



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO
INCORPORADA A LA UNAM



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

PRISCILA COLORADO DE LA CRUZ

GENERACION 2003- 2008

FEBRERO DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO
INCORPORADA A LA UNAM



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

PRISCILA COLORADO DE LA CRUZ

ASESOR:

LIC. ADRIAN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ

GENERACION 2003- 2008

FEBRERO DE 2009

PARTES

PRELIMINARES

DEDICATORIAS

A mis padres:

A quienes amo profundamente y que agradezco todo el apoyo y cariño que siempre me han entregado incondicionalmente compartiendo hoy un sueño más en mi vida. Gracias por creer siempre en mí y hacerme una mujer de bien con su ejemplo.

A mis hermanos:

Por todo el amor incondicional y consejos que a lo largo de mi vida me han dado y que gracias por ser la niña de sus ojos me han guiado.

A mis tíos:

Que han sido parte fundamental en mi vida y nunca me han dejado sola. Gracias por estar a mi lado y gracias por todo lo que han hecho por mi.

A esa persona especial en mi vida:

Que siempre estuvo delante de mí para fortalecerme. Gracias por levantarme cuando creía caer y ser mi impulso para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, ha requerido mucho esfuerzo y dedicación propia, sin embargo, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todos los que con anterioridad mencione y que a continuación agradezco:

A Dios

Por darme vida, estar conmigo a cada paso que doy, fortalecer mi corazón el iluminar mi mente, llenándome siempre de dichas y bendiciones. Gracias por ese hermoso Ángel que aun en el cielo me cuida.

Al Lic. Adrián Porfirio Hernández

Por toda su disposición y ayuda y conocimientos compartidos para el logro y culminación de mi tesis.

A la Profesora Grady Lastra

Por haberme brindado su valioso tiempo y esfuerzo, siendo gran parte de mí guía en esta investigación.

A mi Amiga

Por toda la confianza, amistad, alegrías y sueños que hemos compartido.

INDICE GENERAL

PARTES PRELIMINARES	<i>i</i>
Dedicatorias	<i>ii</i>
Agradecimientos	<i>iii</i>
Índice	<i>iv</i>
CAPITULO I.- MARCO REFERENCIAL	
Introducción	2
Justificación	5
CAPITULO II.- METODOLOGIA	
2.1. Planteamiento del problema	
2.2. Objetivo general	
2.3 Objetivos Específicos	8
2.4 Proceso de la investigación	
2.4.1 Tipo de investigación	
2.4.2 Diseño de la investigación	9
2.4.3 Procedimiento de la investigación	10
CAPITULO III.- MARCO CONCEPTUAL	
1.- DEMARCACIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO	
1.1 La depresión en la época clásica	14
1.2 Edad Media	
1.3 Renacimiento	15
1.4 Siglos XVII, XVIII y en el siglo XIX	16
1.5 La depresión en el siglo XX	17
2.- CONCEPTO DE LA DEPRESION	
2.1. La depresión	19
2.2. Clasificaciones de la depresión según Kraepelin	21

2.2.1. Sistemas clasificatorios actualmente en vigor en la práctica clínica	22
2.3. Diagnóstico de la depresión	24
2.3.1. Criterios diagnósticos	27
2.3.2. Instrumentos de diagnóstico	29
3.- LA DEPRESION EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA	
3.1. Definición de la depresión en la infancia	30
3.2. Definición de la depresión en la edad adulta	31
4.- LAS CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA	
4.1 La pubertad	33
4.2 La adolescencia	36
4.2.1.- Desarrollo sexual de la adolescencia	37
4.2.2.- Desarrollo cognoscitivo de la adolescencia	38
4.2.3.- La adolescencia y su socialización	39
4.2.4.- Obstáculos para una socialización satisfactoria	40
4.2.5.- El adolescente y su familia	41
4.2.6.- Relaciones padres – adolescentes	43
4.2.7.- El adolescente y su educación	45
5.- LA DEPRESION EN EL ADOLESCENTE	
5.1 Prevalencia	47
5.2 Descripción y Clasificación	48
5.3 Evaluación de la depresión	49
5.4 Influencias en el surgimiento de la depresión	
5.4.1.- Influencias biológicas	50
5.4.2.- Influencias sociales y psicológicas	52
5.5 Síntomas de la depresión en la adolescencia	55
5.6 Consecuencias de la depresión en la adolescencia	60
5.7 Intervención psicológica en la depresión del adolescente	61
CONCLUSION	63
RECOMENDACIONES	65

BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	
Cronograma de actividades	71

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

INTRODUCCION

La convivencia, el trabajo con adolescentes y experiencias personales, da la pauta, que en esta etapa a muchos jóvenes les puede resultar difícil adaptarse a las creencias sociales, políticas y religiosas de sus padres e incluso de la misma sociedad, puesto que el adolescente pasa por una transición, en donde el ciclo de crecimiento físico que marca el final de la niñez es suprimido por el inicio de la adultez. Sin embargo en esta etapa del desarrollo, el joven puede tomar en cuenta la motivación, a fin de ver que esta no es simplemente una acción específica, buena o mala, si no que lleva consigo también la intención de aquella persona que la realiza.

Durante el desarrollo en la adolescencia influyen ciertos factores, como son el biológico, psicológico y social que intervienen conjuntamente en la percepción que el adolescente tiene de sí mismo y que puede llevarlo a tener un comportamiento con buenos y malos humores a consecuencia de diversas situaciones, como por ejemplo, el mal rendimiento escolar, la ruptura con el novio o novia, fracaso escolar y las malas relaciones con amigos y familiares, las cual puede desencadenar en el joven una depresión transitoria o persistente.

El principal interés del presente trabajo de investigación, es conocer si la depresión en la etapa de la adolescencia es una parte normal del proceso de maduración por la que el joven pasa, si esta es transitoria o no y tener el conocimiento de cual es el principal factor que la desencadena, teniendo como referencia inicial que la depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente en el individuo. Esto con la finalidad de que los padres y maestros de los adolescentes puedan lograr entender el proceso de cambio de niño adulto e identificar signos alarmantes que puedan prevenir una depresión grave y permanente.

Por lo tanto y debido a la situación mencionada anteriormente, se exponen dentro de este trabajo diversas recomendaciones, entre las cuales esta el lograr una integración de padres e hijos para el desarrollo de los jóvenes en esta etapa de cambios tanto físicos, psicológicos como emocionales en ellos y al mismo tiempo que en la escuela donde el joven se encuentra la mayor parte del día busque sensibilizar al alumno acerca de aspectos de su persona y de su adolescencia, de las relaciones humanas, y de su propio desarrollo como ser humano.

El capítulo uno de esta investigación, se refiere la introducción y la justificación de dicho tema de investigación. Seguido del capítulo número dos, donde se muestra el planteamiento del problema, los objetivos, el proceso y diseño de investigación, de tipo documental.

Dentro del capítulo tres se muestran cinco temas principales. Se inicia con el tema “Demarcación histórica del concepto”, en donde se explica la historia de la depresión a través del tiempo, desde la época clásica, hasta la actualidad del siglo XX, conoceremos como se refiere al concepto diagnóstico de la depresión como trastorno, clasificación, sistemas clasificatorios, criterios para poder diagnosticar la depresión y los instrumentos para poder determinarla. Así como la clasificación de la depresión en tres diferentes etapas de la vida del ser humano, como esta se manifiesta en la infancia, en la adolescencia y en la edad adulta, y de que manera afecta y marca al individuo si se presenta dicho trastorno en alguna de estas etapas del individuo, destacando que la depresión se manifiesta de diferente manera en cada individuo, edad y género.

Se darán a conocer las características de la adolescencia, periodo de desarrollo en el cual se sufre el cambio de la niñez a la edad adulta, con sus características sexuales, sociales y psicológicas, explicando que la pubertad es

el periodo de transición entre la infancia y la adolescencia; como los cambios fisiológicos y emocionales que viven los jóvenes.

Finalizando con la depresión en el adolescente, la prevalencia que existe en los jóvenes, la clasificación y las influencias para el surgimiento o evolución de la depresión, dentro de las cuales se encuentran influencias biológicas, sociales y psicológicas, así como los síntomas y consecuencias que puede traer en los adolescentes, sobre todo si no se lleva un tratamiento adecuado, puesto que los adolescentes en esta etapa no necesitan «razones de peso» para deprimirse, pues en apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no teniendo consolidada su identidad y siendo severos críticos de sí mismos pueden llegar a poner en riesgo su vida.

En el capítulo cuatro, se muestra la conclusión de la presente investigación, así como las recomendaciones de trabajo que pueden servir de apoyo hacia los padres, maestros y los mismos adolescentes y para todos aquellos que se interesen en el tema.

Por último, en el apartado de anexos, se muestra el cronograma que se llevo a cabo durante la realización del presente trabajo.

JUSTIFICACION

El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de la falta de recursos económicos, las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida moderna, y aunado a la soledad y a las frecuentes dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y gratificantes, son algunas de las causas del trastorno depresivo. Sin embargo, de la población en general, los adolescentes y los ancianos son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno, junto a otros, como la ansiedad, el alcoholismo y la demencia.

La adolescencia es una etapa, en la que se presenta con características bien definidas en el desarrollo del hombre, aparece como un salto importante entre la infancia y la adultez y esto puede llegar a considerarse como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los problemas de ser en función de si mismo y en relación a su grupo familiar, viviendo durante esta época el desarrollo de las facultades cognoscitivas, que le permiten construir un sistema de pensamiento, el cual incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de si mismo.

Es por ello que debido a esto, la depresión que ha sido estudiada durante mucho tiempo y que incluso algunos la han considerado como una enfermedad y otros como un trastorno, surge durante el desarrollo de la adolescencia, influyendo para que esta se presente ciertos factores determinantes como son: el biológico, psicológico y social que intervienen conjuntamente en la percepción que el adolescente tiene de sí mismo; Por lo que tomando en cuenta esto, y de acuerdo a datos estadísticos de diversas fuentes se ha dado a conocer que la depresión ha sido y es un trastorno mental que se presenta en los adolescentes con más frecuencia en la actualidad.

Puesto que ellos piensan constantemente en el futuro y para ellos todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que la provocan.

Siendo exagerado el énfasis entre el hoy y el mañana, en donde se escapa la seguridad del niño y se refugia por la mayor experiencia del adulto, sintiéndose que se a perdido y que nada puede redimirse y por consecuencia esto lo lleva a deprimirse, sin embargo muchas veces la sintomatología suele confundir episodios pasajeros de tristeza en el adolescente con la depresión que realmente por ciertas causas pueda presentarse en el.

Por esta razón, viendo dicha problemática en los adolescentes y por ser esta, una etapa en donde el joven se encuentra mas preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad, que por lo que opinan sus padres y teniendo como antecedentes las consecuencias que en un determinado caso esto conlleva, se toma un verdadero interés por indagar sobre esta situación que surge en los adolescentes, primeramente, si en mencionada etapa, es natural que se presente este trastorno de manera transitoria, o bien si existen factores que influyan para que surja una depresión en el joven; todo esto con la finalidad de dar a conocer dentro de este trabajo a los padres y maestros de los adolescentes e incluso a ellos mismos, las causas y las consecuencias que la depresión en esta etapa conlleva, así como signos alarmantes que puedan prevenirla y recomendaciones que tienen como objetivo la prevención, mejora y solución de la depresión en los adolescentes, para contribuir a que ellos tengan un mejor desarrollo psicológico y emocional al cruzar por este periodo (adolescencia), recalcando la importancia de la orientación en el ámbito familiar como en el escolar hacia los adolescentes (hijos o alumnos).

Detrás de la mascara de una adolescencia difícil, esta el rostro de una sociedad difícil, hostil y que no desea comprender dicha etapa.

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en los adolescentes de 13 a 15 años de edad, surge como un proceso normal por la etapa de desarrollo en la que se encuentran o acaso existen otros factores que influyen para su surgimiento.

2.2 OBJETIVO GENERAL

El interés de la presente investigación se centra en conocer el surgimiento del trastorno depresivo en los adolescentes de 13 a 15 años de edad, las causas y consecuencias que se pueden generar por la depresión.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar en que consiste el trastorno depresivo, clasificaciones y sintomatología.
- Conocer los factores principales que pueden influir al surgimiento de la depresión.
- Obtener de manera objetiva información y datos que ayuden a identificar las características o síntomas depresivos que se consideran normales en los adolescentes.
- Identificar los cambios que se generan en la adolescencia que puedan influir al surgimiento de la depresión vista como un trastorno.
- Conocer el índice de depresión en los adolescentes a través de la aplicación de encuestas y entrevistas a personal especializado.
- Dar a conocer diversas estrategias de intervención en los adolescentes para el tratamiento de la depresión.

2.4 PROCESO DE INVESTIGACION

2.4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Documental

El diseño metodológico propuesto para la realización de este trabajo de tesis, se llevara a cabo mediante una Investigación Documental, proceso ordenado y lógico, en el cual se utilizaran diversos métodos para recopilar la mayor cantidad de información acerca del tema, en libros, revistas, entrevistas, artículos, videos, observación a profundidad y otras fuentes documentales que sustentaran el tema de investigación.

2.4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

No se manipularán variables. Se presentaran diversas fuentes de información sobre la problemática de los adolescentes con depresión que serán de validez científica, con la finalidad de enriquecer la información documental.

Las condiciones del lugar de donde se recopilara la información, serán naturales, de ninguna forma se manipulará el escenario para obtener datos lo más apegados posibles a la realidad.

El método en la investigación documental han sido los libros y documentos ya que son los medios más utilizados para la transmisión del conocimiento. En ellos se nos dice lo que el ser humano ha pensado en torno suyo, del cosmos y de cuanto en alguna forma le afecta, le produce percepciones, sensaciones e ideas. Largos siglos de actividad pensante, de conocimientos en continua renovación se encuentran en libros y documentos.

2.4.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

Esta investigación se llevara a cabo mediante un procedimiento riguroso formulado lógicamente, para la adquisición, organización y transmisión de conocimientos, la cual se constituye de diferentes etapas para llegar a la realización final de todo proyecto de investigación.

Para elaborar el presente proyecto de tesis se siguieron las siguientes etapas de la investigación documental:

1º. Primera y fundamentalmente " elección del tema". Debido a la problemática en la que se encuentran los adolescentes al cruzar de una etapa a otra, es decir de la Niñez a la adultez y por ser esta, una etapa en donde el joven se encuentra mas preocupado por la opinión de la sociedad, que por lo que opina su familia, se toma un verdadero interés por indagar esta situación que surge en los adolescentes, primeramente, si en mencionada etapa, es natural que se presente este trastorno, o bien si existen factores que influyan para que surja una depresión en el joven.

2º. Acopio de bibliografía básica sobre el tema. Se reúne todo el material publicado; artículos, monografías, ensayos, documentos de archivo, libros, tesis, referentes al tema de la adolescencia, características y cambios en la adolescencia, la depresión, síntomas y consecuencias haciendo una intensa, rigurosa y larga búsqueda de recolección de información referente a estos temas en bibliotecas.

3º. Elaboración de fichas bibliográficas y hemerográficas. Se utilizaran instrumentos elaborados como fichas bibliográficas en donde se registrarán de manera independiente, los datos de los libros, revistas, artículos, tesis y ensayos consultados.

Estas fichas permitirán identificar un libro en particular, localizarlo físicamente y clasificar las fuentes en función de la investigación, permitiéndonos localizar rápidamente el material en el momento oportuno.

4º. Se realiza lectura rápida del material. Todo esto con la finalidad de ubicar las principales ideas de los diversos autores y teorías acerca del tema y así conocer la calidad del material recabado.

5º. Delimitación del tema. Después de la lectura rápida y tener una breve noción se podrá medir la dimensión y alcance, aspecto formal y la complejidad que tiene el tema Depresión en los adolescentes; justificando el motivo por el cual se escogió dicho tema para desarrollarlo.

6º. Elaboración del esquema de trabajo. El cuerpo de la investigación debe ser secuencial y contar con medios para que haya una comunicación que determine el éxito del proyecto.

7º. Ampliación de la información sobre el tema ya delimitado. Se procederá a buscar nueva información directamente ligada con el tema general de la depresión en el adolescente, dicha información la podemos recolectar por medio de la navegación en Internet en base a las principales páginas encargadas del estudio del problema, experiencias, entrevistas, entre otros.

8º. Lectura minuciosa de la bibliografía. Se reflexionara e interpretara; las ideas mas importantes que pasan a la fichas de contenido, interrogando sin límite nuestras bibliografías para descubrir el misterio que guardan sus páginas.

9º. Elaboración de fichas de contenido. Las ideas mas importantes de los temas se plasmaran en las fichas de contenido. Transcribiendo e innovando la

información textual del documento. Se cita todo aquello que sea relevante para una investigación determinada (texto, datos, Internet, etc.), ordenando la información para tenerla a la mano.

10º. Finalmente redacción del trabajo final. Con la que se llega a la conclusión de la investigación, la cual comunica los resultados mediante un texto escrito, el cual pueda ser consultado por cualquier persona que requiera de esta, incluyendo recomendaciones que el propio adolescente puede seguir o sugerir a otras personas.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

I.- DEMARCAACION HISTORICA DEL CONCEPTO

Los trastornos depresivos no sólo son las alteraciones psicopatológicas más frecuentes sino también las más antiguas. Sus orígenes conceptuales se remontan hacia el S.VII A.C. con los escritores hipocráticos que acuñan el término de melancolía, constituyendo el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental. A lo largo de los siglos, sin embargo, han ido cambiando tanto la descripción clínica, como los esquemas etiológicos y las formas de tratamiento.

A grandes rasgos, la historia terminológica conceptual de la depresión está descrita, fundamentalmente, por tres vocablos: *melancolía*, *acedia* y *depresión*. A continuación se muestra como se han ido generando las distintas teorías explicativas a lo largo de la historia, y las denominaciones que a la vez han surgido.

1.1 La depresión en la época clásica

La historia de la depresión es la historia de la melancolía (Jackson, 1989). Esta aparece como enfermedad normal en la Grecia y la Roma clásicas, que hablan de tres tipos de locura al referirse a los trastornos mentales: frenitis, melancolía y manía. Los escritores hipocráticos se basan en la *teoría de los humores*, que más tarde desarrollaría Galeno para explicar la enfermedad. Esta teoría parte de los cuatro humores corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Un desequilibrio, por exceso o por defecto, de alguno de los humores produciría desorden mental.

Desde Hipócrates, se pensó que el exceso de bilis negra era la que producía la melancolía.

Desde esta época, todos los escritos llegados de Grecia y Roma (Aristóteles, Celso, Sorano de Efeso, Rufo de Efeso, Areteo de Capadocia, etc.) compartían la Teoría humoral e incluso algunos de ellos hacen conexiones entre la melancolía y la manía.

1.2 Edad Media

En esta época, no cambiaron súbitamente las ideas en torno a la depresión (Aguirre, 1989). Aportaciones médicas importantes fueron las de Oribasio de Pérgamo (324-403), Pablo de Egina (625-605), Constantino Africano (1020-1087) etc. y autores de la medicina árabe (980-1037) de gran trascendencia en la historia del pensamiento médico medieval. Todos eran portadores del pensamiento galénico, sosteniendo que el factor causal principal de la melancolía era el exceso de la bilis negra. Avanzada la Edad Media, se muestra el estado depresivo - la melancolía - como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable, y empezó a utilizarse el término *acedia* (*accedia*, *acedia*, *acidia*) para denominar el trastorno. En un principio se asociaba con la aflicción y la tristeza, y al hablar de ella se le denominaba como el "pecado de la negligencia o de la pereza", pero otras veces se refería a ella haciendo alusión a la desesperación.

1.3 Renacimiento

A pesar de las grandes contribuciones de esta época (tanto humanística como científica y artística) la orientación galénica siguió prevaleciendo durante todo el S.XVI. Sin embargo, a medida que iba pasando el tiempo, se veía cómo declinaba lentamente, iniciándose frecuentes críticas sobre las posturas que imperaban en el medievo.

El testimonio más interesante de esta época corresponde a un ilustre enfermo, el clérigo y filósofo inglés Robert Burton (1948), con su libro "The anatomy of Melancholy". Para explicar que la génesis de la enfermedad suscribía a veces la teoría humoral, manteniendo una etiología multifactorial para la melancolía. Entre las causas generales contemplaba las sobrenaturales (Dios, demonios y brujos), las congénitas (hereditarias y vejez), las externas (educación, pobreza, terrores y miedos, muerte de amigos) y las internas (por enfermedades anteriores, o destemplado de partes concretas como corazón, hígado, etc.).

1.4 Siglos XVII, XVIII y en el S. XIX

En este siglo la teoría de los humores se reemplaza definitivamente por explicaciones médico-químicas. Richard Napier, contemporáneo de Burton, decía que los sentimientos experimentados por los melancólicos eran normales y que lo anormal era la intensidad con que se presentaban (Cfr. Jackson, 1989).

En el siglo XVIII empiezan a utilizarse las explicaciones químicas y surgen otras explicaciones mecanicistas. El término "depresión" es mencionado por vez primera en los escritos sobre melancolía, y lo hace Samuel Johnson (1709-1748), describiendo su propio estado de aflicción. Habla de estar "bajo una depresión mental que encadena las facultades sin destruirlas, y deja a la razón el conocimiento del bien sin la capacidad para seguirlo" (Jackson, 1989: 138).

Fueron muchas las explicaciones teóricas surgidas en este siglo, prestándose cada vez más atención al curso del desorden. La figura más representativa a finales del XVIII fue Pinel (1745-1826).

En su "Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental", afirma que la melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que él cree un peligro por causas mínimas, temiendo que sus intereses le salgan mal. Divide los desórdenes mentales en: maniamelancholia- dementia-idiotismo.

Los autores más destacados de la historia de la melancolía son: Kraepelin, Esquirol, Griesinger y Falret, junto a otros como Rush (que diferencia la hipocondría de la melancolía), Maudsley y Mercier.

A finales de siglo, empezó a emerger un concepto de desorden afectivo que era similar al que prevalece en la actualidad. Posteriormente Kraepelin (1896), siguiendo las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, enunció el concepto de locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente.

1.5 La depresión en el Siglo XX

Los trabajos más representativos a principios del S. XX fueron los de Emil Kraepelin (1856-1926), que se convirtió en una figura clave hasta mediados del S. XX. Kraepelin (1896) clasifica los estados melancólicos de manera muy semejante a la de sus contemporáneos. Por vez primera se da importancia al término depresión, conservando el de melancolía para designar desórdenes en la senectud. Reconoce que numerosos pacientes deprimidos tendían a fluctuar hacia la manía y, en consecuencia, unificó manía y depresión en un único desorden. Sustituye las *psicosis periódicas* por *psicosis maniaco-depresivas* para referirse a un grupo en que incluía estados maníacos, estados depresivos, y estados mixtos. Atribuye un carácter hereditario a la enfermedad,.

Otro autor representativo de la época es Adolf Meyer (1895-1940) que da importancia, sobre todo, a la historia de la vida de la persona, y concibe los desórdenes psiquiátricos como reacciones de mala adaptación y dependientes de la constitución y la experiencia vivida. Los de Henderson (1884-1965) y Gillespie (1897-1945) que clasifican los desórdenes depresivos en dos subcategorías principales (Cfr. Jackson, 1989): psicosis maniaco-depresiva y melancolía involutiva que coinciden con Kraepelin en que la predisposición hereditaria es el factor etiológico más importante, añadiendo que "cuando los desórdenes maniaco-depresivos surgen de la nada, se denominan constitucionales o endógenos.

Otra contribución importante de este siglo, en torno a los trastornos afectivos en general, y que no debemos pasar por alto, es la de Sigmund Freud (1917) y sus colegas psicoanalistas. Freud en su obra "Aflicción y melancolía", utiliza el término melancolía para referirse al cuadro clínico atribuido actualmente a la depresión. Finalmente Melanie Klein (1882-1960), apuntó una serie de posiciones básicas como fases del desarrollo normal. Dice que el niño en la segunda mitad del primer año, pasa por una *posición depresiva* en la que experimenta sentimientos depresivos que alcanzan su clímax justo antes, durante y después del destete.

2. CONCEPTO DE LA DEPRESIÓN

2.1. La Depresión

Dependiendo de si la enfermedad es leve o severa, los síntomas se van a presentar de modo diferente en intensidad y tiempo. Las características básicas de la enfermedad, cuando es severa, son síntomas de abatimiento, sentimientos de culpabilidad y pensamientos de suicidio.

En la práctica clínica, sin embargo, los más percibidos son el abatimiento, la pérdida de interés y la ansiedad. A éstos le suceden en orden de frecuencia, la dificultad para dormir, la pérdida de apetito, la falta de energía, la fatigabilidad, juntamente con unos incipientes pensamientos de suicidio (Hamilton, 1985). En sus formas más leves, la depresión se presenta con un descenso del humor y falta de respuesta emocional a las actividades cotidianas. A los ojos de los extraños la conducta suele parecer normal, pero no así a personas cercanas en la convivencia.

El deprimido se atormenta con sus desdichas, evita los contactos sociales y de sus amigos, le afloran ataques de llanto continuo por cualquier cosa, hasta que al final son incapaces de llorar.

En general, la anormalidad de la depresión se manifiesta en:

- Trastornos del juicio: Sólo se fijan en el lado triste de las cosas y contemplan su vida llena de fracasos y sin sentido.
- Pérdida del interés: Abandonan todas sus aficiones y hobbies y van experimentando una creciente dificultad para trabajar.

- Ansiedad: Manifestada en un continuo estado de aprehensión e irritabilidad.
- Trastornos del sueño: Demora en el sueño o incapacidad para dormir. Sueños desagradables, o un despertar con sensación de no haber descansado,
- Suicidio: Es éste el gran peligro del depresivo.
- Sentimientos de culpabilidad: Se acusan a sí mismos pensando que se han descuidado y han desatendido a sus familias. Creen que todo lo hacen mal.
- Síndrome de agitación. Es una forma de inquietud asociada a la ansiedad. Agitación, movimientos nerviosos, hablar continuamente, etc.
- Retardo psicomotor: Caminar lento, rostro inexpresivo, retardo al responder.
- Síntomas físicos: Los más característicos son: falta de energías y fatiga, dolor de cabeza, malestar difuso en los músculos, pérdida de apetito o apetito desmesurado, mal sabor de boca, falta de secreción salivar, pesadez en el abdomen y estreñimiento de peso.
- Inhibición sexual. En los hombres incapacidad para eyacular y pérdida de erección. En las mujeres pérdida del apetito sexual.
- Preocupaciones hipocondríacas en torno a las funciones corporales. Creen firmemente que padecen una enfermedad orgánica. Lo más que les preocupa es una posible enfermedad de corazón o cáncer.
- Otros síntomas: pensamientos obsesivos y rituales compulsivos e ideas paranoicas.

2.2. Clasificaciones de la depresión según kraepelin

Para hablar de clasificaciones de la depresión, hemos de remontarnos al filo de los siglos XIX y XX con Kraepelín. El, fundándose a la vez en datos etiológicos, constitucionales y evolutivos, establecía la entidad denominada *psicosis maniaco depresiva*.

Con Kraepelin se inicia una nueva etapa en la evolución de la psiquiatría, a él se debe la clasificación y la descripción de las enfermedades mentales, que son la base de nuestra actual taxonomía.

Divide a las enfermedades mentales en endógenas, o sea las de origen biológico (hereditarias, congénitas) y por lo tanto incurables; y las exógenas, es decir, las psicosis producidas como reacciones a acontecimientos o a situaciones traumáticas que el sujeto haya tenido en su vida. Kraepelin introduce la idea de que se puede enfermar no hereditariamente, sino por algo de la relación del sujeto con el mundo, es decir, por algo adquirido.

Kraepelín distinguía cinco clases de depresión:

- *Depresión endógena*, incluida en las psicosis maniaco depresiva.
- *Depresión psicógena*, iniciada después de un estrés psíquico.
- *Personalidad depresiva*, caracterizada por un estado depresivo permanente.
- *Depresión sintomática*, que podía ser sintomática de una enfermedad Somática o de otra enfermedad psíquica.
- *Depresión involutiva*, iniciada después de los 45 años, con una sintomatología próxima a la depresión endógena (Alonso Fernández, 1988).

2.2.1. Sistemas clasificatorios actualmente en vigor en la práctica clínica.

Hay dos grandes sistemas que clasifican la depresión actualmente, que a continuación se mencionaran para posteriormente describirlas:

a) *Novena edición de la clasificación internacional de enfermedades. ICD-9. (Organización Mundial de la Salud, 1978)*

b) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988)*

a) *Novena edición de la clasificación internacional de enfermedades. ICD-9. (Organización Mundial de la Salud, 1978)*

Este sistema de clasificación es complejo y a menudo se solapan algunas de sus categorías. La razón de su complejidad y amplitud tiene que ver con los objetivos de su elaboración.

Este está hecho para que sea utilizado por los psiquiatras de todo el mundo y se adapte a cualquier contexto cultural, social y económico.

Apenas se parece a ninguno de los sistemas de clasificación de la depresión usados en investigación.

Los subtipos de desórdenes afectivos que compone son:

- *Esquizofrenia*: Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, de tipo esquizoafectivo.
- *Psicosis afectiva*: “Las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto”

- *Desórdenes neuróticos*: Desórdenes mentales sin ninguna base orgánica, en donde el paciente no confunde generalmente sus experiencias y fantasías subjetivas con realidad externa.
- *Desórdenes de personalidad*: Se desarrolla cuando los rasgos de la personalidad se vuelven inflexibles y maladaptativos.
- *Reacción aguda al estrés*: Alteración emotiva predominante.
- *Reacción de ajuste*: Reacción depresiva breve y prolongada.

b) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988)*

Esta clasificación fue diseñada para satisfacer las necesidades de clínicos e investigadores de un único país. Sin embargo ha tenido una gran acogida internacional y su uso es casi mundial. La mayoría de los desórdenes afectivos vienen agrupados en un solo encabezamiento, y no dispersos en las psicosis, neurosis y en los desórdenes de personalidad como sucedía en el ICD-9 y en el DSM-II.

Las subdivisiones que hace de los desórdenes afectivos, que en esta revisión denominan trastornos del estado de ánimo, son las siguientes:

1. Trastornos bipolares: presencia de uno a más episodios maníacos.

- Trastorno bipolar: tipo mixto maníaco y depresivo.

- Trastorno ciclotímico: se suceden los episodios maníacos y de depresión mayor sin períodos de remisión.
- Trastorno bipolar no especificado: con síntomas maníacos o hipomaniacos que no cumplen los criterios de un trastorno bipolar.

2. Trastornos depresivos: presencia de uno o más episodios de depresión sin episodios maníacos.

- Depresión mayor: tipo melancólico y tipo crónico.
- Distimia: ánimo deprimido, pero los síntomas de los dos primeros años no concuerdan con los de depresión mayor.
- Trastorno depresivo no especificado: con sintomatología depresiva que no cumple los criterios de ningún trastorno del estado de ánimo.

2.3. Diagnóstico de la depresión

Diagnosticar supone "determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos" (Diccionario de la Lengua Española, 19ª ed.). En la acción diagnóstica se parte de un supuesto (la existencia de la enfermedad), se asume un procedimiento (el examen de los signos sobre los que se funda aquélla) y se tiende a una valoración (el juicio diagnóstico) desde la que ordenar y disponer ciertos tratamientos (Polaino Lorente, 1985).

Para hacer una evaluación de la conducta depresiva, (Álvarez Cerbero, 1990), hay que distinguir lo que es diagnóstico de análisis funcional. El diagnóstico considera la depresión como una enfermedad con unos síntomas y unas causas, aunque estas nunca las menciona.

El análisis funcional define la conducta problema de forma concreta y explícita y estudia sus relaciones con elementos del contexto personal y social del paciente, en concreto hace hincapié en los antecedentes (próximos y remotos) y los consecuentes y en los pensamientos y sentimientos.

Es decir, estudia también los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que se asocian a la conducta problema.

En el análisis funcional influyen de forma determinante la teoría que apliquemos de la depresión. O lo que es lo mismo a través del análisis funcional se han desarrollado algunas teorías que explican la depresión.

Las más importantes se pueden sintetizar en:

a) Modelo Conductual: La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Este modelo consideran a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, ya sea en términos de una baja densidad de reforzamiento positivo (Ferster, 1973) o de tasas bajas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas (Hoberson & Lewinsohn, 1974, 1975). En el modelo conductual se ve la persona como seres capaces de controlar su propia conducta (Lewisohn y Cols 1979); no se limitan a reaccionar a la influencias externas, si no que se seleccionan, organizan y transforman los estímulos que llegan, por lo tanto las personas no son contempladas como objetos impotentes controlados por su entorno, ni son del todo libres para hacer cualquier cosa que elijan.

b) Modelo Cognitivo: Considera que la principal alteración de la depresión, está en el procesamiento de la información. Las distintas experiencias del sujeto crean unos esquemas cognitivos determinados que le hacen verse a sí mismo y al entorno de forma negativa.

Estos esquemas activados durante la depresión llegan a hacer predominantes, favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas a como ella las ve (Beck, 1970).

c) Modelos Psicoanalíticos: considera que la depresión, es el resultado de una agresión que se dirige hacia el interior de uno mismo tras la pérdida de un objeto amado ambivalente o una experiencia traumática y culpabilizante, que requiere la elaboración de un "duelo" consciente (aflicción).

Gabbard (1995) identificó cuatro puntos clave de la interpretación psicodinámica de la depresión, que a continuación se describen:

- 1) La alteración de la relación temprana entre la madre y el niño durante la fase oral incrementa la vulnerabilidad del sujeto a la depresión durante lo largo de la vida.
- 2) La depresión puede estar relacionada tanto como una pérdida real como imaginaria.
- 3) La introspección, un mecanismo de la defensa por el cual una persona interioriza el objeto perdido, se utiliza para afrontar la angustia relacionada con el objeto que ya no está.
- 4) Debido a los sentimientos entremezclados, de amor, odio y angustia ante el objeto perdido, los sentimientos de angustia se dirigen al interior de uno mismo.

2.3.1. Criterios diagnósticos

Actualmente, los criterios diagnósticos más manejados son: los de Feighner (1972), el "Research Diagnostic Criteria" (RDC) de Spitzer (1978), el DSM-III-R de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana y los de la Organización Mundial de la Salud, ICD-9 (1978).

a) Criterios diagnósticos de Feighner (San Luis, 1972)

- Humor disfórico: Caracterizado por sentirse desalentado y triste.
 - Síntomas asociados: Apetito disminuido o pérdida de peso, dificultades para dormir, pérdidas de energías, retardo, pérdida de interés o de placer, sentimiento de culpa o autor reproches, capacidad disminuida para pensar, y/o capacidad disminuida de concentración, pensamiento sobre suicidio.
 - Duración: Al menos un mes.
 - Exclusiones: Cualquier condición psiquiátrica previa distinta de la depresión.
- Exigencias: Humor disfórico y al menos cinco de los ocho síntomas asociados.

b) Criterios diagnósticos de Spitzer (Nueva York, 1978)

- Humor Pérdida intensa de interés o placer.
- Síntomas asociados: Más incremento de apetito o de peso.
- Duración: Al menos dos semanas.
- Exclusiones: Delirios de ser controlados o de influencias sobre el pensamiento (eco, robo o producción), alucinaciones no afectivas durante varios días, voces en forma de comentario sobre la conducta del enfermo o múltiples voces conversando entre si, un mes de alucinaciones no afectivas o delirios sin síntomas depresivos prominentes durante la presente enfermedad, preocupación sobre un delirio o alucinación, marcado desorden formal.
- Exigencias: Pérdida de interés o placer y al menos cinco de los nueve síntomas asociados.

c) Criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III-R, 1988)

- Estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o capacidad de placer.
- Síntomas asociados: Aumento o disminución en el apetito y el peso, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la concentración y capacidad de pensar, ideas suicidas recurrentes.
- Duración: mínimo dos semanas.
- Exclusión: Una causa orgánica, la alteración no es reacción a la muerte de un ser querido, no ha habido ideas delirantes ni alucinaciones,
- Exigencias: 5 de los síntomas asociados, no incluir síntomas asociados a causas físicas.

d) Criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (ICD-9, 1978).

- Humor depresivo: Estado de ánimo impregnado de una negrura pesimista alimentada por la desesperanza o de tristeza, que se organiza en torno a un núcleo integrado por el *dolor moral* o *dolor por vivir*.
- Ideas suicidas: Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia.
- Sentimientos de inferioridad: Se presenta debido a la existencia de un defecto que se vive como algo vergonzoso, humillante, indigno de uno mismo e inaceptable.
- Hipocondría y/o ansiedad: desorbitada preocupación por padecer enfermedades que o no se tienen, o, teniéndolas, no justifican semejante preocupación
- Sentimientos de incapacidad: Suelen sentirse incapaces, inferiores, poco valiosos, malvados. Piensan que deberían hacer esto o lo otro, se

autocondenan a sí mismos por sus errores o por sus deficiencias, no sólo sus deficiencias.

- Autorreproches o culpa: Estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprehensible, pudiendo ser la razón que para ello se Invoca más o menos adecuada.
- Incapacidad para alegrarse: De los logros de ellos mismo como individuos y de las demás personas de su entorno.

2.3.2. Instrumentos de diagnóstico

Los más comunes son escalas de auto evaluación o autoinforme (Instrumento para recoger información) y técnicas de registro observacional, ello sin tener en cuenta las medidas psicofisiológicas y bioquímicas de competencia médica. Estas suelen ser utilizadas como complemento de la información obtenida a través de la entrevista clínica y la observación. Son estos instrumentos muy valiosos para obtener datos muy precisos y objetivos acerca del trastorno a diagnosticar.

a) *Escalas y cuestionarios:* Es la técnica de recogida de datos más empleada para llegar a conocer alguna situación a fondo porque es menos costosa y facilita el análisis. Las escalas y cuestionarios pueden ser de heteroevaluación o auto evaluación, es decir se puede aplicar de manera individual o de forma colectiva. Son en apariencia muy simples y tratan de catalogar de la forma claramente posible, aquellos segmentos conductuales que están alterados en un determinado problema conductual, están diseñados para poder cuantificar y universalizar la información.

b) *Pruebas psicométrías:* Consisten en la medición objetiva y estandarizada de una muestra del comportamiento. Este tipo de pruebas son escasas. Se pueden dividir en dos grupos, las pruebas de inteligencia y las de personalidad.

3. LA DEPRESIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Actualmente, se ha generalizado la concepción de que el síndrome depresivo presenta en las distintas edades una etiología y un cuadro clínico diferente, no quedando con ello excluido el hecho que se compartan en los distintos niveles muchos aspectos. En general se observa un origen común de la enfermedad y una patogenia similar, a la vez que variaciones importantes en el cuadro clínico dictadas por el estadio evolutivo correspondiente a la edad cronológica en que se encuentre el sujeto (Alonso Fernández, 1988).

De acuerdo con la psicopatología cultural del desarrollo, podemos distinguir como formas clínicas diferenciadas por sintomatología específica, las depresiones de la infancia, adolescencia y edad madura, porque se constituyen desde tres formas culturales diferenciadas

Así, hablamos de:

- Depresión infantil.
- Depresión del adolescente.
- Depresión en la edad adulta.

3.1 Definición de la depresión en la infancia

La depresión en la infancia, se ha visto sujeta a grandes controversias en la historia de la investigación, hoy goza de total autonomía, y aunque todavía se trata de diagnosticar y tratar de forma similar a la depresión en la edad adulta, es más por una limitación de recursos adaptados a la infancia, como instrumentos de diagnóstico y sistemas clasificatorios, que porque no se acepte una depresión diferencial específica para esta edad.

Los períodos más importantes se sitúan en torno a tres niveles de edad específicos: la lactancia (de 0 a 2 años aproximadamente), la edad preescolar (alrededor de los dos hasta los 5 años) y la edad escolar (hasta los 10 u 11 años).

Si la depresión se presenta durante la infancia puede producir un retraso en el inicio de la marcha de lo que debería ser normal de acuerdo a su desarrollo, el inicio del habla se retrasa, el sueño no es tan profundo, e incluso padecer enfermedades de tipo infecto – contagioso debido a una disminución de la defensas biológicas, repercutiendo todos estos aspectos si no son tomados en cuenta, de una manera muy notable al paso del niño a la adolescencia e incluso puede quedar latente dicho trastorno y ser denotado en la edad adulta.

El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc.

"Un niño con depresión puede adquirir una forma de ser depresiva que le marque toda la vida “.

3.2 Definición de la depresión en la edad adulta

Los estudios sobre la depresión en la edad adulta son los más desarrollados científica y clínicamente. Este tipo de depresión se corresponde con el modelo general presentado en capítulos anteriores.

La depresión en esta etapa puede haberse presentado ya sea durante la niñez o la adolescencia y haber ocurrido un factor detonante para que el trastorno surgiera nuevamente, ya que la experiencia de una depresión marca inexorablemente, aún en los casos en los que se logre superar y se crea que no habrá recaídas.

Los familiares del depresivo padecen también de alguna manera la enfermedad y con frecuencia se presentan situaciones de crisis debido a que no tienen un equilibrio emocional, esto dando pie a que en muchas ocasiones se vuelva un círculo vicioso, si no se lleva un tratamiento adecuado.

4.- LAS CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Para conocer el trastorno de la depresión específicamente en la etapa de la adolescencia, es importante conocer primeramente las características desde la pubertad hasta la adolescencia, así como los diferentes tipos de desarrollo que él en adolescente ocurre.

La palabra adolescencia procede del verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse. Según la etimología de la palabra que la expresa, la adolescencia tiene como característica principal y dominante los cambios morfológicos y funcionales que constituyen el proceso de crecimiento.

En efecto, la primera etapa de la adolescencia, la pubertad, se caracteriza por una crisis de crecimiento, que hace que el niño – la niña- sufran un estirón considerable que decide su tipo somático y que le acerca a su tipología definitiva adulta.

4.1 La pubertad

La pubertad, que debe considerarse propiamente como el periodo de transición entre la infancia y la adolescencia, se caracteriza primordialmente por un desencadenamiento hormonal que da lugar a esos cambios físicos, fisiológicos y emocionales en la persona; esto es, hay glándulas que secretan hormonas desde el nacimiento que estimulan el crecimiento corporal. Esta acción hormonal provoca la aparición de los caracteres sexuales secundarios que generan la transformación de caracteres somáticos de tipo infantil a los de tipo adulto y la maduración del aparato reproductor masculino y femenino.

Los cambios físicos y fisiológicos que se presentan en la pubertad, siguen un orden secuencial diferente para cada sexo.

MUJERES

- 1.- Comienza el desarrollo de los senos
- 2.- Aparición del primer vello pubiano
- 3.- Se alcanza la talla definitiva
- 4.- Primera menstruación, menarquia
- 5.- Capacidad de los ovarios para producir óvulos
- 6.- Órganos genitales, senos y vello pubiano adultos

HOMBRES

- 1.- Comienza el desarrollo genital
- 2.- Capacidad de los testículos para producir espermatozoides
- 3.- Primer vello pubiano
- 4.- Se alcanza la talla definitiva
- 5.- Órganos genitales adultos
- 6.- Vello pubiano adulto

La pubertad se inicia en la mujer alrededor de los 12 a los 13 años y presenta los siguientes cambios: se redistribuye definitivamente el tejido adiposo, propiciando su formas redondeadas; aparece el vello en las axilas, la pelvis sufre un cambio importante: se ensancha y se acentúa la concavidad de hueso sacro, preparándose para la futura maternidad y se presenta la primera menstruación.

En el hombre, la pubertad aparece entre los 13 y los 15 años y presenta lo siguientes cambios: se incrementa la masa muscular, el tono de voz se torna grave, aparece el vello en barba, bigote y axilas; generalmente su desarrollo muscular es mas rápido que su habilidad para dominar su nueva fuerza, por lo que en momentos parecen muy torpes en sus movimientos.

En este periodo pubescente, también aumenta el ritmo de crecimiento de los huesos; los hombres superan muy pronto la estatura de sus compañeros. Dicho crecimiento que tiende a presentarse en sus extremidades inferiores durante la primera y segunda infancia, en la pubertad se da en el segmento superior del cuerpo (tronco).

En general, se inicia un periodo de desarrollo que permite la diferenciación de sexos. Las mujeres son menos musculosas que los hombres, el rostro muestra rasgos diferentes, la nariz masculina es más fuerte y gruesa, el maxilar más ancho y la piel más recia. De igual manera, el tejido adiposo se distribuye de manera diferente; mientras en las mujeres encontramos mayor concentración en las caderas, en el hombre se acumula en la parte superior del tronco.

Otro factor somático importante es el aumento de peso. Este es producido por el crecimiento óseo, el aumento de tamaño de las vísceras y la expansión del tejido celular.

Estas transformaciones obedecen a la activación de los centros cerebrales que actúan sobre la glándula llamada hipófisis. La hipófisis o pituitaria es el órgano central del sistema glandular, actúa directamente en la regulación y funcionamiento de las demás glándulas.

La actividad de las glándulas endocrinas tiene una importancia vital, ya que sus secreciones sirven para controlar las reacciones químicas que tienen lugar en los tejidos vivos, lo que proporciona la energía necesaria para llevar a cabo las actividades vitales para producir el crecimiento de los huesos, los músculos y el tejido nervioso.

La maduración sexual y el desarrollo propio de la pubertad, están determinados por la segregación de hormonas; en este caso de las sexuales;

que son producidas por los ovarios y los testículos, activados a su vez por las hormonas secretadas por la hipófisis. Los cambios emocionales tienen su origen en los cambios físicos y fisiológicos que se presentan durante la pubertad.

Cuando el joven experimenta estos cambios se da cuenta de que ha dejado de ser niño; sin embargo, se da cuenta que todavía no es un adulto, ya que la sociedad y la familia no lo reconocen como tal. Entonces, como no se resigna a perder las ventajas de la infancia, por un lado, y por el otro no acepta la responsabilidad de ser adulto, surge en él una crisis de identidad; en estos momentos el joven se pregunta ¿Quién soy? Y se encuentra confundido entre el mundo conocido y un mundo desconocido al que se resiste ingresar (1).

Esta crisis lleva al joven a refugiarse en sí mismo, buscando la seguridad que considera perdida. Es una época en la que se siente incomprendido por los adultos y se aleja de ellos. En ocasiones, esta actitud provoca crisis familiares que abren la brecha generacional que existe entre padres e hijos.

4.2 La adolescencia

La adolescencia es el periodo del desarrollo durante el cual, las personas en crecimiento sufren la transición de la niñez a la edad adulta. A menudo se considera a los adolescentes como un problema tanto como para ellos mismos, como para las personas que lo rodean. Por lo tanto, es muy importante que tanto padres como maestros, sean capaces de comprender este periodo que viven los adolescentes.

Cuando se analiza la adolescencia, por lo general se le da mayor atención a la desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias;

sin embargo, el desarrollo biológico de las personas siempre marcha al mismo tiempo que el desarrollo psíquico y social. Los cambios importantes en el cuerpo de un adolescente, viene acompañados de cambios igualmente significativos en sus relaciones con los grupos en los que se está identificando.

4.2.1 Desarrollo sexual de la adolescencia.- Una consecuencia del desarrollo y maduración de la sexualidad, se haya en la aparición del apetito sexual. Este fenómeno tiene su localización en el sistema nervioso, y mas concretamente en la sustancia gris del cerebro.

Los productos hormonales de índole sexual al impregnar con sus elementos químicos y energéticos la sangre, llenan de erotismo el tejido nervioso y despiertan, hasta alcanzar su funcionamiento normal, los deseos de satisfacción de índole normal, cuyo mecanismo es la base de las relaciones sexuales. Es por esto que el adolescente experimenta un vivo interés por las cuestiones sexuales. La fuerza del instinto provoca que tengan toda su atención hacia esos temas y lo incita a satisfacer sus apremiantes deseos.

La forma elemental de satisfacción sexual es la masturbación, que aunque menos extendida en los jóvenes, es practicada por los dos sexos. La masturbación es una práctica normal, que en los jóvenes se acerca al 100 %; y en las mujeres, también se realiza en una proporción considerada.

La masturbación, con frecuencia va acompañada por fantasías altamente excitantes; estas fantasías provocan el aumento de la excitabilidad del adolescente en la relación heterosexual afectiva, y puede facilitar tanto el ajuste social como la salud mental. Sin embargo, cuando la masturbación va acompañada de fantasías morbosas masoquistas y pornográficas, puede indicar que se trata de una personalidad enferma.

Lo preocupante es el vicio de la masturbación. Este vicio, como todos, desgracia y hunde al ser humano en las consecuencias orgánicas y psicológicas de una constante sobreexcitación y consume las energías que son necesarias para el proceso vital de la adolescencia. La práctica no moderada de la masturbación puede traer como consecuencia la impotencia orgánica y psíquica, al desviar de su forma normal la satisfacción del instinto sexual.

4.2.2.- Desarrollo cognoscitivo de la adolescencia.- Todo ser humano debe mantener equilibrio cognoscitivo entre si y su ambiente. Toda situación a que se enfrente toda persona, contiene elementos que han de quedar en equilibrio para vivir de forma racional; de la misma manera como el principio del equilibrio impera en el mundo de la naturaleza, donde el clima, el terreno, la vida orgánica, y la intervención humana interactúan constantemente; las múltiples experiencias de la vida de la persona han de alcanzar también un equilibrio. Las estructuras cognoscitivas cambian con el paso del tiempo, a la vez que el proceso de alcanzar el equilibrio recibe el incremento de la sensibilidad a los fenómenos secuenciales.

El individuo se aviene con el ambiente experiencias de la vida real y por la enseñanza mediante la palabra. En breve, forma conceptos. Para formar conceptos, aprende a designar ciertos objetos o fenómenos como si fuera la misma cosa, distinguiéndolos de otros. En primer lugar, aprende a discernir y a dar nombre a los atributos de un concepto. En segundo lugar, deduce el concepto comprobando hipótesis, empleando ejemplos positivos y negativos y advirtiendo cuales son los atributos comunes en caso de relaciones positivas.

Una peculiaridad del desarrollo intelectual que acontece entre los 11 y los 20 años, es el cambio de pensamiento descriptivo al exploratorio; cambio que va de los modos de pensar particularistas, perceptivos y circunstanciales, en gran parte inductivos, a otros que revelan la evocación de posibilidades imaginadas.

Existe una distinción fundamental, entre los tipos de pensamiento. “El desarrollo exploratorio en el adolescente, exige cambios significativos en los procesos de comprensión y deductivos, así como la evaluación y comprobación de hipótesis. A medida que la explicaron se convierte en el modo dominante del pensamiento, se emplea la deducción para la formación de hipótesis”. (2)

Entre los factores ambientales más importantes respecto de su impacto permanente sobre la inteligencia, están los intereses culturales de la familia, el nivel educativo de los padres, el aliento de los mismos, las facilidades que se dan el hogar para la lectura y la facilidad de palabra de los padres.

4.2.3.- La adolescencia y su socialización.- La adolescencia es una etapa en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre si, ya que no hay dos personas que posean las mismas experiencias o que ocupen posiciones idénticas en la estructura social. Cada uno puede imponer su individualidad con tal de que la sociedad le conceda cierto grado de estímulo. Durante la adolescencia, es preciso que sociedad e individuo concuerden en un entendimiento. El adolescente debe aprender de manera afectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo, la debe adquirir a través de las relaciones interpersonales.

La personalidad propia de cada adolescente depende de la importancia que tienen para él, las personas con quienes trata, de los tipos de comportamiento que se le presentan y de las maneras de cómo asimila las nuevas expectativas y las experiencias anteriores.

Las sociedades modernas son inestables. Los cambios estructurales ocurren de manera repentina; muchas relaciones interpersonales son válidas solo temporalmente, y los adultos de convicciones distintas pueden ser igualmente afectivos como ciudadanos.

Cada generación de adolescentes, tanto individual como colectivamente debe considerar los aspectos de la sociedad y los estándares de edad adulta que se han de reafirmar o poner en juicio.

Los ajustes que inician los individuos para distinguirse unos de otros y para adaptarse a la estructura social, se conocen como socialización. “Es de esperar que la suma total de las experiencias pasadas de un individuo, presenten un papel en la formación de su comportamiento social futuro.” (3)

“Socialización es el proceso mediante el cual los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidades, actitudes, valores, necesidades y motivaciones..... todas las cuales conforman la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en que viven.” (4)

4.2.4.- Obstáculos para una socialización satisfactoria.- La socialización implica la adquisición de una gran cantidad de complicados aprendizajes sociales. Para un niño común y corriente, la socialización es probablemente más fácil en culturas mas sencillas que en la nuestra. Para las personas que viven en granjas o pequeñas comunidades Ruales el ritmo de modificación es lento, la gente adquiere un “sentido de la comunidad”. En una pequeña comunidad todo el mundo se conoce, esto otorga a las diferentes generaciones un sentido de cercanía. Los abuelos, los padres y los hijos pueden vivir bajo el mismo techo en elativa armonía. En tales condiciones los niños se integran fácilmente en esa cultura.

Sin embargo, la industrialización trajo consigo grandes ciudades e innovaciones técnicas asombrosas. La cultura se volvió en algo muy fragmentado y lo mismo ocurrió con muchas personas. Así pues, la socialización se complico cada vez más y las dificultades que surgían exigían un mayor periodo de años para su satisfacción.

4.2.5.- El adolescente y su familia.- La familia del adolescente le ayuda a satisfacer sus necesidades personales (en especial en la infancia); le enseña los moldes del comportamiento y le prepara para que se conduzca como adulto.

La familia oriental niño hacia sus familiares, y el adolescente, hacia una sociedad mas amplia; su estructura es mas flexible y se puede adaptar a cierta variedad de metas de socialización.

En los últimos años, han ocurrido cambios notables en la familia respecto a ala división del trabajo, de las responsabilidades, distribución de la autoridad, toma de decisiones, patrones de comunicación y apoyo emotivo de la familia. Actualmente, la familia nuclear, compuesta de esposos, esposa e hijos, con vida relativamente independiente de los demás parientes, es el modelo de la familia de los países industrializados.

El proceso de la familia es proceso largo y continuado; el adolescente esta en el umbral de un largo periodo de interacción intensa. La familia es el agente de socialización principal, a partir del cual el adolescente adquiere su estilo de vida propio. Los padres más responsables tratan de desarrollar en sus hijos, sentimientos de seguridad, de pertenencia y de bienestar, y refuerzan las características de la personalidad como son: la honestidad, la puntualidad y la probidad.

La enseñanza de la autodisciplina y del autocontrol, parecen depender de la edad del niño. Como los padres generalmente cambian su enfoque cuando el muchacho alcanza la adolescencia, acostumbran a introducir inconsistencias en sus prácticas de socialización. El descuido sin limitaciones respecto del derecho y propiedad de los otros, por ejemplo, puede ser tolerado en los niños pequeños, pero son pocos los padres que perdonan tal comportamiento en los adolescentes.

Existe un marco óptimo de control por parte de los padres en cada nivel de edad. Si el control es excesivo, puede conducir a la sumisión y a la timidez o bien, a la rebelión; si el control es escaso, puede resultar en inmadurez e irresponsabilidad. Las diferencia de poder entre el padre y el niño son tan grandes, que este no es capaz de enfrentarse al poder paterno. Ahora bien, el adolescente llega acercarse tanto a la condición física e intelectual de sus padres, que puede replicar.

Durante la adolescencia es imposible a los padres, psicológica y fisiológicamente, imponer el mismo tipo de autoridad como lo hicieron durante la niñez de sus hijos. Cuando al niño se le va dando cada vez mas autonomía que crece y las restricciones que le imponen sus padres van acompañadas de explicaciones y comprensión, esto puede ayudar a disminuir los choques entre padres y adolescentes.

El niño aprende a expresar su individualidad en un amplio margen de comportamientos aceptables para sus padres, y la serie ordenada de experiencias le permite distinguir entre comportamiento conforme e inconforme. En la temprana adolescencia es capaz de pensamiento operativo formal y puede formular principios mediante los cuales juzgar sus propias actividades, lo mismo que las de los demás; incluso, aunque pueda carecer de la sensatez para ser moderado.

Como el adolescente puede ver las distintas opciones frente a las directivas de sus padres, estos han de estar dispuestos defenderlas sobre base racionales. Los padres, por tanto, pueden hacer uso del poder de manera limitada, con la finalidad de ajustar diferencias. El adolescente llega a desarrollar su propia posición, si tiene a su alcance a alguien con quien discutir.

4.2.6.- Relaciones padres – adolescentes.- Cuando el adolescente empieza adoptar un estilo de vida mas maduro, las expectativas de los padres respecto de su comportamiento han de cambiar. Las funciones a largo plazo de supervisión y de cuidado, han de llegar a su fin, el control ha de ceder el paso de la autonomía. El adolescente debe disfrutar de una independencia cada vez mas grande la autoridad de los padres, si es que alguna vez a de asumir las responsabilidades de adulto.

Los padres deben supervisar las amistades de sus hijos adolescentes de manera cuidadosa, pero sin intervenir en sus relaciones. Esto pueden hacerlo animando a sus hijos a invitar a sus amigos a sus casas, pero sin entrometerse una vez que estén en ella. Y evitar exponerlos a humillaciones delante de sus amigos.

De la misma manera, es importante alentar a los jóvenes a que participen en actividades deportivas, o en actividades que a ellos les llamen la atención y los ayude a desarrollar confianza en si mismos. También es necesario que la educación sexual sea iniciada por lo padres, en el hogar, dar confianza a los adolescentes para que aborden el tema del sexo, lo que facilitara que adopten una actitud natural hacia el. La tolerancia y la comprensión, son atributos de mucho valor, pues no cabe duda que tales rasgos disminuirán la posibilidad de choques entre padres e hijos.

En toda edad, probablemente exista un margen óptimo de demandas y expectativas por parte de los padres, pero estos, no rara vez suelen encontrar dificultades para llevar a cabo una dirección inteligente y establecer un equilibrio entre el control y la libertad. En primer lugar, hay padres bien intencionados que se sienten confundidos al ver que las indicaciones que antes daban a sus hijos, y que eran bien recibidas, de repente son rechazadas porque el adolescente piensa que ya es lo suficientemente mayor para hacer lo que tiene que hacer, sin que nadie se lo tenga que señalar, en segundo lugar, los padres pueden

definir los estándares de responsabilidad de manera diferente, cuando se trata de ellos mismos y cuando se trata del adolescente.

¿Por qué los padres bien intencionados no advierten las necesidades que los adolescentes tienen en su desarrollo? Existen dos razones importantes: 1.- La pobreza cultural de los padres; 2.- Las constricciones de la personalidad de los padres.

1.- la pobreza cultural de los padres, refleja la incapacidad de estos para poder prever los futuros acontecimientos o sus inclinaciones a estipular contratos limitados con el adolescente. Los problemas de los padres, cuando quieren estipular acuerdos con los adolescentes, se agravan cuando sus experiencias imponen límites a la capacidad de comprenderla realidad contemporánea.

2.- las constricciones de la personalidad de los padres, refleja la incapacidad de estos para seguir el paso de la necesidad creciente que tiene el adolescente, de libertad, debido a sus propias necesidades personales. Una de las principales tareas de la socialización, es ayudar al adolescente a desarrollar su independencia; con todo, los padres suelen estar mal preparados para cooperar en esta tarea tan importante.

Los años medios de la adolescencia, con frecuencia coinciden con la edad media de los padres. Mientras el adolescente lucha por establecer la identidad de su rol sexual, dominar sus capacidades vocacionales, prever metas a largo plazo, salir airoso en las relaciones heterosexuales, experimentar estilos de vidas diferentes de los de sus padres, y en general, aprender papeles dentro y fuera de los de la familia, los padres están luchando a su vez, con cambios en su vida sexual, en la posición de su carrera, en las relaciones familiares, debido a la separación física que pronto realizara el adolescente.

El conflicto de los padres con sus propias responsabilidades, con frecuencia siembra dudas en si mismos y perdidas en su autoestima, lo que los hace menos aptos para responder a las necesidades de independencia del adolescente. La ansiedad de los padres puede crecer más, si los cambios en el comportamiento de los adolescentes son repentinos. Esta situación se puede resolver si los padres reconocen que esta apareciendo un tipo diferente de familia. De todas maneras, aunque el adolescente vaya caminando hacia la adultez, como adulto, como adulto, también puede estar en estrecho trato con ellos.

4.2.7.- El adolescente y su educación- La escuela secundaria es esencialmente una institución educativa, es decir, formadora de las personalidades de los adolescentes, en la cual, el saber y la cultura cumplen su papel como instrumento de formación y de adquisición de los elementos necesarios para dar a los escolares, las bases, los fundamentos, las ideas que todo hombre, cualquiera que sea su edad su clase social, su ocuparon debe de poseer.

La escuela de nuestro tiempo es esencialmente una institución educativa de carácter social, porque forma parte del medio social. Esta característica de la escuela secundaria se debe considerar como una necesidad, ya que siendo la adolescencia la edad de los intereses sociales, la institución encargada de su educación, debe dirigirlos, encauzarlos, para que comiencen y lleguen a sentirse ciudadanos de su país y del ancho y vasto horizonte del mundo.

5.- LA DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

Hasta hace poco la depresión en el adolescente no había recibido demasiada atención. Sin embargo, el interés ha ido en aumento de una forma muy clara. Esto puede deberse a una serie de influencia.

La depresión, en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continúa búsqueda de nuevas actividades.

Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pueden ser todos indicios de una fuerte depresión oculta aunque obviamente también pueden ser el resultado de otros.

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso.

Lo que desencadena este tipo de depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.

5.1.- Prevalencia

- De acuerdo a la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil uno de cada 10 adolescentes en México ha tenido por lo menos un cuadro depresivo en su vida. De éstos, cerca del 28 por ciento presenta depresión severa.
- Los jóvenes con depresión profunda intentan el suicidio, el cual es la causa de muerte número 18 en nuestro país.
- Los cuadros de depresión en adolescentes son más frecuentes entre los 13 y los 16 años, en ambos sexos. Los jóvenes no tratados pueden tener un episodio depresivo cada seis meses o un año, lo que significa entre seis y 12 recaídas durante la adolescencia.
- De cada 10 adolescentes deprimidos menos de dos recibe tratamiento, esto se deba a la falta de conocimiento de los padres y maestros e inexperiencia de médicos generales.
- En México sólo hay alrededor de 250 psiquiatras infantiles y de la adolescencia, la mayoría trabaja en las zonas de mayor poder adquisitivo de las grandes ciudades. Así que los adolescentes que viven en áreas rurales o zonas marginales con frecuencia no son diagnosticados ni tratados.
- Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

5.2.- Descripción y clasificación

Si bien, siempre ha existido una amplia variedad de opiniones con respecto a si los adolescentes pueden o no experimentar toda la gama de atributos afectivos, somáticos, cognitivos y de conducta que caracterizan la depresión mayor de los adultos.

Para poder describir y clasificar la depresión en un adolescente, se ha sugerido, que es importante distinguir entre el fenómeno (o síntoma) de depresión y el síndrome (o trastorno) denominado depresión.

Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, la pérdida de interés o de placer, la falta de capacidad de respuestas y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo.

Aquí, el termino << síntoma >> se utiliza en sentido coloquial (al igual que términos como << problemas >> o << experiencia de >>) y no implica que exista ninguna enfermedad. Por el contrario, se ha sugerido que el concepto de *trastorno* depresivo se reserve para la noción de depresión como síndrome. Como síndrome, se entiende por << depresión >> un grupo de atributos que con toda probabilidad se dan de forma conjunta.

El síndrome consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo, que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta.

Un uso cuidadoso de ciertas distinciones de trabajos futuros contribuirá a aclarar parte de la confusión reinante con respecto a la depresión en el adolescente.

5.3.- Evaluación de la depresión

La creación de instrumentos de evaluación ha contribuido considerablemente al aumento de la atención prestada a la depresión en el adolescente. La evaluación puede englobar una serie de estrategias y medir amplios atributos. Asimismo, es muy frecuente realizar una entrevista clínica general y utilizar una escala dimensional general. También se han confeccionado una serie de entrevistas destinadas de obtener un diagnóstico según el DSM – IV, así como un conjunto de medidas entradas de un modo más específico en la depresión. Estas entrevistas e instrumentos de evaluación han facilitado enormemente la investigación de la depresión en los adolescentes.

El Children's Depression Inventory (CDI), probablemente sea la medida de este tipo más utilizada. Deriva del Beck Depression Inventory que es el inventario más frecuentemente empleado con los adultos. En el CDI se pide a los adolescentes que elijan cuál de las tres alternativas les caracteriza mejor durante las dos últimas semanas. Veintisiete ítems muestrean aspectos afectivos, conductuales y cognitivos de la depresión.

Además de ello, igualmente, hay muchos instrumentos de autoinforme que vuelven a reformularse de otro modo a fin que puedan complementarlos otras personas importantes para el adolescente, como por ejemplo, los padres.

Las medidas que se obtienen a partir de los informes de los padres y del adolescente a menudo muestran solo una baja correlación, y el acuerdo entre ambos puede variar en la función de la edad del adolescente.

5.4.- Influencias en el surgimiento de la depresión

5.4.1.- Influencias biológicas

La perspectiva biológica de la depresión del adolescente se centra en las influencias genéticas y bioquímicas. Derivan de una gran mitad de literatura especializada sobre adultos, ya que existen relativamente pocos datos disponibles sobre niños.

a) Influencias genéticas

Por lo general, se considera que las influencias genéticas tienen un papel en la depresión en el adolescente.

Dado que a hay pocas pruebas empíricas relativas al comportamiento genéticos de la depresión antes de la edad adulta, los hallazgos referidos a la incidencia de la depresión en la familia constituyen la base primordial para obtener la influencia genética en la etiología de la depresión en el adolescente. El hallazgo de que los jóvenes cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno, de que un aumento de la depresión entre los miembros de la familia esta relacionado con el inicio de la misma antes de los veinte años, y de que los índices de depresión son mas elevados en los parientes adultos de jóvenes a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, es coherente con la existencia de una influencia genética en la depresión en el adolescente.

Los estudios de la familia, no obstante, no terminan de aclarar las influencias genéticas y las ambientales.

Si bien parece posible una contribución genética, la propia investigación que indica que hay un componente hereditario en la depresión adulta también señala la importancia de las influencias del entorno.

La complejidad de esta cuestión queda ilustrada en un estudio realizado Rende y sus colaboradores (1993). Estos investigadores estudiaron la sintomatología depresiva en una muestra genética (no seleccionada) de 707 parejas de hermanos adolescentes. Comparando gemelos monocigotos, gemelos dicigóticos del mismo sexo y hermanos del mismo sexo provenientes de familia adoptivos, los autores pudieron utilizar la metodología del estudio de gemelos y de adopción para analizar las influencias genéticas y ambientales sobre la depresión. Se encontró una influencia genética significativa cuando se tomó en consideración toda la gama de la sintomatología de la depresión. Sin embargo, no se halló ninguna influencia genética significativa cuando solo se tuvieron en cuenta adolescentes con niveles de depresión elevados. En su lugar, se halló una influencia significativa del entorno compartido, es decir, las influencias no genéticas por los dos hermanos de una familia.

b) Bioquímica de la depresión

El estudio de la bioquímica de la depresión ha recalcado el papel de los neurotransmisores tales como la norepinefrina, la serotonina y la acetilcolina. El impulso del estudio de estos neurotransmisores provino en gran medida del hallazgo de que la eficacia de ciertos antidepresivos en los adultos estaba relacionada con el nivel de sus sustancias químicas o a la receptividad a las mismas.

La investigación actual continúa explorando el papel de los neurotransmisores; no obstante, los mecanismos de acción son sin duda muy complejos, ya que en ellos participan no solamente la cantidad de

neurotransmisores disponible, si no también complejas interacciones entre los sistemas de neurotransmisión y los receptores.

Se piensa que el sistema neuroendocrino, que incluye el hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas adrenales y tiroideas, desempeña un papel importante en la depresión. Este sistema también está regulado por neurotransmisores.

Así pues, el panorama puede ser bastante complejo. Aunque esta línea de investigación en el campo de la depresión del adolescente es muy prometedora, los rápidos cambios biológicos que se producen durante este periodo (por ejemplo, la actividad hormonal durante la pubertad) planean dificultades especiales.

La investigación sobre los aspectos biológicos de la depresión indica que durante la adolescencia el sistema neuroregulatorio no es equivalente al de la edad adulta.

5.4.2.- Influencias sociales y psicológicas

La mayoría de los adolescentes se llevan muy bien con sus padres y hermanos: participan cada vez más en las decisiones que los afectan particularmente entre las familias de clase media. Estos adolescentes están dispuestos a tomar decisiones importantes con respecto a la elección de una carrera profesional y a las relaciones con sus compañeros por su cuenta o aconsejados por sus padres (Psathas. 1957. En Serafino, 1988). Conforme el adolescente se aleja de su familia comienza a depender más de sus compañeros y de sí mismo.

Los conflictos que surgen a edad temprana en la adolescencia por lo general se deben a cuestiones más bien triviales, p/e. tal a la forma de vestirse.

Las relaciones sociales entre hermanos dependen de diversos factores como la edad, el sexo. En la mayoría de las familias, estas relaciones pueden formalizarse cuando los padres asignan obligaciones y roles. El resentimiento por la asignación de tareas puede depender de la manera como se plantean. Los padres pueden reducir el resentimiento al explicar la necesidad de que dichas tareas domésticas sean realizadas y preguntar que se piensa. Las relaciones sociales de los adolescentes incluyen también el pertenecer a grupos mayores, las agrupaciones de adolescentes se constituyen en torno a intereses, habilidades e ideales comunes.

Algunos adolescentes tienden más que otros a orientarse hacia las actitudes de los adultos (Schwartz y Merten, 1967 citados en Serafino E, 1988). Los que se inclinan por ellas son formales y participan en las actividades escolares y en los grupos serios. Los que están orientados hacia los compañeros, manifiestan menos interés en los estudios académicos y los grupos formales. Normalmente los adolescentes orientados hacia los compañeros tienen una opinión más negativa de sí mismos que los orientados hacia los adultos.

a) Pérdida por separación del objeto amado

Probablemente la explicación más común de la depresión es la pérdida por separación. Las explicaciones psicoanalíticas sobre la depresión a partir de Freud hacen hincapié en la noción de la pérdida del objeto. La pérdida puede ser real (muerte de uno o ambos progenitores, divorcio) o simbólica.

Se piensa que la identificación con el objeto amado perdido, así como los sentimientos ambivalentes hacia el mismo, dan como resultado que el individuo dirija sentimientos hostiles que tiene relación con el objeto amado

hacia el yo. Restando importancia a la conducta de agresión que se vuelve hacia su propio yo.

Algunas explicaciones de orientación conductual también incluyen la separación y la pérdida. Tanto Ferster (1974) como Lewinsohn (1974) subrayan el papel de un reforzamiento positivo inadecuado en el desarrollo de la depresión.

La pérdida o la separación de un ser querido podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes del reforzamiento para el adolescente.

b) La búsqueda de la identidad en la adolescencia

El desarrollo mental del adolescente también desempeña un papel importante en el surgimiento de una sensación bien definida de su identidad. La capacidad para considerar lo posible igual al lo que actualmente es para intentar dar soluciones, alternativas a los problemas y para mirar hacia el futuro, contribuyen a que el joven se plantee las preguntas centrales, ¿quién soy?, ¿que quiero ser?, ¿que probabilidades tengo de realizarme?

El adolescente puede probar muchos papeles distintos buscando los que personalmente le parezcan más cómodos, gratificantes y desafiantes, así como los que parezcan realistas o irreales, habilidad y posibilidad.

El simple hecho de darse cuenta de que una parte de sí mismo puede razonar, formular y modificar suposiciones considerar las alternativas y llegar a conclusiones, aunque sólo sean tentativas, ayuda a fomentar dicho sentido de identidad.

c) El desarrollo de la personalidad en la adolescencia

El desarrollo cognoscitivo del adolescente también se refleja en sus actitudes personales hacia sí mismo, así como en las características de su personalidad que pueden destacar durante este periodo. En esta etapa muchos adolescentes se vuelven más introspectivos y analíticos, suelen interesarse por los enigmas filosóficos como, por ejemplo, si realmente existe el mundo que perciben y si ellos mismos son reales o sólo un producto de la conciencia.

A menudo los adolescentes se muestran egocéntricos en su forma de pensar y de comportarse. En esta etapa se pueden percatar de que otras personas son capaces de desarrollar procesos de pensamiento semejantes a los suyos.

5.5.- Síntomas de la depresión la adolescencia

El principal síntoma de la depresión es un estado de tristeza, que puede agudizarse hasta llegar a ser inconsolable. En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Frecuentemente el estado de ánimo en un episodio depresivo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "como un pozo". Casi siempre hay una pérdida del interés y de incapacidad para obtener placer, en mayor o menor medida.

Los muchachos pueden referir que han perdido el interés o que han dejado de disfrutar las actividades que antes consideraban placenteras.

La alteración del sueño asociado más a menudo a un episodio depresivo es el insomnio. También existen cambios psicomotores, que incluyen agitación (por ejemplo incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto); o enlentecimiento (por ejemplo, lenguaje, pensamiento y movimientos corporales lentos) que deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar, únicamente una sensación subjetiva (es decir el: "yo creó que se

está comportando más lento que de costumbre", sino el "es evidente que se comporta más lento que de costumbre"), además del aumento de la latencia de respuesta verbal (tardan más en responder), bajo volumen, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido o mutismo.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. El joven puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso, el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Por ejemplo: una jovencita puede quejarse que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y que tarda el doble de lo normal en ello. El sentimiento de inutilidad o de culpa se asocia a un episodio depresivo, puede implicar evaluaciones negativas, no realistas del propio valor, o preocupaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados.

Alguna de las expresiones que se suelen escuchar de los jóvenes son las siguientes:

Nada me sale bien.

No sirvo para nada.

Todo sucedió por mi culpa.

Estoy tan fea que nunca voy a casarme.

Estoy tan gorda que nadie quiere hacerme caso.

El divorcio de mis padres fue por mi culpa.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, llegando a conformarse, hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los muchachos con menos riesgos suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 minutos) y recurrentes una o dos veces a la semana.

Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (por ejemplo: una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio, hasta pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben estarán solos para poder así suicidarse; aunque muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento, el joven deprimido va a intentar el suicidio.

Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable (en este caso: la depresión).

Es normal que los síntomas aparezcan antes de transcurrir dos meses, si hubo una pérdida de un ser querido; pero estos no deben persistir más allá de dos meses. Generalmente, se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor. (Es decir: exageraciones).

Los síntomas centrales de un episodio depresivo son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas como las quejas somáticas (dolores en el cuerpo), la irritabilidad ó el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia (dormir mucho) y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad, que en la adolescencia y en la edad adulta. También puede ir acompañado de trastornos de la conducta alimenticia, y trastornos de angustia.

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo unos días antes del inicio de la menstruación.

Existe también la posibilidad que se presente un episodio maniaco. Se caracteriza por ser un estado anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y con duración de al menos 1 semana. Esto se acompaña de al menos 3 síntomas siguientes: Aumento de la autoestima o grandiosidad (Soy lo máximo en todo lo que hago, No hay quien se compare conmigo), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico (hablan mucho y no dicen nada), fuga de ideas, distracción, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con alto potencial para producir consecuencias graves para él, este episodio es más grave por las consecuencias que le pueden provocar al adolescente, como la pérdida de amistades; ya que se da una total desinhibición a asuntos relacionados con la sexualidad.

Son pacientes eufóricos y alegres, que les lleva a tener un gran entusiasmo en sus interacciones interpersonales, sexuales y escolares. Casi no duermen, hablan mucho, fuerte y rápido, y son difíciles de interrumpir, es decir, no les importa el deseo de comunicarse con los demás. "Si presentan fuga de ideas, su discurso es desorganizado e incoherente." Incrementan una actividad sexual poco usual.

Es común que no quieran reconocer que están enfermos, y es más difícil intervenir terapéuticamente; cuando presentan síntomas sicóticos, pueden volverse agresivos o suicidas. Este estado puede cambiar rápidamente de ira a la depresión.

El diagnosticar correctamente la depresión es de suma importancia para evitar consecuencias lamentables. Los pacientes se reportan tristes y desanimados. Para su correcto diagnóstico deben presentarse cinco síntomas persistentes de los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio (no dormir) o hipersomnia (dormir mucho), falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos

de desesperanza. Hay una pérdida de interés y aumento de la autocrítica, viéndose poco interesante e inútiles (por ejemplo "yo siempre he sido así" o "ésta es mi forma de ser").

Los síntomas más frecuentes son sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de interés o de placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado. Sentimientos excesivos de irritabilidad, o furia, así como descenso de actividad, eficiencia o productividad. Puede darse inicio en una edad temprana. En adolescentes se presenta la irritabilidad e inestabilidad, así como la tristeza. Presentan baja autoestima con escasas habilidades sociales y son pesimistas. En los varones es más probable que el primer episodio sea un episodio maníaco. En la mujer es más probable que sea un episodio depresivo mayor. El período premenstrual puede asociarse con un empeoramiento de un episodio depresivo mayor. Es muy común encontrar asociados síntomas de estrés con la depresión en adolescentes de preparatoria.

Prácticamente la depresión se asocia con 16 síntomas como la constipación, hiperventilación, náusea y vómito, migrañas o dolores de cabeza, dolores de cuello y músculos de los hombros, palpitaciones cardíacas y dolores de cabeza tensionales,

No se reportan desórdenes psicósomáticos como: asma, presión arterial alta, dermatitis, colitis o úlceras. El foco de control está en la constipación, pensamientos preocupantes y sentimientos de enojo.

Hay que hacer notar que los adolescentes que se presentan a obtener algún servicio van por una causa somática (es decir, del cuerpo), que es la máscara de su depresión. En mujeres los síntomas que prevalecen en la depresión son falta de apetito, llanto, sentimientos de culpa y una baja autoestima como también bajo rendimiento escolar y tendencias suicidas.

5.6.- Consecuencias de la depresión en la adolescencia

Siendo la depresión una de las enfermedades psicológicas mas frecuentes en los adolescentes, podemos decir que las consecuencia que puede traer consigo, serían: la fatiga por la actividades a desarrollar en el contexto del día a día, desgano por las actividades que antes solían ser gratas, desinterés por las relaciones sociales, actitud solitaria, sensación de vacío en su vida, además el pensamiento suicida o intento del mismo.

En el ámbito escolar, estas consecuencias no son muy distintas a las ya mencionadas, entre estas podemos destacar: la falta de concentración, perdida del interés por el estudio, problemas importantes de desadaptación escolar, fobia escolar, desinterés por las calificaciones, poca relación con sus compañeros, autodescalificación, entre otras.

Evidentemente el riesgo más importante de la depresión es el suicidio. En este sentido es importante recordar que los adolescentes, como parte sustancial de su ser, tienen factores suicidas intrínsecos, es decir, el adolescente cree que a él no le va a pasar nada y tiene tendencia a realizar conductas de mucho riesgo, como por ejemplo, manejar a altas velocidades. *Sin embargo, en algunos casos, al observar más de cerca algunas de estas conductas sí podrían estar relacionadas con núcleos depresivos. Como ya lo señalara Emile Durkheim (citado en Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000), la tasa social de suicidio constituye un buen indicador del estado de una sociedad*

Las situaciones de estrés, el abuso sexual familiar, conflictos familiares, problemas matrimoniales en familias muy inestables, aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y amigos son otros factores de peso en los procesos depresivos.

5.7.- Intervención psicológica en la depresión del adolescente

Es extremadamente importante que las adolescencias presionadas reciban el tratamiento profesional pronto. La depresión es seria y puede empeorarse al punto de convertirse peligroso para la vida.

El trabajo del psicólogo con adolescentes con depresión es muy amplio y pueden utilizarse diversas técnicas de intervención para proporcionar ayuda al joven, según la teoría que cada psicólogo ocupe.

La psicoterapia puede darse de manera individual, familiar o en grupo; Proporciona a los adolescentes una oportunidad de explorar acontecimientos y sensaciones que son dolorosas o preocupantes a ellos, enseñándole el psicoterapeuta hacer frente.

Muchas veces no es imprescindible una acción psicoterápica individual, salvo discretos "toques" de abordaje comprensivo y de apoyo. Mucho más importante es la acción familiar, ya que si esta existe no será necesario ningún tipo de acción psicológica directa (psicoterapia) sobre el joven, aunque quizás sí sea necesaria una acción psicológica directa sobre los padres antes de trabajar con el adolescente.

Algunas de las maneras más comunes y más eficaces de tratar la depresión en adolescentes son:

- **Terapia Cognoscitiva del comportamiento.-** (Beck) La depresión como resultado de pensamientos inadecuados. La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro. El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente.

La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

- **Terapia interpersonal.-** (Gerald I Klerman, 1970); (IPT) es una de las terapias a corto plazo que se han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la depresión adolescente. Se enfoca en cómo desarrollar relaciones más sanas en la familia y en la escuela. Las acciones psicológicas a emprender son muy sucintas, y se basan, ante todo, en favorecer la aceptación por parte del niño de lo "pasajero" de su estado psicopatológico. (1) Es importante que el joven depresivo se sienta comprendido, aunque él mismo no llegue a comprenderse del todo.

- **Esfuerzo personal.-** Según Psiquiatra Bernardo Nard. Es aquel que debe hacer el paciente para poder salir del cuadro depresivo y encontrara la mejor manera de hacer frente. El esfuerzo personal de la depresión desempeña un papel importante en curarla, y es importante tener presente que el sobrevivir un cuadro depresivo no significa que la vida es repentinamente hermosa, pero que existen diversas maneras para lograr salir del estado depresivo en el que el individuo pueda encontrarse.

CONCLUSION

Para finalizar esta investigación, se concluye que la depresión que se presenta en los adolescentes durante esta etapa, surge debido a que ellos se encuentran susceptibles, ocurriendo esto, por diversas causas específicas durante su cambio y proceso de desarrollo de la niñez a la adultez, tomando en cuenta que depende que crucen la adolescencia de manera sana para poder tener una vida adulta sin complicaciones de ningún tipo en los diferentes ámbitos de su vida, familiar, social y espiritual .

Es muy importante decir que al trastorno de la depresión se le debe especial atención, si se presenta tanto en hombres como en mujeres, buscando ayuda profesional de inmediato pues si durante la presencia del trastorno no se encuentra la ayuda psicológica necesaria el adolescente puede tener muchos problemas emocionales, debido a que en esta etapa experimentan cambios físicos y psicológicos, en donde se encuentra el adolescente, en busca de la identidad y valores propios, siendo muy susceptible y teniendo pensamientos erróneos como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema, como la drogadicción, el alcoholismo, la delincuencia etc.

Es esencial que para poder atender este tipo de trastornos se tenga toda la información, así como la capacidad necesaria por parte del profesionalista a intervenir para así poder diagnosticar de manera acertada y precisa y tratar eficazmente al paciente depresivo antes de que el trastorno se agudice, tomando en cuenta de igual manera debido al amplio estudio que se ha realizado, que es de suma importancia tomar en cuenta el número de síntomas y la intensidad de los mismos, pues estos son relevantes para una evaluación, tratamiento e intervención adecuada de la depresión.

Así, las técnicas de intervención tratadas en este documento, como son, la psicoterapia, la terapia interpersonal, terapia cognoscitiva del comportamiento y el esfuerzo personal del mismo adolescente, ponen de manifiesto desde el punto de vista de los autores mencionados dentro de este trabajo de investigación, ser las más adecuadas, desde el punto de vista psicológico para actuar y prevenir la depresión en esta etapa de la adolescencia.

Lo más importante de esta investigación desde el punto de vista psicológico, es la prevención de dicho trastorno y que como profesionalista se pueda llevar a cabo, en el ámbito en el cual nos desarrollamos, siendo detectados los síntomas a tiempo y manejar al paciente de la mejor manera posible; para esto se presentan a continuación dentro de esta investigación, una serie de recomendaciones que pueden ser operadas en el ámbito escolar, en el ámbito familiar y de igual forma de manera individual, esto con la finalidad de ayudar a los padres, a los maestros y a los mismos adolescentes a lograr un equilibrio y estabilidad emocional en cuanto crucen por este periodo de la adolescencia.

RECOMENDACIONES

La adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo donde se puede señalar que representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad y en la misma familia. Mucho se ha hecho hincapié en los ajustes que surgen en los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios en la estructura y a la función del cuerpo. Otros han propendido a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa.

Sin embargo aunque existen diferencias de opinión en la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos que predisponen a la adolescencia, lo cierto es que en la adolescencia se produce un rápido desarrollo físico así como profundos cambios emocionales que, aunque pueden ser excitantes, no obstante también pueden resultar confusos e incómodos tanto para el adolescente como para sus padres.

Por lo que después de haber analizado los diversos cambios que vive el adolescente y las diferentes confusiones que en él surgen, se exponen dentro del presente trabajo de investigación algunas recomendaciones desde el punto de vista psicológico, que ayudaran a los padres, a los maestros y a los mismos adolescentes que tengan problemas familiares, escolares, sociales o emocionales y así con ello ayudarlos a salir delante de ese periodo de

confusión en el que ellos durante esa etapa se encuentran y evitar que puedan tirarse al abandono.

Dichas recomendaciones son las siguientes:

- Tener un departamento de orientación psicológica en las instituciones escolares (secundarias y preparatorias) donde se encuentran los adolescentes de entre 13 y 18 años de edad, atendido por un psicólogo especialista en problemas de adolescentes.
- Que el departamento de orientación psicológica busque sensibilizar al alumno acerca de aspectos de su persona y de su adolescencia, de las relaciones humanas y de su propio desarrollo como ser humano; como, cambios físicos, emocionales, problemas familiares, esto con el propósito de que el joven asuma de manera conciente, objetiva y crítica las responsabilidades de su desarrollo personal para favorecer su salud mental.
- Que se generen talleres para padres acerca de los sentimientos y emociones de los adolescentes durante esta etapa y así poder reforzar el vínculo entre padres - institución – hijos.
- Que la psicóloga de la institución genere conocimientos sobre las potencialidades y limitaciones del sujeto para ayudarlo así a plantearse objetivos acordes; que le permitan contribuir a la identificación y socialización dentro de un marco de salud mental, dejando claras las diferencias entre los problemas que el individuo a de resolver por si mismo durante su desarrollo psicológico y aquellos que ameritan recurrir a la ayuda especializada.

- Que los docentes se capaciten y actualicen en los conocimientos de la etapa de la adolescencia para así poder mejorar dentro de la institución las relaciones maestro – alumno.
- Que la psicóloga en coordinación con los docentes conciencien a los alumnos con respecto a los aspectos psicosociales que pueden afectar su desarrollo.
- Que el docente que trabaja con grupos logre realizar una sensibilización con respecto a los factores psicológicos que intervienen en la dinámica de la relación con el alumno, como comunicación, motivación, adolescencia, familia, inteligencia y personalidad, entre otros.
- Que dentro de las clases propias del adolescente se impartan temas que ayuden en el equilibrio emocional del alumno.

BIBLIOGRAFIA

American Valdés Miyar, Manuel (2001) **DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, tr. American Psychiatric Association. Barcelona: Editorial Masson, S.A.

Bernardo Nard Psicoterapeuta. **Revista Psiquiatria**. Universita Politecnica delle Marche. Italia

CIE 10 López Ibor. (2000) **CIE Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación**. Editorial Médica Panamericana.

Diane E. Papalia, Rally Wendroks Olds, Ruth duskin Feldman. **Desarrolló Humano**. (8va. Edición) Colombia: Editorial Mc Graw Hill

Diane E. Papalia, Rally Wendroks Olds. (1988) **Psicología** (1ra. Edición) México: Editorial Mc Graw Hill.

Gail W. Stuart y Michele T. Loria. **Enfermería psiquiátrica, principios y practica**. (8va. Edición)

Grinder Robert E. (1994) **Adolescencia**. México, D.F. Editorial Limusa

Guillermo Calderón Narváez (1999) **Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos en general**. México: Editorial Trilas.

Jerry M. Wiener, Mina K. Dulcan. **Tratado de Psiquiatria de la infancia y la adolescencia**. Editorial Masson

Jhon E. Horrocks (1984) **Psicología de la Adolescencia**. México: Editorial Trillas

José Ángel Gamez Hernández (1995) **Manual de procedimientos de la orientación educativa.** México: colección DGETI

Rita Wiks – Nelson (1997) **Psicopatología del niño y del adolescente.** (3ra Edición) Madrid: Editorial Prentice Hall

Vargas, Leticia. **El hombre, la orientación y la sociedad.** México. Pág.: 16

Sexualidad Juvenil (2da. Edición) **Revista SEP**

http://www.peques.com.mx/depresion_adolescente

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En el siguiente recuadro se muestra el plan de trabajo que se siguió para la realización de la presente investigación; dichas actividades fueron registradas con una periodicidad quincenal. Iniciando la primera quincena de y finalizando en la segunda quincena del mes de de 2008.

ACTIVIDAD	QUINCENA									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Elección del tema	X								
Acopio de bibliografía		X	X	X	X					
Elaboración de fichas bibliográficas y hemerográficas				X	X					
Lectura rápida del material				X	X					
Delimitación del tema					X					
Elaboración de esquema de trabajo						X				
Ampliación de la información sobre el tema						X	X			
Elaboración de fichas de contenido							X			
Redacción del trabajo final								X	X	X
Presentación de la tesis										X