

DEPRESION EN ADOLESCENTE. PEREIRA, 2005

**ANGELA MARIA URIBE HENAO
CAROLINA GIRALDO SALDARRIAGA
MARIA ANTONIA MARULANDA RAMIREZ
GLADIS JANETH RODRÍGUEZ QUINTIN
XIOMARA RIVERA RAMIREZ**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERIA
Diciembre Del 2005**

DEPRESION EN ADOLESCENTE. PEREIRA, 2005

**ANGELA MARIA URIBE HENAO
CAROLINA GIRALDO SALDARRIAGA
MARIA ANTONIA MARULANDA RAMIREZ
GLADIS JANETH RODRÍGUEZ QUINTIN
XIOMARA RIVERA RAMIREZ**

**Trabajo presentado como requisito de grado en el programa de
enfermería**

**Asesora metodológica
JULIA INES ESCOBAR MONTOYA
Asesora temática
MARIA ELENA BURITICA**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERIA
Diciembre Del 2005**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	5
3.1. OBJETIVO GENERAL	5
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
4. MARCO TEORICO	6
4.1. DEPRESIÓN	6
4.1.1 DEPRESIÓN CLINICA	6
4.1.1.1. Causas de depresión	6
4.1.1.1.1. Bioquimicos	6
4.1.1.1.2. Hereditarios	6
4.1.1.1.3. Físicos	6
4.1.1.1.4. Psicosociales	7
4.1.1.1.5. Médicos	7
4.1.1.2. ¿Cuánto Dura?	7
4.1.1.3. Teorías fisiológicas	7
4.1.2. Evaluación	7
4.1.3. Tratamiento	8
4.1.3.1. Relaciones de tratamiento y educación	9
4.1.3.2. Fase aguda del tratamiento	9
4.1.3.3. Psicoterapia	9
4.1.3.4. Intervención farmacológica	10
4.2. CAMBIOS PSICOSOCIALES SEGÚN DIVERSOS TEORICOS	10
4.2.1. Ocho edades del hombre según Eric Erikson	10
4.2.1.1. Confianza básica versus desconfianza Básica	10

4.2.1.2. Autonomía versus vergüenza y duda	11
4.2.1.3. Iniciativa versus culpa	11
4.2.1.4. Industria versus inferioridad	12
4.2.1.5. Identidad versus confusión del rol	13
4.2.1.6. Intimidad versus aislamiento	13
4.2.1.7. Generatividad versus estancamiento	14
4.2.1.8. Integridad del yo versus desesperación	14
4.3. TEORIA PSICOANALITICA SIGMUND FREUD	15
4.3.1. Estructura de la personalidad	15
4.3.2. Mecanismos de defensa	16
4.3.2.1. Represión	16
4.3.2.2. Regresión	16
4.3.2.3. Proyección	16
4.3.2.4. Formación reactiva	16
4.3.2.5. Racionalizacion	16
4.3.3. Desarrollo psicosexual	17
4.4. LA ADOLESCENCIA	18
4.4.1. PERSPECTIVAS TEORICAS SOBRE LA ADOLESCENCIA	18
4.4.1.1 ¿Quiénes son los adolescentes?	19
4.4.1.2. La adolescencia: consecuencia del proceso Biológico	19
4.4.1.3 La adolescencia, situación particular	19
4.4.1.4 La adolescencia, despertar cognitivo	20
4.4.1.5 La adolescencia, crisis de madurez	20
4.4.2. Cambios evolutivos en la Adolescencia.	20
4.4.2.1. Cambios Hormonales	20
4.4.2.2. Cambios Corporales	21
4.4.2.3. Cambios Psíquicos	21

4.4.2.3.1. El ideal del yo	21
4.4.2.3.2. Reactualización de conflictos aparentemente Superados	21
4.4.2.3.3. La identidad personal	22
4.4.3. Conflictos de nuestro tiempo y orígenes del problema	22
4.4.3.1. Crecimiento continuo	23
4.4.3.2. Crecimiento discontinuo	23
4.4.3.3. Crecimiento tumultuoso	24
4.5. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	24
4.5.1. Etiología	25
4.5.2. Factores de Riesgo	25
4.5.2.1. Genéticos	25
4.5.2.2. Factores neuroendocrinos	26
4.5.2.3. Anatomía del cerebro	26
4.5.2.4. Sueño	26
4.5.3. Correlatos Psicológicos	27
4.5.3.1. Factores cognitivos	27
4.5.3.2. Acontecimientos negativos de la vida	27
4.5.3.3. Abuso infantil	27
4.5.3.4. Identidad sexual	27
4.5.4. Correlatos Socioambientales	28
4.5.4.1. Pobreza	28
4.5.4.2. Consideraciones relativas al parentesco	28
4.5.4.3. Circulo de amistades	28
4.5.5. Manifestaciones clínicas	29
4.5.5.1. Conductas antisociales	29
4.5.5.2. Problemas escolares	29
4.5.5.3. Conflicto familiar	30
4.5.5.4. Ausencias frecuentes de casa	30

4.5.5.5. Crisis suicidas	30
4.5.5.6. Incremento del abuso de sustancias ilegales	31
4.5.5.7. Síntomas somáticos	31
4.5.6. Epidemiología	31
4.5.7. Tipos de depresión en adolescentes	31
4.5.7.1. Depresión psicótica	32
4.5.7.2. Depresión bipolar	32
4.5.7.3. Depresión atípica	32
4.5.7.4. Trastorno afectivo estacional	32
4.5.7.5. Depresión subclínica	32
4.5.7.6. Depresión resistente al tratamiento	32
4.5.8. Secuelas	33
4.6. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	33
4.6.1. Principales supuestos	34
4.6.1.1. Enfermería	34
4.6.1.2. Persona	34
4.6.1.3. Salud	34
4.6.1.4. Entorno	35
4.6.2. Conceptos principales y definiciones	35
4.7. ESCALA PARAL A AUTO-CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN (ZUNG SDS)	36
5. DISEÑO METODOLOGICO	38
5.1. TIPO DE ESTUDIO	38
5.2. POBLACION	38
5.3. DISEÑO MUESTRAL	39
5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
5.5. FUENTE DE DATOS	40
5.6. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	40
6. RESULTADOS	42
6.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	42

6.2. ANALISIS DEL TEST DE ZUNG	46
6.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNO DEPRESIVO	50
6.4. RELACION DE LA VARIABLE DEPRESIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO ESTUDIADOS	51
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
8. CONCLUSIONES	55
9. RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	62

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Encuesta para adolescentes	62
ANEXO B. Encuesta para adolescentes y tabla de conversión de resultados	64

INTRODUCCION

En general, se entiende por adolescencia una etapa que abarca desde los finales de la infancia hasta la edad adulta, englobando todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano. La adolescencia puede tener cualquier duración, entre los 12 y los 18 años y la intensidad de los procesos que en ella acontecen son variables en toda la etapa.(1)

Lo primero que sobresale al acercarse a la adolescencia es el relevante desconocimiento que sucede en casi todo su devenir y acontecer vital. La depresión es uno de los problemas que acontece en esta etapa de la vida y que requiere conocer su comportamiento y prevalencia para poder intervenir desde el punto de vista de enfermería.

En este trabajo se estudia la frecuencia de Depresión en Adolescentes del colegio Deogracias Cardona de Pereira, medida con la escala de Zung y algunos factores de riesgo, para que posteriormente con los resultados obtenidos se puedan realizar intervenciones de enfermería que contribuyan a un mejor bienestar del Adolescente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento normal en los adolescentes se caracteriza por ascenso y descenso en el estado de ánimo, con periodos de alternancia entre el sentir que “el mundo es un lugar estupendo” y “la vida es una porquería”. Estos episodios pueden presentarse con periodos de duración variables de horas y días.

El estado depresivo es común en los adolescentes como consecuencia del proceso de maduración y el estrés, de los conflictos con los padres, por la lucha de su independencia, también puede ser una reacción a un proceso perturbador como la muerte de un amigo, novio (a) o familiar, el fracaso en la escuela, etc. También puede presentarse sin alguna causa aparente, puede ser por enfermedades psiquiátricas o por medicamentos.

La depresión es un estado emocional caracterizado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima que se presenta durante los años de adolescencia; este cambio se da como respuesta a muchos estímulos.

La disminución en el rendimiento escolar, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias psicoactivas, cambios en los hábitos alimenticios, sentimientos de inutilidad, tristeza prolongada y obsesión con la muerte que pueda tomar la forma de pensamiento suicida; estos y muchos otros comportamientos negativos pueden ser signos y síntomas de depresión.
(2)

Actualmente este trastorno está presentando una alta frecuencia en los adolescentes de la ciudad de Pereira, el cual se ve reflejado en el aumento de drogadicción, alcoholismo y suicidio en los jóvenes, a tal punto que el problema es percibido por la población general como una evento de gran magnitud en el municipio.

Por lo tanto esta investigación pretende responder al siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo que llevan a la depresión en los adolescentes entre los 14 y 18 años de edad del colegio Deogracias Cardona de la ciudad de Pereira, en el segundo periodo del año 2004?

2. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud cataloga la depresión como la enfermedad incapacitante número uno en la mujeres a nivel mundial y será la segunda causa de incapacidad en hombres y mujeres para el año 2020. Ataca principalmente entre un 8 y 15% de la población general, de la cual menos de un tercio de ellos busca tratamiento médico. El tratamiento consiste en medicación, psicoterapia y para casos agudos incluso hasta la hospitalización. (3)

Algunas estadísticas indican que 1 de cada 3 personas pueden padecer depresión en algún momento de su vida. La probabilidad de sufrirla aumenta a medida que avanza la edad. Además puede aparecer más de una vez, provocando un importante debilitamiento del individuo en la capacidad de desarrollarse, lo que da lugar a múltiples comportamientos deficientes que afectan tanto física como psicológicamente; lo cual se ve reflejado en la disminución de ingesta alimenticia, pérdida de Interés en actividades diarias y/o tristeza prolongada, que conlleva a que se desarrolle progresivamente pensamientos de delirios y psicosis, a tal punto que puede atentar contra la integridad de él mismo.

Como grupo de alto riesgo para la depresión están los adolescentes, en general y atendiendo a este hecho de que a más edad mayor riesgo para el inicio de la depresión en jóvenes, la tasa de prevalencia de este trastorno varía de 3 a un 9% en adolescentes. Según los estudios realizados, se encontraron trastornos depresivos que oscilan entre 15 y 20% en esta población, lo que es comparable a la tasa longitudinal encontrada en la población adulta y por ello sugiere que la depresión en adultos suele iniciarse en la adolescencia.(4)

Aunque no se han encontrado diferencias claras de prevalencia entre sexos en muestras de edades prepuberales, se ha identificado de manera congruente un mayor riesgo de depresión en el sexo femenino después del inicio de la pubertad. Tales estudios indican que hay incluso un riesgo doble para el sexo masculino.(5); sin embargo las relaciones interpersonales de apoyo y las habilidades de adaptación saludable pueden ayudar a evitar que dichos periodos de depresión conduzcan a trastornos más severos.

La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a tiempo, la terapia conductual cognitiva enseña a personas deprimidas a combatir los pensamientos negativos y a reconocerlos como síntomas y no como la realidad de su mundo; este es el tratamiento no

medicado más efectivo para la depresión. Es posible que los episodios de depresión no se puedan prevenir en adolescentes con fuertes antecedentes familiares, con problemas o con múltiples factores de riesgo, pero la identificación oportuna y el tratamiento rápido y comprensivo puede prevenir o posponer los episodios posteriores.

Existen políticas por parte del Instituto de Salud de Pereira, en cuanto a fortalecer los programas de Salud Mental. Este marco lo posibilitan las políticas en salud vinculadas a las estrategias de municipios saludables por la paz de la Organización Mundial de la Salud, que valida la participación social, el desarrollo personal y el empoderamiento de la población.

Estos lineamientos han inspirado el que hacer cotidiano en el trabajo con adolescentes, desde una Salud integral fisiológica y aventurarse en un nuevo perfil en Salud Mental.(5)

De otro lado es importante que la enfermera conozca las causas, problemas y consecuencias que acarrea esta enfermedad, para que de esta forma se puedan desarrollar programas de promoción y prevención de la misma, los cuales garanticen una mejor calidad de vida para el individuo, familia y comunidad.

1. OBJETIVO

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Medir la frecuencia y algunos factores de riesgo que llevan a la depresión en los adolescentes entre los 14 y 18 años de edad, del colegio Deogracias Cardona de la ciudad de Pereira durante el segundo periodo del año 2004.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la población de adolescentes con manifestaciones depresivas, utilizando la escala de Zung.
- Identificar características familiares, intraescolares y de socialización en la población de adolescentes del estudio.
- Relacionar la presencia de las características de los adolescentes con las manifestaciones depresivas.

2. MARCO TEORICO

4.1 DEPRESIÓN

2.1.1 Depresión Clínica.

La depresión clínica es una condición médica que afecta el estado de ánimo, los pensamientos, el comportamiento, y el cuerpo de las personas. Cosas que eran fáciles y agradables como pasar el tiempo con la familia y amigos, leer un libro, ir al cine, toman más esfuerzo; hasta algunas cosas básicas como: comer, dormir y actividades sexuales, pueden llegar a ser un problema. Casi todas las personas experimentan momentos de ansiedad durante el transcurso de su vida, también numerosos momentos de tristeza aunque tal vez no sean tan frecuentes ni tan intensos que puedan llegar a clasificarse como depresivos.

Hay muchos síntomas asociados con la depresión, afecta diferentes personas en diferentes maneras. Por ejemplo cuando usted está deprimido, puede dormir o comer más de lo usual, mientras que otra persona puede tener problemas para dormir y no tener ganas de comer.

4.1.1.1 causas de depresión

Los científicos han estudiado la depresión por muchos años y han concluido que muchos factores son responsables, los cuales caen bajo varias categorías: Bioquímicos, Psicosociales, Genéticos, Físicos, Hereditarios y Médicos.

4.1.1.1.1 Bioquímicos: Los investigadores han descubierto que cuando las personas están deprimidas ciertas “hormonas cerebrales” llamadas neurotransmisores no están presentes en el cerebro en la cantidad adecuada, causando cambios físicos y emocionales.

4.1.1.1.2 Hereditarios: También han descubierto que la depresión clínica se hereda a través de la familia. Se debe recordar que no todos los que tienen un familiar cercano con depresión experimentan la depresión clínica.

4.1.1.1.3 Físicos: Cambios naturales en el cuerpo, cambios en las temporadas del año y hábitos de estilos de vida pueden causar síntomas de depresión.

4.1.1.1.4 Psicosociales: Las experiencias estresantes y pérdidas importantes, son las razones más frecuentes por las cuales las personas se deprimen. Una historia de abuso físico, verbal, sexual o cualquier otro trauma severo; pueden hacer que las personas desarrollen ese trastorno depresivo.

4.1.1.1.5 Médicos: Ciertas enfermedades físicas tales como tiroides, embolia, cáncer o tumor cerebral pueden causar la depresión.

4.1.1.2 ¿cuánto dura? Algunas personas se recuperan de la depresión por sí mismas, muchos sufren de la depresión por semanas, meses e incluso años. La depresión clínica puede ser aguda (semanas o meses) o crónica (años). El tiempo que dura la depresión, depende de la severidad de los síntomas. Si se busca tratamiento y factores personales; las personas que son tratadas tienen menos posibilidades de que vuelvan a deprimirse clínicamente en el futuro. (6)

4.1.1.3 Teorías fisiológicas: Como se sabe que los procesos fisiológicos tienen un considerable efecto sobre el estado de ánimo, no es de extrañar que algunos investigadores hayan buscado causas fisiológicas para la depresión. En caso de que la depresión pueda transmitirse genéticamente, al iniciarse la enfermedad debemos indicar que los procesos fisiológicos perturbados desempeñan un papel importante en la cadena casual. Las pruebas en el sentido de que la depresión pudiera en parte heredarse respaldarían entonces la teoría de que la depresión tiene una fase fisiológica.

Rosenthal (1.970) revisó algunos estudios sobre psicosis maniaco-depresiva diagnosticadas entre los pacientes de primer grado de un caso índice. Los datos indican que los parientes en primer grado pueden ser diagnosticados como maniaco-depresivos aproximadamente diez veces más que los miembros de la población en general. Son igualmente reveladoras las incidencias de psicosis maniaco-depresivas observadas entre gemelos monocigóticos y dicigóticos en cuyos compañeros habíase diagnosticado ya esta psicosis. (7)

4.1.2 Evaluación

La evaluación psiquiátrica diagnóstica es la manera más corriente de identificar trastornos depresivos.

La evaluación frecuentemente requiere entrevistas separadas y conjuntas con el paciente y sus padres o cuidadores. Normalmente se requieren múltiples entrevistas, así como contactos con informadores colaterales, incluyendo

profesores y profesionales de servicios sociales. En estas entrevistas se deben valorar los siguientes puntos:

- *Diagnósticos psiquiátricos comórbidos.
- *Problemas psicosociales y académicos.
- *Sucesos negativos en la vida del paciente tanto tempranos como recientes.
- *Historia clínica familiar.
- *Apoyo social.
- *Historia médica.
- *Abuso de sustancias.

En las intervenciones de la fase de evaluación debe empezar un proceso de tratamiento, creando esperanza, ofreciendo una nueva relación con un adulto (el clínico).

Durante el tratamiento es indispensable para el clínico estar alerta en cuanto a los factores étnicos y culturales que pueden influir en la presentación, descripción o interpretación de los síntomas y ayudar en el tratamiento.

La evaluación psiquiátrica del adolescente depresivo puede verse dificultada porque frecuentemente se muestran irritables, poco cooperativos y tienen dificultad para expresar sus sentimientos.

4.1.3 Tratamiento

El tratamiento siempre debe ser adaptado al estado de desarrollo de la persona.

El plan de tratamiento debe indicar la frecuencia de las sesiones basándose en la severidad de los síntomas, la edad y el estado del desarrollo del paciente, el grado de exposición a sucesos negativos y otros factores clínicos. Durante la fase aguda del tratamiento pueden ser necesarias múltiples sesiones por semana. Además, el plan debe recomendar la implicación de los padres en el tratamiento y otras intervenciones con el ambiente del adolescente.

El plan de tratamiento requiere también determinar el número y el rol de los clínicos que van a intervenir, así como el mecanismo de colaboración entre ellos.

4.1.3.1 Relaciones de tratamientos y educación: Una alianza terapéutica efectiva se debe establecer inmediatamente. También conviene informar pronto al paciente y a su familia de las fases del tratamiento. La educación debe ir dirigida a todos los miembros de la familia porque los síntomas de depresión suelen afectarles a todos.

4.1.3.2 Fase aguda del tratamiento: Hay opiniones variadas sobre cuál es el tratamiento adecuado en el primer momento, si la psicoterapia, la farmacoterapia o una combinación de ambas. Pero sobre todo, la intervención en la fase aguda depende de muchos factores, incluyendo la severidad, el número de episodios previos, la cronicidad, el subtipo de depresión, la edad del paciente, las circunstancias contextuales (conflictos familiares, problemas académicos, exposición a eventos negativos), respuesta a tratamientos previos y la motivación del paciente y de su familia hacia el tratamiento.

4.1.3.3 Psicoterapia: La psicoterapia psicodinámica, terapia cognitivo-conductual, terapia conductual, terapia familiar, terapia de apoyo y psicoterapia de grupo, se han utilizado para tratar adolescentes con depresión.

La psicoterapia psicodinámica puede ayudar al joven a entenderse a sí mismo, identificar sentimientos, aumentar su autoestima, cambiar patrones mal adaptados de conducta, interactuar de manera más efectiva con los otros y hacer frente a los conflictos pasados.

La psicoterapia interpersonal se focaliza en las áreas conflictivas del problema, en los roles interpersonales, disputas y dificultades interpersonales.

La terapia cognitivo-conductual es uno de los tratamientos más estudiados. Se basa en la premisa que el paciente depresivo tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Estas distorsiones contribuyen a su depresión y deben ser identificadas y corregidas.

Hay muchos factores que influyen en el éxito de la terapia; edad de inicio, severidad de los síntomas, presencia de otros trastornos comórbidos (ansiedad, distimia, abuso de sustancias), psicopatología familiar, conflictos familiares, status socioeconómico, exposición a sucesos estresantes, calidad del tratamiento, experiencia del terapeuta, y motivación de ambos, tanto del paciente como del terapeuta.

4.1.3.4 Intervención farmacológica: Hay pocos estudios sobre este punto y algunos de los que hay presentan problemas metodológicos.

Antes de usar antidepresivos, el clínico debe informar a los padres y al paciente sobre sus efectos, dosis, el tiempo del efecto terapéutico y el peligro de una dosis excesiva. Para los pacientes más jóvenes es conveniente que los padres asuman la responsabilidad de administrar la medicación, sobre todo durante la fase aguda y durante los primeros 2 a 4 meses posteriores a la remisión. (8)

4.2 CAMBIOS PSICOSOCIALES SEGUN DIVERSOS TEORICOS

4.2.1 Ocho edades del hombre según Erick Erickson

4.2.1.1. Confianza básica versus desconfianza básica: La conducta social en el niño se basa en la facilidad de su alimentación y la profundidad de su sueño.

La regulación mutua entre sus capacidades, técnicas de abastecimiento contrarresta el malestar provocado por la inmadurez con que ha nacido. Las formas de bienestar se vuelven familiares. El primer logro es permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar ansiedad o rabia.

Desde el punto de vista del Psicoanálisis, existe un proceso de diferenciación entre adentro y afuera (origen de la proyección y la introyección), considerados como los mecanismos de defensa más peligrosos del ser humano. En la proyección experimentamos un daño tanto interno como externo; se le atribuye a personas significativas, el mal que en realidad existe en nosotros; y en la introyección, sentimos y actuamos como si la bondad exterior se hubiera convertido en una certeza interior. En la edad adulta, estos mecanismos de defensa desaparecen progresivamente.

La cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil no depende de la cantidad de alimento o amor, sino de la cualidad de la relación materna. Las madres crean en sus hijos un sentimiento de confianza mediante la combinación de necesidades individuales del niño y un sentido de confiabilidad personal del estilo de vida de su cultura. Los padres no sólo deben contar con ciertas maneras de guiar por medio de la prohibición y el

permiso, sino que también deben estar en condiciones de representar para el niño una condición profunda de que todo lo que hacen tiene un significado.

4.2.1.2 Autonomía versus vergüenza y duda: Son al mismo tiempo maneras de experimentar a la introspección, manera de comportarse, observados por otros y estados interiores inconscientes que resulta posible de terminar a través de análisis. La maduración muscular prepara el escenario para la experimentación con dos series de modalidades: Aferrar y soltar.

La vergüenza se expresa desde muy temprano al ocultar el rostro, de hundirse en el suelo, quien se siente avergonzado, quisiera obligar al mundo a no mirarlo. La vergüenza visual precede a la culpa auditiva, es un sentimiento que uno experimenta en la sociedad.

La provocación excesiva de la vergüenza no lleva al niño a una corrección sino a una decisión de tratar hacer las cosas imponentemente. La duda es la hermana de la vergüenza, la duda lleva a creer en la observación clínica, que tiene que ver con la conciencia. (9)

4.2.1.3. Iniciativa versus culpa: La iniciativa es una parte necesaria de todo acto, y el hombre necesita un sentido de la iniciativa para todo lo que aprende y hace, desde recoger una fruta hasta un sistema empresarial.

La etapa ambulatoria y la de la genitalidad infantil suman al inventario de modalidades sociales básicas la de “conquistar”, primero en el sentido de buscar el propio beneficio; no hay para expresarla ninguna palabra más simple y más intensa; sugiere placer en el ataque y la conquista. En el varón, el acento permanece puesto en los modos fálico-intrusivo; en la niña, se vuelca a modos de atrapar con una actitud más agresiva de arrebatar o en la forma más sutil de hacerse atractiva y despertar afecto. El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas plantadas y los actos iniciados en el propio placer exuberante experimentado ante el nuevo poder locomotor y mental.

La autonomía tiene como fin mantener alejados a los rivales potenciales y, por lo tanto, puede llevar a una rabia llena de celos dirigida. La iniciativa trae apareada la rivalidad anticipada con los que han llegado primero y puede, por lo tanto, ocupar con su equipo superior el campo hacia el que está dirigida la propia iniciativa.

También se hace referencia a la etapa del “complejo de castración”, donde el niño presenta un temor intensificado de comprobar que los genitales, ahora enérgicamente erotizados, han sufrido un daño como castigo por las fantasías relacionadas con su excitación.

La sexualidad infantil y el tabú del incesto, el complejo de castración y el super yo, se unen aquí para provocar esa crisis específicamente humana durante la cual el niño debe dejar atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres e iniciar el lento proceso de convertirse en un progenitor y en portador de la tradición.

Uno de los conflictos más profundos en la vida es el odio hacia el progenitor que sirvió como modelo y ejecutor del super yo, pero al que, en alguna forma, se descubrió tratando de realizar impunemente las mismas transgresiones que el niño ya no puede tolerar en sí mismo.

Por otro lado, incluso la iniciativa del hombre moral tiende a rechazar los límites de la auto restricción, permitiéndole hacer a los demás, en su país o en otros, lo que no haría ni toleraría en su propio hogar.

En vista de los peligros potenciales inherentes a la prolongada infancia del hombre, conviene volver a examinar las primeras etapas de la vida y las posibilidades de guiar a los jóvenes mientras aún lo son.

4.2.1.4. Industria versus inferioridad: La vida debe ser primero, vida escolar, sea la escuela una pradera, selva o una aula, el niño debe olvidar las esperanzas y deseos pasados, debe comenzar por ser un trabajador y un proveedor potencial, aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas y está dispuesto a aplicarse a nuevas habilidades y tareas, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo. En esta etapa, los niños de todas las culturas reciben alguna instrucción sistémica aunque no siempre en la escuela, se aprende mucho de los adultos que se convierten en maestros y de los mismos niños mayores; así se desarrollan los elementos fundamentales y las herramientas que utiliza la gente grande. Las escuelas parecen ser una cultura por sí sola, con sus propias metas y límites, sus logros y desencantos.

El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad, se desespera de sus herramientas y habilidades o de su status entre sus compañeros, el hecho de perder toda esperanza puede hacerlo

regresar a la rivalidad familiar y se considera condenado a la mediocridad, el desarrollo de más de un niño se ve desbaratado cuando la vida familiar no ha logrado prepararlo para la vida escolar. Freud la denomina, etapa de latencia, por que los impulsos violentos están normalmente inactivos, pero se trata tan sólo de un momento de calma antes de la tormenta de la pubertad.

Se trata de una etapa muy decisiva desde el punto de vista social, pero hay otro peligro más fundamental, la auto restricción del hombre y la limitación de sus horizontes, puede convertirlo en el conformista y el esclavo irreflexivo de su tecnología y de quienes se encuentran en situación de explotarlo.

4.2.1.5. Identidad versus confusión del rol: Los jóvenes que crecen y se desarrollan, enfrentados a una revolución, se preocupan por lo que parece ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son.

El sentimiento de identidad yoica, es la confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interior preparadas en el pasado encuentren su equivalente y la continuidad del significado que tiene para los demás.

La confusión del rol, marcan duda de la identidad sexual, lo que perturba a la gente joven es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional. El amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad, proyectando la propia imagen yoica difusa en otra persona.

Amor juvenil – conversación, la gente joven es exclusivista, importante comprender tal intolerancia como una defensa contra una confusión en el sentimiento de identidad.

La mente adolescente es una mente del moratorium, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez y entre la moral aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar el adulto.

4.2.1.6. Intimidación versus aislamiento: La fortaleza adquirida en cualquier etapa se pone a prueba en la etapa siguiente, así el adulto joven que surge de la búsqueda de identidad con la de otros, el cuerpo y el yo deben ser los amos de los modos orgánicos a fin de poder enfrentar el temor a la pérdida en situaciones que exigen auto abandono. La evitación de tales experiencias debido a un temor, a la pérdida del yo, puede llevar a un profundo aislamiento.

El peligro de esta etapa es que las relaciones íntimas competitivas y combativas se experimentan con y contra las mismas personas, a medida que se diferencian el choque competitivo y el abrazo sexual, quedan sometidas a ese sentido ético que constituye la característica del adulto. Ahora puede desarrollarse plenamente la verdadera genitalidad, pues gran parte de la vida sexual que precede a estos compromisos corresponde a la búsqueda de identidad que hacen de la vida sexual una suerte de combate genital.

La genitalidad, entonces, consiste en la capacidad plena para desarrollar una potencia orgástica tan libre de interferencias pregenitales de la libido genital. El hecho total de encontrar, a través del torbellino culminante del orgasmo, una experiencia suprema de la regulación mutua de dos seres. Así las relaciones sexuales satisfactorias hacen el sexo menos obsesivo en las sociedades más complejas, esta mutualidad está obstaculizada por tantos factores relativos a la salud, la tradición y la oportunidad. Un ser humano debe ser potencialmente capaz de lograr la mutualidad del orgasmo genital pero también estar constituido de tal modo que pueda soportar ciertos momentos de frustración.

4.2.1.7. Generatividad versus estancamiento: La generatividad, entonces, es en esencia la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación, aunque hay individuos que, por alguna desgracia debido a dotas especiales y genuinas en otros sentidos, no aplican este impulso a su propia descendencia. Y, de hecho, el concepto de generatividad incluye sinónimos más populares, tales como productividad y creatividad que, sin embargo, no pueden reemplazarlo.

La generatividad constituye así una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y también en el psicosocial, cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudo intimidad, a menudo con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal.

4.2.1.8 Integridad del yo versus desesperación: El individuo que en alguna forma ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones al hecho de ser el generador puede resultar como fruto de las etapas anteriores.

No conozco mejor término para ello que el de la integridad del yo. Es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia, al orden y el significado, como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual.

Aunque se percibe la relatividad de los diversos estilos de vida que han significado el esfuerzo humano, siempre está lista para defender su propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. La falta o la pérdida de esta integración acumulada se expresa en el temor de la muerte. La desesperación se expresa al tiempo, es corto para intentar otra vida.

Para convertirse en un adulto maduro, se debe desarrollar en grado suficiente todas las cualidades para desarrollar el estilo de integridad por su ubicación histórica; cada identidad cultural hizo utilizó una combinación particular de los conflictos. Los conflictos se vuelven creadores si cuentan con el apoyo de las clases dirigentes.⁽¹⁰⁾

4.3 TEORIA PSICOANALITICA DE SIGMUND FREUD

4.3.1. Estructura de la personalidad

Se basa en las observaciones de la conducta de los individuos, la expresión de sus pensamientos y sentimientos.

- El id – ello: Está presente al nacer, está constituido por instintos de vida, alimentados por una forma de energía llamada líbido, y opera mediante el principio del placer (irracional, inconsciente).

- EL ego – yo: Se desarrolla poco después del nacimiento, opera mediante el principio de la realidad (racional, consciente), piensa y actúa según el análisis de la situación.

- El súper ego – súper yo: Es la última parte que se desarrolla de la personalidad, aparece en la primera infancia. Principio de perfección, procura interiorizar conceptos de bueno y malo. Esta conformado por el Yo ideal (deber) y La Conciencia (lo que no debemos hacer), representa los valores. Es el amo moral del alma, trata de prevenir que el ello actúe según sus impulsos, especialmente los sexuales y agresivos, intenta distraer al Yo de su orientación realista y conducirlo a una orientación moralista, si el súper ego consigue demasiado éxito en sus demandas, produce como resultado, una

personalidad rígida e inhibida, si fracasa totalmente, surgirá en nosotros una personalidad anti-social.

4.3.2. Mecanismos de defensa: Idealmente el Id, el ego y el súper ego, se hayan en estado de equilibrio unas con otras. Su interacción es dinámica y las energías que entran en juego producen un feliz balance que capacita a una persona a retener la espontaneidad del Ello, la moral del súper Yo y la racionalidad del Yo. Sin embargo, cuando estas fuerzas están desequilibradas, surge la ansiedad en el individuo, para aliviar la presión, todos estos mecanismos de defensa distorsionan la realidad para que el individuo pueda relacionarse con ella más fácilmente; son inconscientes, por lo que la persona no se da cuenta de que ha tenido lugar una distorsión y está completamente convencida de que su punto de vista es el correcto.

4.3.2.1. Represión: Situación que produce ansiedad, cuando la persona bloquea el acceso a la conciencia de ciertas experiencias tales como: Incapacidad de recordar una experiencia, ver un objeto de una determinada manera, incapacidad física sin causa orgánica.

4.3.2.2. Regresión: En situaciones que produce ansiedad, se puede retornar hacia formas de conducta de un periodo anterior para tratar de recuperar la seguridad.

4.3.2.3. Proyección: Es una manera de tratar los pensamientos y motivos inaceptables, es proyectarlos o atribuirlos a otros. Ejemplo, Un hombre puede acusar a su mujer de adulterio, no porque le hubiera dado alguna razón para dudar de su fidelidad, sino porque el mismo se interesa por otras mujeres.

4.3.2.4. Formación reactiva: Cuando una persona siente que algunos de sus sentimientos son inaceptables (para ella misma) puede reemplazarlos por los opuestos. ¿Cómo podemos distinguir una formación reactiva de la realidad?, normalmente por la compulsividad y el extremismo que tiende a marcar la formación reactiva.

4.3.2.5. Racionalización: Es una manera de resolver una situación difícil, es justificándola con una conducta; pensando que la dificultad no existe. También se realiza para sentirnos mejor cuando se hace alguna cosa que se cree incorrecta.

4.3.3. Desarrollo psicosexual.

La personalidad se desarrolla en una secuencia de cinco etapas y da comienzo en la infancia. Cuatro de estas etapas reciben su nombre por las partes del cuerpo que son fuentes primarias de gratificación en cada fase. Esas partes del cuerpo son llamadas zonas erógenas

Etapa Oral: La zona erógena es la boca, a través de la cual el bebé consigue placer con la comida, chupando y mordiendo; es una fuente de placer en si mismo. Una persona fijada en la etapa oral puede, volverse tan crédulo que se tragará cualquier cosa, será una persona dependiente y sentirá el mismo placer en absorber conocimientos y adquirir posiciones que el que sentía de pequeño con la comida.

Etapa anal: Durante el segundo año la zona erógena se traslada al ano, a medida que el niño aprende a controlar la evacuación. El entrenamiento en hábitos de limpieza es importante: El niño que es entrenado de una manera estricta llega a ser obsesivamente limpio, cruel y destructivo, obstinado y avaro, mientras que el que es gratificado exageradamente al producir movimientos intestinales querrá también ser productivo en otros terrenos.

Etapa fálica: Esta etapa toma el nombre de la palabra falo, término utilizado para designar el pene, empieza cuando el niño obtiene placer en la región genital. Este punto es el momento en el que el niño puede descubrir la masturbación.

* Complejo de Edipo: Aparece durante esta etapa, el niño prodiga su amor y afecto a su madre compitiendo con su padre por el amor y afecto de ella. Inconscientemente el niño quiere ocupar el lugar del padre, pero, reconociendo el poder del padre, le teme.

* Complejo de Electra: Contrapartida femenina al de Edipo. La niña se enamora de su padre y es ambivalente hacia su madre.

A los 5 o 6 años los niños resuelven estos complejos cuando se dan cuenta de que los riesgos son demasiado grandes. Se identifican con el progenitor de su

propio sexo e introducen las normas de los padres para desarrollar el súper ego.

Etapa de latencia: (6 años a la pubertad): Es un periodo de relativa calma sexual, los niños y las niñas tienden a evitar el sexo opuesto, pero no son totalmente asexuales, pues existe cierto interés por la masturbación.

Etapa Genital: (Pubertad en adolescente): De los 14 a los 20 años de edad. Tiene lugar por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad y marca la entrada a una sexualidad madura, en la cual la principal tarea psicosexual de la persona es entrar en las relaciones heterosexuales con alguien ajeno a la familia. (11)

4.4 ADOLESCENCIA

Es un periodo cronológico que se inicia con los procesos emocionales y físicos que llevan a una madurez psicosocial y sexual, y que termina con una etapa mal definida en la que el individuo logra su independencia y su productividad social. Este periodo comprende cambios en la conducta, forma de pensar, crecimiento físico y los patrones de relación, así como el interés por el cuerpo humano, nuevos papeles y una serie de conductas continuas de prueba.

El adolescente normal es tan “turbulento” y muchas veces tan variable en su estado de ánimo y pensamientos que esta época se considera de gran dificultad para el adolescente y su familia.(12)

4.4.1 Perspectivas teóricas sobre la adolescencia.

Todo el mundo observa el fenómeno de la juventud y comenta como han cambiado los tiempos. La crítica de los jóvenes al mundo de los adultos es virulenta; los adultos ponen parches en las heridas de la alineación, en lugar de curar sus causas. La opinión de las personas mayores sobre la juventud suele reflejar cinismo y preocupación; se ha comentado excesivamente la devesces que ha cambiado para peor. Tienen varios modales y desprecian la autoridad, se muestran irreverentes con sus mayores y les encanta holgazanear en lugar de hacer ejercicio. Los hijos, en lugar de ser los sirvientes de la casa, son ahora los tiranos. Ya no se levantan cuando entran personas mayores en la habitación, contradicen a sus padres, devoran la comida y tiranizan a sus maestros. A pesar de que muchos de los problemas con los que tropiezan hoy los hijos y padres, son diferentes de los de la época

de Sócrates; lo cierto es que la adolescencia, ese periodo inestable de desarrollo humano, ha sido siempre motivo de gran satisfacción para algunas personas y de gran preocupación para muchas otras. Nuestra preocupación se centra en la juventud en general, creemos que es de suma utilidad atender las necesidades de todos, facilitarles el paso de la dependencia a la independencia, allanarles el camino para que descubran una sensación sana de cinismos.

4.4.1.1 ¿Quiénes son los adolescentes? Según Kurt Lewin 1.939

Describió a los adolescentes como personas a medio camino entre la niñez y la edad adulta, libre de escoger la dirección que más convenga a sus intereses en un momento determinado, pero sin sentirse seguros en ningún lado. Esta transición en la vida del adolescente, es, evidentemente, un periodo de cambio, en donde tiene la virtud de complicarle enormemente a uno la vida.

Según Tosi 1.974, Definió la adolescencia como un periodo comprendido entre los 12 y los 18 años, y la juventud adulta de los 18 y los 30 años. Otros autores aseguran que la adolescencia se extiende hasta los 24 o 25 años, pero generalmente se considera el periodo entre los 12 y los 20 años.

4.4.1.2. La adolescencia: consecuencia del proceso biológico.

Según Blos 1.962, postuló que las experiencias de los jóvenes, como consecuencia del comienzo de la pubertad, se alteran en casi todos los aspectos de su vida: emociones, intereses, deseos, metas, relaciones sociales, sensación de identidad. Estos cambios tan radicales suelen originar confusión y estrés y todo ello es una consecuencia inevitable de la pubertad. Los adolescentes, en un esfuerzo por dilucidar lo que pueden y no pueden hacer, por averiguar quienes son y descubrir sus capacidades y limitaciones, ensayan diferentes papeles, comprueban sus limitaciones y determinan lo que les puede ser útil. Este proceso de comprobación lleva parejas conductas y exigencias rebeldes, destinadas y desproporcionadas; además de descubrir sus propias capacidades y limitaciones, los adolescentes descubren las impuestas por otras personas y por la sociedad, sin embargo; este proceso global de averiguar quienes son, puede acarrear muchos inconvenientes: soledad, confusión e incertidumbre. Algunos adolescentes encuentran estas sensaciones tan desagradables que prefieren no esforzarse por conseguir una identidad propia, y, así, permanecer estancados en la adolescencia.

4.4.1.3. La adolescencia, situación particular. Según Hollingshead 1.949

Sostiene que la estructura, contenido y duración de los (roles) preescritos para los adolescentes no están determinados por el desarrollo fisiológico, tales como

la pubertad, si no más bien por la sociedad. De este modo, el periodo en el ciclo vital humano durante el cual está descrito el papel del adolescente, varía de una sociedad a otra. Lo importante, socio lógicamente hablando, es la forma en que una determinada sociedad trata al individuo en el proceso de maduración.

4.4.1.4. La adolescencia, despertar cognitivo. Según Piaget 1.950 Puso de relieve que los adolescentes maduran en función de sus habilidades cognitivas e intelectuales, que a su vez, les facilita la capacidad necesaria para ejercitar nuevos niveles de pensamiento: Lógico y abstracto. Así, los adolescentes son capaces de razonar de una forma hipotética y deductiva; comprenden las pruebas experimentales y aprenden a utilizar complejos sistemas organizativos y símbolos, esta creciente habilidad les permite comprender intelectualmente aquello que experimentan, así como las tareas y logros que se esperan de ellos.

4.4.1.5. La adolescencia, crisis de madurez. Los teóricos coinciden en uno de los aspectos principales de la adolescencia: Es un periodo caracterizado por el cambio, por el crecimiento y la renovación en algunos aspectos y por la decadencia en otros. Por eso la adolescencia tiene las características de una crisis, con su riesgo y su oportunidad; riesgo de entrar en la edad adulta con un nivel de funcionamiento inadecuado y oportunidad entre la edad adulta con una alto grado de salud y capacidad.

Se han considerado varias formas de enfocar la adolescencia: Un camino hacia la edad adulta salpicada de posibles riesgos, trastornos emocionales y abundantes cambios físicos y mentales; un camino prescrito por la sociedad; un camino con múltiples indicadores que anuncian tareas que hay que desempeñar, decisiones que tomar y alternativas que elegir. La perspectiva puede ser peligrosa, y los adolescentes experimentan ansiedad justificadamente; el crecimiento en la adolescencia puede caracterizarse por el caos y la confusión, tanto para ellos como para quienes lo rodean. (13)

4.4.2 cambios evolutivos en la adolescencia.

4.4.2.1 cambios hormonales: son derivados del proceso de maduración somática, en la niña hace que se eleven los estrógenos y en el niño los andrógenos, dicho proceso hace desarrollar los caracteres sexuales secundarios: aparición y distribución del vello(de forma más característica con la aparición de la barba en el varón, vello axilar, vello púbico), la redistribución del tejido adiposo (de forma muy manifiesta en la mujer: desarrollo mamario,

grasa en las caderas), el desarrollo del tejido muscular (más manifiesto en el varón), el crecimiento y cierre óseo, el cambio de la voz (enronquecimiento de la voz en el varón) y , posiblemente, la aparición de acné. Estos cambios hormonales y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, son el inicio de la pubertad y constituyen el sustrato inicial que pone en marcha los cambios que expondremos a continuación. Pero nos interesa señalar que estos cambios hormonales son propios de la pubertad y ésta sólo representa el inicio de la adolescencia.

4.4.2.2. Cambios corporales: más allá de lo meramente descriptivo de

Los cambios descritos en el punto anterior, estos cambios hacen referencia a la modificación acerca de la propia imagen corporal. Desde la imagen corporal, obtenida a lo largo de toda la primera y segunda infancia, debe adquirirse una nueva que pueda oscilar entre el mayor nivel de agrado y aceptación al mayor de los rechazos, intentando “disimular “, esos cambios corporales o bien a realzarlos de forma exagerada. Esta imagen corporal idealizada o rechazada pone una vez más, en consideración el emerger de la sexualidad frente a genitalidad adulta y su confusión.

4.4.2.3 cambios psíquicos: En tan tormentosa situación no es extraño que la percepción del mundo y las vivencias se vean influenciadas, apareciendo una serie de cambios en la esfera psíquica de singular importancia. Los más relevantes cambios serían los siguientes: (14)

4.4.2.3.1 El ideal del yo: Como hemos visto antes, es difícil separar los aspectos internos y externos de la experiencia, existen ciertas áreas del desarrollo del adolescente que están vinculadas estrechamente al mismo seno del YO y lejos de las influencias y presiones de la sociedad circulante. A medida que el chico crece y sale del dominio del círculo familiar, una de sus mayores inquietudes es obtener una clara orientación de su YO en el mundo exterior, el adolescente pugna por resolver su identificación con sus dos padres y construir a partir de ésta, una identidad personal, la manera de construir su identidad personal influye en aspectos básicos de su conducta: Su pauta de autoafirmación, su tendencia sexual y su actitud hacia su propia forma de ser y la del mundo que lo rodea. La adolescencia es una etapa de interrogantes, una fase en la que el joven condensa los valores que guiarán su orientación social la mayor parte de su vida. Es exactamente en esta etapa en que enfrenta el desafío de armonizar su visión de sí mismo con su visión del mundo. (15)

4.4.2.3.2 Reactualización de conflictos aparentemente superados:

La reactualización del conflicto edípico es el punto más relevante de la conflictiva psíquica. Vuelve a emerger, con toda su fuerza, un conflicto de

época precedente, pero que alcanza toda su virulencia en esta etapa. La reactualización se realiza por los puntos que más débilmente quedaron aparentemente cerrados. Estos puntos se refieren a la relación con la ley, y aquí los enfrentamientos fuertes y duros con las figuras parentales y/o sus sustitutos. La identidad sexual y el deseo sexual cumplen un papel determinante en estas fases del desarrollo.

4.4.2.3.3 La identidad personal: la identidad es la base de la subjetividad, en la diferencia y en el contraste se va adquiriendo y consolidando la identidad. El primer paso se establece con la identificación, sea con los pares o con “ideas”, por ello es fácil observar una forma de vestir, de hablar, de moverse o simplemente de estar, se buscan signos claros que permitan que esa identificación se realice desde el mundo externo. Una segunda característica está representada por un idealismo en ocasiones ingenuo y simple, pero en otras ocasiones cargado de argumentos que ocasionan incomprendiones y bastantes problemas con el contexto familiar y social. (16)

Este tipo de búsqueda febril, ansiosa de la identidad, valores y orientación social es paralela a un interés creciente en los conflictos sociales, económicos, en la religión y en la filosofía. Las afiliaciones económicas y religiosas ofrecen tal oportunidad al unirse a un grupo caracterizado por una filosofía fundamentalmente económica, especialmente uno que incite a reforma social, sirve para ocultar la desilusión con los padres y reforzar la inestable represión de la hostilidad hacia la autoridad del padre. La religiosidad excesiva de los jóvenes, o por otro lado, su conversión radical al ateísmo, es interpretada a veces como una defensa contra las tendencias inconscientes a la pasividad.

4.4.3 Conflictos de nuestro tiempo y orígenes del problema.

Una vez que conocemos las expectativas de la sociedad sobre los adolescentes, en lo que se refiere a las tareas evolutivas y las prescripciones y limitaciones de sus papeles, podemos intentar comprender algunos de los elementos más comunes causantes de estrés, con los que los adolescentes tropiezan cuando maduran y efectúan la transición de la niñez a la edad adulta.

En la tabla 1 se relacionan los posibles conflictos que constituyen fuente de tensión en los adolescentes.

TABLA 1

Conflicto	Como lo describen los adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de imagen corporal • Conflictos sexuales • Conflictos intelectuales • Conflictos en la relación con compañeros o padres • Conflictos de funciones • Conflictos ideológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se están produciendo cambios físicos en mí • Una relación con alguien del sexo contrario. • Mis relaciones en el colegio. • Mi relación con mis amigos; mi relación con mis padres, lo que otras personas piensan de mí. • Llegar a ser económicamente independiente; descubrir quien soy; decisiones que debo tomar sobre mi vida; conseguir un empleo. • Sopesar, valores religiosos o filosóficos

Dependiendo del estado de frustración experimentado o percibido, al adolescente lo podemos considerar como normal o anormal. La rebeldía durante la adolescencia oscila entre pasiva o violenta, la transición puede ser agradable, o bien abandonarse el adolescente a la indulgencia en distintos excesos: Sexo, drogas, conducta Psicótica o incluso suicidio. La rebeldía puede ser expresada solo con los padres o manifestada mediante respuesta de conductas delictivas, comportamientos antisociales o a veces sicosomáticos.

Según Offer y Col 1.969 Clasifica las respuestas de los adolescentes como debidas: 1) Crecimiento continuo o relativamente tranquilo. 2) Crecimiento discontinuo. 3) Crecimiento tumultuoso

4.4.3.1. Crecimiento continuo. Se caracteriza por la ausencia de problemas en la conducta y por una forma de desenvolverse firme y seguro. Los factores que intervienen en este desarrollo armónico son: Tener confianza en sí mismo, ser afectuosos y mantener relaciones afectuosas con sus padres y el núcleo familiar, aceptación gustosa de las normas y expectativas sociales, habilidad para integrar nuevas experiencias y beneficiarse de ellas.

4.4.3.2. Crecimiento discontinuo. Muchos otros jóvenes, que también son considerados normales, experimentan el modelo de crecimiento discontinuo. A veces, su desarrollo no plantea problemas, mientras que otros parece llegar a estancarse, los que manifiestan este tipo de desarrollo no tienen tanta confianza en sí mismo como los del grupo de crecimiento continuo, un apoyo menos entusiasta por parte de otras personas significativas es perjudicial para su amor propio, la estabilidad de sus familias es generalmente mejor porque han sufrido altos porcentajes de fallecimientos o separaciones de sus padres. Su crecimiento final suele alcanzar tan buenos resultados como en el grupo de crecimiento continuo, pero les cuesta más trabajo y energía porque tienen más motivos de confusión y tensión.

4.4.3.3. Crecimiento tumultuoso. Los factores que caracterizan este desarrollo son: Abundantes discrepancias en muchos aspectos de la vida, desconfianza en casi todos los adultos que conoce, disconformidad consigo mismo y con otros. Los sucesos más comunes que se producen son los conflictos con los padres, caracterizados por esquemas comunicativos pobres, grandes altibajos en el estado de ánimo, con clara conciencia de necesidades emocionales, relaciones heterosexuales precoces, Se diferencian de los adolescentes de los grupos delictivos, en que los lazos con sus padres son más fuertes y en que sus éxitos académicos y vocacionales son similares a los de los otros grupos de crecimiento, sin embargo, el camino hacia ese éxito es generalmente tumultuoso y los periodos de alegría escasos.⁽¹⁷⁾

4.5 DEPRESION EN ADOLESCENTES

Lo primero que sobresale al acercarse a la adolescencia es el relevante desconocimiento que sucede en casi todo su devenir y acontecer vital.

Cuando se habla o se escribe de la adolescencia se aborda desde una etapa de crisis. En efecto, es así porque los cambios acontecen de forma simultánea en unos y sucesiva en otros, situando al sujeto en una delicada posición ante la capacidad de adaptación y los mecanismos de defensa o afrontamiento se encuentran sometidos a una prueba constante acerca de la adecuación de su funcionamiento. No es extraño, por lo tanto, que en personas o situaciones determinadas esta crisis haga crisis, es decir se manifieste de forma sintomática, más allá de la semiótica y se sitúe en el campo de la semiología clínica o, al menos, haciendo límites con la experiencia de trastornos mentales.

Los adultos siempre intentamos adjetivar algo y a alguien, ponerlo en juicio moral, por eso frente al temor que podría despertarle la adolescencia que suele

solicitar entre la negación lisa y llana (por ejemplo, mirar a otro lado, trivializar lo que sucede) y la identificación con el agresor adolescente (parecerle al objeto de temor, por ejemplo, asumir sus códigos de lenguaje, su forma de vestir, su música). Frente a estos procesos, pensamos que se precisa fundamentar los puntos de vista en estudios profundos, aceptando que la adolescencia es un mero artefacto social que interactúa con las relaciones existentes entre el “invento” y las necesidades económicas de nuestras sociedades industriales y post-industriales, sobre todo occidentales. De esta suerte los adolescentes son dignos de elogios ya que evidencian las inquietantes discrepancias entre el objetivo manifiesto de proteger a los niños y niñas y la forma solapada en que los adultos imitan a Herodes. (18)

La depresión puede ser un cambio en el estado de ánimo que se da como respuesta a muchos de estos estímulos, este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso de maduración, del estrés asociado a éste, de los conflictos con sus padres por la lucha, por su independencia; El comportamiento normal de los adolescentes se caracteriza por ascensos y descensos en el estado de ánimo, con periodos de alternancia entre el sentir que “el mundo es un lugar estupendo” y “la vida es una porquería”, estos cambios pueden presentarse en periodos de días u horas. Los adolescentes pueden ocultar la depresión tras una apariencia de felicidad, pero los comportamientos agresivos y riesgos delatan el problema subyacente.(19)

4.5.1 Etiología.

Los síndromes depresivos en jóvenes pueden ser, de hecho, expresiones fenotípicas del final de un curso común de muchos procesos etiológicos y, por consiguiente, los actuales intentos de establecer una causa etiológica específica para la mayoría de estos casos no han tenido éxito. Sin embargo, la investigación con población adolescente ha identificado varias variables que pueden considerarse factores de riesgo o correlatos etiológicos prometedores. Dichos correlatos serán revisados según un modelo biopsicosocial, donde se categorizan y describen brevemente las variables biológicas y sociales/ medioambientales identificadas en las publicaciones médicas.

4.5.2 Factores de riesgo

4.5.2.1 Genéticos: Estudios con familias en muestras infantiles confirman la naturaleza familiar de los trastornos depresivos probados en adolescentes. Los estudios sobre historia familiar y entrevistas a familias sugieren que los

trastornos depresivos son más frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos. Estos incrementos de las tasas de trastornos depresivos parecen relativamente específicos, al contrario de lo que ocurre con el aumento de frecuencia para todos los tipos de trastornos psiquiátricos. Además, estudios de “alto riesgo” hallaron de manera consistente que los descendientes de padres con trastorno del estado de ánimo presentaban tasas más altas de inicio de los mismos en la infancia y adolescencia, en comparación con sujetos control.

4.5.2.2 Factores neuroendocrinos: El hecho de que las mujeres presenten mayor riesgo de desarrollar una depresión después del inicio de la pubertad sugiere que las hormonas sexuales pueden estar asociadas de manera casual a los trastornos del estado de ánimo... Tanto los varones como las mujeres sufren muchos cambios hormonales durante la pubertad y la adolescencia y algunos de estos cambios se han correlacionado con el incremento de riesgo de depresión en mujeres adolescentes. Sin embargo, el desarrollo psicológico y social de los adolescentes también divergen durante esta fase entre niños y niñas. Mientras que las niñas tienden a desarrollar patrones de relación “de afiliación” que presagian la conducta maternal, los niños tienden a preferir la independencia y la autonomía. Asociados a los patrones divergentes de desarrollo y a los cambios neurohormonales comentados, otros factores de riesgo como modelos de apego deteriorados, diferencias temperamentales y una mayor reactividad ante acontecimientos de la vida negativos pueden actuar combinadamente y explicar, de modo más comprensible, la diferencia entre sexos en el riesgo de padecer depresión que aparece durante la adolescencia y se mantiene durante la mayor parte de la etapa adulta.

4.5.2.3 Anatomía del cerebro: El uso de técnicas de neuroimagen tanto funcional como estructural en muestras infantiles constituye una metodología relativamente nueva de cara a intentar entender los correlatos biológicos de los trastornos del estado de ánimo. Existen pruebas preliminares de alteraciones cerebrales regionales en jóvenes con depresión. Por ejemplo, los adolescentes con depresión parecen presentar un volumen del lóbulo frontal reducido en comparación con sujetos sanos.

4.5.2.4 Sueño: La alteración o irregularidad de los patrones del sueño y su fisiología han sido estudiados de distinta forma: como precursor, marcador biológico, síntoma o consecuencia de los problemas del estado de ánimo deprimido en jóvenes. Las pruebas sugieren que una falta de sueño fisiológicamente necesario puede conducir a alteraciones del estado de ánimo y el rendimiento ejecutivo en jóvenes. Por otro lado, parece probable que el inicio de la depresión mayor se acompañe de un estado fisiológico en el cual

tiene lugar una alteración de los patrones de sueño (con frecuencia caracterizado con un insomnio relativo).

4.5.3 Correlatos psicológicos

4.5.3.1 Factores cognitivos: Las teorías depresivas de la depresión postulan que la presencia de actitudes disfuncionales, incluida una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultados de causas internas (relacionadas con uno mismo), estables (frente a transitorias) y globales (frente a específicas), preceden al desarrollo del trastorno depresivo. Se especula con que tales factores cognitivos podrían crear una diátesis para la depresión en jóvenes y adultos. Las publicaciones médicas defienden que la presencia de estas alteraciones cognitivas "depresógenas" en pacientes con depresión constituyen las bases.

4.5.3.2. Acontecimientos negativos de la vida: En la mayoría de los modelos de depresión basados en la diátesis del estrés, la experiencia de acontecimientos negativos se considera a menudo un factor estresante o precipitante. Estos acontecimientos negativos que se han correlacionado con el inicio de síntomas depresivos incluyen episodios de pérdida y fracaso en las conductas finalistas. Los episodios de pérdida, como la muerte de un familiar cercano o la ruptura de una relación de pareja, se han asociado al inicio de episodios de depresión mayor en adolescentes. La muerte por suicidio de un amigo, hermano o familiar conduce a un incremento de riesgo de desarrollar depresión mayor o pensamientos suicidas en los seis meses siguientes a dicho suicidio. Por otra parte, las experiencias de fracaso, por ejemplo en el ámbito escolar o social, pueden interactuar con esquemas cognitivos alterados de predisposición que, a la vez, induzcan o mantengan estados disfóricos.

4.5.3.3. Abuso infantil: El sufrimiento de abusos físicos y sexuales durante la infancia se han relacionado con un incremento del riesgo de padecer depresión. Esta asociación ha sido sugerida por estudios en los cuales se pedía a niños y adultos que informaran retrospectivamente de sus recuerdos de la infancia y también por estudios de evaluación de síntomas y diagnósticos psiquiátricos en jóvenes víctimas de abuso. El abuso emocional y físico continuo en niños se ha postulado como una fuente de estilos de atribuciones negativas que se desarrollan en individuos con riesgo de sufrir depresión; por otra parte, estos abusos podrían constituir un correlato humano en la inducción del estado de desesperanza aprendida en los niños expuestos.

4.5.3.4. Identidad sexual: Varios grupos de investigación indican la existencia de asociación entre el desarrollo de una identidad sexual no heterosexual y varios problemas de salud mental adversos, incluidos la depresión y el comportamiento suicida. La orientación homosexual y bisexual en jóvenes, determinada por la autodefinición o en base a informes sobre intereses o comportamientos sexuales, se considera cada vez más un factor de riesgo de malestar psiquiátrico, aunque el mecanismo preciso de esta asociación no se ha determinado.

4.5.4 Correlatos socioambientales

4.5.4.1 Pobreza: La pobreza y un bajo estatus socioeconómico en las familias se han asociado a un incremento del riesgo para una variedad de problemas de salud mental entre los que se incluyen trastornos emocionales serios. Sin embargo, generalmente se reconoce que la pobreza es más bien un factor de riesgo no específico para los trastornos mentales y no se encuentran estudios que actualmente correlacionen la escasez de recursos con algún tipo de problema de salud mental específico.

4.5.4.2. Consideraciones relativas al parentesco: La conducta de los padres pueden influir en el desarrollo de depresión en jóvenes de muchas formas diferentes. Como se ha apuntado anteriormente en este capítulo, parece que en la depresión existe un componente familiar y estos sugieren que los padres de los jóvenes deprimidos presentan un riesgo relativamente alto de padecer ellos mismos depresión. Durante los episodios depresivos, los padres con depresión pueden sentirse malhumorados, emocionalmente lábiles, “desapegados” tener dificultades para satisfacer al niño y una capacidad insuficiente para controlar y atender las necesidades emocionales y físicas básicas de sus hijos. Los padres deprimidos pueden, además, ser modelos de - patrones de pensamiento llenos de errores cognitivos, distorsiones, negatividad y otros componentes, modelos que pueden transmitir a sus hijos con estilos cognitivos depresógenos. Además, los padres que expresan de manera notoria sus emociones pueden predisponer a sus hijos a desarrollar una enfermedad depresiva posiblemente a través de correlatos de desesperanza aprendida ante apreciaciones negativas implacables.

4.5.4.3. Círculo de amistades: Los adolescentes deprimidos con frecuencia presentan dificultades para interactuar con sus compañeros de la misma edad. Por otra parte, pueden tener más dificultades en el desarrollo de habilidades relacionadas con la resolución eficaz de problemas sociales, lo que

les conduce a mayores probabilidades de sufrir rechazo o de ser percibidos como menos competentes en diversos ámbitos. (20)

4.5.5 MANIFESTACIONES CLINICAS

Suelen ser de forma brusca reapareciendo miedos y temores aparentemente injustificados y que a un buen número de los miembros de la familia les parece “raro e infantil”. Dichos temores injustificados se refieren a posibles daños que pudieran acontecer a personas significativas del entorno familiar (por ejemplo, una o ambas figuras parentales); temor a que un acontecimiento adverso le pueda separar de una persona significativa en el plano afectivo y personal. No es extraño que aparezca un rechazo o fobia hacia el colegio.

Se presentan trastornos del sueño asociados, sobre todo del tipo al irse a dormir, por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño, sensación de que no puede acontecer una agresión, (por ejemplo, raptos, violación o muerte), por lo que precisa la presencia de una persona significativa como figura contrafóbica a los temores y presencia de pesadillas reiteradas sobre la separación y la soledad. No son extraños los síntomas somáticos, tipo algias o alteraciones digestivas, malestares excesivos y recurrentes. Es decir: un cuadro tipo de ansiedad de separación, pero con tintes depresivoides de tipo de enfatizar la pérdida o la soledad y con clínica de tristeza y soledad.

4.5.5.1 Conductas antisociales: En este caso los trastornos conductuales se acompañan de baja autoestima y un sentimiento de culpa bastante patente, no solo frente a las consecuencias de la conducta manifiesta, sino también a la realización misma de esas conductas. Busca algún tipo de excusas, por ejemplo, aceptación en la pandilla, hacer lo que hacen todos. En otras ocasiones viene a ser como el negativo de la actitud social de la familia, por ejemplo, frente a familias en exceso adaptadas socialmente o bien demasiado bien consideradas, aparece alguno de los hijos en edad adolescente que cometen algún tipo de tropelías, pero existe un fondo de atraer la atención, de sentimiento de no ser querido o ser rechazado y la conducta parece como una especie de venganza que, en ocasiones, puede estar en límite de legalidad. Frente a los contenidos depresivos por abandonar la infancia, emerge una defensa maniaca de hiperactividad antisocial como forma de “ser mayor” (21)

4.5.5.2 Problemas escolares: El bajo rendimiento académico, los problemas de absentismo y fracasos escolares son problemas concomitantes comunes en los adolescentes con depresión. Aunque a menudo se cree que los problemas concomitantes son consecuencia de la depresión en jóvenes, los problemas académicos pueden preceder al comienzo de los síntomas depresivos en algunos adolescentes y adultos generalmente se acepta que los componentes cognitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o rendimiento profesional normales. Las personas jóvenes con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés subjetivo en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse y prestar atención tanto en clase como a la hora de hacer los deberes en casa, y manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento escolar premórbido sea cada vez más difícil de mantener. A veces, algunos individuos se sienten tan alterados que abandonan sus esperanzas de alcanzar cualquier logro o éxito académico y hasta dejan completamente de asistir a la escuela. La depresión clínica es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre la población de jóvenes que se niegan a ir al colegio.

4.5.5.3 Conflicto Familiar: El incremento de los conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. Los adolescentes que afrontan los síntomas de la depresión a menudo intentarán buscar instintivamente otras maneras de sobrellevar la creciente disforia, como pueden ser actividades (por ejemplo, interviniendo mucho tiempo y energía con ciertos grupos de compañeros, evitando tareas impuestas en la escuela, experimentando con la sexualidad y con las sustancias de uso ilegal) que los adultos pueden considerar problemáticas o poco saludables, y que les llevan incluso a consultar un especialista. (22)

4.5.5.4 Ausencias frecuentes de casa: Son clásicas descripciones que dicen las figuras parentales: “cree que su casa es un hotel. “ Los adolescentes tienden a estar poco en su ambiente familiar, en ocasiones creen que así superaran lo que les pasa o culpan de su situación al ambiente familiar y sus exigencias. En algunas ocasiones estas ausencias terminan por ser verdaderas fugas domiciliarias, suelen ser una fugas muy curiosas: se van de la casa parental, pero acuden al domicilio de algún familiar relativamente cercano al que usan como “intermediario “. (23)

4.5.5.5 Crisis suicidas: No es extraño, especialmente en adolescentes, que el primer motivo de consulta de la depresión sea una crisis suicida. Las crisis pueden ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento autolesivo, que oscila desde la autoestima no suicida (por ejemplo, hacerse rasguños superficiales

en la piel de las muñecas) hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir. Aunque no todos los adolescentes que han sufrido crisis suicidas presentan trastorno del estado de ánimo, la depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas, al igual que aparece el suicidio consumado, tanto en la población prepuberal como adolescente. Por lo tanto, la evaluación de la presencia de trastorno del estado de ánimo es un componente esencial en la evaluación de todo joven suicida.

4.5.5.6 Incremento del abuso de sustancias ilegales: Los síntomas afectivos pueden ser anteriores, simultáneos o posteriores a un periodo de consumo o abuso de sustancias ilícitas en los adolescentes. Los jóvenes deprimidos a menudo buscan maneras de aliviar su creciente disforia experimentando, intoxicándose regularmente con sustancias ilícitas. El consumo y abuso de marihuana entre adolescentes con depresión habitual, y su descubrimiento por parte de las autoridades o figuras parenterales puede dirigir al adolescente en cuestión a algún tipo de consulta o tratamiento en salud mental.

4.5.5.7 Síntomas somáticos: Los adolescentes deprimidos suelen acudir a los profesionales sanitarios con síntomas físicos, tales como dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gatrointestinales y dolor músculo esquelético. Las enfermeras escolares y los médicos de asistencia primaria pueden ser requeridos para evaluar síntomas somáticos que pueden estar relacionados con la depresión. Además, en los jóvenes, la depresión puede ser un estado comórbido o una complicación de una enfermedad o tratamiento médico. (24)

4.5.6 Epidemiología

La depresión se presenta en 1 de cada 50 adolescentes, el diagnóstico es difícil en algunos casos, debido a que los síntomas son tomados como "comportamiento normal del adolescente", las diferentes estadísticas señalan que el "pico" de depresión entre adolescentes se presenta entre los 13 y 15 años, que coincide con las épocas de más baja autoestima de este periodo del crecimiento. En muchos casos puede ser diagnosticada como: Síndrome de falta de atención, agresividad, hiperactividad, desórdenes de la alimentación (anorexia, bulimia), problemas del sueño, cuando en realidad la enfermedad de fondo es la depresión (25)

4.5.7. Tipos de depresión en adolescentes

Variables clínicas:

- *Depresión psicótica
- *Depresión bipolar
- *Depresión atípica
- *Trastorno afectivo estacional
- *Depresión subclínica
- *Depresión resistente al tratamiento

4.5.7.1 Depresión psicótica: La depresión psicótica se define como una TDM asociado con un estado de ánimo congruente o incongruente, alucinaciones y/o desilusión. El niño en edad prepuberal, quizás debido a su desarrollo cognitivo, la depresión psicótica acostumbra a ir acompañada en casi todos los casos de alucinaciones auditivas. En los adolescentes se presenta como alucinaciones auditivas y además desilusión. La depresión psicótica va asociada con una depresión más severa, con una morbilidad más larga, una resistencia a la terapia exclusiva con antidepresivos, poca respuesta al placebo, aumentos de riesgo de trastornos bipolares y una historia familiar de depresión psicótica o de trastorno bipolar.

4.5.7.2 Depresión Bipolar: Presenta similitudes con la depresión unipolar; pero, de cualquier modo, los síntomas son similares a los de la psicosis. Los jóvenes muestran unos ciclos más rápidos, con una gran dificultad de tratamiento y un claro riesgo de suicidio.

4.5.7.3 Depresión atípica: Aunque no hay muchos estudios publicados de depresión atípica en sujetos jóvenes, ésta suele empezar en la adolescencia.

4.5.7.4 Trastorno afectivo estacional: Acostumbra a aparecer después de la pubertad en adolescentes que viven en regiones con estaciones diferenciadas. Se manifiesta con síntomas similares a los de la depresión atípica, excepto que la depresión estacional no incluye un aumento a la reactividad del rechazo y es episódica.

4.5.7.5 Depresión subclínica: Es importante conocer los síntomas y subsíntomas depresivos que se producen antes y después de un episodio de TDM, dado que pueden ir asociados a sucesos psicosociales y pueden aumentar el riesgo de posteriores episodios de TDM.

4.5.7.6 Depresión resistente al tratamiento: En contraste con la depresión adulta, no existe una clara definición de ésta en sujetos jóvenes, parece que entre un 6% a un 10% de los jóvenes con depresión, sufre de depresión crónica

4.5.8 Secuelas.

La depresión afecta al desarrollo social, emocional, cognitivo e interpersonal y a la relación entre padres e hijos. Los adolescentes con depresión tienen un alto riesgo de conducta suicida, abuso de sustancias, incluyendo dependencia a la nicotina, enfermedades físicas, embarazo, bajo rendimiento académico y mal funcionamiento psicosocial.

Hay que tener en cuenta que además de la depresión, otros factores como la psicopatología comórbida, el pobre funcionamiento familiar, los trastornos psiquiátricos de los padres, enfermedades físicas, bajo nivel socioeconómico o la exposición a sucesos negativos también afecta al funcionamiento psicosocial del joven.

Suicidio y tentativas suicidas es una de las más importantes y devastadoras secuelas de la depresión. Aquí, como en el funcionamiento psicosocial hay otros factores que influyen además de la depresión: El abuso de sustancias, circunstancias socioeconómicas específicas, pobre comunicación con los padres, problemas escolares, o sucesos negativos de la vida.⁽²⁶⁾

4.6 MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

El modelo de sistemas de Neuman esta basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos. La teoría general de sistemas afirma que todos los elementos de una organización compleja interaccionan entre ellos. En el modelo, Neuman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia enfermera, especialmente en el campo de la salud mental.

El modelo aprovecha elementos de la teoría Gestalt, que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el

equilibrio, y en consecuencia la salud, cuando las condiciones varían. Neuman describe el ajuste como el proceso que permite al organismo satisfacer sus necesidades. Dado que existen muchas necesidades y cada una de ellas puede provocar la pérdida del equilibrio o de la estabilidad en el paciente, el proceso de ajuste es dinámico y continuo.

La vida se caracteriza por un cambio continuo del equilibrio al desequilibrio del organismo. Cuando el proceso estabilizador falla hasta cierto punto o cuando el organismo permanece en un estado no armónico durante demasiado tiempo, y en consecuencia no puede satisfacer sus necesidades, se produce la enfermedad.

Neuman, adapta a la enfermería el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan. La prevención primaria actúa protegiendo al organismo antes de que entre en contacto con un elemento estresante peligroso; esta prevención implica la reducción de la posibilidad de encontrarse con este elemento estresante o se fortalece la reacción del organismo para disminuir la reacción del elemento estresante. La prevención secundaria intenta reducir el efecto o el posible efecto de los elementos estresantes a través del diagnóstico precoz y de un tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales del elemento estresante después del tratamiento.

4.6.1. Principales supuestos.

4.6.1.1. Enfermería

Neuman cree que la enfermera debe cuidar a la persona en su totalidad. Considera que la enfermería es una profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés. La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra; por ello, Neuman afirmó que el campo perceptivo del cuidador y del cliente deben valorarse.

4.6.1.2. Persona

El modelo de sistemas de Neuman presenta el concepto de persona como un cliente/sistema cliente que puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual. Se considera que el cliente cambia o se mueve constantemente y se observa como un sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno.

4.6.1.3. Salud

Neuman considera que su trabajo es un modelo de bienestar. Para ella, la salud es un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. “Un bienestar o una estabilidad óptima indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas”

4.6.1.4. Entorno

El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal y extrapersonal) son importantes para el concepto de entorno y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.

Neuman identificó tres tipos de entorno: interno, externo y creado. El entorno interno es intrapersonal e incluye todas las interacciones interiores del cliente. El entorno externo incluye todas las interacciones que acontecen en el exterior del cliente. El entorno creado se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza para mejorar la capacidad de control protectora.

4.6.2. Conceptos principales y definiciones

- **Visión integrada del cliente:** El modelo de sistemas de Neuman es un planteamiento de sistemas dinámico y abierto para el cuidado de cliente, originalmente creado para proporcionar un centro unificador con la intención de definir el problema de la enfermería y entender mejor al cliente cuando interacciona con el entorno.
- **Sistema abierto:** Un sistema está abierto cuando los elementos se intercambian la energía de la información en una organización compleja.
- **Elementos estresantes:** Los elementos estresantes son estímulos productores de tensión que generan dentro de los límites del sistema del cliente.
- **Enfermedad:** La enfermedad consiste en la falta de armonía entre las partes del sistema, como resultado de las necesidades que no se satisfacen en diferentes grados.

- **Línea normal de defensa:** Es el círculo del sistema que se encuentra en el exterior y tiene una línea continua. Representa un estado de estabilidad para el individuo o el sistema. Se mantiene a lo largo del tiempo y sirve como un estándar para valorar las desvariaciones del bienestar normal del cliente.

- **Grado de reacción:** Es la cantidad de energía necesaria para que el cliente se adapte al elemento o elementos estresantes.

- **Prevención como intervención:** Las intervenciones son acciones determinadas que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga y/o la mantengan.

- **Bienestar:** El bienestar existe cuando las partes del sistema del cliente interaccionan en armonía y se satisfacen las necesidades del sistema.(27)

4.7 ESCALA PARA LA AUTO-CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN (ZUNG SDS).

La escala de Zung para la Auto-Clasificación de la Depresión Scale (Zung SOS) (Zung 1965), fue diseñada por el Psiquiatra William W.K Zung, como respuesta a la necesidad de evaluar la depresión clínica, sea como un afecto, un síntoma o un trastorno y fue desarrollada como una medida auto administrada de la Depresión severa. El autor pretendía que la escala fuera totalmente inclusiva con respecto a los síntomas de las enfermedades y además corta, simple y cualitativa. Las preguntas fueron seleccionadas con el fin de que tocasen los aspectos afectivo, cognoscitivo, lo referente a la conducta y lo psicológico de la Depresión y se desarrollaron estudios de factor analítico disponibles.(28)

- **Descripción:** La forma original del Test de Zung consta de 20 preguntas, 10 negativas y 10 positivas. Para cada una el asunto se clasifica como ocurrido así: 1 por un corto tiempo: 2- por cierto tiempo: 3- por buena parte del tiempo y 4- por la mayoría del tiempo.

- **Confiabilidad:** En estudios de confiabilidad para una población dividida en mitades se encontró una correlación (r) de 0.73 (Zung 1972). En un sondeo a una comunidad de 1.173 personas, el alfa de Cronbach fue satisfactorio: 0.79.

- **Validez:** En una muestra de 159 pacientes no hospitalizados no hubo correlaciones significativas entre el puntaje total Zung y la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de educación, el estatus financiero o el nivel de inteligencia. Reencontró una correlación significativa con la Escala de Depresión del Inventario de Personalidad multifacético de Minnesota ($r=0.65$). En un estudio de 41 pacientes no hospitalizados, hubo fuertes correlaciones entre el Zung y la Escala para la Depresión con clasificación Hamilton (el rango de r está entre 0.68 y 0.76) durante las semanas 2,4 y 6 de tratamiento pero no en un estudio estrecho ($r=0.45$). Las correlaciones fueron mayores cuando los puntajes Ham-D estuvieron por debajo de 10 ($r=0.63$) y fueron las menores cuando estuvieron por encima de 20 ($r=0.45$).
- **Utilidad Clínica:** El Zung es una herramienta popular usada para medir la severidad de los síntomas depresivos en pacientes con enfermedad depresiva diagnosticada. Los datos sicométricos que documentan la confiabilidad de la medida están esparcidos, sin embargo, aquellos que existen muestran buena consistencia interna. Los estudios de validez muestran que el Zung es sensible a diferencias de severidad de síntomas en subgrupos de pacientes con depresión unipolar diagnosticada y que es menos sensible a cambios en síntomas, en el tiempo, que otras medidas.

Las ventajas del Zung SOS se resumen en que es simple y fácil de usar y en que son fáciles de usar y en que ha sido ampliamente usado. Las desventajas están en que cae su cobertura de los síntomas comunes en depresiones atípicas como la hiperfagia y que puede ser menos sensible a cambios que ofrecen otras escalas disponibles.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio fue descriptivo, porque se pretendió establecer relaciones con los factores que presumiblemente están asociados causalmente, con la presencia de la enfermedad (depresión).

El propósito del estudio, es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación. Por esto, es posible:

1. Establecer las características demográficas de unidades investigadas.
2. Identificar formas de conducta y actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación.
3. Establecer comportamientos concretos.
4. Descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación.

Así, el estudio descriptivo acude a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios, también pueden utilizarse informes y documentos elaborados por otros investigadores, para que la información obtenida sea sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico.

5.2 POBLACIÓN:

Jóvenes adolescentes entre los 14 y 18 años de edad de los grados 9°, 10° y 11°, estudiantes del Colegio **DEOGRACIAS CARDONA** de la ciudad de Pereira que se encuentren matriculados en este Colegio durante el segundo semestre del 2004.

5.3 DISEÑO MUESTRAL:

La población estudiada fue de 372 adolescentes del colegio Deogracias Cardona de los grados 9°, 10° y 11°; a los cuales se les aplicó un test (ZUNG) el cual permitió identificar los adolescentes con características depresivas y al mismo tiempo una encuesta, previamente diseñada, para reconocer algunos factores de riesgo que llevan a la depresión.

5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	CODIGO
Sexo	Nominal	Masculino femenino	1 2
Edad	Razón	Años cumplidos	-----
Estrato	Nominal	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Personas con quien convive	Nominal	Padre Madre Hermanos Abuelos Todos Otros	1 2 3 4 5 6
Estado civil de los padres	Nominal	Casados Unión libre Separados Madre soltera Viudo (a)	1 2 3 4 5
Escala De Zung	Ordinal	Sin sicopatología Depresión ligera	1 2

		Dep. moderada	3
		Dep. severa	4
Niñez maltratada emocional y/o físicamente por otra persona	Nominal	Si	1
		No	2
Existencia de personas que hayan sufrido depresión	Nominal	Madre	1
		Padre	2
		Hermanos	3
		Tíos	4
		Abuelos	5
		Otros	6

5.5 FUENTE DE DATOS

Se contó con un test validado (Zung) y se diseñó una encuesta que contiene variables que dan respuesta a los objetivos planteados. (Anexo A).

5.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se estableció contacto con la institución educativa a través de la facultad para facilitar el acceso a los estudiantes.

Se hizo un reconocimiento previo del área para determinar el sitio de aplicación de los instrumentos y los grados escolares a estudiar.

Se acordó con el Coordinador académico los horarios de aplicación de los instrumentos para facilitar la programación de actividades.

Se solicitó al coordinador el acceso a los estudiantes para explicarles las pretensiones del estudio sin poner en evidencia la Depresión como objeto de estudio de la investigación ya que se podrían alterar los resultados esperados. Se les explicó la garantía del anonimato y confidencialidad de los datos en el suministro de la información.

Se aplicó inicialmente una prueba piloto a un solo grupo de grado 11 para probar la empatía y pertinencia de los instrumentos.

Se hizo los ajustes accesorios a los instrumentos según los resultados de la prueba.

Se aplicaron los instrumentos según las condiciones ya descritas en el diseño muestral.

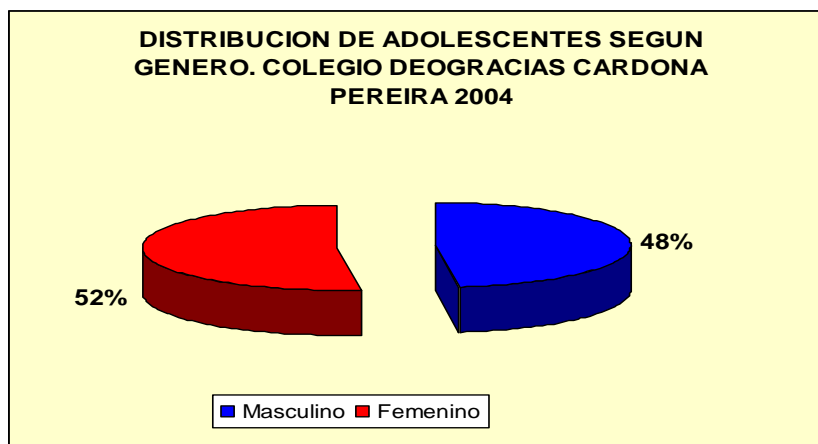
Se hicieron reuniones permanentes del grupo investigador para estar oportunamente detectando inconsistencias en los datos recolectados.

Las encuestas fueron digitadas en el programa Epi Info – 2000 y se establecieron controles para garantizar la calidad de la digitación y posteriormente se controló por selección sistemática de encuestas.

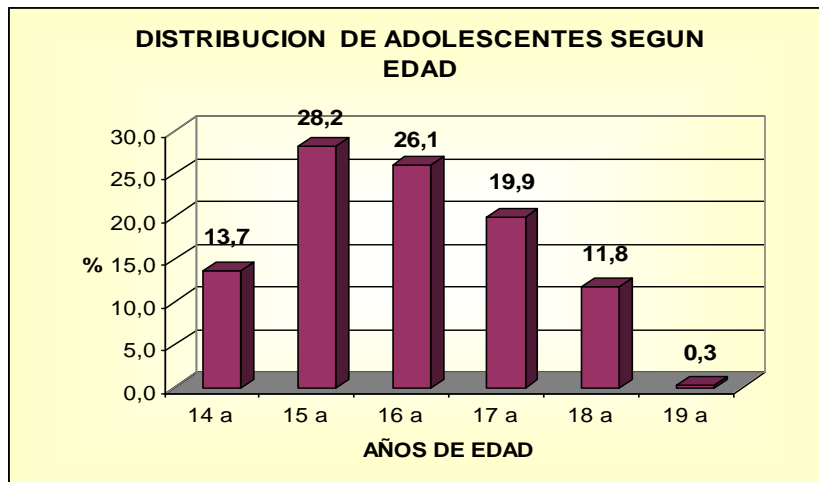
6. RESULTADOS

6.1 DESCRIPCION DE LA POBLACION

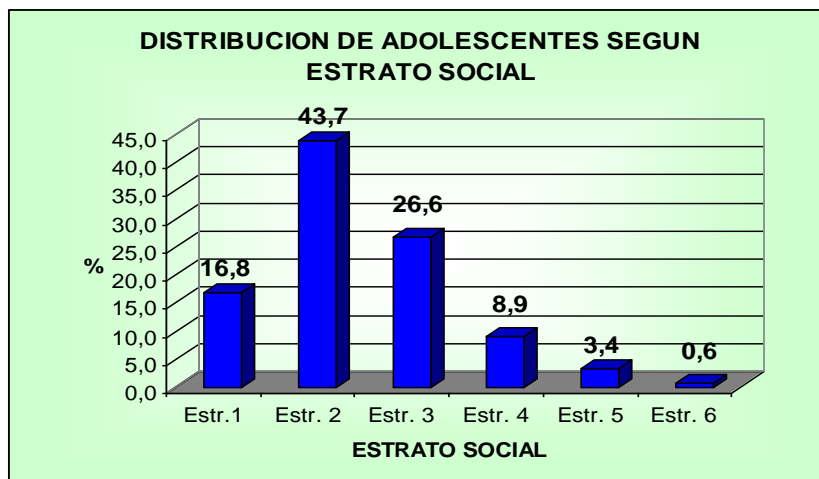
Después de haber sido aplicado el instrumento y almacenados los datos en el programa Epi-Info 2000, el total de encuestas realizadas a los adolescentes fue de 372, tomándose éstas como el 100% de la población estudiada, de las cuales el 51.9% eran de sexo femenino y el 48.1% de sexo masculino.



La edad establecida para el estudio fue de 14 a 19 años, con los siguientes porcentajes: 14 años con 13.7%, 15 años 28.2%, 16 años 26.1%, 17 años 19.9%, 18 años 11.8% y de 19 años con 0.3%.



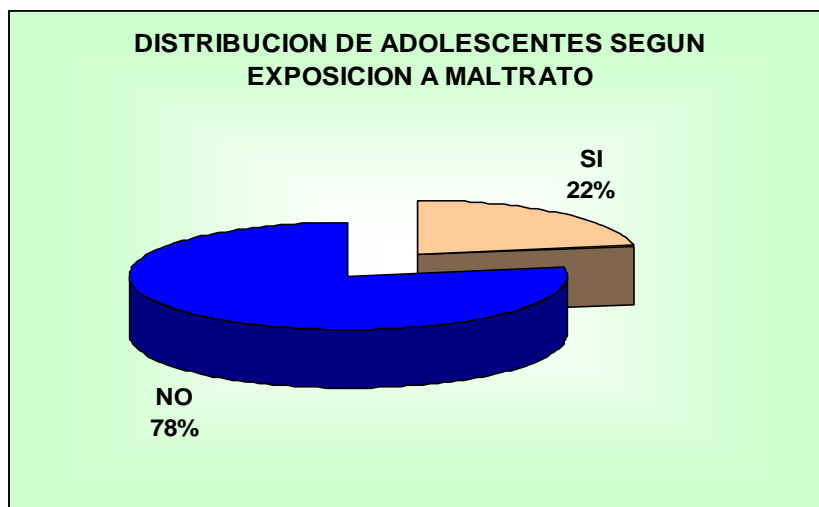
En cuanto al estrato, se pudo encontrar que el 38.4% de la población total son de estrato 2, 23.4% estrato 3, 14.8% estrato 1, 11.4% de estrato 4 al 6 y del 12.1% restante no se obtuvo información.



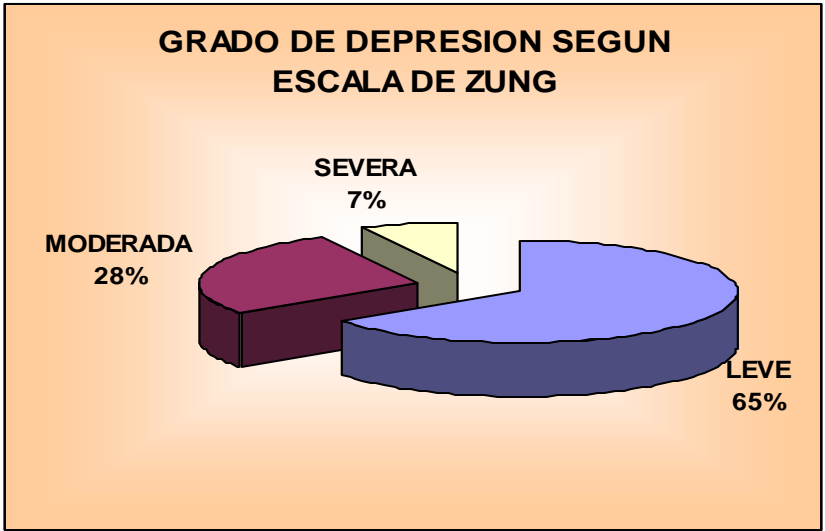
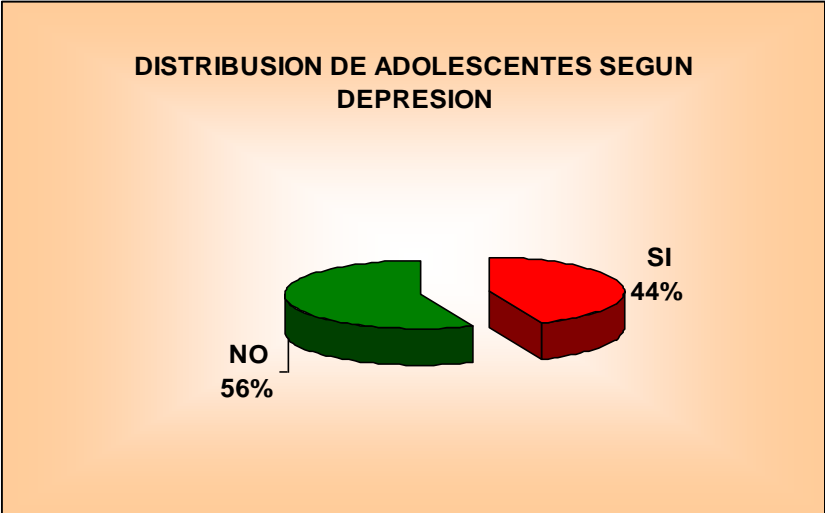
En el núcleo familiar se obtuvo que el 46.0% está conformado por familia nuclear, el 44.1% familia uniparental, 1.9% sólo hermanos y el 7.3% con otros familiares.

En relación con el estado civil de los padres se encontró que el 57.0% viven con padres casados y/o en unión libre, 25.7% con padres separados, el 10.0% con padre o madre viudos y del 7.3% no se obtuvo información.

En el ítem relacionado con el maltrato en la niñez, emocional y/o físicamente por parte de otra persona en su hogar, demuestra que el 77.6% nunca ha sido maltratada, 18.3% pocas veces, 2.2% frecuentemente, 1.9% muy frecuente y del 0.3% no se obtuvo información.



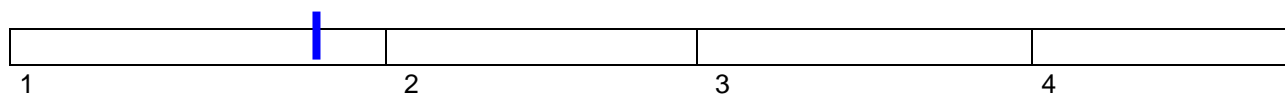
Según la escala de Zung, el 56.3% no presentó psicopatología y el 43.7% presentó algún tipo de depresión; en donde el 28.4% fue leve, el 12.1% moderada y el 3.2% severa.



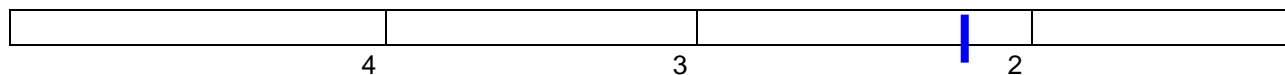
Con respecto a los antecedentes de depresión en la familia, se encontró que en el 50.5% si existe antecedentes de depresión, de los cuales el 50.5% corresponde a depresión en los padres, el 10.1% en hermanos y el 39.4% en otros familiares; y en el 49.5% de la población total estudiada no existe antecedentes de depresión.

6.2. ANALISIS DEL TEST DE ZUNG

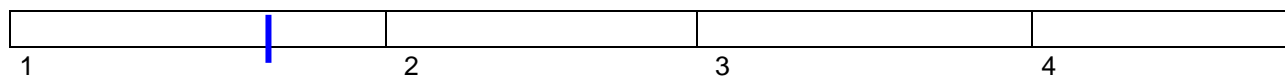
Me siento abatido, desanimado y triste?
Media= 1,8



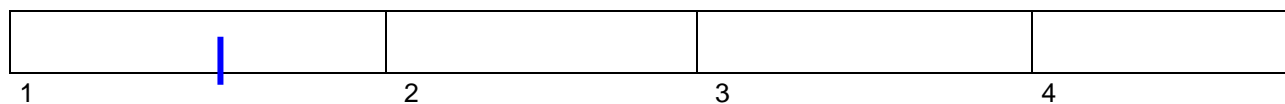
Por la mañana es cuando mejor me siento
Media= 2,2



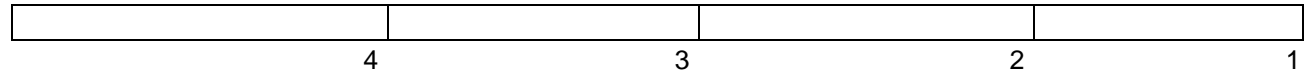
Tengo ataques de llanto o deseo de llorar?
Media= 1,7



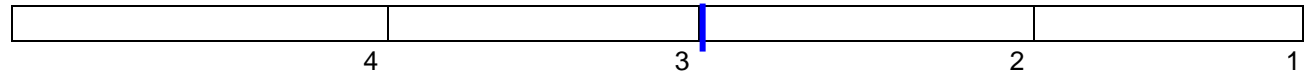
Tengo problemas de sueño durante la
noche
Media= 1,6



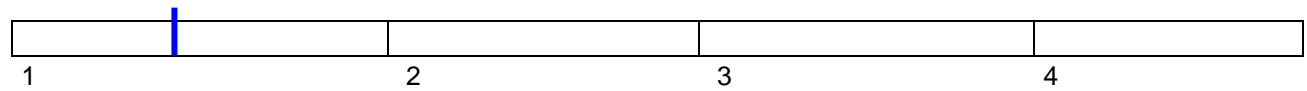
Como igual que antes?
Media= 2,6



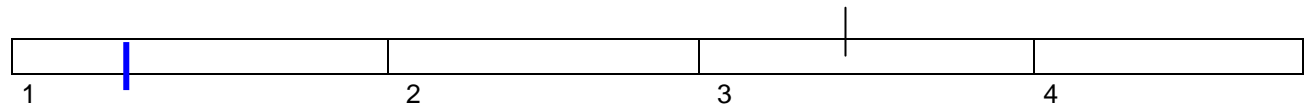
Disfruto al mirar, conversar y estar con
mujeres / hombres atractivos?
Media=3,0



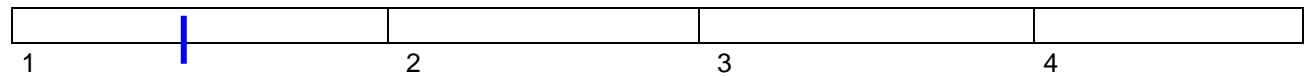
Noto que estoy perdiendo peso?
Media= 1,5



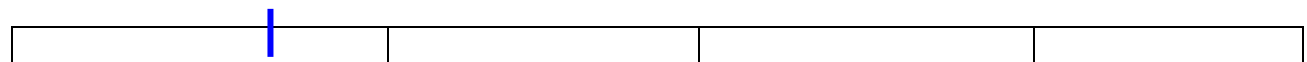
Tengo problemas de estreñimiento?
Media= 1,3



Mi corazón late más de lo acostumbrado?
Media= 1,5



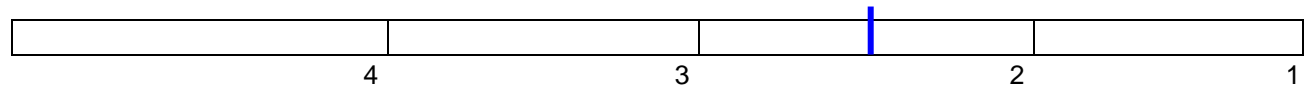
Me canso sin motivo?



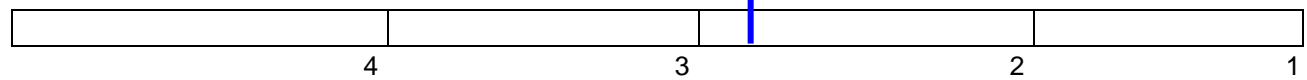
Media= 1,9

1 2 3 4

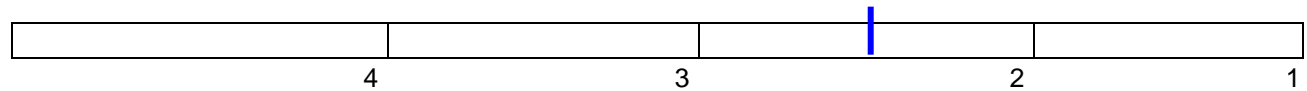
Tomo las decisiones fácilmente?
Media= 2,5



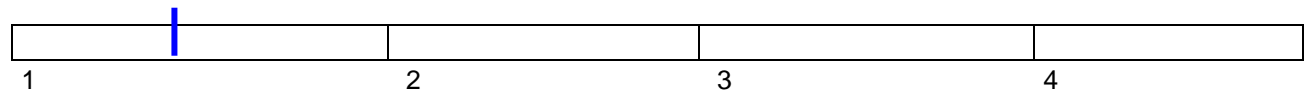
Siento que soy útil y necesario?
Media= 2,9



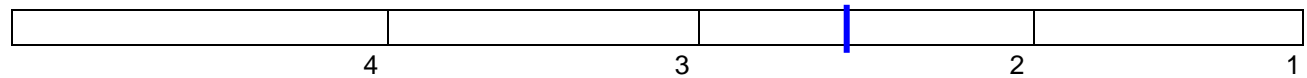
Siento que mi vida esta llena?
Media= 2,5



Siento que los demás estarían mejor
sin mí, si estuviese muerto?
Media= 1,5



Sigo disfrutando con lo que hacia?
Media= 2,6



A continuación se mostrará los porcentajes obtenidos de toda la población a estudio según el Test de Zung:

Menor a 50: Sin Psicopatología	56.3%
De 50 a 59: Depresión Leve	28.4%
De 60 a 69: Depresión Moderada	12.1%
Más de 70: Depresión Severa	3.2%

6.3 DESCRIPCION DE LA POBLACION CON TRASTORNO DEPRESIVO

Del total de la población estudiada, se encontró que el 43.7% presentó algún tipo de depresión, de estos el 66.9% son mujeres y el 33.1% son hombres.

En cuanto a la edad, se puede analizar que el mayor índice de depresión se encuentra en las edades comprendidas entre 15 y 17 años, con un porcentaje de: 15 años 20.2%, 16 años 25.8% y 17 años 22.7%.

En relación al estrato se puede observar que hay mayor frecuencia de depresión en el estrato 2 con un 37.4%, seguido del estrato 3 con un 23.9% y posteriormente el estrato 1 con un 14.1%.

Según el núcleo familiar, se pudo detallar que el 46.0% conviven con familia uniparental y el 41.7% con familia nuclear.

De acuerdo al estado civil de los padres, se observó que el 52.5% son padres casados y/o en unión libre y el 27.2% corresponde a padres separados.

Referente al maltrato, se puede definir que el 73.5% de la población con psicopatología nunca ha recibido maltrato y el 19.8% ha sido maltratada alguna vez en la niñez.

En cuanto a antecedentes de depresión familiar, se puede analizar que el 64.4% de la población con psicopatología presenta antecedentes; presentándose una mayor frecuencia en padres con un 51.4% y un 38.1% en otros familiares no

específicos; por el contrario el 35.6% no presenta antecedentes familiares de depresión.

6.4. RELACION DE LA VARIABLE DEPRESION CON LOS FACTORES DE RIESGO ESTUDIADOS

VARIABLE		PORCENTAJE	CHI ²	VALOR DE P
SEXO	Hombre	30.2	26.04	0.000
	Mujer	56.5		
EDAD	< 16 Años	35.7	7.09	0.007
	> 16 Años	49.5		
ESTRATO	< de estrato 4	43.0	0.07	0.78
	> de estrato 4	45.2		
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	Casados y/o unión libre	40.3	6.87	0.07
	Separados	46.3		
	Viudo (a)	37.0		
	Madre soltera	62.2	10.27	0.001

NÚCLEO FAMILIAR	Familia nuclear	39.8	4.48	0.2
	Familia uniparental	45.7		
	Solo hermanos	57.1		
	Otros familiares	59.3		
MALTRATO	Si	51.8	2.90	0.08
	No	41.3		
ANTECEDENTES FAMILIARES	Si	55.9	22.67	0.000
	no	31.1		
FAMILIAR CON ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN	Padres	56.8	0.17	0.9
	Hermanos	57.9		
	Otros	54.2		

7. DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados del presente estudio mostraron una prevalencia de depresión de 43.7%, en diferentes estadios, siendo la leve la que obtuvo mayor frecuencia. Estos datos comparados con otros estudios mencionados en el marco teórico indican que la prevalencia en esta población es bastante elevada, puesto que mencionan cifras en adolescentes que oscilan entre el 15% y 20%. Al relacionar la variable (depresión), con factores de riesgo, se obtuvo que existe relación estadísticamente significativa con las siguientes variables:

Sexo, se presentó mayor frecuencia en mujeres con un valor de $P < 0.05$; de acuerdo con la literatura conocida, la diferencia entre los géneros en el riesgo de padecer depresión, se relaciona con el hecho de que las mujeres presentan mayor riesgo de sufrir este trastorno.

Edad, se encontró mayor frecuencia en adolescentes mayores de 16 años, que en menores; con un valor de $P < 0.05$. Sería necesario ahondar en este fenómeno, en investigaciones posteriores para poder determinar si realmente la presentación más tardía de la depresión entre los adolescentes, se constituye en un factor de riesgo.

Teniendo en cuenta el estado civil de los padres, se determinó que existe relación estadísticamente significativa el ser madre soltera con un valor de $p < 0.05$; lo cual puede asociarse como factor causal para la depresión en los adolescentes, dado que la conducta de los padres puede influir en el desarrollo de la misma.

Con respecto a la presencia de antecedentes familiares con depresión, se obtuvo mayor frecuencia en aquellos adolescentes que respondieron afirmativamente, representándose con un valor de $P < 0.05$, lo que es congruente con el marco teórico, porque según "David Shaffer" y otros, se estima que la depresión es hereditaria; algunos estudios sobre historia familiar, sugieren que los trastornos depresivos son más frecuentes en familiares adultos de adolescentes deprimidos, además se ha encontrado que los descendientes de padres depresivos tienen mayor probabilidad de presentar este trastorno en alguna etapa de la vida. Por el contrario otros autores dicen que aunque se herede a través de la familia no significa que todos los que tienen un familiar cercano con depresión experimenten este trastorno.

Si bien, se menciona en el marco teórico que el sufrimiento de abusos físicos y/o emocionales durante la infancia, es un factor de riesgo para padecer depresión en adolescentes; y esta asociación se encontró con una prevalencia de 32.1 %; según la escala de Zung, la cual se relaciona con violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual.

En los demás factores de riesgo analizados en el estudio, no se encontró relación estadísticamente significativa con el estrato, núcleo familiar y maltrato.

8. CONCLUSIONES

- Al realizar el estudio a los adolescentes, se encontró una alta prevalencia de depresión de acuerdo a la escala de Zung con una frecuencia de 43.7% sobre el 100% de la población total.
- Se presentó mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino, lo que puede estar relacionado con las condiciones sociales actuales, en donde la mujer desempeña un rol que implica asumir mayor responsabilidad a nivel económico, social y familiar. Sin embargo actualmente, la mujer lucha por su libertad y por encontrarse en iguales condiciones que el hombre, pero la cultura tiende a reprimir sus deseos de superación.
- Se halló en los adolescentes, objetos del estudio; que a mayor edad, mayor frecuencia de Depresión, encontrándose una relación estadísticamente significativa, lo cual se ve reflejado en la adolescencia por ser una etapa de interrogantes, en donde se enfrenta al desafío de armonizar su visión de sí mismo con el mundo en el que vive en busca de su propia identidad.
- Se encontró una alta frecuencia de antecedentes familiares de depresión en adolescentes que presentaron dicho trastorno, lo que puede asociarse no solo como un factor hereditario sino como un factor causal dado por las condiciones de vida a nivel intrafamiliar y por la lucha de adquirir su propia personalidad.
- Aunque en el estudio no hubo relación estadísticamente significativa con el maltrato; no indica que no sea un factor causal para la depresión, lo cual se puede asociar con información que refleja vergüenza personal.
- Si bien, Betty Neuman afirma en su teoría que todos los elementos de una organización compleja interactúan entre sí, se deduce que la depresión contribuye a que exista mayor vulnerabilidad para el desequilibrio entre la persona, la salud y el entorno; considerándose éstos como un organismo integral del individuo.

9. RECOMENDACIONES

- Diseñar e implementar estrategias de promoción y prevención con los adolescentes para identificar de forma oportuna factores de riesgo que conllevan a sufrir la depresión.
- Realizar consultas grupales de acuerdo a edades y sexo, en donde el adolescente puede aprender a controlar factores de riesgo para la depresión.
- Identificar a los adolescentes deprimidos, realizando el test de Zung, para que puedan ser valorados por especialista y así establecer un tratamiento adecuado y oportuno.
- Realizar actividades educativas con respecto al concepto errado que tienen los adolescentes sobre la consulta Psiquiátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **TOMAS J.** Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.
2. **Depresión en Adolescentes.** [sitio en Internet] Disponible en: http://www.kermanhospital.com/esp_ency/article/001518.htm. Acceso Septiembre 20 del 2003.
3. **Apoyo, depresión y ayuda.** [sitio en Internet] Disponible en: <http://members.tripod.com/'shats/nLD/andrea.htm>. Acceso Febrero 13 del 2004.
4. **TOMAS J.** Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.
5. **SHAFFER David – WASLICK Bruce.** Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescente. ARS medica. 2003 psiquiatría editores S.L.
6. **Depresión Clínica.** [sitio en Internet] Disponible en WWW.medicinainformacion.com/psq. Acceso Junio 27.
7. **GERALD C. Davidson – JOHL M. Neale.** Psicología de la conducta normal. Editores grupo Noriega. Edición 1992.
8. **TOMAS J.** Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.
9. **ERIKSON, Erik H.** infancia y soledad. las 8 edades del hombre.

10. **ERIKSON, Erik H. infancia y soledad. las 8 edades del hombre.**
11. **PAPALIA Diane E - WENDCOS OLDS, Sally . psicología. teorías de la evaluación de la personalidad.**
12. **CRAWFORT, Annie Laurie – CURRY, KILANDER Virginia. enfermería psiquiátrica y salud mental. el adolescente con riesgo de suicidarse.**
13. **LONGO D. C, WILLIAMS, R. A. la practica clínica en enfermería psicosocial. el subsistema familiar: El proceso terapéutico con adolescentes que experimentan estrés psicosocial.**
14. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**
15. **ACKERMAN, Nathan W. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Trastornos de la adolescencia.**
16. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**
17. **LONGO D. C, WILLIAMS, R. A. la practica clínica en enfermería psicosocial. el subsistema familiar: El proceso terapéutico con adolescentes que experimentan estrés psicosocial.**
18. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**

19. **Depresión de Adolescentes. Depresión Juvenil. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://pcs.adam.com/ency/article/001518.htm>. Acceso Julio 20 de 2004.**
20. **SHAFFER David – WASLICK Bruce. Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescente. ARS medica. 2003 psiquiatría editores S.L.**
21. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**
22. **SHAFFER David – WASLICK Bruce. Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescente. ARS medica. 2003 psiquiatría editores S.L.**
23. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**
24. **SHAFFER David – WASLICK Bruce. Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescente. ARS medica. 2003 psiquiatría editores S.L.**
25. **Apoyo, depresión y ayuda. [sitio en internet] Disponible en: <http://members.tripod.com/~shats/nLD/andrea.htm> Acceso Febrero 13 de 2004.**
26. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**
27. **NEUMAN, Betty - Modelos Conceptuales y grandes teorías.**
28. **ZUNG W. K, William. A Selfrating Depresión Scale. Arch Gen Psychiatry . TQ Copyright 1965. American Medical Asociación.**

BIBLIOGRAFIA

1. **ACKERMAN, Nathan W.** Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Trastornos de la adolescencia.
2. **NEUMAN, Betty** - Modelos Conceptuales y grandes teorías.
3. **Depresión de Adolescentes. Depresión Juvenil.** [Sitio en Internet] Disponible en: <http://pcs.adam.com/ency/article/001518.htm>. Acceso Julio 20 de 2004
4. **CRAWFORT, Annie Laurie – CURRY, KILANDER Virginia.** enfermería psiquiatrica y salud mental. el adolescente con riesgo de suicidarse.
5. **Apoyo, depresión y ayuda.** [sitio en internet] Disponible en: <http://members.tripod.com/'shats/nLD/andrea.htm> Acceso Febrero 13 de 2004
6. **Depresión en Adolescentes.** [sitio en Internet] Disponible en: http://www.kermanhospital.com/esp_ency/article/001518.htm. Acceso Septiembre 20 del 2004
7. **ERIKSON, Erik H.** infancia y soledad. las 8 edades del hombre
8. **GERALD C. Davidson – JOHL M. Neale.** Psicología de la conducta normal. Editores grupo Noriega. Edición 1992.
9. **LONGO D. C, WILLIAMS, R. A.** la practica clínica en enfermería psicosocial. el subsistema familiar: El proceso terapéutico con adolescentes que experimentan estrés psicosocial.

10. **Depresión Clínica. [sitio en Internet] Disponible en WWW.medicinainformacion.com/psq. Acceso Junio 27**
11. **PAPALIA Diane E - WENDCOS OLDS, Sally . psicología. teorías de la evaluación de la personalidad**
12. **PEDIATRA, J.L - TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001**
13. **SHAFFER David – WASLICK Bruce. Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescente. ARS medica. 2003 psiquiatría editores S.L.**
14. **TOMAS J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Editorial laertes, cuadernos de paidopsiquiatria. Primera edición: enero 2001.**
15. **ZUNG W. K, William. A Selfrating Depresión Scale. Arch Gen Psychiatry . TQ Copyright 1965. American Medical Association.**

ANEXO A. Encuesta para adolescentes

Universidad Libre Seccional Pereira
 Facultad de Enfermería Profesional VII semestre
 Encuesta para Adolescentes

Fecha: D____ M____ A____

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

- 1.1 Sexo: M____ F____
 1.2 Edad (años cumplidos): _____
 1.3 Estrato: _____
 1.4 Barrio: _____

2. NÚCLEO FAMILIAR

- 2.1 Personas con quien convive
1. Padre, madre, hermanos y abuelos _____
 2. Madre y hermanos _____
 3. Padre y hermanos _____
 4. Solo hermanos _____
 5. Solo abuelos _____
 6. Solo padre _____
 7. Solo madre _____
 8. Solo hermanos _____
 9. Otros _____ ¿Cuales? _____

2.2 Estado civil de los padres

1. Casado____ 2. Unión libre____ 3. Separados____
 4. Madre soltera____ 5. Viudo (a)____

3. ¿Se sintió en su niñez maltratado emocional y/o físicamente por parte de otra persona en su hogar?

1. Nunca____ 2. Pocas veces____
 3. Frecuentemente____ 4. Muy frecuente____

4. FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, INDICANDO CUAL ES SU ESTADO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.

FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA EQUIS LA RESPUESTA ELEGIDA. (SOLO UNA EQUIS POR PREGUNTA)	NADA O POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES O SIEMPRE
4.1 Me siento abatido, desanimado y triste?				

4.2	Por la mañana es cuando mejor me siento?				
4.3	Tengo ataques de llanto o deseo de llorar?				
4.4	Tengo problemas de sueño durante la noche?				
4.5	Como igual que antes?				
4.6	Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos?				
4.7	Noto que estoy perdiendo peso?				
4.8	Tengo problemas de estreñimiento?				
4.9	Mi corazón late más de lo acostumbrado?				
4.10	Me canso sin motivo?				
4.11	Mi mente está tan despejada como siempre?				
4.12	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer?				
4.13	Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto?				
4.14	Tengo esperanzas en el futuro?				
4.15	Soy más irritable que de costumbre?				
4.16	Tomo las decisiones fácilmente?				
4.17	Siento que soy útil y necesario?				
4.18	Siento que mi vida está llena?				
4.19	Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto?				
4.20	Sigo disfrutando con lo que hacía?				

5. En su familia han existido personas que hayan sufrido depresión?

Si _____ No _____

1. Madre _____ 2. Padre _____ 3. Hermanos _____ 4. Tíos _____
5. Abuelos _____ 6. Otros _____

ANEXO B. Encuesta para adolescentes y tabla de conversión de la puntuación

Universidad Libre Seccional Pereira Facultad de Enfermería Profesional VII semestre Encuesta para Adolescentes				
FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA EQUIS LA RESPUESTA ELEGIDA. (SOLO UNA EQUIS POR PREGUNTA)	NADA O POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES O SIEMPRE
4.1 Me siento abatido, desanimado y triste?	1	2	3	4
4.2 Por la mañana es cuando mejor me siento?	4	3	2	1
4.3 Tengo ataques de llanto o deseo de llorar?	1	2	3	4
4.4 Tengo problemas de sueño durante la noche?	1	2	3	4
4.5 Como igual que antes?	4	3	2	1
4.6 Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos?	4	3	2	1
4.7 Noto que estoy perdiendo peso?	1	2	3	4
4.8 Tengo problemas de estreñimiento?	1	2	3	4
4.9 Mi corazón late mas de lo acostumbrado?	1	2	3	4
4.10 Me canso sin motivo?	1	2	3	4
4.11 Mi mente está tan despejada como siempre?	4	3	2	1
4.12 Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer?	4	3	2	1
4.13 Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto?	1	2	3	4
4.14 Tengo esperanzas en el futuro?	4	3	2	1
4.15 Soy mas irritable que de costumbre?	1	2	3	4
4.16 Tomo las decisiones fácilmente?	4	3	2	1
4.17 Siento que soy útil y necesario?	4	3	2	1
4.18 Siento que mi vida esta llena?	4	3	2	1
4.19 Siento que los demás estarían mejor sin mi, si estuviese muerto?	1	2	3	4
4.20 Sigo disfrutando con lo que hacia?	4	3	2	1

TABLA DE CONVERSION DE LA PUNTUACIÓN

Punt.	I. SDS	Punt.	I. SDS	Punt.	I. SDS	Punt.	I. SDS	Punt.	I. SDS
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Índice de SDS:

- Debajo de 50 :** **Dentro de lo normal, sin Psicopatología**
- De 50 – 59 :** **Presencia de depresión mínima o ligera**
- De 60 – 69 :** **Presencia de depresión moderada o marcada**
- De 70 ó más:** **Presencia de depresión severa o extrema**

