general no podemos simultáneamente concentrarnos en lo terrible que pueden ser las cosas.</p>	<p>El terapeuta puede recomendar a los adolescentes varias clases de distracciones cognoscitivas, en especial para usarlas como respiros temporales de depresión y ansiedad abrumadora.</p> <p>Se les puede mostrar a los adolescentes cómo utilizar los métodos de relajación de Jacobsen o de Luthe y Schultz, aconsejándoles el yoga y otros ejercicios, enseñarlos a meditar, dirigirlos hacia los deportes o incitarlos a que se involucren en otro tipo de actividades de distracción.</p> <p>Si el terapeuta ayuda a que los adolescentes estén entregados a mantener un alto nivel de interés en uno de estos importantes campos, a menudo tenderán a estar alejados de algunas de sus peores preocupaciones y depresiones y podrán llevar una vida mucho más feliz.</p>

RECOMENDACIONES FINALES

“Centrarte en algo y hacerlo realmente bien, te puede llevar muy lejos...”

Kevin Systrom

La depresión en la etapa de la adolescencia es el resultado de diversos factores a nivel biológico, psicológico y social, en donde la intervención de los profesionales de la salud y docentes juega un gran papel. La propuesta que se proporciona en este trabajo es que se emplee la terapia racional emotiva en una escuela de nivel medio superior, donde los adolescentes reciban la atención necesaria para prevenir y mejorar la depresión leve por la que están pasando; mientras que los adolescentes que pasan por una depresión moderada o grave sean canalizados a un hospital psiquiátrico. Por lo que no hay duda de que los profesionales de la salud son una enorme fuente para la superación de una enfermedad como la depresión.

Sin embargo, el papel de los padres o tutores del adolescente también son una de las principales claves para la superación de esta problemática. Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones es que los padres deben estar al pendiente del comportamiento del adolescente, la irritabilidad, estado de ánimo alterado y reacciones negativas, son una alerta de que necesitan ser apoyados y escuchados, por lo que es recomendable que los padres trabajen la paciencia y no opten por comportarse agresivos o impulsivos con el adolescente, sino que se detengan a pensar, ¿qué es lo que le puede estar pasando al adolescente?, ¿cómo se está sintiendo?, ¿qué es lo que le incomoda o molesta?, ¿cómo pueden apoyarlo y ayudarlo?.

Trabajar en familia para fomentar la comunicación con el adolescente resulta ser muy favorable, por lo que siempre es necesario reservar un tiempo de calidad para compartir con ellos y ganar su confianza. Otro punto importante es que para un adolescente siempre será muy significativo que la familia reconozca su empeño y esfuerzos, así como la valoración en su implicación en las labores de la casa, de la escuela y de otras actividades, aún cuando sean parte de sus responsabilidades. Por lo que felicitar y comentar cualquier signo de progreso servirá para que el adolescente se desenvuelva positivamente.

La fomentación de la disciplina en el adolescente es un aspecto importante y aún cuando esté deprimido debe seguir normas y tener límites claros. Siempre necesitará apoyo y flexibilidad en el trato, pero esto no lo deja libre de cumplir reglas definidas, siendo serios y firmes en los planteamientos. La discusión y la negociación de los compromisos ayudarán a una mejor comunicación.

Finalmente, siempre hay que tener en cuenta la buena relación con un hijo adolescente, si se tiene el apoyo de la familia, además se acude con un especialista y en las instituciones escolares se brindan alternativas de ayuda para esta problemática, existe una alta probabilidad de que el adolescente obtenga la superación de una enfermedad tan compleja como lo es la depresión.

CONCLUSIÓN

“La forma de comenzar es dejar de hablar y comenzar a hacer”

Walter Disney

La depresión en la adolescencia es un tema que a muchos profesionales de la salud inquieta y de la hay un repertorio infinito de información. Aunque es claro que la depresión es una enfermedad que no respeta ningún grupo de edad, es la etapa adolescente la que varias investigaciones y estudios han comprobado que es la más vulnerable de padecerla y resultaría muy simplista referir que la depresión en adolescentes está dictada solo al área biológica, como lo es la genética o el funcionamiento del cerebro, claro está que puede ser un factor importante en cualquier sujeto, pero este padecimiento es un problema realmente complejo, resultado de muchos factores.

En el área psicológica, se encontró que los adolescentes al enfrentarse a un nuevo mundo donde dejan de ser niños para comenzar a ser adultos pasan por muchas fuentes de estrés provocadas ya sea por su entorno en el que se desarrollan, por el estilo de vida que llevan o por sus propios pensamientos respecto a la percepción que tienen de sí mismos, por el cual al estar en constantes niveles de estrés se puede provocar vulnerabilidad para padecer depresión.

Otro factor psicológico muy común es el de la autoestima, en el que esta es una problemática muy grande para el adolescente debido a que es un trastorno del pensamiento en el que el individuo se siente incompetente, indigno de amor e inadecuado. Este factor definitivamente debería de incluirse como sintomatología de la depresión porque influye para que el adolescente se sienta frustrado, triste e inconforme con sí mismo y con su vida.

En cuanto al área social, se encontraron muchos más factores que juegan un rol de gran relevancia para que surja la depresión en la adolescencia. Como primer detonante esta la familia, en la cual si no se tiene una adecuada comunicación, hay disfuncionalidad en la manera de relacionarse entre los miembros del núcleo familiar, es posible que el adolescente se deprima. Como segundo factor se encontró que la

violencia tiene un fuerte impacto para el desarrollo de la depresión, principalmente si el adolescente sufrió violencia en su infancia o percibió esta misma dentro de su núcleo familiar. De igual manera la violencia escolar como el bullying genera efectos bastante negativos para las víctimas.

El tercer factor social se encuentra en el consumo de sustancias y es que para los adolescentes es un refugio erróneo para escapar de la realidad en la que están viviendo, más allá de consumirlas por moda, desafortunadamente lo hacen por desequilibrios emocionales, en que en la mayoría de los casos, los adolescentes ya se encuentran deprimidos, lo que los lleva a optar por consumir cualquier tipo de sustancia que más tarde genera adicción.

Como último factor expuesto en esta investigación, se encuentra el del género y es que hay mucha información que confirma que las mujeres son más propensas para desarrollar depresión, esto se debe a cuestiones biológicas, una de ellas ligada a la genética y otra por los constantes cambios hormonales en la etapa de la adolescencia. Otra de las cuestiones es totalmente dada por la sociedad y la cultura, ya que se funda en la diferencia de los distintos papeles unidos al género.

No hay duda alguna que la depresión en la adolescencia es un coctel de factores y por tanto, una problemática que abarca una complejidad muy amplia en la que todo profesional de la salud y los que trabajen con este tipo de población, tienen la responsabilidad de pensar, decidir y actuar.

Se ha demostrado que llevar a cabo tratamientos que tienen que ver con el enfoque cognitivo- conductual, ha dado muy buenos resultados en los adolescentes con depresión como lo es la terapia racional emotiva (TRE), debido a que trabaja a profundidad los pensamientos irracionales del adolescente y es por tal motivo que es una buena propuesta para que se lleve a cabo en las escuelas de nivel media superior, como forma de prevención de la depresión. Antes de llevar a cabo la TRE, es de total relevancia aplicar un test a los jóvenes para saber que tan grave es la depresión que presenta, en este trabajo se habla a grandes rasgos del Inventario de Depresión de

Beck-II (BDI-II) como un test confiable, posteriormente se selecciona a los adolescentes con síntomas de depresión para trabajar con ellos por medio de la TRE.

Llevando a cabo este proceso terapéutico, se pueden identificar aquellos factores detonantes que conllevan al adolescente a deprimirse, ya que si vive por constantes altos niveles de estrés, tiene baja autoestima, se encuentra con problemas de adicciones o problemas con figuras parentales o demás relaciones sociales, la TRE tiene múltiples técnicas emotivas, cognitivas y conductuales que ayudan a que el adolescente libere todos aquellos conflictos detonantes de la depresión y que por medio de las diversas técnicas se pueden identificar cada una de sus creencias racionales e irracionales que perciben de sus conflictos y que son de gran influencia para que se trastornen a sí mismos.

La depresión también podría, o bien mejorarse si en la familia los padres tuvieran más compromiso y atención con sus hijos. Al ser cálidos, constantes, ordenados y pacientes producirían en ellos la seguridad y optimismo. Hablando con frecuencia, sabiendo escuchar sus inquietudes preguntándoles acerca de los sentimientos que puedan tener, fomentaría la resistencia ante acontecimientos negativos y todo tipo de estrés, así como la facilitación de generar atribuciones positivas que es núcleo de la felicidad.

Además resulta de gran relevancia que al momento de detectar que el adolescente tiene algún signo de depresión, se pida de manera inmediata la ayuda profesional, porque así se podría evitar que pase por grandes frustraciones que más tarde pudieran ser lamentables, ya que si no se actúa, el suicidio o las ideas suicidas, son a menudo las consecuencia de una depresión que no fue tratada a tiempo.

ANEXOS

“La educación ayuda a la persona a aprender a ser lo que es capaz de ser...”

Gandhi

Anexo 1

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1). No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2). No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3). No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4). Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5). No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6). No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7). No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8). No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9). No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10). No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11). No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12). No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13). Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14). No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15). Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16). Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17). No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18). Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19). Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20). No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21). No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 2

Cuestionario de información de autoayuda que incorpora la teoría básica de la TRE.

A Experiencias (o acontecimientos activantes)

B Creencias sobre sus experiencias activantes

C Consecuencias de sus creencias sobre experiencias activantes

raB Creencias racionales (lo que quiere o desea)

irB Creencias irracionales (sus demandas o exigencias)

deC Consecuencias emocionales deseables (sentimientos malos adecuados)

dbC Consecuencias conductuales deseables (comportamientos deseables)

ueC Consecuencias emocionales indeseables (sentimientos inapropiados)

ubC Consecuencias conductuales indeseables (comportamientos indeseables)

Instrucciones: Llene primero, por favor, las secciones ueC (consecuencias emocionales indeseables) y ubC (consecuencias conductuales indeseables). Después llene todas las A-B-C-D-E. Le rogamos escriba con letra legible y que sea breve.

Cuestionario de autoayuda racional © 1976 por Institute for Rational Living, Inc., 45 East 65th Street, Nueva York, N.Y. 10021.

Anexo 3

1. Seguimiento. ¿En qué nuevas *metas* me gustaría trabajar ahora?

¿Qué nuevas *acciones* específicas me gustaría emprender ahora?

2. ¿Cuánto tardó usted, después de sentir o de notar las *consecuencias* emocionales indeseables (ueC) o las *consecuencias conductuales indeseables* (ubC) de sus *creencias* irracionales (iB), en buscar dichas iB y discutir las?

¿Cuán vigorosamente las discutió?

Si no las discutió, ¿por qué no lo hizo?

3. Enumere las asignaciones de tareas específicas hechas por su terapeuta, por su grupo o por usted mismo.

4. ¿Qué hizo realmente para cumplir las tareas?

5. ¿Cuántas veces ha trabajado usted realmente en sus tareas durante la última semana?

6. ¿Cuántas veces ha trabajado realmente en *discutir* sus *creencias* irracionales durante la última semana?

7. Indique las cosas que le gustaría discutir ahora con su terapeuta o con su grupo.

REFERENCIAS

- Arieti, S. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires: Paídos.
- Bassas, N., & Tomàs, J. (1996). *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y adolescencia*. Barcelona: LAERTES.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública* , 74-80.
- Berger, F. (2014). Reconocimiento de la depresión en los adolescentes. *A.D.A.M.* , 1-3. Recuperado de: <http://printerfriendly.adam.com/content.aspx?productId=118&pid>.
- Cantoral, G., Méndez, M. V., & Nazar, A. (2002). Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. *ECOSUR* , 29-32.
- Chatillon, A. (2016). La estimulación magnética bio-corporal (TMS). La nueva Tecnología de magnetoterapia del Siglo XXI a su disposición. *ActiPulse®*. Recuperado de: <http://www.actipulse.com/>.
- CIE-10. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. España: Médica Panamericana .
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *PSIQUIATRIA.COM*. Recuperado de: <file:///C:/Users/HP/Downloads/283-1122-1-PB.pdf>.
- Cruz, Á. (5 de Septiembre de 2014). Depresión no atendida, entre los motivos que llevan a quitarse la vida, dice experto. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2014/09/05/sociedad/044n2soc>.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. España: SINTESIS.
- DEPSICOLOGIA.COM. (2014). ¿POR QUÉ LAS MUJERES SUFREN MÁS DEPRESIÓN QUE LOS HOMBRES? *LifeStyle*. Recuperado de: <http://depsicologia.com/por-que-las-mujeres-sufren-mas-depresion-que-los-hombres/>.
- DSM-5, T. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 TR*. Londres: Copyright.
- Duhne, M. (2016). Los rostros de la violencia . *¿Cómo ves?* , 9-12.

- Durand, L. (15 de Febrero de 2010). La relación entre el estrés y la depresión. *ALTONIVEL*. Recuperado de:<http://www.altonivel.com.mx/la-relacion-entre-el-estres-y-la-depresion/>.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (2015). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax México.
- Flaubert, G. (2014). DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN MÉXICO. *Webmaster SPPS*. Recuperado de:<http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>.
- García, J. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Buenos Aires: EDAF.
- García, P., Moreno, M., Oliva, N., Fleiz, C., & Villatoro, A. (2013). Relación entre parentalidad, síntomas depresivos y consumo de drogas en estudiantes de nivel medio superior. *Instituto Nacional de Psiquiatría*.
- Garduño, R., Gómez, K., & Peña, A. (2011). Suicidio en adolescentes. *Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.* , 8-56.
- Gesell, A. (1988). *El adolescente de 15 y 16 años* . México: Paidós Educador.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Revista Anual de Psicología* , 526-531.
- Guardia, M. (2010). Distinción entre temperamento, carácter y personalidad. *Blogspot* Recuperado de:http://montseguardia.blogspot.mx/2010/05/distincion-entre-temperamento-caracter_23.html.
- Guerrero, V. (2016). Maltrato. La violencia de todos los días. *¿Cómo ves?* , 10-16.
- Harris, M. (1996). *Su hijo adolescente*. Buenos Aires: Paidòs.
- Hernández, M. (2012). *Adolescencia, depresión y fracaso escolar*. México: UNAM.
- Instituto Nacional, P. (2013). DATOS ABIERTOS (ESTADÍSTICAS DE DEPRESIÓN). *Ramón de la Fuente Muñiz*. Recuperado de:
http://www.inprf.gob.mx/transparencia/datos_abiertos_depre.html.
- Iruela, L., Picazo, J., & Peláez, C. (2009). Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *IT del Sistema Nacional de Salud* , 35-38.

Larraburu, I. (2010). La autoestima en la adolescencia. *Revista Megatop* , 1-2. Recuperado de:<http://www.isabel-larraburu.com/articulos/psicologia-para-adolescentes/101-la-autoestima-en-la-adolescencia.pdf>.

LAVOZ. (29 de Abril de 2012). Para la ciencia, la adolescencia va de los 10 a los 24 años. *La Voz del Interior*. Recuperado de: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/para-ciencia-adolescencia-va-10-24-anos>.

Lewinsohn, P., & Clarke, G. (1999). Tratamientos psicosociales para la depresión en adolescentes . *Clinical Psychology Review* , 329-342.

Maíz, B. (2003). *DISCAPACIDAD Y AUTOESTIMA*. México: Trillas.

Martínez, J., Robles, L., & Trujillo, M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *Redalyc* , 461-475. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/pdf/337/33730303.pdf>.

Mejía, A., Pastrana, J., & Mejía, J. (2011). LA AUTOESTIMA, FACTOR FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y PROFESIONAL. *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación* , 3-18.

Muñoz, J., & Cortès, J. (06 de Noviembre de 2012). Depresión y drogas: el camino hacia el suicidio. *La Opinión*. Recuperado de:<http://laopinion.com/2012/11/06/depresion-y-drogas-el-camino-hacia-el-suicidio/>.

NIMH. (2011). Las Mujeres y la Depresión: Descubriendo la Esperanza. *DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS*. Recuperado de:<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>.

NuevaMujer. (2015). Depresión, ¿por qué afecta más a las mujeres que a los hombres? *Metro Internacional* © *Publmetro*. Recuperado de:<http://www.nuevamujer.com/mujeres/salud/todos/depresion-por-que-afecta-mas-a-las-mujeres-que-a-los-hombres/2015-12>.

Palacios, J., & Cañas, J. (2010). Características Psicosociales Asociadas al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes de Chiapas. *Redalyc* , 27-36.

Pick, S., & Vargas, E. (1997). *Yo, adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: IMIFAP.

Piox, J. (2016). "Terapia racional emotiva y síntomas depresivos (Estudio realizado con estudiantes de Tercero básico, del Instituto de Educación básica por Cooperativa

del municipio de Olintepeque, departamento de Quetzaltenango)", . *Tesis de grado* , 1-47. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/Piox-Jaqueline.pdf>.

Reyes, A. (1991). *Depresión y angustia T.II*. México : Curso fundamental de tanatología .

Romero, G. (31 de Marzo de 2016). Sufren algún trastorno emocional 90% de los jóvenes capitalinos. *La Jornada*. Recuperado de:<http://www.jornada.unam.mx/2016/03/31/capital/033n1cap>.

Sanz, E. (2016). ¿Por qué el estrés prolongado causa depresión? *Muy Interesante*. Recuperado de:<http://www.muyinteresante.es/salud/articulo/ipor-que-el-estres-prolongado-cause-depresion>.

Schmitz, C., & Hipp, E. (2005). *Cómo enseñar a manejar el estrés* . México : PAX MÉXICO .

Sorensen, M. (2006). *Romper las cadenas de la baja autoestima*. E.U: Breaking the Chain of Low Self-Esteem.

Susan, P., & Vargas, E. (1997). *Yo, adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: IMIFAP.

Thomas, E. (2016). Repelear en el vacío la depresión en la adolescencia. *¿Cómo ves?* , 10-17.

Toribio, L. (01 de Agosto de 2011). La depresión rebasa a la diabetes y pega más a jóvenes. *Excelsior*. Recuperado de:<http://www.excelsior.com.mx/node/757594>.

Uribe, I., Verdugo, J., & Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud* , 48-54.

Varela, I. (10 de Agosto de 2011). Entre 15 y 20% de los jóvenes sufren depresión o ansiedad: Xóchitl Duque. *La Jornada*. Recuperado de:<http://www.jornada.unam.mx/2011/08/10/sociedad/044n2soc>.

Vélez, L. (2013). Depresión por drogas o drogas por depresión: las dos caras de una misma moneda. *diariofemenino*. Recuperado de:<http://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/depresion-por-drogas-o-drogas-por-depresion-las-dos-caras-de-una-misma-moneda/>.

Ventas, L. (1 de Abril de 2016). ¿Por qué los hombres se suicidan más que las mujeres? *MUNDO BBC*. Recuperado de:

http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160330_salud_suicidio_tasa_mas_alta_hombres_iv.

Wallis, L. (25 de Septiembre de 2013). ¿Y si la adolescencia se prolonga hasta los 25 años? *MUNDO BBC*. Recuperado de:

http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/09/130925_salud_25_frontera_madurez_adolescentes_ap.

Weinberg, G. (2000). *PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN*. Recuperado de:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa32/conferencias/32_ci_d.htm: I Congreso Virtual de Psiquiatría.

Winokur, Clayton, & Reich. (1969). *Manic depressive illness*. Washington: C.V. Mosby.