

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“FACTORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ESTUDIO REALIZADO EN
LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, 2013”**

**PAOLA VIRGINIA ORTIZ LÓPEZ
LUIS ERICK ARNOLDO RACHÓN ROMERO**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2013

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“FACTORES DÉPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ESTUDIO REALIZADO EN
LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, 2013”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

PAOLA VIRGINIA ORTIZ LÓPEZ

LUIS ERICK ARNOLDO RACHÓN ROMERO

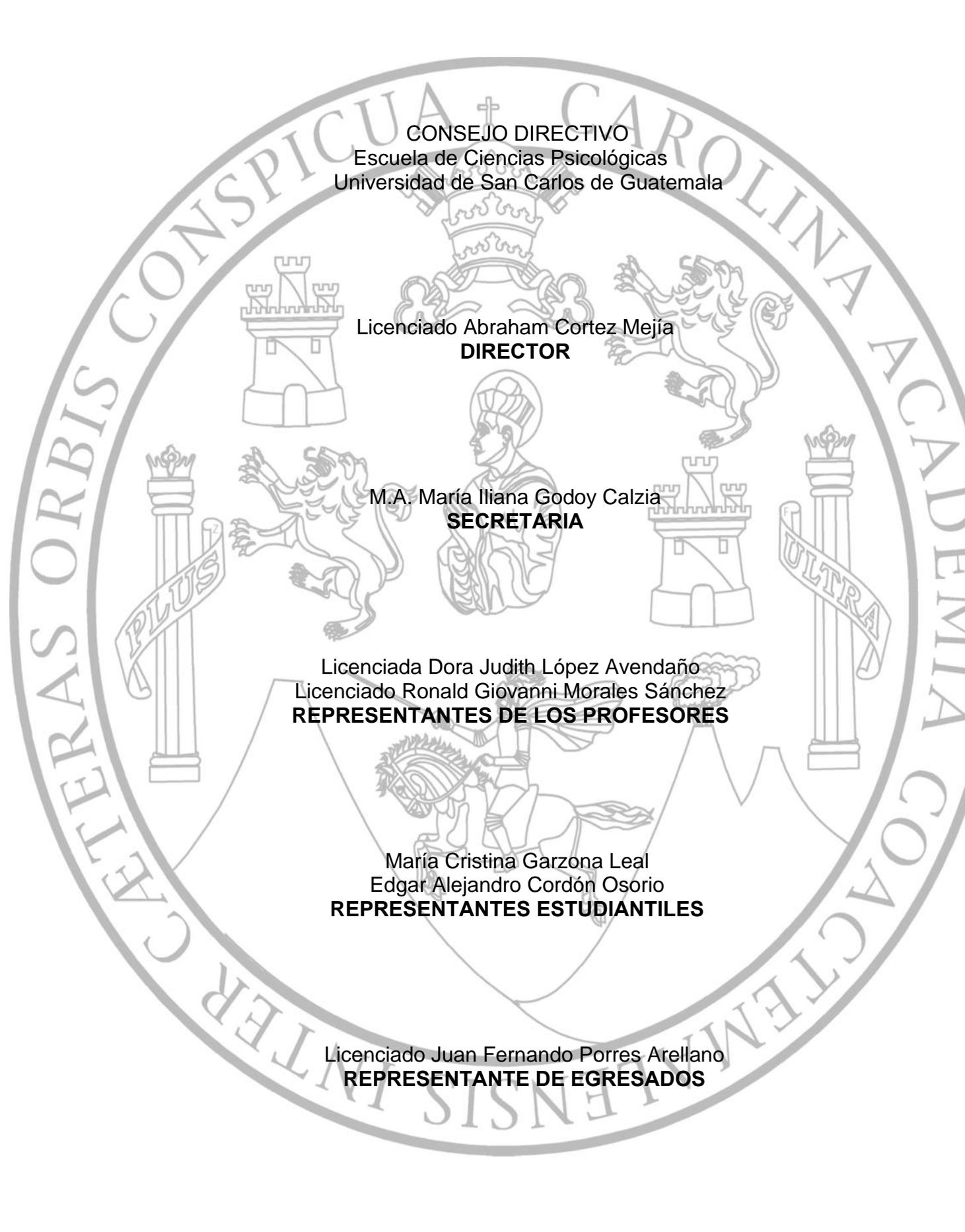
PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGOS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2013

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a crown, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a column. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEM" is inscribed around the perimeter. The text of the advisory board is overlaid on this seal.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdon Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 188-2011
CODIPs. 1932-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

06 de noviembre de 2013

Estudiantes
Paola Virginia Ortiz López
Luis Erick Arnoldo Rachón Romero
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO CUARTO (14º.) del Acta CINCUENTA GUIÓN DOS MIL TRECE (50-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 05 de noviembre de 2013, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“FACTORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, 2013”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Paola Virginia Ortiz López
Luis Erick Arnoldo Rachón Romero

CARNÉ No. 2004-19631
CARNÉ No. 2006-11800

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Jacqueline Marisol Montealegre Xicará, y revisado por la Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

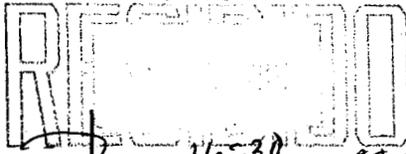
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción de información



FIRMA: *[Handwritten Signature]*

HORA: 16:30

Registro: 188-11

INFORME FINAL

CIEPs 960-2013
REG: 188-2011
REG: 024-2013

Guatemala, 30 de octubre 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“FACTORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ESTUDIO
REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, 2013.”**

ESTUDIANTE:

Paola Virginia Ortiz López

Luis Erick Arnaldo Rachón Romero

CARNÉ No.

2004-19631

2006-11800

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 29 de octubre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 29 de octubre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Handwritten Signature]
M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez

COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo

Arelis

**Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187630**

CIEPs. 961-2013
REG 188-2011
REG 024-2013

Guatemala, 30 de octubre 2013

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“FACTORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ESTUDIO
REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, 2013.”**

ESTUDIANTE:

Paola Virginia Ortiz López
Luis Erick Arnoldo Rachón Romero

CARNÉ No.

2004-19631
2006-11800

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 22 de octubre del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Nirma Jeaneth Cruz Oliva
DOCENTE REVISORA



Arelis./archivo

Guatemala 16 de septiembre de 2013

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado Factores Depresivos en Adolescentes: Estudio realizado en Asociación Nuestros Ahijados, 2013 realizado por los estudiantes PAOLA VIRGINA ORTIZ LÓPEZ, CARNÉ 200419631 Y LUIS ERICK ARNOLDO RACHÓN ROMERO, CARNÉ 200611800.

El trabajo fue realizado a partir del 13 de julio de 2011 hasta el 16 de septiembre de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Jacqueline Marisol Montealegre Xicará

Psicóloga General

Colegiado No. 3914

Asesor de contenido

Centro Educativo Técnico Scheel



Jocotenango, 10 de septiembre de 2013

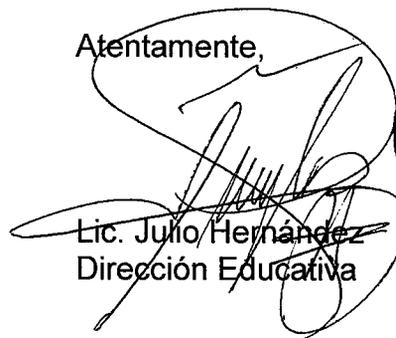
Licenciada
MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Coordinadora del centro de
Investigación en Psicología
CIEPs "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano
Ciudad de Guatemala

Estimada Licda. Luna:

Deseándole éxitos en la realización de sus labores diarias, por este medio me dirijo a usted para informarle que los estudiantes Paola Virginia Ortiz López con número de carne 200419631 y Luis Erick Arnoldo Rachón Romero con número de carne 200611800, realizaron el trabajo de campo del proyecto final de graduación de la Licenciatura en Psicología denominado "FACTORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ESTUDIO REALIZADO EN ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, 2013", con adolescentes que acudieron por ayuda a la clínica psicológica de la Centro Educativo Técnico Scheel, del 9 de agosto al 10 de septiembre del 2013.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Lic. Julio Hernández
Dirección Educativa



PADRINOS DE GRADUACIÓN

Por: PAOLA VIRGINIA ORTIZ

Stefani Alejandra Marroquín Pérez

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 2950

Por: LUIS ERICK RACHON

Luis Arturo López Alpop

Licenciado en Psicología

Colegiado No. 4160

ACTO QUE DEDICO

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Virginia

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Augusto

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis familiares

A mis hermanos y hermana, a mis tías, tíos, primas y primos y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

A Randy Rivera

Por su apoyo incondicional en todo este proceso tan importante en mi vida, nada de esto hubiese sido posible sin tu ayuda, te amo muchísimo.

A los Licenciados

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

A mis amigos

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Luis Erick Rachón, Alma luz Alvarado, Luis Arturo López, Melina Girón, por haberme ayudado a realizar este trabajo.

PAOLA VIRGINIA ORTIZ LOPEZ

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MIS PADRES

Por el apoyo incondicional, por el esfuerzo que hicieron para que yo pudiera sacar mi carrera adelante, por ser parte fundamental en mi vida y por nunca dejarme solo en este camino.

A MIS HERMANAS

Por estar siempre dispuestas a levantarme el ánimo, por siempre estar curiosos sobre mis pacientes y por ser conejillo de indias para mis tareas de Psicodiagnóstico.

A MI HERMANO

Por su apoyo incondicional, por estar siempre pendiente de lo que me faltara, y por el regalo más grande que me dio, mi sobrina.

A MIS AMIGOS

Luis Arturo López, Stefani Alejandra Marroquín, Lorena Pérez, Dayre Herrera, Paola Ortiz, Mercy Barrios, Melina Girón, Dina de la Cruz, a mi hermana agregada Alma Luz Marroquín, a todos con los que compartí en los centros de práctica, y a todas las personas que conocí en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

LUIS ERICK ARNOLODO RACHÓN ROMERO

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por enseñarnos que una sociedad provista de conocimiento es capaz de lograr todo lo que se proponga.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por acogernos dentro de sus aulas para brindarnos todo el conocimiento para ayudar a la sociedad guatemalteca.

A LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, ESCUELA TÉCNICA SCHEEL

Por habernos dado esa oportunidad de realizar nuestra investigación dentro de sus instalaciones y por habernos puesto en el camino a tanta gente que nos enseñó mucho.

A la Licda. Jacqueline Marisol Montealegre Xicará

Por brindarnos su apoyo, amistad y conocimiento en los momentos difíciles de esta investigación.

Asesora de tesis

A la Licda. Claudia Flores

Por haber sido una de las personas que marco nuestra carrera profesional, por brindarnos su apoyo y su amistad.

A la Licda. Ninfa Cruz

Por brindarnos su tiempo, su dedicación y su guía.

Revisora de tesis.

“Quien se hace consciente de su responsabilidad ante el ser humano que le espera con todo su afecto o ante una obra inconclusa, no podrá nunca tirar su vida por la borda. Conoce el porqué de su existencia y podrá soportar casi cualquier cómo.”

VIKTOR FRANKL

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
PRÓLOGO	
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	6
1.1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.1.2 Marco teórico.....	8
1.1.2.1 Adolescencia.....	8
1.1.2.2 Adolescencia y sus etapas.....	10
1.1.2.3 Factores que intervienen en la adolescencia.....	15
1.1.2.4 Depresión en la adolescencia.....	20
1.1.2.5 Depresión.....	21
1.1.2.6 Tipos de depresión.....	22
1.1.2.7 Diagnóstico poblacional.....	30
1.1.2.8 Diagnóstico institucional Asociación Nuestro Ahijados...	34
1.2.1 Hipótesis.....	41
1.2.2 Delimitación.....	41
CAPÍTULO II	
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	42
2.1 Técnicas.....	42
2.1.1 Técnica de muestreo.....	42
2.1.2 Técnica de recolección de datos.....	42
2.2 Instrumentos.....	42
2.2.1 Historia de vida.....	42
2.2.2 Entrevista abierta.....	43
2.2.3 Escala de Hamilton para Depresión.....	43
2.2.4 Taller a padres.....	44
2.3 Técnica de análisis estadístico.....	45

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	46
3.1 Características del lugar y de la población.....	46
3.1.1 Características del lugar.....	46
3.1.2 Características de la población.....	46
3.2 Análisis cualitativo.....	47

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
4.1 Conclusiones.....	50
4.2 Recomendaciones.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS	

RESUMEN

“Factores depresivos en adolescentes: Estudio realizado en Asociación Nuestro Ahijados, 2013”

**Autores: Paola Virginia Ortiz López
Luis Erick Arnoldo Rachòn Romero**

El principal propósito de la presente investigación consistió en descubrir los diferentes factores que propician que un adolescente caiga en depresión, e identificar el nivel de la depresión en ellos. Al mencionar estos factores depresivos es común encontrar un joven decaído, sin ganas de hacer las cosas, y con pensamientos negativos. La depresión como trastorno psicológico se puede confundir fácilmente en la adolescencia con los cambios propiamente de esta etapa del ser humano. La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. También se tomó en cuenta si la influencia herencia/ambiente puede ayudar a que la depresión aparezca en la vida de los adolescentes, o si es una crisis de la etapa en la que están viviendo.

Muchos padres de familia no saben que la adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares como por ejemplo el crecimiento físico, desarrollo psicológico y la búsqueda de la identidad en el mundo que rodea al adolescente.

El trabajo de investigación se realizó con 20 adolescentes de la Asociación Nuestros Ahijados entre las edades 14 a 18 años, que viven en Antigua Guatemala, aldeas, y municipios aledaños. Con estos adolescentes se trabajó alrededor de 30 días, con algunos adolescentes se trabajó hasta 2 veces por semana debido a su historia y motivo de consulta.

Para alcanzar los objetivos planteados al inicio de esta investigación se utilizaron diferentes técnicas, las cuales fueron: La historia de vida de los adolescentes, entrevista abierta a los familiares cercanos, observación indirecta, y la escala HDRS (Escala de depresión de Hamilton).

La presente investigación fue motivada según las siguientes interrogantes ¿Cuáles son los factores que influyen para que un adolescente de entre 14 a 18 años caiga en depresión? ¿Cuáles son los síntomas de depresión que presentan estos adolescentes? ¿Qué rol juega la familia en el adolescente depresivo?.

PRÓLOGO

De los datos recopilados en el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se observa que solo en el año 2006 se atendieron 25,805 pacientes en consulta externa, con un total de 11,069 con diagnóstico de depresión, siendo un 43% de las patologías tratadas. Según el departamento de estadística, la depresión ocupa una de las diez causas principales de enfermedad en la población tratada solo en 2006.¹

Debido a que día con día el número de casos de adolescentes que sufren depresión va en aumento en Guatemala, se reconoce la importancia de profundizar en el estudio de los factores que favorecen la propagación de este mal a esta edad y así poder realizar acciones preventivas que les permitan desarrollarse de una manera saludable.

La psicoterapia ofrece la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a su depresión y a afrontar eficazmente las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y situacionales. El apoyo y la participación de la familia y amigos pueden desempeñar un papel crucial para ayudar a alguien con depresión. Las personas como sistema de apoyo pueden ayudar a alentar al ser querido deprimido a seguir el tratamiento y a poner en práctica las técnicas de afrontamiento y tácticas para la resolución de problemas que aprenda mediante la psicoterapia.

Se sabe que la etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia. Esta etapa del desarrollo permite que el adolescente pueda padecer depresión, esta enfermedad es un estado emocional caracterizado por una tristeza y aprensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, retraimiento, pérdida del

¹ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe Anual de Servicios 2007. Serviprensa S. A. 2008 p. 79

sueño, apetito, deseo sexual, indefensión y desesperanza, todos en grado profundo. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Si se pretende ayudar a los adolescentes en el país, es necesario empezar a fomentar en los padres de estos jóvenes, la importancia de la comunicación y de la atención que deben tener de los cambios que sus hijos sufren a esta edad, para poder ser capaces de detectar signos que sugieran que están padeciendo dificultades para superar esta etapa del desarrollo, de tal manera que puedan tomar acciones a tiempo o solicitar la ayuda profesional conveniente cuando sienten que la situación escapa de sus manos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, según el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se observa que solo en el año 2006 se atendieron 25,805 pacientes en consulta externa, con un total de 11,069 con diagnóstico de depresión² que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es una condición psíquica. Existen muchas causas, incluyendo los genes, causas ambientales, psicológicas y factores bioquímicos. La depresión suele comenzar en la adolescencia, aproximadamente a los 15 años y es mucho más común en las mujeres. La adolescencia es una etapa de transición que conlleva a cambios significativos en el ser humano, tanto a nivel físico como emocional y psíquico; llena de desafíos, tales como el despertar de su sexualidad, la búsqueda de la identidad y pertenencia, por lo que los convierte en una población altamente vulnerable, a desarrollar depresión. Pero no solo los conflictos típicos de la adolescencia los predisponen a padecer de depresión, también existen otros factores que ayudan en gran medida a que los adolescentes caigan en algún problema psicológico como son los problemas económicos, violencia dentro y fuera de la familia y acoso escolar.

La adolescencia como proceso puede llegar a ser muy estresante y es vivido por los adolescentes de formas diferentes, mientras algunos superan ésta etapa de manera satisfactoria, desarrollando una buena autoestima, definiendo su identidad y viviendo una sexualidad saludable, y logrando establecer relaciones interpersonales saludables tanto con sus pares como con sus padres; para otros el cambio resulta casi imposible de superar, pues sus familiares no tienen los recursos educativos, emocionales y económicos para ayudar a los adolescentes

² Idem.

en esta etapa, por lo que la depresión es un padecimiento que cada día es más común a esta edad.

El estudio de la naturaleza multifactorial de la depresión en adolescentes permite al psicoterapeuta identificar el modelo psicológico más efectivo para dar tratamiento y resolución a este padecimiento, siendo el contexto sociocultural y el ámbito económico elementos determinantes que no deben olvidarse, porque aunque las características de esta etapa del desarrollo son las mismas, las costumbres, hábitos y condiciones donde vive el adolescente puede ser un elemento que influya en la superación positiva o conflictiva de la misma.

La presente investigación evidencia el enfoque terapéutico apropiado para el abordaje de la depresión en adolescentes. Para poder lograr esto fue necesario identificar el nivel de depresión en el adolescente que asiste a la Asociación Nuestros Ahijados y descubrir los factores que son generadores de depresión.

Para lograr los objetivos de esta investigación se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos entre los cuales se mencionan la observación libre, historia de vida de los adolescentes, escala de depresión de Hamilton y una entrevista abierta a uno de los familiares más cercanos. Gracias a la información adquirida por medio de estas técnicas de recolección de datos, se pudo determinar los principales factores depresivos en adolescentes, los cuales estarán desarrollados en el presente informe.

Esta investigación benefició a los adolescentes que acudieron por ayuda psicológica y que son parte de la Escuela Técnica Scheel, pues se determinó que tipo de terapia psicológica es la más apropiada para poder superar la depresión que padecen. A los padres, por medio de un taller, se les oriento con relación a los síntomas y signos de la depresión que pueden presentar sus hijos, para que no confundan con rebeldía o malas influencias y puedan realizar las acciones necesarias para poder ayudarlos.

La Asociación Nuestros Ahijados, también fue beneficiada de forma directa, al tener en sus aulas adolescentes más informados y tener identificados aquellos que necesitan de ayuda psicológica por depresión, habiendo recibido la sugerencia del enfoque psicológico que puede favorecer su tratamiento. Por lo que el ambiente escolar puede llegar a ser más saludable, teniendo adolescentes más felices con una buena capacidad de resiliencia.

La presente investigación se encuentra dividida en cuatro capítulos, el número uno incluye el marco teórico, planteamiento del problema, hipótesis y la delimitación, el capítulo dos contiene las técnicas e instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos planteados al inicio de esta investigación, el capítulo tres muestra el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación, y por último el capítulo cuatro detalla las conclusiones y recomendaciones que dan los investigadores después de haber obtenido los resultados.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 Planteamiento del problema

La presente investigación determina los factores depresivos en adolescentes de 14 a 18 años de edad, que asistían por servicio psicológico a la Asociación Nuestros Ahijados ubicada en la Aldea San Felipe de Jesús, en la Antigua Guatemala específicamente en la Escuela Técnica Scheel.

La depresión puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes. En ellos, el estado anímico depresivo es común debido al proceso normal de maduración y el estrés que se presenta con éste, de la misma forma la influencia de las hormonas sexuales puede tener mucha importancia en el comportamiento del adolescente, los conflictos de independencia con los padres determina, también, el comportamiento dentro del hogar. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o

pariente, la ruptura con la novia o novio y el fracaso en la escuela también pueden ayudar a que el adolescente caiga en depresión.

Existen diferentes fenómenos que pueden generar depresión, la baja autoestima es uno de ellos, y la ausencia del control respecto a los impulsos, es decir baja tolerancia a la frustración. Las mujeres adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los varones. Un antecedente de depresión en la familia también pone a los adolescentes en mayor riesgo.

Existen otros eventos o situaciones que pueden causar depresión como la agresión o acoso en la escuela bullying, el abuso o maltrato infantil, tanto físico, como psicológico y sexual, la falta de destrezas sociales o la forma de comportarse dentro de un grupo de pares las dificultades de aprendizaje que pueden ser un factor crítico para el adolescente, las enfermedades crónicas y la crianza, cuidados deficientes o la crianza ambivalente por parte de sus familiares más cercanos. También los acontecimientos estresantes de la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.

Por lo tanto la Terapia Cognitivo Conductual puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras terapias habladas, la TCC se centra en problemas y dificultades del aquí y ahora. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

Muchos adolescentes diagnosticados con depresión también pueden padecer otros problemas emocionales como el trastorno de ansiedad, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, bipolaridad, o trastornos alimenticios como bulimia o anorexia.

La depresión es definitivamente uno de los flagelos del mundo moderno. Algunos sostienen que se trata de una epidemia silenciosa pues más de la mitad

de la población experimentará en algún momento de su vida un episodio depresivo lo suficientemente grave como para requerir asistencia profesional.

De tal forma, con lo descrito anteriormente se logró obtener información y dar respuesta a las siguientes interrogantes. ¿Cuáles son los factores que influyen para que un adolescente de 14 a 18 años de edad caiga en depresión? ¿Cuáles son los signos y síntomas de la depresión que presentan estos adolescentes? ¿Qué rol juega la familia en el adolescente depresivo?

1.1.2 Marco teórico

Aproximadamente un 8% de los y las adolescentes sufren una depresión durante su adolescencia. Esta enfermedad afecta con mucha mayor frecuencia a las mujeres adolescentes que a los hombres, un 13% de las adolescentes la padecen frente a tan solo un 4,6% de los varones en esta edad. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.³

1.1.2.1 Adolescencia

La etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia. El término proviene de la palabra latina adolescencia.

La adolescencia es, en otras palabras, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno.

³ Organización mundial de la salud. *Depresión*. (2012). www.who.int. Octubre 2013 s.p.

Cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, que se inicia a una edad específica a raíz de las modificaciones hormonales. La adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo la estadística marca que uno de cada cinco individuos transita la adolescencia. Dentro de ese total, el 85% habita en naciones de escasos recursos o de ingresos medios. Por otra parte, cerca de 1,7 millones de adolescentes mueren cada año.

Cuando hablamos de la etapa de la adolescencia, estamos hablando de una serie fundamental de cambios tanto psicológicos como físicos. En este último aspecto hay que subrayar que los más obvios son el crecimiento en altura, el aumento de peso y de grasa corporal, la evolución de lo que es la dentición o el crecimiento de los músculos.

No obstante, es cierto, que aunque estos cambios se producen tanto en los chicos como en las chicas, cada género tiene además sus propias evoluciones físicas. Así, por ejemplo, los individuos masculinos ven como les va apareciendo el vello en áreas como los genitales, el bigote o las axilas y además son testigos del crecimiento de sus órganos sexuales.

Las adolescentes del género femenino, por su parte, además de experimentar el crecimiento del vello en su cuerpo, sufren lo que se conoce con el nombre de menarquía que es la primera menstruación. Un hecho significativo que marcará de manera indudable una nueva etapa en sus vidas.

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas.

*En este sentido, la psicología lleva a cabo una clasificación de los principales problemas que tienen lugar durante la adolescencia. Así, esta determina que existen problemas de tipo sexual, emocionales, escolares, conductuales, de alimentación, de drogas o incluso de abuso, todo esto se deben en gran medida al conjunto de cambios físicos y al desarrollo mental que experimentan los jóvenes. Unas situaciones a las que deben ir adaptándose pero que de primeras les cuesta ir asimilando por lo que se encuentran en una complicada tesitura consigo mismos.*⁴

Se podría decir entonces que, de acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia y la aceptación de sí mismo y de con su entorno.

1.1.2.2 Adolescencia y sus etapas

La adolescencia, es el proceso de maduración entre la niñez y la condición adulta, se comprende desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele abarcar las edades de 11 a 21 años. Es un periodo en el que los y las adolescentes empiezan a considerarse adultos e independientes.

Por ello se piensa que es una de las etapas más complicada en la vida de los humanos, no solo para los adolescentes, sino para los padres, donde en muchas ocasiones ven a sus hijos e hijas como una persona irreconocible o incluso añoran aquel niño inocente que siempre estaba a su lado.

Etapas de la adolescencia

Se sabe que el desarrollo del niño es integral, incluye diferentes etapas dentro de las cuales se pueden nombrar la pre-adolescencia, entre las edades de 8 a 11

⁴ Berger Stassen, Katheleen. *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. La adolescencia. Editorial Panamericana. Madrid 2007. p. 475

años, la adolescencia temprana que está en las edades de 11 a 15 años, adolescencia media que va de los 15 a los 18 años y la adolescencia tardía que va de los 18 años en adelante. Para fines del presente trabajo de investigación se abordará con adolescentes que están en la adolescencia media.

Pre-adolescencia, entre los 8 y 11 años

Es la etapa final de la niñez, donde los conflictos internos adolescentes empiezan a manifestarse. Se produce un crecimiento desigual de los huesos, órganos y músculos, dando lugar a una apariencia algo torpe. Tiene pensamientos lógicos y una tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Aumenta la capacidad para acumular grandes acontecimientos y aplicar nuevos conceptos, además de un mayor interés por aprender habilidades de la vida.

Por lo que respecta a su desarrollo moral, suelen ser egocéntricos en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento. Y en cuanto lo relacionado con el concepto de sí mismo, podemos decir que en gran medida está influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. La auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad.

Por último, es necesario comentar que tanto las relaciones con sus padres como con sus iguales se ven afectadas de la siguiente forma:

- *Relación con sus padres: Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos.*
- *Relación con sus compañeros: Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Las niñas tienden a tener menos amigas pero más íntimas que*

los niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.⁵

Adolescencia temprana entre los 11 y 15 años

Coincide con la pubertad

Que el cambio físico del cuerpo del niño al de adolescente. Las niñas tienen su primera menstruación y los niños comienzan a experimentar el cambio de voz y otros signos de la edad adulta. Se produce un desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar y su sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Se produce una época de mayor conflicto con padres.

Por lo que respecta a su desarrollo moral, continúan siendo egocéntricos, además de buscar la aprobación social de sus compañeros. Empiezan a entender los conceptos relacionados con el orden social, pero a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres. Y en cuanto lo relacionado con el concepto de sí mismos, depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad: tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer, la preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general. Además empiezan a necesitar más intimidad en el hogar, suelen sufrir cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué.

Las relaciones con sus padres como con sus iguales se ven afectadas de la siguiente forma:

- *Relación con sus padres: Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá*

⁵ de Azambuja, Loch Jussara. *La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente*. Adolescencia definiciones. EDIPUCRS. Brasil. 2002 p. 21

que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus amigos. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Aumenta el deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.

- *Relación con sus compañeros: Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Tienen mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Comienza a despertarse el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.⁶*

Adolescencia Media de 15 a 18 años

El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo, y su nueva identidad. Ya no se ve a sí mismo como un niño. Paralelamente, comienzan los contactos con el sexo opuesto y las pandillas mixtas. La principal preocupación es el sexo y conseguir gustar y seducir a los miembros del sexo contrario. Son frecuentes las dudas sobre orientación sexual y la experimentación con estímulos fuertes como el alcohol, las drogas y el tabaco.

Tienen una mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro, debido a que pueden entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

Por lo que respecta a su desarrollo moral, suelen ser menos egocentristas y presentan mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria. Y en cuanto lo relacionado con el concepto de sí mismos, es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos,

⁶ Cuyún, Claudia. *Etapas de la adolescencia*. Iniciativa. T. Atrévete a Soñar. www.iniciativat.com. mayo de 2013, s.p.

aficiones... Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión, por eso podemos decir que tienen cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones como son las depresiones, y trastornos como la anorexia.

Por último, hace falta comentar que tanto las relaciones con sus padres como con sus iguales se ven afectadas de la siguiente forma:

- *Relación con sus padres: Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya ven a sus padres como individuos y comprenden que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia...), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.*
- *Relación con sus compañeros: Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.*

Adolescencia tardía de 18 años en adelante

Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja. Teniendo en cuenta, que para algunos autores, la adolescencia termina cuando un joven es independiente tanto en sus emociones como en su estabilidad económica y ya no requieren la ayuda de sus padres, esta etapa puede alargarse muchísimo.⁷

⁷ Berger Stassen. Katheleen. op. cit. p. 510

1.1.2.3 Factores que intervienen en la adolescencia

Así como hay etapas dentro de la adolescencia, también existen diferentes factores que intervienen dentro de ella, como los factores biológicos, herencia, entre otros.

Se dijo ya que la adolescencia es la etapa de la vida cuando ocurre una decisiva transición de una niñez dependiente a una autosuficiencia psicológica, social y económica, en la cual estos factores intervienen tanto en el desarrollo y la aceptación como la culminación de esta etapa y que con un buen manejo de estos factores permitirá que se culmine de una manera más satisfactoria.

Factor Biológico

El desarrollo de las características sexuales empieza con el cerebro (en particular el hipotálamo), que controla a la glándula pituitaria, la cual se encarga del crecimiento de los ovarios y los testículos en los cuales se producen la cantidad de estrógenos y andrógenos en el cuerpo. El estudio de las hormonas nos muestra que algunos son detectados más fácilmente en la sangre y otras en la orina, y que muchas hormonas indican ciclos en sus niveles; esto es, son más altas en ciertos momentos del día o en especial en las mujeres en ciertos momentos del mes.

La forma como las hormonas influyen en los patrones de crecimiento en la pubertad es por medio de la glándula pituitaria que empieza a secretar hormonas gonadotrópicas (dos en los hombres, tres en las mujeres) que son hormonas que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales. Al mismo tiempo, la pituitaria secreta tres hormonas relacionadas con el crecimiento pero no con el desarrollo sexual: una regula a la glándula adrenal una que regula a la glándula tiroides y una que regula el crecimiento general especialmente de los huesos. Lo que significa que hay por lo menos cinco hormonas (seis en la mujer), que influyen en el crecimiento y el desarrollo durante la pubertad. Juntas regulan la forma y función del sistema endocrino, el metabolismo basal, el crecimiento del esqueleto y las características sexuales tanto primarias como secundarias.

El sistema bioquímico es complejo, las hormonas gonadotrópicas estimulan a los ovarios y testículos a producir hormonas propias. Estas dos hormonas son las más importantes para el desarrollo de las características sexuales secundarias y para el desarrollo genital de los adolescentes. Aunque se piensa en el estrógeno como la hormona femenina y en el andrógeno como la hormona masculina, lo importante es que ambos sexos tienen parte de ambas. Una chica desarrolla un cuerpo femenino debido a que tiene más estrógenos en relación con el andrógeno, y un chico desarrolla características masculinas debido a que esta relación es inversa.⁸

Herencia

Estudios clínicos recientes han producido evidencia sustancial de que el riesgo de sufrir una depresión mayor corre en familias y se transmite por medio de mecanismos genéticos. En un estudio llevado a cabo en 1998 en la escuela de medicina de Washington University en Missouri, se encontró que en las personas que padecen depresión un área de la región prefrontal del cerebro de estas personas es más pequeña que en las personas que no padecen de depresión o en aquéllas cuya depresión no es notable en la familia.

En la actualidad una buena cantidad de esfuerzos van dirigidos a identificar los lugares precisos en los cromosomas humanos que están relacionados con esta mayor vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, la tarea no es sencilla debido a varios factores. En primer lugar, la depresión es tan común que es posible no haya una, sino varias mutaciones genéticas implicadas en la misma. Es muy posible que cada una de estas alteraciones genéticas haga una pequeña contribución al desarrollo de la depresión que de por sí sola sea difícil detectar. En segundo lugar, en las enfermedades degenerativas como la esclerosis múltiple o la enfermedad de Alzheimer, la tarea es mucho más fácil ya que se pueden observar unos extensos cambios estructurales en el cerebro. En personas con depresión no se

⁸ Guillen C. Jesús. (2012). *Adolescencia y educación. El cerebro adolescente*. Escuela con cerebro. www.escuelaconcerebro.wordpress.com. Junio de 2013. s. p.

producen cambios en el cerebro tan extensos y los que se producen son de naturaleza temporal, es decir desaparecen con el tratamiento de la depresión.

En un estudio publicado por varios investigadores japoneses a finales de 2002 se concluye que lo que se hereda no es tanto la depresión sino ciertos tipos de temperamento que predisponen o hacen a una persona más vulnerable a la depresión. Sin embargo, estos factores temperamentales actúan conjuntamente con factores de tipo ambiental. En otras palabras, para que esa vulnerabilidad a la depresión se manifieste y se produzca un estado depresivo, se necesitan ciertos factores en el ambiente externo o en el entorno social que le sirvan de disparador. Estos factores a su vez promueven la manifestación de síntomas relacionados con la depresión y otros trastornos anímicos cuando se presentan situaciones ambientales retantes. Entre estas situaciones figuran prominentemente el estrés, pérdidas y tragedias personales así como problemas familiares y en el empleo, situaciones que pudieran parecer positivas, como por ejemplo, un nuevo empleo con mayores responsabilidades pues también representan un reto y pueden hacer que en algunas personas se desarrollen síntomas de depresión.⁹

Factores ambientales

En esta parte, se considerará aquellos factores ambientales que se han relacionado con la aparición de la depresión infantil y adolescente.

En las relaciones entre padres e hijos parece que el afecto depresivo tiene su fundamento en una etapa muy temprana del desarrollo denominada etapa de fijación sensorial. Para un niño el factor ambiental más importante es la familia nuclear, que se comporta como una placenta social y condiciona y mediatiza la mayor parte de los aprendizajes que un ser en desarrollo lleva a cabo. Es evidente que la familia no es una galaxia, sino que viene y actúa inmersa en una sociedad, en una cultura y en una época.

⁹ Jervis Geovanni. Do enfoques complementarios. *Las causas de la depresión*. Traducido por José Luis Gonzáles García. Editorial Fundamentos. España. 2002 p. 29

La afectividad es uno de los nutrientes psicológicos importantes para el niño o adolescente. Ellos, aprenden y se socializan porque se hayan vinculados a sus progenitores. El cariño que un niño o un adolescente siente por su cuidador primario (apego) es el motor para el esfuerzo de aprender todos los elementos que componen el complejo mundo en el que se tiene que integrar. La carencia de afectividad, donde el niño no se sienta querido, apoyado, y admirado, es decir, protegido puede desarrollar diversos tipos de problemas y uno de ellos puede ser la depresión.

El clima familiar se genera en el tipo de estructura que la familia crea en función de la comunicación y el control. El mal clima familiar es otro de los elementos ambientales clave en el desarrollo de una depresión y se produce más en las familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo entre sus miembros.¹⁰

La descripción anterior hace énfasis en las relaciones familiares, sin embargo el ámbito de formación del sujeto desde este punto de vista es integral. Los diferentes ámbitos que ayudan a la integración del ser humano como tal son amplios, la escuela, por ejemplo, juega un papel importante dentro del cual el niño socializa de tal forma que esa relación con sus otros iguales le ayuda a identificarse y a darse cuenta de las capacidades que posee. La maestra, dentro de este entorno, también es fundamental ya que ella es un modelo a seguir.

En la descripción siguiente encontraran las bases con un enfoque psicosocial que fundamenta las conductas del adolescente.

Factores Psicosociales

La principal tarea de la adolescencia, según Erikson (1968), consiste en enfrentar la crisis de la identidad versus la confusión de la identidad (o identidad versus confusión del papel), para convertirse en un adulto único con un sentido de coherencia del yo y una función valorada en la sociedad. La crisis de la identidad

¹⁰ Jervis Geovanni y José Luis González García. op. cit. p. 34

pocas veces se resuelve completamente en la adolescencia; los aspectos concernientes a la identidad reaparecen una y otra vez durante la vida adulta. Según Erikson, los adolescentes no se forman una identidad modelándose en función de otras personas, como los niños de corta edad, sino modificando y sintetizando identidades anteriores en una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes. Para formarse una nueva identidad, los adolescentes deben establecer y organizar sus capacidades, necesidades, intereses y deseos a fin de poder expresarse en un contexto social.

*La identidad se forma cuando los jóvenes resuelven tres aspectos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de los valores en que creerán, y a los que ceñirán su vida, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.*¹¹

Durante el transcurso del crecimiento, todo joven se enfrenta a determinados problemas psicológicos, la mayoría experimenta sentimientos de angustia, frustración o conflictos con sí mismo y con los demás, también alegría y amor. Estos problemas tienden a surgir con más frecuencia durante los periodos de rápidos cambios en el desarrollo y transición social como la adolescencia.

Un adolescente puede sufrir altibajos emocionales, periodos de desaliento y preocupaciones sobre la aceptación por parte de sus compañeros. Puede experimentar ansiedad de un examen importante, arrebatos ocasionales de enojo o rebelión participando con otros jóvenes en actos delictivos menores, tristeza por la pérdida del novio (a), preocupaciones en lo relativo al sexo o dudas sobre su verdadera identidad. Algunos problemas psicológicos son comprensibles ya que un adolescente que es rechazado por sus compañeros puede volverse ansioso y refugiarse en el aislamiento. Un muchacho sometido a una disciplina dura o incongruente, así como el rechazo o ridículo por parte de los padres, mientras crece puede convertirse en un adolescente irritable o destructivo.

¹¹ Papalia E. Diane. et. al. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Desarrollo psicosocial en la adolescencia. Novena Edición. Editorial McGraw-Hill México D.F. 2009. p. 485

A los doce años de edad, la habilidad para pensar acerca de sí mismo y de las relaciones sociales es muy grande. Durante los años intermedios y finales de la niñez el niño es capaz de inferir los sentimientos, los pensamientos y las intenciones de otras personas con cierta exactitud. Después junto con su continuo crecimiento cognoscitivo, el adolescente logra una mayor conciencia de sus pensamientos y del de los demás. Aunque las habilidades cognoscitivas se expanden durante la adolescencia en algún grado, el egocentrismo los obstaculiza, es decir por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. Para algunos adolescentes, la transición de la dependencia en la niñez a la auto-regulación independiente está llena de conflictos y tensiones interpersonales, aunque otros cumplen sus tareas con poca tensión.

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

1.1.2.4 Depresión en la adolescencia

Durante siglos ninguna otra etapa de la vida ha sido más exaltada y censurada que la adolescencia, por los poetas, filósofos y políticos. Es fácil reconocer algunas opiniones de diferentes personas ya que en esos comentarios exasperados dichos por Aristóteles hace 23 siglos: los jóvenes, decía son apasionados he irascibles y tienden a dejarse llevar por sus impulsos, en especial los sexuales... y en este sentido no conocen la continencia. También son volubles y sus deseos inconstantes, además de transitorios y vehementes todos los llevan al extremo, aun tratándose del amor, el odio o cualquier otra cosa se sienten sabelotodo.

Una persona deprimida resultan muy poco específicas las circunstancias que producen la depresión, pueden variar desde los estados temporales no

perjudiciales, aunque agudos de tristeza, como respuesta a una pérdida genuina, hasta las condiciones psicóticas perturbadas, que comprenden las alteraciones mentales y emocionales.

En La mayoría de los adolescentes tales sentimientos son pasajeros, son parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse entre los jóvenes.

La depresión, en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pueden ser todos indicios de una fuerte depresión.

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso. Lo que desencadena este tipo de depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.¹²

1.1.2.5 Depresión

La depresión es un estado emocional caracterizado por una tristeza y aprensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, retraimiento, pérdida del sueño, apetito, deseo sexual, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida

¹² De la Osa, José A. *Depresión en adolescentes*. Diario Granma www.granma.cubaweb.cu. julio 2013. s. p.

de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia), y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas. La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc.

1.1.2.6 Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave

También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno bipolar

También llamado enfermedad maniacodepresiva, no es tan común como la depresión grave o la Distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

El trastorno Distímico

También llamado distímia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distímia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

Depresión psicótica

Que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto

La cual se diagnostica después que una mujer ha dado a luz, esta sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional

*Se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano.*¹³

¹³ Departamento de salud y servicios humanos de los EE UU. Instituto Nacional de la Salud Mental publicación de NIH. Depresión. EE. UU. 2009 p. 31

El DSM IV TR reconoce como trastornos depresivos al trastorno depresivo mayor, trastorno Distímico y al trastorno depresivo no especificado que se describen en los siguientes párrafos.

Episodio depresivo mayor

Características del episodio

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas e inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastorno distímico

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador. A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor,

crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor). Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímico (p. ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno Distímico

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

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

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

(1) pérdida o aumento de apetito

(2) insomnio o hipersomnia

(3) falta de energía o fatiga

(4) baja autoestima

(5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

(6) sentimientos de desesperanza

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

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

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

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

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

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico): Con síntomas atípicos

Trastorno depresivo no especificado

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

trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

*6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.*¹⁴

¹⁴ López J. Juan-Ibor et. al. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM IV.*, Trastornos del estado de ánimo. Barcelona. 2005. p. 412

1.1.2.7 Diagnóstico Poblacional

Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala

La aldea de San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópoli del reino de Guatemala, Santiago de Guatemala, hoy La Antigua Guatemala; en el valle que está al pie de las colinas de El Rejón, a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por una carretera asfaltada.

En su plazuela se encuentra una hermosa fuente colonial (siglo XVII) y al norte de la misma, el edificio de arquitectura tradicional de la Auxiliatura Municipal, en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal; al oriente y al poniente se estableció un mercado de artesanías, comedores y otros establecimientos comerciales. Su comercio se basa principalmente en el turismo nacional y extranjero y existen algunas fincas con producción de Café, muchos de sus habitantes trabajan en la Ciudad de Antigua o en la Capital de Guatemala.

En su jurisdicción se construyó el moderno Hospital Nacional Pedro de Bethancourt que fue inaugurado en 1991, y que comenzó a funcionar un año más tarde; esta institución de servicio social sustituyó al anterior de La Antigua Guatemala destruido con el terremoto del 4 de febrero de 1976; construido al sur oriente de la aldea en el terreno de aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

En 1670, los primeros vecinos que se establecieron en este valle, provenían de la aldea San Juan Perdido, al pie del Volcán de Acatenango, tras haber sufrido algunas epidemias y una plaga de murciélagos en aquel lugar. Llevaron estos primeros pobladores una escultura de Jesús Sepultado, que primero colocaron en un rancho y después en una modesta iglesia construida en 1760, que fue destruida más tarde por un incendio.

Justa Noriega, hizo propaganda a favor de Jesús Sepultado y en 1821 quedó establecida una fiesta llamada El Primer viernes, y a iniciativa del presbítero don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1923, el artesanado de la iglesia se encontraba muy deteriorado y sus muros muy dañados por los terremotos de 1917-1918, motivo por el cual, a iniciativa del padre español don Pedro Guitart, se procedió a demoler el templo, quedando en pie solo el presbiterio; se inició la construcción de uno nuevo modificando su estilo barroco por gótico, encargándose la construcción al maestro don Federico Muñoz, quien en 1930 la entregó debidamente terminada.

El 1 de diciembre de 1984 constituyó el día de fiesta para vecinos y devotos de la consagrada imagen del Santo Cristo Yacente de San Felipe de Jesús con motivo de la solemne consagración del Santuario y el Altar Mayor, impresionante ceremonia que estuvo presidida por el Nuncio de su Santidad Juan Pablo II, el monseñor Oriano Quilici, con asistencia de Monseñor Próspero Penados el Barrio, Arzobispo de Guatemala; Monseñor Angélico Melotto, obispo de la diócesis de Sololá; el Presbítero Alfredo Sobalvarro, rector del santuario, y religiosos mercedarios; como invitados de honor. El general Oscar Humberto Mejía Victores, jefe de Estado, y su distinguida esposa; miembros de su gabinete, distinguidos diplomáticos de Alemania acreditados en nuestro país, hermandades religiosas, así como miles de fieles.

Entre las esculturas que veneran en dicho santuario de la fe merecen citarse: la del apóstol San Felipe de Jesús, escultura barroca de estofe policromado del siglo XVII del autor anónimo; la del milagroso Santo Cristo Yacente que el 30 de agosto de 1670, que los vecinos de San Juan Perdido llevaron consigo al trasladarse al valle del Rejón.

Quién por primera vez visita esta pintoresca aldea y es un poco observador, se preguntará porque el lugar lleva el nombre de un santo misionero de la orden

franciscana, San Felipe de Jesús, que nació en México el 1 de mayo de 1572, hijo de padres españoles que se habían establecido en México, pocos meses antes, y cuando contaba Felipe con 21 años, encontrándose en Filipinas, a donde se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden franciscana y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón, dando así testimonio de su fe.

La respuesta, consideramos obedece a que el nombre de la aldea, a juicio del Muy Noble Ayuntamiento, fue rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el Nuevo Mundo, mientras que la iglesia católica acordó dar el nombre del apóstol al templo del lugar; de manera que esta aldea es uno de los pocos lugares del país que ostenta dos nombres como un hecho curioso.

Al visitar por primera vez esta aldea antiguëña, estamos seguros que retornará a su hogar con la esperanza de volver por el encanto natural que la circunda y la hospitalidad de sus vecinos¹⁵.

Fiesta patronal

Otra de las festividades religiosas que se celebran en el santuario, es la del patrono del templo, San Felipe Apóstol, el 4 de mayo, con actos religiosos, culturales, deportivos, sociales y populares. También la del Jueves de la Ascensión del Señor, la del Hábeas Christi y la Navidad, entre otras.

Etnia predominante

Ladina

Idioma predominante

Castellano

¹⁵ Valle Alex. (2011). *Antigua Guatemala. San Felipe de Jesús*. Todo en Antigua.com. www.todoenantigua.com. febrero de 2013. s.p.

Otras etnias

Indígenas migrantes, que hablan el idioma Kaqchikel.

Actividad económica principal

Su economía está basada en las artesanías que destacan por su diseño y colorido, se puede encontrar: muebles tallados en maderas finas, objetos zoomorfos de barro cocido de muy buena calidad, bolsas de tela típica, Huipiles, entre otros, también se da mucho la gastronomía.

Agricultura

Entre sus principales productos agrícolas están: café, maíz, frijol, verduras, flores y frutas.

Vivienda

Las casas están construidas de los siguientes materiales: Paredes de block, adobe, lamina y madera, techos de teja, terraza y lámina.

Servicios de saneamiento

Cuenta con todos los servicios necesarios: agua potable, drenaje/sanitarios y alumbrado eléctrico.

Servicio público

Vías de comunicación, transporte público de pasajeros, teléfonos, etc.

Asistencia médica básica

Hospital Nacional, clínica y farmacia municipal.

Servicio Educativo

Cuenta con una Escuela Nacional Rural Mixta que atiende: Nivel pre-primario, nivel primario, nivel secundario, academias.

1.1.2.8 Diagnóstico Institucional Asociación Nuestros Ahijados

Infraestructura

La Asociación Nuestros Ahijados, El Centro Soñador, está ubicado en carretera a San Felipe de Jesús No. 106, Aldea de San Felipe de Jesús, municipio de La Antigua Guatemala, Sacatepéquez, cuenta con clínica médica, dental, farmacéutica y orientación psicológica, oficinas de proyección a la comunidad, áreas verdes, servicios sanitarios, biblioteca y un edificio escolar, cancha de básquetbol, papifútbol y una capilla en construcción de piedra y madera, las instalaciones están construidas a base de block, cemento, arena y piedra, cuenta con los servicios básicos de agua potable, luz eléctrica, plantas telefónicas, e internet tanto por cable como por red inalámbrica (WiFi), drenaje, cocina y una cascada de varios metros que recorre desde la entrada del proyecto hasta unos de los jardines. Su aspecto arquitectónico es colonial.

La Asociación Nuestros Ahijados cuenta con una escuela técnica llamada *Centro Scheel*, ubicada en la colonia las victorias, un sector en donde viven familias de escasos recursos, es una escuela donde se imparten clases desde primero primaria hasta tercero básico, en varias etapas, *primera etapa, primero primaria, segunda etapa, segundo y tercero primaria, cuarta etapa, cuarto y quinto primaria. Esto se da porque la primaria es acelerada.*

Es una escuela dirigida a la población infantil que no ha podido sacar sus estudios en los años propicios, este centro cuenta con clínicas odontológicas, psicológicas y de servicio social, también cuenta con un comedor y cocina en donde se les prepara a los estudiantes desayuno y almuerzo de lunes a viernes,

los salones son adecuados para cada clase que se imparte, cuenta con un taller en donde los alumnos, varones, pueden recibir clase de artes industriales.

Objetivos Asociación Nuestros Ahijados

- Cooperar al desarrollo social a través de su programa de salud, educación y desarrollo comunitario y personal de las personas que acuden al proyecto.
- Dejar por un lado la historia de pobreza de las familias para que su desarrollo físico y mental.
- Llenar las necesidades de salud primaria y secundaria.

Funciones

La Asociación Nuestros Ahijados, como entidad de desarrollo social o comunitario cumple las siguientes funciones:

- Dar atención médico-integral a todas las familias necesitadas de las comunidades y un apoyo a otras instituciones médicas que desean implementar programas de cobertura, promoción y prevención de la salud, está dirigido a todas las comunidades afiliadas y no afiliadas.
- Permite a más de 2,500 niños y niñas huérfanos y abandonados y pobres, estudiar, vivir en hogares sustitutos si lo necesita, recibir comidas, cuidados médicos, psicológicas, ropa y sobre todo, desarrollo personal, amor integral.
- Coordinar y dar albergue a grupos regionales de auto ayuda como ALANNON, ALA TEEN, y codependientes anónimos en el edificio comunitario Walsh.
- Dirige y coordina actividades de apoyo, asesoría y desarrollo para mujeres de bajos recursos, que sufren de violencia doméstica y falta de campo profesional, facilitándoles oportunidades educativas y de crecimiento profesional, personal, social y espiritual, este proyecto se le denomina *Club de Madres*.

- Ofrece apoyo y asesoría legal a mujeres y niños víctima de abusos y abandono.
- Dirige programas de apoyo humanitario a los prisioneros de la región, les provee oportunidades educativas, alimentación y una infraestructura física básica.

Organización

La Asociación Nuestros Ahijados está organizada de la siguiente manera:

- *Dirección: Está a cargo del Licenciado Patrick Atkinson Barth Fundador y quien funge como Director Ejecutivo.*
- *Salud:*
 - ◆ *Asistencia médica, dental, farmacéutica, Orientación Psicológica, y Servicio Social.*
 - ◆ *Coordina jornadas de visitas médicas de doctores, dentistas y enfermeras quienes viajan de diferentes pueblos de Guatemala y de diferentes países a proveer las atenciones médicas necesarias.*
 - ◆ *Coordina la distribución de donaciones de equipo y medicamentos donados, con otros programas de proyección social, por medio de una cooperativa.*
- *Educación:*
 - ◆ *Provee refuerzo académico a varios cientos de estudiantes en Sacatepéquez.*
 - ◆ *Consigue el patrocinio de la educación de 78 jóvenes, con problemas físicos, intelectuales y académicos en la Escuela Espiritual Hermano Pedro, en La Antigua Guatemala y se encuentra en la Escuela J Adrián Coronado P. Jornada Vespertina.*

- ◆ *Patrocina la educación y entrega de comidas, cuidados médicos y ropa a 1,200 niños y niñas indígenas más pobres del país, en Chimaltenango e Izabal.*
- ◆ *Consigue patrocinio de la educación de 150 niños y niñas pobres y desamparados de la Región de Chiquimulilla, en la Escuela Benéfica para la Educación Total, Lic. Patricio Atkinson.*
- ◆ *Consigue el patrocinio de la educación de 70 jóvenes refugiados retornados en la costa sur a través del Proyecto de los Derechos Mayas COAIDES*
- ◆ *Provee educación para adultos y jóvenes trabajadores a través del programa Nacional de Alfabetización de CONALFA.*
- *Desarrollo Comunitario:*
 - ◆ *Dirige el programa internacional de Experiencia en Equipos de Servicio, en cual grupos alrededor del mundo viajan a Guatemala a construir clínicas, escuela y casas.*
 - ◆ *Provee a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con fines sociales de salud o educativos salones, campos y áreas de trabajo para que realicen sus encuentros de trabajo y proyección social.*
 - ◆ *Coordina y da albergue a grupos regionales de auto ayuda como AALANON, ALA TEEN y Codependientes Anónimos en el edificio comunitario Walsh.*
 - ◆ *Dirige y coordina actividades de apoyo, asesoría y desarrollo para mujeres de bajos recursos que sufren de violencia doméstica y falta de campo profesional, facilitándoles oportunidades educativas y de crecimiento profesional, personal, social y espiritual.*
 - ◆ *Ofrece apoyo y asesoría legal a mujeres y niños víctimas de abusos y abandono.*
- *Oficina de Proyección Comunitaria: Personas voluntarias están disponibles para dar información de la Asociación Nuestros Ahijados, pláticas sobre*

temas de desarrollo familiar, dinámicas de la pobreza, alcoholismo, drogadicción y asuntos de salud.

- *Servicios Médicos: A través de sus clínicas Atkinson, ofrece asistencia médica, dental, Psicológica y farmacéutica.*
- *Departamento de psicología: Orientación psicológica y de crecimiento personal, así como talleres a padres y madres de la región, los profesionales del área son los encargados de dar los talleres al Club de Madres y los diferentes talleres a los alumnos de la institución.*
- *Educación: Proyección comunitaria por medio de sus diferentes programas entre ellos; Escuela Especial Hermano Pedro, en La Antigua Guatemala. Educación para adultos y jóvenes trabajadores a través de CONALFA. Colegio Soñador La Salle para niños y niñas de edad escolar. Escuela Técnica Scheel que da educación primaria y básica a niños y niñas de escasos recursos de la colonia las Victorias.*
- *Aspectos Ambientales: Cuenta con personal específico para el mantenimiento de las áreas verdes actualmente está en la restauración del Parque Central de La Antigua Guatemala que es usado como laboratorio en vivo.*
- *Transporte: Cuenta con varios vehículos para sus diferentes actividades.*
- *Oficinas: Cada área cuenta con una oficina adecuada y con los implementos necesarios para atender a la población y personas voluntarias dan la información de la Asociación.*
- *Bodega: Cuenta con una bodega en donde se almacena la comida, implementos de oficina, de las clínicas y de mantenimiento.*

Quienes asisten a las escuelas

La escuela, recibe niños de los diferentes municipios de Jocotenango, Ciudad Vieja, Pastores, Antigua; así como de otros departamentos que por razones, de que sus padres tienen negocios en el mercado, tienen que emigrar de Quiché,

Sololá. Así también de aldeas circunvecinas: San Pedro Las Huertas, San Bartolo, Santa Catalina Bobadilla, San Juan del Obispo, San Felipe de Jesús.

Infraestructura

La escuela del Centro Soñador tiene una estructura de piedra, block, madera, hierro, lámina duralita y al frente toda de teja. Cuenta con 16 aulas puras y 2 adaptadas, cuenta con una Dirección y un cuarto de bodega, un jardín y 2 canchas de básquet bol, 3 corredores, 2 módulos de servicios sanitarios y una tienda escolar.

La Escuela Técnica Scheel cuenta con una dirección, laboratorio de computación, comedor, cocina, área de clínicas, áreas verdes, 10 salones para los diferentes grados y una garita de seguridad.

Grados que imparte

- *Dentro del Centro Soñador se encuentran los siguientes grados:*
 - ◆ *Preprimaria Párvulos*
 - ◆ *Mixta Preparatoria.*
 - ◆ *PRIMARIA: Grados que atiende*
 - ◆ *1º A 1º. B 1º. 1º C*
 - ◆ *2º A 2º B*
 - ◆ *3º A 3º B*
 - ◆ *4º A 4º B*
 - ◆ *5º A 5º B*
 - ◆ *6º A 6º B*

- *Dentro de la Escuela Técnica Scheel se encuentran los siguientes grados:*
 - ◆ *I Etapa; Primero Primaria*
 - ◆ *II Etapa; Segundo y Tercero Primaria*
 - ◆ *III Etapa; Cuarto y Quinto Primaria*
 - ◆ *IV Etapa; Sexto Primaria*
 - ◆ *Primero Básico*

- ◆ *Segundo Básico*
- ◆ *Tercero Básico*

Organización

La Escuela del Centro Soñador y la Escuela Técnica Scheel están organizadas de la siguiente forma:

Un Director, un equipo de maestros y maestras, quienes atiende un grado específico. Así también funcionan comisiones: Finanzas, Refacción, Mantenimiento, Cultura, Deportes, Salud y Prevención de Accidentes, Disciplina y Evaluación; quienes son nombrados dependiendo de los intereses y vocación personal por el Director. Actividades específicas como el aniversario, se integran a comisiones, profesores de Educación física y Profesor de Música. También para eventos como las Olimpiadas Municipales, se integran a los Maestros de práctica y padres de familia.

Servicios

Los servicios que da a la comunidad son:

- ◆ *Educación a nivel Pre primario*
- ◆ *Educación a nivel primario.*
- ◆ *La educación tiene como principio llenar los programas del Ministerio de Educación de acuerdo al grado que se imparte.*
- ◆ *Ayudar a la población infantil que asiste a los diferentes centros para que puedan salir adelante en su vida.¹⁶*

La Asociación Nuestros Ahijados es una institución que se mantiene gracias al donativo de personas en el extranjero, principalmente de los Estados Unidos de Norteamérica, estas personas donan al mes cierta cantidad de dinero que va directamente a las arcas de la asociación en bancos del sistema nacional, también

¹⁶ López Solís, Carlos Humberto. *Atención psicoeducativa para favorecer patrones de crianza democráticos en niños y niñas de edad escolar del área rural*. Descripción de la institución. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala octubre de 2008. p. 30

cuenta con un programa de voluntariado en donde se reciben a jóvenes nacionales y extranjeros para que visiten y trabajen diferentes actividades con la población que atiende la asociación.

1.2.1 HIPÓTESIS

En las investigaciones cualitativas a diferencia de las cuantitativas no es posible plantear una hipótesis antes de iniciar la recolección de información, sino más bien surgen durante el proceso.

El investigador va generando hipótesis de trabajo que se afinan paulatinamente conforme se recaban más datos y las hipótesis son uno de los resultados del estudio. Las hipótesis se modifican sobre la base del razonamiento del investigador y no se prueban estadísticamente. Sin embargo se dio respuesta a las preguntas generadoras de la investigación las cuales fueron: ¿Cuáles son los factores que influyen para que un adolescente de entre 14 a 18 años caiga en depresión? ¿Cuáles son los síntomas de depresión que presentan estos adolescentes? ¿Quién demuestra más los síntomas depresivos, los que van entrando a la adolescencia o los que van saliendo de ella?

1.2.2 DELIMITACIÓN

Esta investigación se realizó con 20 adolescentes de la Asociación Nuestros Ahijados entre las edades 14 a 18 años, que viven en Antigua Guatemala, aldeas, y municipios aledaños.

Con estos adolescentes se trabajó una sesión por semana, con algunos adolescentes se trabajó hasta 2 veces por semana debido a su historia y motivo de consulta.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos de la presente investigación se tuvo a bien utilizar varias técnicas e instrumentos que se explicaran brevemente, estas técnicas y herramientas arrojaron datos que se muestran en las páginas siguientes.

2.1 Técnicas

2.1.1 Técnica de muestreo

Se utilizó en la investigación un muestreo intencional o de conveniencia, este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Se tomaron 20 adolescentes con edades de 14 a 18 años, con depresión y que acuden a la Asociación Nuestros Ahijados en Antigua Guatemala.

2.1.2 Técnicas de recolección de datos

Se procedió a realizar una observación indirecta con el objetivo de identificar las conductas no manifiestas en los adolescentes, esta técnica fue primordial en el proceso de investigación.

A uno de los familiares más cercanos del adolescente se le aplicó una entrevista abierta, ésto con el fin de recabar información del comportamiento de este dentro del núcleo familiar, fue realizada en la clínica psicológica de la Asociación Nuestros Ahijados, duro el tiempo que cada persona considero para responder el instrumento.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Historia de vida

El objetivo de este instrumento fue recabar información más precisa de los ambientes en los que los adolescentes han crecido y se han desarrollado. La historia de vida está compuesta de 8 elementos que hacen referencia a los datos

generales, en el motivo de consulta que será descrito por el investigador. Se pudo identificar la gravedad de la situación por medio de una escala de 1 a 10, dentro de esta historia de vida también se conoció al ámbito personal, el ámbito escolar, ámbito laboral y el ámbito social. La historia de vida se pasó individualmente y se les proporcionó a los adolescentes material extra para la elaboración de este instrumento.

2.2.2Entrevista Abierta

Con este instrumento se intentó conocer el comportamiento dentro del ambiente familiar y se obtuvo de esta manera el contexto completo social del adolescente. Esta entrevista se realizó individualmente para mantener el anonimato del adolescente. La entrevista abierta se encontró dividida en 10 preguntas, la pregunta número uno identificó la conducta manifiesta del adolescente dentro del núcleo familiar, la segunda muestra la duración de este comportamiento en el adolescente, así mismo la pregunta número tres identifica los posibles detonantes de este comportamiento, se pudo observar en la pregunta número cuatro que el familiar entrevistado especificó la problemática que desencadenó esta conducta, la pregunta número cinco da un estimado del tiempo que el adolescente lleva con este tipo de conducta, se quería identificar qué tanta actividad física tenía el adolescente en su tiempo libre, esto con la pregunta número seis, con la pregunta número 7 se investigó si el adolescente poseía una vida social activa o se limitaba a estar todo el tiempo en su casa, con sus propias palabras el familiar definió el padecimiento del adolescente esto en la pregunta número 8, la pregunta número 9 nos dio a conocer la salud que posee el adolescente, y finalmente en la pregunta número diez el familiar entrevistado nos describió con sus propias palabras al adolescente.

2.2.3Escala de Hamilton para la depresión

A los pacientes se les aplicó el Inventario Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, por sus siglas en inglés, es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, ésto con el objetivo de

evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

2.2.4 Taller a Padres

Por medio de un taller dirigido a padres de familia se les explicó qué es la depresión, rasgos característicos de la misma y qué hacer cuando se localiza este trastorno dentro del núcleo familiar. El taller tuvo una duración de 2 horas y sirvió para que los padres de familia disiparan sus dudas con respecto a la depresión.

2.3 Técnica de análisis estadístico

Todos los datos recabados por las técnicas e instrumentos fueron analizados para sacar las conclusiones que permitieron dar respuesta a las siguientes interrogantes ¿Cuáles son los factores que influyen para que un adolescente de entre 14 a 18 años caiga en depresión? ¿Cuáles son los síntomas de depresión que presentan estos adolescentes? ¿Qué rol juega la familia en el adolescente depresivo?.

La información extraída por los investigadores es expresada a través del lenguaje y plasmada en registros escritos, esto se debe a que la investigación tomó un rumbo cualitativo lo que permitió recabar información con una mínima instrumentación. Los datos cualitativos dan fe de una realidad por la que atraviesan los adolescentes que estudian en la Asociación Nuestros Ahijados específicamente en la escuela Técnica Scheel e informan de sus cualidades.

CAPITULO III

3. PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

La Asociación Nuestro Ahijados es una organización no gubernamental que tiene como objetivo cooperar al desarrollo social a través de sus programas de salud, educación y desarrollo comunitario e individual de las personas que acuden al proyecto. Cuenta con 4 centros de ayuda, entre los que destaca la Escuela Técnica Scheel ubicada en colonia Las Victorias del municipio de Jocotenango Sacatepéquez; un sector en donde viven familias de escasos recursos. Es una escuela donde se imparten el nivel primario utilizando el programa de educación acelerada para niños, niñas y jóvenes con sobriedad, porque está dirigida a la población infantil que no ha podido sacar sus estudios en los años propicios.

Este centro cuenta con clínicas odontológicas, psicológicas y de servicio social; también cuenta con un comedor y cocina en donde se les prepara a los estudiantes desayuno y almuerzo de lunes a viernes. La Escuela Técnica Scheel cuenta con una dirección, laboratorio de computación, 10 salones para los diferentes grados y una garita de seguridad. Los salones son adecuados para cada clase que se imparte, también cuenta con un taller en donde los alumnos, varones, pueden recibir clase de artes industriales.

3.1.2 Características de la población

Para fines de estudio se seleccionó a 20 adolescentes entre las edades de 14 a 18 años que acuden por ayuda psicológica a la asociación Nuestros Ahijados. Esta investigación se centró en los factores depresivos que provocan que estos adolescentes caigan o entren en depresión.

Dentro de los 20 adolescentes seleccionados para esta investigación se encuentran 10 mujeres y 10 hombres, todos guatemaltecos. Dentro de las participantes se encuentran 6 con edad de 14 años, 3 de 16 y una de 15. Dentro de los varones 2 de 14, 2 de 16, 3 de 15 y 3 de 17 años de edad.

El denominador común dentro de las familias de estos adolescentes es la falta de recursos económico, todas están clasificadas en un rango económico medio-bajo. Otra similitud es que la mayoría de estas familias son monoparentales, es decir, una familia compuesta por un solo progenitor (hombre o mujer) y uno o varios hijos.

La mayoría de estos adolescentes viven en un asentamiento muy cerca de la institución que les brinda educación, y salud. Muchas de estas familias suelen tener empleos solo por un tiempo, también tienen a por lo menos un miembro de la familia con alguna adicción, siendo el alcoholismo lo que más prevalece dentro de ellas.

3.2 Análisis Cualitativo

Después de haber revisado los datos recabados por las diferentes técnicas y herramientas se pudo observar que los factores que intervienen para que un adolescente caiga o entre en depresión son marcados y complejos, estos se explican a continuación:

Factor familiar: La mayoría de los adolescentes seleccionados para esta investigación poseen una familia monoparental; este tipo de familia es aquella que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de ellos, por lo general la madre; o por el fallecimiento de uno de los cónyuges. Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial, es decir las relaciones que los hijos tengan o puedan

tener con el padre que está en el hogar con ellos. Estos problemas de relación con el padre o la madre se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo. Este factor familiar puede llegar a ser, hasta cierto punto, normal en esta etapa del desarrollo pero cuando el adolescente no llega a la etapa de la pubertad con unas bases sólidas de seguridad en él mismo y en su familia es más vulnerable a padecer de depresión, por eso es que se toma como importante el factor familiar dentro de esta investigación.

Dentro de este factor también se puede mencionar la disfunción familiar. La relación encontrada entre calidad de la relación en la familia y depresión sugiere una vez más el papel de la misma como factor protector importante en el riesgo de depresión. La ausencia de calidez, falta de comunicación con los padres y discordia hacen que existan oportunidades limitadas para la resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes.

Factor económico; como se mencionó anteriormente los adolescentes y sus familias se encuentran en un nivel económico medio-bajo. El modelo Económico - Transaccional propone que la posición socioeconómica de cada sujeto determina en buena medida, tanto las influencias de tipo cultural y educacional a que se ve expuesto, como el estilo de sus transacciones con el medio circundante; esto genera valores, expectativas, oportunidades y estresores diferenciales para cada grupo, que son importantes de entender para explicar los trastornos emocionales en grupos sociales, económicos y culturales distintos.

Las tasas variables de depresión en función del género y la clase socioeconómica son el resultado de reacciones diferenciales de los adolescentes a factores económicos del medio familiar y social, y de interacciones complejas, recíprocas y dinámicas entre los sujetos de géneros opuestos dentro de una misma clase.

Estilo parental o estilo de crianza: Los adolescentes dentro de sus familias poseen un estilo de crianza autoritario, este tipo de estilo se adjudica a los padres cuyo nivel de involucramiento o aceptación hacia los hijos es bajo, pero muestran un alto grado de control o supervisión. Son padres que prestan poca atención a las necesidades de los hijos, pero son muy exigentes con ellos en cuanto a las reglas de comportamiento que establecen, las que difícilmente pueden ser negociadas por los hijos.

Factor social: Con este factor no se refiere a la presión de grupo o presión social, sino más bien a la violencia que se está viviendo día con día. El grupo de adolescentes que sirvió de muestra para esta investigación viven en un área altamente peligrosa, predominada por asaltos, extorciones, e intimidaciones; este tipo de situación hace que el adolescente permanezca con miedo y esto a su vez le provoque depresión, estrés y ansiedad.

Por último se concluye que la terapia más adecuada para tratar este tipo de patología es la Terapia Cognitivo Conductual, esta terapia se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

Pone el énfasis en el cambio, se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato único para las diversas consultas.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- ✓ Los factores familiares, económicos, y sociales hacen que un adolescente caiga o entre en depresión.
- ✓ Los signos y síntomas de la depresión en adolescentes son distintos a los de un adulto, por esto es fácil para los padres confundirlos con problemas relaciones con la etapa por la que están atravesando. Los signos y síntomas de la depresión en adolescentes más comunes son; Irritabilidad, estado de tristeza frecuente, decaimiento de su interés en actividades que solían hacer con frecuencia, aislamiento de la sociedad o de la familia, problemas relacionados con el estudio, y llanto frecuente.
- ✓ El deterioro de los valores morales que sostienen a una familia para el desarrollo, del niño y del adolescente, hace más vulnerable al adolescente para que padezca de depresión, esto quiere decir que la familia es fundamental en el desarrollo tanto físico como psicológico del menor.
- ✓ La terapia psicológica más adecuada para tratar la depresión es la terapia cognitivo conductual, está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, por ejemplo sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.
- ✓ Al adolescente por sí solo le cuesta expresar por lo que está atravesando, ésto hace más difícil el diagnóstico de la depresión en ellos, por lo que hay que prestar más atención a los cambios que pueda tener el adolescente en su entorno.

4.2 Recomendaciones

- ✓ Debido a la vulnerabilidad del adolescente a caer en depresión se debe estar atento a los cambios comportamentales que pueda padecer, de tal manera que se puedan detectar los signos y síntomas de depresión a tiempo y brindarles el apoyo psicológico que le permita superarlo.
- ✓ Realizar campañas de divulgación sobre los cambios físicos y psicosociales que se producen en la adolescencia, en los medios de comunicación así como en los centros educativos, para que los padres de familia sean capaces de identificar si el comportamiento de su hijo es propio de la etapa o si está padeciendo de depresión.
- ✓ Tener bien definidos los valores morales dentro del entorno familiar favorecerá la construcción de la confianza entre sus miembros, permitiendo establecer lazos de comunicación efectivos entre padres e hijos, siendo este un medio de prevención y detección de síntomas de depresión en los adolescentes, permitiéndoles tener un desarrollo psicológico y físico saludable.
- ✓ Promover en los niños una autoestima saludable para desarrollar habilidades sociales que les permita en la adolescencia la capacidad de expresar sus necesidades, sentimientos y emociones a sus padres y/o maestros, quienes deben favorecer canales de comunicación efectivos recíprocos.

A la Asociación Nuestro Ahijados, Escuela Técnica Scheel:

- ✓ Brindar más talleres informativos sobre trastornos psicológicos, específicamente de depresión, con el club de madres, o en reuniones de padres periódicamente, para que estos sepan diferenciar entre depresión y conflictos propios de la etapa por la que atraviesan sus hijos.

- ✓ Implementar charlas sobre depresión, a todos los estudiantes del centro para que ellos sepan que lo que posiblemente padezcan sea ese trastorno psicológico y que tiene solución.
- ✓ Llevar una terapia conjunta con el padre encargado de los pacientes diagnosticados con depresión para que la ayuda sea tanto para el adolescente como para la familia.

A los padres de familia:

- ✓ Crear una comunicación de doble vía con sus hijos para que estén al tanto de lo que les pasa, lo que sienten y así poder darles una guía adecuada.
- ✓ Buscar información sobre las etapas de la adolescencia, sobre depresión, y sobre otros trastornos psicológicos que pueden afectar al adolescente.
- ✓ Crear un ambiente familiar sano, con bases morales fuertes, en donde el adolescente se sienta seguro y que sepa que puede contar con alguien cuando tenga algún problema.

BIBLIOGRAFÍA

- Berger, Stassen Katheleen. *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. La adolescencia. Editorial Panamericana. Madrid 2007. p.p. 641
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE UU. *Depresión*. Instituto Nacional de la Salud Mental. Publicación de NIH. 2009. p.p. 31
- de Azambuja, Loch Jussara. *La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente*. Adolescencia definiciones. EDIPUCRS. Brasil. 2002 p.p. 136
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Informe Anual de Servicios 2007*. Serviprensa S. A. 2008. p. p. 128
- Jervis Geovanni. Do enfoques complementarios. *Las causas de la depresión*. Editorial Fundamentos. Traducido por José Luis Gonzáles García. España. 2002 p.p. 98
- López Solís, Carlos Humberto. (2008). *Atención psicoeducativa para favorecer patrones de crianza democráticos en niños y niñas de edad escolar del área rural*. Descripción de la institución. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de San Carlos de Guatemala. octubre de 2013. p.p. 102
- López J. Juan-Ibor. et. al. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM IV-*. Trastornos del estado de ánimo. Barcelona. 2005. p.p. 1049
- Papalia E. Diane, et. al. *Psicología del desarrollo de la infancia a la Adolescencia*. Desarrollo psicosocial en la adolescencia. Novena Edición. Editorial McGraw-Hill México D.F. 2009. p.p. 762
- Cuyún, Claudia. *Etapas de la adolescencia*. Iniciativa. T. Atrévete a Soñar. www.iniciativat.com. mayo de 2013, s.p.

- De la Osa José A. *Depresión en Adolescentes*. Diario Granma. www.granma.cubaweb.cu. julio 2013. s. p.
- Guillen C. Jesús. (2012). *Adolescencia y educación. El Cerebro Adolescente*. Escuela con Cerebro. www.escuelaconcerebro.wordpress.com. Junio de 2013. s. p.
- Organización mundial de la salud. *Depresión*. (2012). www.who.int. Octubre 2013. s.p.
- Valle Alex. (2011). *Antigua Guatemala. San Felipe de Jesús*. Todo en Antigua www.todoenantigua.com. febrero de 2013, s.p.

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología-CIEPs-
Mayra Gutiérrez



Hoja de Vida

Datos Generales

Nombre:	_____	Edad:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Género:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado civil:	_____	Religión:	_____
Dirección:	_____	Teléfono:	_____
Escolaridad:	_____	Profesión:	_____

Motivo de consulta

Gravedad de la situación

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ámbito personal

- Niñez (momentos difíciles- felices, estado de salud y emocional, sueño, hábitos de higiene y alimenticios, etc.)

- Adolescencia (momentos difíciles- felices, estado de salud y emocional, sueño, hábitos de higiene y alimenticios, etc.)

- Adulthood (momentos difíciles- felices, estado de salud y emocional, sueño, hábitos de higiene y alimenticios, etc.)

Ámbito familiar

(Dinámica con su pareja, padres-hermanos y otros, estructura familiar y distribución de espacio donde habita)

Ámbito escolar

(Rendimiento académico, aprendizaje, relación con pares y maestros/autoridad, funciones cognitivas)

Ámbito laboral

(Gusto por la profesión que ejerce, relación con compañeros-subalternos y jefaturas)

Ámbito social

(Relaciones interpersonales, pertenencia a grupos, pasatiempos y recreación, deportes)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO –CUM-
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIERREZ”



ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON –Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento.

Coloque sus iniciales_____ Fecha de nacimiento_____

Escolaridad_____

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente.

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente.

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente.

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo.

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio:

0 = Ausente.

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3 = Ideas de suicidio o amenazas.

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio).

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad.

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño.

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad.

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad.

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad.

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales.

1 = Ligeramente retraso en el habla.

2 = Evidente retraso en el habla.

3 = Dificultad para expresarse.

4 = Incapacidad para expresarse.

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna.
- 1 = Juega con sus dedos.
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad.
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas.
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten.

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente.
- 1 = Ligera.
- 2 = Moderada.
- 3 = Severa.
- 4 = Incapacitante.

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno.
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno.
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, alergias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 = Ausente.
- 1 = Débil.
- 2 = Grave.

15. Hipocondría:

0 = Ausente.

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 = Preocupado por su salud.

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana.

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana.

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana.

17. Introspección (Insight):

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo.

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2 = No se da cuenta que está enfermo.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO –CUM-
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIERREZ”**



Entrevista a los familiares más cercanos del paciente

Parentesco familiar con el adolescente _____

- 1.) Según su forma de ver la situación, ¿cómo se comporta el adolescente dentro del entorno familiar?

- 2.) ¿Recuerda usted desde cuando se comporta así el adolescente?

- 3.) ¿Cree usted que el comportamiento del adolescente se deba a alguna situación familiar?

4.) Si la respuesta anterior fue negativa. ¿a qué cree usted que se deba el comportamiento del adolescente? Específicamente.

5.) ¿Desde cuándo se dio cuenta usted del cambio en el comportamiento del adolescente?

6.) ¿Qué tanta actividad física tiene el adolescente?

7.) ¿Acude el adolescente a alguna actividad social? ¿Cada cuánto?

8.) ¿Cómo definiría usted el padecimiento del adolescente?

9.) ¿Se enferma el adolescente muy seguido? ¿De qué?

10.) con sus propias palabras defina usted al adolescente

**TALLER DE ORIENTACION SOBRE DEPRESION EN ADOLESCENTES
 A PADRES DE FAMILIA DE LA ASOCIACIÓN NUESTROS AHIJADOS, ESCUELA TÉCNICA SCHEEL**

Fecha y Hora	Objetivos	Actividades	Responsables	Recursos	Observaciones
20/08/ 2013 2:00 a 2:30	Que los padres y madres de familia se sientan bienvenidos en un ambiente de confianza y aprendizaje.	<p>BIENVENIDA A LOS PADRES DE FAMILIA</p> <p>Se les hará entrega a los padres de familia gafetes con su nombre, para identificarlos y nombrarlos para las actividades a realizar en el taller</p>	Luis Erick A. Rachón R.	Salón Patricio Atkinson Gafetes Hojas de Asistencia Sillas Mesas humanos	

<p>2:30 a 3:00</p>	<p>Fomentar la participación activa de los padres de familia con esta actividad rompe hielo.</p>	<p>DINAMICA DE INTEGRACION</p> <p>SEMAFORO</p> <p>Se formaran parejas se les indicara que cuando se saque la tarjeta de color rojo deben ponerse de frente y tomarse de las manos subiéndolas, cuando se saque la tarjeta amarilla se pondrán de espaldas tomados de las manos y cuando se saque la tarjeta verde deberán buscar una pareja nueva, luego solo se mencionaran los colores y deben hacer lo mismo.</p>	<p>Paola Ortiz</p>	<p>Tarjetas de color</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verde • Rojo • Amarillo <p>Humanos</p>	
------------------------	--	--	--------------------	---	--

<p>3:00 a 3:15</p>	<p>Por medio de este taller se espera poder brindar la suficiente información para que jóvenes que sufran este problema o estén familiarizados con el puedan superarlo con el apoyo de sus padres.</p>	<p>BREVE EXPLICACION SOBRE LO QUE SIGNIFICA DEPRESION</p> <p>Con esta breve explicación, se espera poder determinar las causas y consecuencias personales y sociales que generan este padecimiento. En general buscar distintos medios de solución a los trastornos de la depresión.</p>	<p>Paola Ortiz y Erick Rachón</p>	<p>Equipo de computo Cañonera Humanos Trifoliales</p>	
------------------------	--	---	---------------------------------------	---	--

<p>3:15 a 3:30</p>	<p>Explicar a donde deben avocarse y de qué manera pueden ayudar al adolescente que pudiera estar padeciendo depresión.</p>	<p>¿QUÉ PUEDEN HACER SUS FAMILIARES Y AMIGOS PARA AYUDAR?</p> <p>Brindar información acerca de la depresión: sus causas, tratamientos, y de lo que puede suceder a largo plazo. La familia y los amigos pueden ayudarle a darse cuenta si la depresión está empeorando.</p>	<p>Paola Ortiz y Erick Rachón.</p>	<p>Equipo de computo Cañonera Humanos</p>	
<p>3:30 a 4:00</p>	<p>Realizar el cierre de la actividad por medio de una presentación motivacional, ya que los padres se enfrentan a una situación un tanto difícil de esta manera se pretende concientizar y motivarlos para que puedan seguir apoyando a sus hijos. Compartir con los padres de familia que asistieron al taller.</p>	<p>CIERRE DE LA ACTIVIDAD</p> <p>Presentación Power Point</p>	<p>Paola Ortiz y Erick Rachón.</p>		

<p>4:00 a 4:30</p>	<p>REFACCION</p>	<p>Padres asistentes, Paola Ortiz y Erick Rachón</p>	<p>Se compartirá una pequeña refacción con los padres asistentes.</p>
<p>4:30 a 5:00</p>	<p>HIGIENE DEL SALON</p>	<p>Paola Ortiz y Erick Rachón</p>	