

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



La incidencia de la Depresión en los Adolescentes, estudio realizado en la Casa Hogar “AHICAM”, situada en la Aldea Machaquilá, Poptún, Petén
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Blanca Estela López

Petén, octubre 2014

La incidencia de la Depresión en los Adolescentes, estudio realizado en la Casa Hogar “AHICAM”, situada en la Aldea Machaquilá, Poptún, Petén
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Blanca Estela López

Lic. Julio Alberto Aldana Berges (**Asesor**)

Licda. Eymi Carolina Castro de Marroquín (**Revisora**)

Petén, octubre 2014

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos Licda. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

ARTÍCULO ESPECIALIZADO

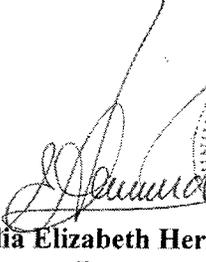
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Blanca Estela López
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Sistematización de Práctica
Profesional Dirigida** para completar
requisitos de graduación.

DICTAMEN: 01 abril 2014

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicopedagogía se resuelve:

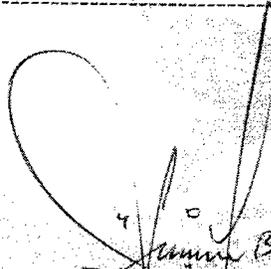
1. La solicitud hecha para realizar **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Blanca Estela López** recibe la aprobación para realizar su Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas.



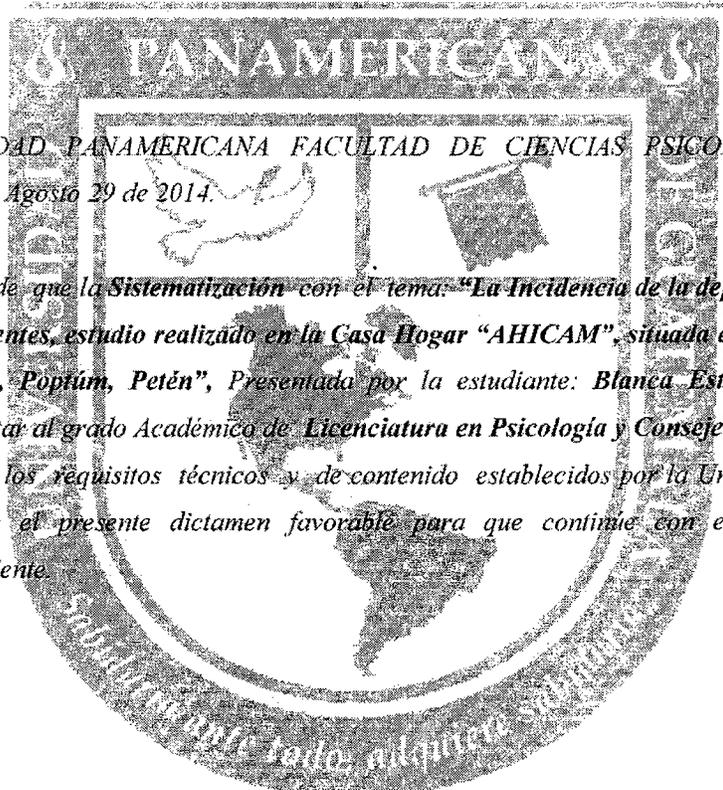
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
San Luis, Petén, cinco de mayo del dos mil catorce.

En virtud que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, titulada: "La Incidencia de la Depresión en los Adolescentes, estudio realizado en la Casa Hogar "AHICAM", situada en la Aldea Machaquilá, jurisdicción del Municipio de Poptún, Departamento de Petén", presentada por la estudiante: Blanca Estela López, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por esta casa de estudios superiores, se extiende el presente **DICTAMEN** favorable, para que continúe con el trámite correspondiente.



Lic. Julio Alberto Aldana Berges
Asesor

Lic. Julio Alberto Aldana Berges
Psicólogo
Colegiado No. 742



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
Guatemala, Agosto 29 de 2014.

En virtud de que la ~~Sistematización~~ con el tema: "La Incidencia de la depresión en los adolescentes, estudio realizado en la Casa Hogar "AHICAM", situada en la Adea Machaquilá, Poptún, Petén", Presentada por la estudiante: Blanca Estela López previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Subiduria ante todo, adquiere sabiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los dos días de octubre del año 2014.

*En virtud de que la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema "**La Incidencia de la Depresión en los Adolescentes, estudio realizado en la Casa Hogar "AHICAM", situada en la Aldea Machaquilá, Poptún, Petén.**" presentado por: **Blanca Estela López** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final del **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida**.*



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Dedicatoria

A Dios: Fuente inagotable de sabiduría por mostrarme siempre su amor, por ayudarme y proveerme durante el transcurso de mi carrera lo necesario; porque de él viene la sabiduría. Gracias por formar parte de la luz que ilumina mi vida.

A mi madre: María del Carmen López, gracias por brindarme su apoyo moral y por depositar su confianza en mí, y que ante las dificultades de la vida siempre ha estado a mi lado. Que Dios la bendiga y la guarde siempre.

A mis hermanos: Juan Carlos, Edgar Aníbal y Gerson Yovani, por brindarme su apoyo moral por su respeto y cariño, porque mi triunfo también es triunfo de ellos los amo con amor fraternal

A mis tías: Concepción, Sandra y esposo, gracias por brindarme su apoyo moral y económico, por su amor y confianza.

A mis sobrinos: Gerson, Paola y Jonathan, que mi triunfo sirva de ejemplo para que sigan adelante y se superen.

A la Universidad Panamericana: Centro de estudios que me permitió prepararme en la carrera de psicología, la formación en valores los cuales permitieron aprender que la humildad y la sabiduría es la base para poder triunfar en la vida.

A mis docentes: Gracias por haber compartido sus conocimientos y experiencias dentro del aula. A Licenciado Julio Aldana, por mostrar siempre su humildad, para mí fue parte fundamental en mi preparación, que Dios lo bendiga.

A mis amigas: Licda. Yulisa Monroy Ríos y Licda. Ana Bá Ojer, por sus sabios consejos, por creer en mis capacidades, por motivarme para que pudiera terminar mi carrera.

A mis compañeras/os: Por los momentos y experiencias compartidos dentro del salón de clases, por brindarme su cariño y respeto.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	
1.1 Datos demográficos	1
1.2 Problemática psicosocial	2
1.3 Descripción de la institución	3
1.4 Organigrama	6
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.2 La depresión	7
2.2.1 Depresión en niños	10
2.2.2 Síntomas de depresión en niños	10
2.2.3 Depresión en adolescentes	11
2.2.4 El diagnóstico puede realizarse utilizando los criterios del DSM-IV-TR	13
2.2.5 Otra complicación es el intento suicida	13
2.2.6 Síntomas	14
2.2.7 Tipos de depresión	15
2.2.7.1 Trastorno depresivo mayor	15
2.2.7.2 Distimia o ciclotimia	15
2.2.7.3 Manía	16
2.2.7.4 Trastorno bipolar	16
2.2.7.5 Trastorno bipolar I	17
2.2.7.6 Trastorno bipolar II	17
2.3 Otras formas comunes de depresión	18
2.3.1 Depresión postparto	18
2.3.2 Signos de la depresión	19
2.3.3 Causas de la depresión postparto	19

2.4 Depresión severa	20
2.4.1 Epidemiología	21
2.4.2 Incidencia y prevalencia	21
2.5 Causas de la depresión	21
2.5.1 La herencia	21
2.5.2 Factores biológicos	22
2.5.3 Factores bioquímicos	22
2.5.4 Factores socioeconómicos y culturales	23
2.5.5 Factores psicosociales	23
2.5.6 Factores de la personalidad	23
2.5.7 Factores psicodinámicos en la depresión	24
2.5.8 Situaciones estresantes	24
2.5.9 Estacionalidad-trastorno afectivo estacional	24
2.5.10 Personalidad	25
2.6 Los síntomas que se presentan en un cuadro depresivo	25
2.6.1 Tristeza patológica	25
2.6.2 Desgano y anhedonia	25
2.6.3 Ansiedad	26
2.6.4 Insomnio	26
2.6.5 Alteraciones del pensamiento	26
2.6.6 Alteraciones somáticas	26
2.6.7 Alteraciones del comportamiento	27
2.6.8 Modificaciones	27
2.6.9 Pérdida del placer	27
2.6.10 Culpa excesiva	27
2.6.11 Pensamiento suicida	27
2.6.12 Disminución de la energía	28
2.6.13 Sexualidad	28
2.7 Etiología	28
2.7.1 Edad	28

2.7.2 Situación conyugal	29
2.8 Abordaje psicoterapéutico	29
2.8.1 Terapia cognitiva	29
2.8.2 Terapia interpersonal	29
2.8.3 Terapia conductual	29
2.8.4 Terapia grupal	30
2.8.5 Análisis funcional	30
2.9 La teoría cognitiva	31
2.10 Teoría biológica	32
2.10.1 Pronóstico y tratamiento	32
2.11 Tratamiento conductual	33
2.11.1 Tratamientos cognitivo conductuales	33

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1 El objetivo	36
3.1.1 Docencia	36
3.1.2 Investigación	37
3.1.3 Depresión en niños	37
3.1.3 Servicio	40
3.2 Logros	41
3.3 Limitaciones	42

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Fase I	43
4.1.1 Análisis cuantitativo	43
4.2 Fase II	52
4.2.1 Análisis cualitativo	52
4.2.1.1 Desarrollo y análisis de caso	52

Capítulo 5

Discusión

5.1 Lecciones aprendidas	57
Conclusiones	60
Recomendaciones	61
Referencias	62
Anexos	63
Anexo 1 Planificaciones de actividades	64
Anexo 2 Actividades realizadas durante el tiempo de práctica	66
Anexo 3 Escala de Hamilton de la depresión	68

Lista de Gráficas

Gráfica No. 1 Principales psicopatologías atendidas	45
Gráfica No. 2 Caso No. 1 Distimia	46
Gráfica No. 3 Caso No. 2 Depresión leve	47
Gráfica No. 4 Caso No. 3 Depresión leve	48
Gráfica No. 5 Caso No. 4 Depresión leve	49
Gráfica No. 6 Caso No. 5 Distimia	50
Gráfica No. 7 Caso No. 6 Distimia	51

Lista de Cuadros

Cuadro 1 Por la forma de atención servicios	43
Cuadro 2 Por tipo de psicopatologías	43
Cuadro 3 Rango de edades	44

Resumen

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales eventos y la aun escasa experiencia vital de los adolescentes muchos eventos importantes pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. En Guatemala es una de las tres causas de suicidio que oscila entre los 15 y 34 años de edad, por lo que es importante, abordar esta problemática que afecta a la gran mayoría de familias en nuestra sociedad.

La presente investigación, presenta un estudio de caso en el cual se realizaron procesos, para lograr minimizar la depresión en un adolescente de 14 años de edad, con problemas de Trastorno Depresivo debido a la desintegración familiar, maltrato físico y verbal, también intento de abuso sexual por parte de su padre, este estudio se realizó en la Casa Hogar “AHICAM”, debido a que el paciente se encuentra interno en este centro de rehabilitación y restauración,

Se llevo a cabo un abordaje terapéutico, el cual permitió ir desarrollar actividades que permitieran al adolescente mejorar sus conductas inadecuadas, también realizar tareas en las cuales se sintiera útil para mejorar su autoestima, las relaciones interpersonales, sociales y familiares Con la aplicación de la Escala de Hamilton, se dieron a conocer los resultados acerca de la existencia de depresión.

Introducción

A continuación me permito presentar el presente trabajo de sistematización, como resultado del Curso: Práctica Profesional Dirigida, curso que se reviste de significativa relevancia como parte del pensum que conforma la Carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, sede de San Luis, Petén, toda vez que es aquí en donde la teoría se consolida con la práctica, surgiendo de esta manera el aprendizaje significativo.

Dentro del desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida, la cual fue realizada en la Casa Hogar “AHICAM”, ubicada en la Aldea Machaquilá, Poptún, Petén, se puso de manifiesto la adquisición, desarrollo y transmisión de los conocimientos adquiridos dentro de las aulas de la prestigiosa Universidad Panamericana.

El presente trabajo de sistematización consta de cinco capítulos descritos de la siguiente manera: Capítulo 1. Marco Contextual: Descripción del municipio que ubica el lugar de práctica, los principales problemas psicosociales y la función de la institución; Capítulo 2 Marco Teórico: Parte teórica de este informe, se desarrollan los principales problemas psicosociales ante la depresión; Capítulo 3 Marco Metodológico: que comprende la descripción de la metodología utilizada, así como las tres áreas que abarca la práctica: Docencia, Investigación y Servicio; Capítulo 4 Resultados: aquí se analizan y se explican los resultados obtenidos, y el Capítulo 5 Discusión Las lecciones, vivencias y experiencias dentro del lugar de práctica. Por último, las conclusiones y las recomendaciones.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Datos demográficos

Municipio de Poptún, Petén: Es uno de los catorce municipios del Departamento de El Petén, en la República de Guatemala, siendo el segundo municipio más poblado del departamento, con una población de 42,996 habitantes. La población está conformada por Ladinos en un 90% y el resto dividido entre mayas y Qéqchíes. La etimología de la palabra Poptún, es de origen Maya, que significa “Petate de Piedra”.

El municipio de Poptún está ubicado en el corazón de la zona sur del departamento. El municipio está integrado con el resto de la república de Guatemala mediante una carretera asfaltada de 100 km. que lo une con la cabecera Departamental de Ciudad Flores, y 380 Km, hacia la Ciudad de Guatemala, está enclavado en una extensa y exuberante área de pinos de la especie caribae, que es exclusiva en el departamento de Petén, haciéndolo más bello; sus imponentes cerros que lo rodean y que le dan cierta peculiaridad, como ejemplo de tradición y de leyenda, merece especial atención el Cerro de las Tres Cruces, llamado así porque en su cúspide se encuentran enclavadas tres cruces de madera.

Extensión Territorial: El municipio de Poptún cuenta con una extensión territorial de 250 kilómetros cuadrados, con dedicatoria a la crianza de ganado vacuno y siembra de cultivos, como: maíz, frijol, pepitoria, etc.

Clima: El clima que se disfruta en esas alturas es de lo más agradable, teniendo una altura sobre el nivel del mar de 500 metros, con una temperatura ambiental de 18 grados centígrados, descendiendo en épocas navideñas a 6 grados.

Fiesta Patronal: La fiesta patronal se celebra el 29 de abril de cada año, en honor al Patrón San Pedro Mártir de Verona.

Fue en el municipio de Poptún en donde se fundó la primer Colonia Agrícola Nacional, la que dinamizó en variados aspectos la economía de lo que en aquel tiempo fue la Aldea de Poptún, por lo que los gobiernos de turno pusieron los ojos en esta región; en consecuencia, el gobierno de Castillo Armas instaló la llamada Ruta Militar en este lugar, lo que después se denominó Zona Militar, y que en la actualidad se le conoce como Brigada Militar Escuela para Kaibiles.

El municipio cuenta con una pista de aterrizaje, en donde aterrizan y despegan aeronaves pequeñas y que funcionan a base de hélices.

1.2 Problemática Psicosocial

Actualmente, en el municipio de Poptún, Petén la depresión constituye una de las psicopatologías que día a día va en aumento. En lo que respecta al Área de Salud Petén-Sur del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, según los datos estadísticos obtenidos, se concluye que, en el año 2012 se presentaron 53 casos de depresión en mujeres y 38 en hombres.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en la actualidad 350 Millones de personas en el mundo padecen de Depresión, psicopatología que afecta a personas, tanto a hombre como a mujeres sin importar la edad, aunque científicamente está comprobado que las mujeres están más propensas que los hombres a padecer la enfermedad.

Es la cuarta causa de incapacidad actualmente, la O.M.S estima que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad. Se estima que la edad promedio de inicio en mujeres es a los 23 años, edad promedio de inicio en hombres 26 años, aunque niños de muy corta edad también la padecen.

La depresión se conoce a nivel mundial, y es más frecuente en las áreas urbanas que en las rurales. Los factores que intervienen, son: factores socioeconómicos y culturales, factores biológicos, factores genéticos y factores psicosociales, historia familiar, familias con antecedentes psiquiátricos. Entre las generalidades que podemos mencionar:

- Alta mortalidad (directa e indirecta).
- Tasa suicidio: 7% en hombres; 1% en mujeres.
- El 69% de los casos solo manifiesta quejas somáticas.
- Alrededor de 10-15% casos de Depresión Mayor son posteriormente diagnosticados como Trastorno Bipolar.

1.3 Descripción de la Institución

Asociación Casa Hogar de Niños y Adolescentes “AHICAM” .Es un lugar de refugio creado para la estancia de niños y adolescentes con problemas de acoso, abuso, violencia intrafamiliar, drogadicción y alcoholismo. Fue creado el cinco de agosto del año 2009.

Luego de haber hecho las gestiones correspondientes se conformó con el apoyo de las autoridades municipales, del Organismo Judicial, del Ministerio Público y de la Policía Nacional Civil. Está ubicada en el Barrio Santa María, zona 03 del Municipio de Poptún, Petén.

Estructura organizacional: Está conformada con una Junta Directiva como un ente rector, que a la vez cuenta con el apoyo de personas altruistas de distintos barrios de este municipio, encabezada por su representante legal que trabajan ad-honorem, todos con la conciencia altruista, en apoyo a jóvenes y jovencitas en un seguimiento de concientización y problemática emocional y solución jurídica.

Atención Interna: Desarrollo de principios morales y espirituales para la restauración integral de cada adolescente. Creando convicción de sus principios adquiridos, principalmente cristianos.

Atención Externa: Charlas Educativas donde son solicitados, en centros educativos públicos y privados en coordinación con entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Dinámicas Ocupacionales: Se inculca en los niños y adolescentes la conciencia de responsabilidad al trabajo secular, ubicación de empleo, sin olvidarse de sus principios y valores espirituales.

Requisitos de ingreso a la casa hogar:

- ❖ Toda adolescente con problemas de acoso, abuso sexual y violencia, desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción, consciente de su necesidad de cambiar de forma de vida y voluntariamente acepte la ayuda.
- ❖ Estar dispuesta a acatar el reglamento interno que regula a las autoridades de la entidad internas y familiares.
- ❖ Participar en todas las actividades de formación, capacitación, tratamiento psicológico que se organicen.

Esta Institución se sostiene a través de ofrendas y donaciones, tanto en especie como en efectivo, gracias a Dios y a la bondad de personas cristianas y miembros de organizaciones de la sociedad civil. Todos los servicios son completamente gratuitos.

Nivel Externo.

Los internos asisten a los Centros Educativos a recibir sus respectivas clases, los del Nivel Primario por la mañana ubicada en el Barrio Santa Fe Poptún, Petén, mientras que los adolescentes y niños que no estudian, permanecen en la casa hogar, ayudando en algunas tareas domesticas.

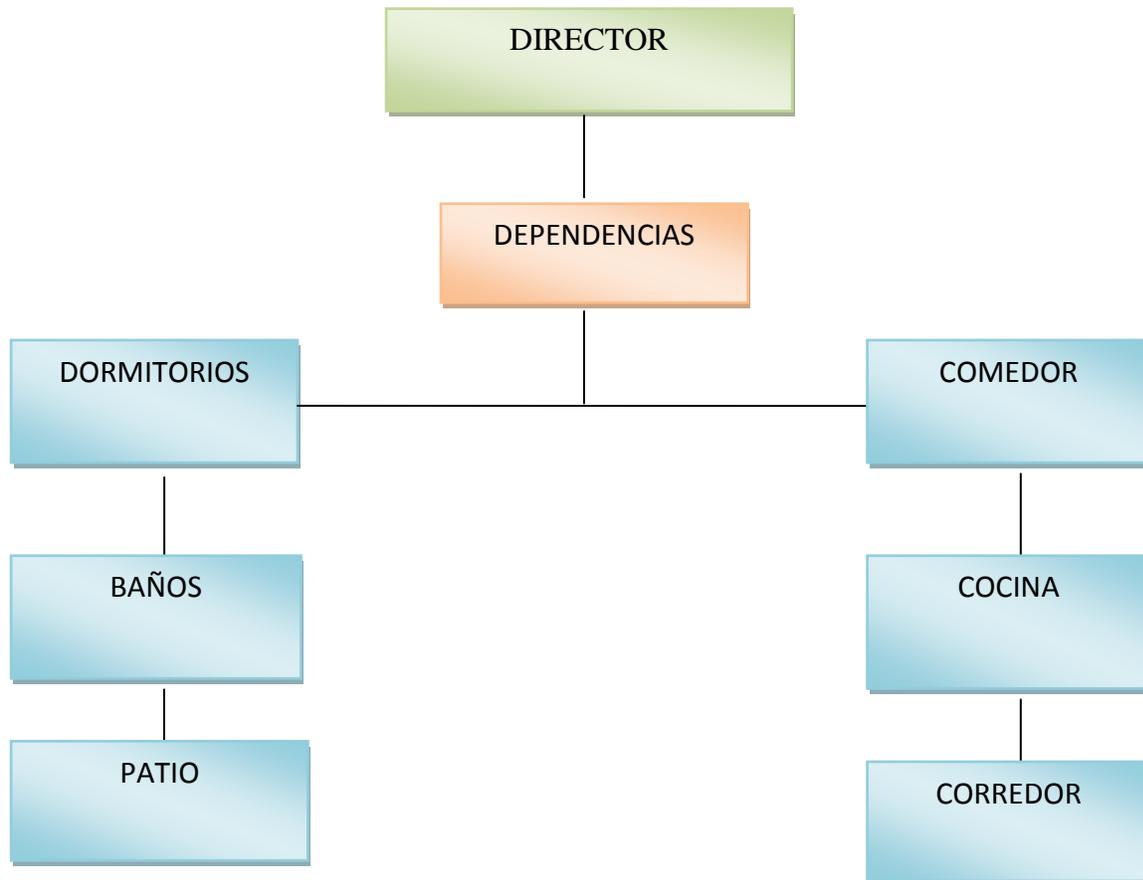
Cada mes, o cuando les notifican los internos, asisten a Audiencias al Ministerio Público en donde se ventilan diferentes casos judiciales como abuso, abandono, etc. Cuando los internos se enferman, se les lleva a evaluación médica al Centro de Salud para su respectivo tratamiento.

La Institución cuenta con edificio propio, pero hace falta habitaciones para los internos, área recreativa como cancha, salón para eventos y actividades sociales local para oficina de atención al público y clínica para atención psicológica

Visión: Ayudar al interno a su rehabilitación por medio de seguimiento de desintoxicación a través de interno y voluntariado y las entidades de salubridad en diagnósticos médicos, según los cuadros clínicos establecidos por las autoridades médicas, en algunos casos de hospitales nacionales tales como: Hospital Distrital Poptún, Petén, Centro de Salud, Poptún Petén, Clínica Privada Multimédicos apoyo odontológico, medicamentos donados por farmacias y muestras medicas para la provisión de salud.

Misión: Es un programa de ayuda espiritual y material enfocado a la rehabilitación y restauración de los niños y adolescentes, con líneas de acción social en la formación de principios de convicción a la sobriedad y restauración emocional e impacto psicológico en las mismas. AHICAM significa” Mi Hermano se ha Levantado” en lenguaje Hebreo, es una entidad apolítica, no lucrativa que contribuye a la prevención, violencia intrafamiliar, seguridad ciudadana, ornato municipal y sector justicia.

1.4 Organigrama



Fuente: elaboración propia

Capítulo 2

Referente teórico

2.2 La Depresión

¿Qué es Depresión? La depresión constituye una enfermedad grave y común que afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además, causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

Casi todas las personas han experimentado en alguna etapa de su vida una inmensa tristeza. Esto es normal, pero si esta tristeza continúa por más de dos semanas, se debe buscar ayuda profesional. Sentir tristeza es normal, estar deprimido no lo es. Durante el transcurso del tiempo, el término depresión ha ido evolucionando, hasta definirse e identificarla en la actualidad como una psicopatología.

Encontrándonos hoy en día con una gran información de causas, características y tratamientos para abordar la misma, en el Antiguo Testamento se describió un cuadro depresivo en el Rey Saúl, al igual que en Job, así como en el suicidio de Áyax en la Ilíada de Homero.

Aproximadamente en el año 400 A.C., Hipócrates ya usaba los términos “manía” y “melancolía” para describir los trastornos mentales, fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con la importancia del caso.

En el año 30 D.C., el médico romano Celso, describía la melancolía (palabras procedentes del griego melan “negro” y chole “bilis”), en su obra de medicina como una depresión causada por bilis negra.

En 1854, Jules Falret describió una afección que denominó folie circulaire, en el cual los pacientes experimentaban estados de ánimo de depresión y manía alternadamente, en 1882 el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, utilizó el término ciclotimia para describir la manía y la depresión, como estudios de la misma enfermedad.

Kraepelin también describió una depresión que llegó a conocerse como melancolía involutiva, y que se ha considerado desde entonces una forma de trastorno del estado de ánimo, que comienza al final de la edad adulta. Breton (1998), describe el término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo, Márquez (1990), quien afirma que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, cuya fuerza vivifica y anima, y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Freud, por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio entre el sufrimiento y la felicidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe a la depresión como una psicosis afectiva, en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La depresión es una enfermedad frecuente, y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento profesional especializado.

Según la OMS, en el mundo actualmente hay más de 350 millones de personas con un cuadro depresivo, un trastorno mental que altera las vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo, y se caracteriza por una sensación persistente de tristeza durante dos semanas o más, que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas.

Existen tratamientos psicosociales y farmacológicos eficaces. Para el tratamiento efectivo de la depresión, es fundamental la participación activa de las personas que la padecen y de sus familiares y amistades cercanas. El primer paso consiste en reconocer el padecimiento de la enfermedad y buscar apoyo. Cuanto antes empiece el tratamiento, mayor será su eficacia.

Las actitudes culturales y la falta de conocimiento sobre las características de esta afección de origen mental contribuyen a la renuencia en buscar ayuda.

La depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Las estimaciones de la OMS indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado reveló que alrededor del 9% de las personas han padecido depresión durante el último año.

Según el Manual Merck de información médica para el hogar, la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Además, hay circunstancias como las presiones económicas, el desempleo, los desastres o los conflictos que también aumentan el riesgo de padecer este trastorno. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de un millón de personas, muchas de las cuales padecen depresión.

Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente. Se estima que un 10 por ciento de las personas que consulta a un médico pensando que tiene una enfermedad física, resulta con un diagnóstico vinculado con la depresión. La depresión comienza habitualmente entre los 20 y los 50 años. Los nacidos en las últimas décadas del siglo XX parecen tener una incidencia mayor de depresión que las generaciones anteriores. Un episodio de depresión dura habitualmente de 6 a 9 meses, pero en el 20% de los pacientes dura 2 años o más. Los episodios generalmente tienden a recurrir varias veces a lo largo de la vida.

Las cifras estadísticas del Área de Salud Petén-Sur del Ministerio de Salud y Asistencia Social, en el lapso comprendido de enero a diciembre del 2013, registraron cuarenta y cuatro casos, treinta y dos pertenecen al sexo femenino y doce al sexo masculino, diagnosticados con depresión.

2.2.1 Depresión en Niños

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante, o que tienen desordenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta, corren riesgo de sufrir depresión. Dos son los factores de riesgo en esta patología.

En primer lugar está el que esta enfermedad tiende a presentarse en determinadas familias. Y en segundo término, las existencias de situaciones de maltrato que fundamentalmente afectan la seguridad por respaldo social, según la clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia F93.0.

2.2.2 Síntomas de Depresión en Niños

- Tristeza persistente.
- Pensamientos o expresiones suicidas o situaciones autodestructivas.
- Desesperanza.
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas.
- Alteración notoria en los periodos de comer y de dormir.
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas por ej. Dolor de cabeza o de estomago.
- Concentración deficiente.
- Deterioro del estudio y ausencias frecuentes en la escuela.
- Aislamiento social comunicación pobre.
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa.
- Ataques de rabia u hostilidad persistente.
- Baja autoestima y sentimientos de culpabilidad.
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.

2.2.3 Depresión en Adolescentes

El término depresión se ha utilizado para referirse a tres niveles de fenómenos depresivos durante la adolescencia: el estado de ánimo deprimido, un síndrome empíricamente derivado que incluye síntomas depresivos, y un diagnóstico categórico definido por los criterios del DSM citado en el año de 1988. Según la clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, Trastornos del Comportamiento Social de la Infancia y la Adolescencia F94.8.

Al nivel del estado de ánimo deprimido, la depresión se refiere a la ocurrencia de un solo síntoma, la presencia de un estado de ánimo triste, desdichado o disfórico por un periodo no especificado, la ocurrencia del estado de ánimo triste es casi universal; de hecho, la investigación sugiere que en cualquier sitio, del 15% al 40% de los adolescentes experimenta niveles significativos del estado de ánimo deprimido en cualquier momento (Achenbach, 1991).

Los sentimientos tristes y desdichados son normativos en la adolescencia y pueden darse en respuesta a una variedad de experiencias cotidianas. La presencia de un estado de ánimo deprimido, es uno de los síntomas más poderosos para distinguir a los adolescentes que han sido referidos a los servicios de salud mental de quienes no lo han sido, por lo que es importante no subestimar el significado potencial de los síntomas depresivos durante la adolescencia; éstos están representados en un síndrome cuantitativo en la forma del síndrome ansioso/depresivo (Achenbach, 1991), el cual incluye emociones de tristeza, infelicidad, culpa y sentimientos de inutilidad. Asimismo, incluye una serie de síntomas que son más característicos de la ansiedad que la depresión per-sé, como nerviosismo, temores, ansiedad, entre otros.

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo del desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000).

En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia (Lewinsohn y Cols, 2000).

La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana. Según Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henrikson, Poikolainen & Lonnqvist (2002), se ha identificado que los casos en que no se diagnostican ni tratan los síntomas depresivos en la adolescencia, tienen mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso y abuso de sustancias. La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común debido a:

- El proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste.
- La influencia de las hormonas sexuales.
- Los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como:
 - La muerte de un amigo o pariente.
 - La ruptura con la novia o novio.
 - El fracaso en la escuela.

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos, presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes. Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.

Los factores que predisponen al desarrollo de la depresión en este grupo de edad son el género femenino, enfermedades crónicas (diabetes), los cambios hormonales (pubertad), el antecedente de depresión en padres o familiares, variantes genéticas del gen transportador de serotonina y el uso de isotretinona para el acné, abandono o abuso en la infancia, nivel socioeconómico bajo, la pérdida de seres queridos y trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, trastorno del déficit de la atención e hiperactividad, de conducta o de aprendizaje, tabaquismo y el antecedente de depresión.

2.2.4 El diagnóstico puede realizarse utilizando los criterios del DSM-IV-TR

- 1) Ánimo deprimido o irritable, conducta irresponsable, hostilidad y enojo.
- 2) Marcada disminución del interés o placer hacia actividades, pérdida de interés en los compañeros y en las actividades escolares.
- 3) Alteración de peso, sin dieta (más del 5% del peso corporal) o alteración del apetito (los niños no ganan el peso esperado).
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotriz o bien hiperactividad.
- 6) Fatiga o pérdida de energía, no participación o mal funcionamiento académico.
- 7) Dificultad para pensar o concentrarse o mal funcionamiento académico.
- 8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planeación (regalar su colección favorita de música u objetos queridos), o intento suicida.

2.2.5 Otra complicación es el intento suicida

El tratamiento de la depresión en el adolescente consiste en: antidepresivos y distintas formas de terapia (cognitivo-conductual e interpersonal) y el counseling. La terapia es útil para depresiones leve y moderada. Entre los factores de riesgo se encuentran:

- ✓ Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- ✓ Enfermedad crónica.
- ✓ Antecedentes familiares de depresión.

- ✓ Habilidades sociales deficientes.
- ✓ Acontecimientos estresantes de la vida, en particular la pérdida de uno de los padres por muerte o divorcio.
- ✓ Atención inestable.
- ✓ La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.

2.2.6 Síntomas

- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- Cambios en el apetito. Por lo general, pérdida del apetito, pero a veces aumento.
- Conducta delictiva (como el hurto).
- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria.
- Somnolencia diurna excesiva.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Relaciones caóticas con familiares y amigos.
- Rendimiento escolar inestable.
- Fatiga.
- Sentimientos de minusvalía, tristeza u odio hacia sí mismo.
- Pérdida del interés en actividades.
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Preocupación por sí mismo.
- Disminución del placer en las actividades diarias.

- Drogadicción.
- Mal genio, agitación.
- Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.

2.2.7 Tipos De Depresión

Dentro de las diferentes clases de depresión, podemos mencionar:

2.2.7.1 Trastorno Depresivo Mayor

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10 Episodio depresivo F32 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 motora, falta de energía, sentimientos de culpa, etc.

2.2.7.2 Distimia o Ciclotimia

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10, Ciclotimia F34.0. Durante algún tiempo, en la práctica clínica se han apreciado otros dos trastornos del estado de ánimo, el trastorno distímico y el trastorno ciclotímico, se caracterizan por la presencia de síntomas que son menos graves que los del trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I, respectivamente.

Según el DSM-IV-TR, se define el trastorno distímico como al menos 2 años de estado de ánimo deprimido que no es suficientemente grave como para ser diagnosticado de episodio depresivo mayor.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de síntomas de hipomanía que aparecen con frecuencia pero que no se ajustan al episodio de manía y de síntomas depresivos que no cumplen el diagnóstico de episodio depresivo mayor.

2.2.7.3 Manía

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10, Episodio Maníaco F30.

Es un episodio diferenciado del estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 1 semana o menos si el paciente debe ser hospitalizado. El episodio hipomaníaco dura al menos 4 días y es similar al episodio de manía, excepto en que no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro del funcionamiento social o laboral, y no hay síntomas psicóticos.

Tanto la hipomanía como la manía se asocian al aumento exagerado de la autoestima, disminución de la necesidad de sueño, facilidad para distraerse, gran actividad física y mental e implicación excesiva en comportamientos placenteros.

2.2.7.4 Trastorno Bipolar

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10 Trastorno Bipolar afectivo F31. Llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se encuentre en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). Algunas de las características de los pacientes en fase maníaca son la capacidad de mantenerse despiertos durante largo tiempo y que, debido a su energía extra y predisposición, tienden a pensar que son superiores a los demás, entre otras.

2.2.7.5 Trastorno Bipolar I

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos F31.5. Según el DSM-IV-TR, el trastorno bipolar I se define como una evolución clínica de uno o más episodios de manía con episodios depresivos mayores ocasionalmente. Un episodio mixto es un periodo de al menos 1 semana en el cual se presenta un episodio de manía y un episodio depresivo mayor casi cada día.

2.2.7.6 Trastorno Bipolar II

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco F31.0. El trastorno bipolar II es una variante del trastorno bipolar I que se caracteriza por la presencia de episodios de depresión mayor e hipomanía, en lugar de manía.

2.3 Otras formas comunes de depresión

2.3.1 Depresión Postparto

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10 Trastorno de estrés post-traumático F43.1.

A pesar de que no se habla demasiado sobre el tema, la depresión postparto, está comenzando a ser nombrada cada vez con mayor frecuencia, afectando a 1 de cada 10 mujeres. La depresión postparto puede ser tratada con medicamentos y con asesoramiento médico. Si no se la tratara a tiempo, podría seguir empeorando y podría llegar a durar más de un año.

A pesar de que la misma es un tipo particular de depresión, la depresión postparto no es la misma cosa que la depresión que puede afectar tanto a hombres como a mujeres en igual medida.

Entre un 15% y un 20% de mujeres que han dado a luz un bebé recientemente, se verán afectadas por depresión postparto.

A pesar de ser una condición médica seria, las mujeres que reciben rápidamente la atención médica apropiada pueden llegar a aliviar los síntomas de la misma. A diferencia de la etapa melancólica, la cual surge dentro de los primeros días posteriores al nacimiento del bebé; la depresión postparto puede surgir en cualquier momento durante el transcurso del primer año después de haber dado a luz.

Las mujeres que recientemente hayan sufrido un aborto espontáneo o que hayan destetado a su bebé hace pocos días también podrían verse afectadas por depresión postparto.

2.3.2 Signos de la Depresión

Los signos y los síntomas típicos de la depresión postparto frecuentemente son similares a aquellos propios de la etapa melancólica. No obstante, las mujeres que padecen depresión postparto tienden a experimentar los síntomas más intensamente.

Cuando su depresión comience a interferir en sus actividades diarias, usted debería darse cuenta de que los signos característicos de depresión son más graves que los de la etapa melancólica. Otros signos propios de la depresión postparto incluyen:

- Sensación de desasosiego.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de tristeza, y llorar más frecuentemente que de costumbre.
- Fatiga.
- Padecer insomnio o dormir excesivamente.
- Cambios en los hábitos alimenticios.
- Cambios en el peso.
- Dificultades para concentrarse.
- Sentirse inútil y culpable.
- Falta de interés, o demostrar demasiado interés en el bebé.
- Pérdida de interés sexual.
- Pérdida de interés en realizar las actividades diarias.
- Dolores de cabeza, dolores en el pecho, palpitaciones, entumecimiento, y/o hiperventilación.

2.3.3 Causas de la Depresión Postparto

La mayoría de los expertos creen que una disminución repentina en los niveles de estrógeno y de progesterona es la razón encubierta detrás de la depresión postparto.

En el caso de las mujeres que no están embarazadas, la subida y la repentina caída de los niveles hormonales que ocurren cada mes son la causa por la cual muchas mujeres se sienten enojadizas y extremadamente sensibles en el momento anterior a experimentar sus períodos.

Durante el embarazo, los niveles hormonales suben constantemente durante nueve meses antes de caer abruptamente en picada luego de haber dado a luz al bebé. Los mismos continúan cayendo hasta volver a la normalidad, alcanzando a los niveles que poseía anteriores al embarazo. Como consecuencia de ello, muchas mujeres se sienten emocionalmente frágiles luego de haber dado a luz a sus bebés. Para algunas mujeres, este drástico cambio en los niveles hormonales traerá como consecuencia depresión postparto.

También se cree que los cambios que un bebé recién nacido provoca en la vida de sus mamás contribuyen a que la misma padezca depresión. La falta de sueño, la tensión emocional, los sentimientos abrumadores, el hecho de experimentar pérdida de identidad, y de sentir que ha perdido el control y la libertad de su vida, podrían impactar negativamente en su estado anímico. Las mujeres que no cuentan con un fuerte grupo de apoyo social y emocional también son más vulnerables a padecer depresión postparto.

2.4 Depresión Severa

Según la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10 F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Es el grado más alto de la enfermedad que se traduce en una incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer o realizar cualquier tipo de actividad cotidiana o que producían placer como ocurre en los casos en que se abandonan las aficiones y el esparcimiento. Por lo general existe cierta predisposición a padecer la enfermedad, y si bien un caso de depresión severa puede ocurrir sólo una vez en la vida, es frecuente que se repita en el tiempo.

2.4.1 Epidemiología

2.4.2 Incidencia y Prevalencia

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes. En la mayoría de las encuestas el trastorno depresivo mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17% entre todos los trastornos psiquiátricos). La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de las diferentes formas del trastorno depresivo unipolar del DSM-IV-TR, establecida en las ocho encuestas comunitarias más importantes, se muestra en la tabla 15-1.1. La incidencia anual de una depresión mayor es del 1,59% (mujeres 1,89%; varones 1,10%). Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de las diferentes formas clínicas del trastorno bipolar se muestran en la tabla 15-1.2. La incidencia anual (números de casos nuevos) de un episodio depresivo mayor es del 1,59% (mujeres 1,89%; varones 1,10%). La incidencia anual de la enfermedad bipolar es menor del 1%, pero es difícil de estimar porque las formas más leves del trastorno bipolar pasan desapercibidas.

2.5 Causas de La Depresión

Las causas de la depresión no se conocen por completo. La depresión puede estar causada por uno o varios factores que pueden predisponer a una persona a sufrir depresión más que otra. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras, las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión, aunque las razones no están totalmente claras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

2.5.1 La Herencia

Los más implicados son los hormonales, los cambios de los valores hormonales, que pueden provocar cambios de humor justo antes de la menstruación (tensión premenstrual), y después del parto (depresión posparto), puede tener algún papel en las mujeres.

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales. Muchos estudios de familias, adopciones y gemelos han permitido documentar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, si viene recientemente el foco de atención de los estudios genéticos se ha centrado en identificar los genes de susceptibilidad específicos utilizando métodos de genética molecular.

2.5.2 Factores Biológicos

Se han descrito alteraciones biológicas en pacientes con trastorno de estado de ánimo. Hasta hace poco los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina) eran los principales centros de atención e investigación con respecto a la etiología de estos trastornos, pero se ha ido produciendo un desplazamiento progresivo desde las alteraciones de cada uno de los sistemas por separado hacia el estudio de sistemas neuroconductuales, circuitos neurales y mecanismos neuroreguladores mas complejos.

2.5.3 Factores Bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave, típicamente presentan desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, especialmente, la serotonina. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos.

La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo, también pueden ocurrir cambios hormonales tras el uso de anticonceptivos orales; los fármacos, sobre todo los más usados para tratar la hipertensión arterial pueden causar depresión.

2.3.4 Factores Socioeconómicos y Culturales

A lo largo de los años se ha podido establecer que la depresión es más frecuente en las áreas urbanas que en las rurales, incluso, existen estudios que demuestran estos extremos, mas sin embargo, los estudios también demuestran que la prevalencia del estado de ánimo no varía entre las distintas razas.

2.3.5 Factores Psicosociales

Situaciones vitales y estrés ambiental. La observación clínica ha señalado tradicionalmente que, lo más frecuente es que las situaciones vitales estresantes sean las anteriores y no posteriores a los episodios del estado de ánimo. Algunos profesionales creen que las situaciones vitales tienen un papel primario o principal en la depresión, mientras que para otros, las situaciones vitales tienen exclusivamente una función limitadamente el inicio y el desarrollo de la depresión.

2.3.6 Factores de la personalidad

No existe un rasgo de la personalidad o un tipo determinado que por sí solos, predispongan a la persona a tener depresión. Todas las personas sea cual sea su patrón de personalidad, pueden y estarán deprimidas en las circunstancias apropiadas.

Las personas que tienen determinados trastornos de la personalidad, como el trastorno obsesivo compulsivo, histriónico y límite de la personalidad, pueden tener un riesgo mayor que las personas que tienen un trastorno de la personalidad antisocial o paranoide.

2.5.7 Factores Psicodinámicos en la Depresión

Definido por Sigmund Freud y ampliado por Karl Abraham: Ha trascendido como la visión clásica de la depresión, en esa teoría están implicados cuatro puentes clave:

- Trastorno de la relación madre e hijo durante la fase oral (durante los primeros 10-18 meses de vida).
- La depresión puede estar vinculada, a la pérdida real o imaginaria de objetos.
- La introyección de los objetos perdidos es un mecanismo de defensa que se invoca para luchar contra el malestar relacionado con la propia pérdida del objeto.
- Con el objeto perdido se contempla con una mezcla de amor y odio, los sentimientos de enfado se dirigen hacia el interior, hacia el yo.

2.5.8 Situaciones Estresantes

Cuando se produce la depresión tras una experiencia traumática como la muerte de un ser querido (depresión reactiva), aniversarios con cierto significado, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio; todas estas pueden ocasionar síntomas de depresión, que sostenidos a lo largo del tiempo, pueden desencadenar en una depresión clínica.

2.5.9 Estacionalidad-Trastorno Afectivo Estacional

Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

2.5.10 Personalidad

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida, y tendencia a la preocupación excesiva, son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

2.6 Los síntomas que se presentan en un cuadro depresivo

2.6.1 Tristeza Patológica

Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora.

Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.

2.6.2 Desgano y Anhedonia

El sujeto se torna apático, no tiene ganas ni siquiera de vivir, y nada le procura placer. Las actividades que realizaba con alegría y felicidad antes de presentar el cuadro depresivo, hoy le causa tristeza el sólo pensar de realizarlo.

2.6.3 Ansiedad

Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad priva en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

2.6.4 Insomnio

Al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnía (exceso de horas de sueño).

2.6.5 Alteraciones del Pensamiento

Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Cerca del 15% por ciento de las personas deprimidas, más comúnmente aquellas con depresión grave, tienen delirios (creencias falsas) o alucinaciones, observando y escuchando objetos que no existen, estas depresiones con delirios se denominan depresiones psicóticas.

2.6.6 Alteraciones Somáticas

Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos, así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

2.6.7 Alteraciones del Comportamiento

El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes, experimentando una depresión agitada. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

2.6.8 Modificaciones del Apetito y del Peso

La mayoría de los pacientes pierde el apetito, deja de comer experimentando una depresión vegetativa y, en consecuencia, provoca la disminución de peso, por el contrario, el exceso de alimentación y la ganancia ponderal son frecuentes en las depresiones leves.

2.6.9 Pérdida del Placer

En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer la felicidad en el trabajo, en el deporte, y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

2.6.10 Culpa Excesiva

Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

2.6.11 Pensamiento Suicida

Los pensamientos de muerte están entre los síntomas más graves de la depresión, los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte, y alimentan sentimientos autodestructivos. Muchos deprimidos quieren morir o sienten que su valía es tan escasa que deberían morir. Hasta un 15% de las personas con depresión grave tienen una conducta suicida.

2.6.12 Disminución de la Energía

Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

2.6.13 Sexualidad

Una observación casi universal independientemente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es el doble en las mujeres que en los varones. Para explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y en varones y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida.

Al contrario de lo que sucede con el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I, tiene prevalencia igual en ambos sexos. Los episodios de manía son más frecuentes en varones y los episodios depresivos lo son en las mujeres. Cuando se presentan episodios de manía en las mujeres lo hacen asociado a cuadro mixto (p.ej, manía y depresión).

2.7 Etiología

2.7.1 Edad

El inicio del trastorno bipolar I es más precoz que en el trastorno no depresivo mayor. La edad de inicio del trastorno bipolar I varía entre la infancia (ya a los 5 o 6 años) y los 50 años o incluso más en casos raros con una edad media de 30 años frente a una edad media de inicio del trastorno depresivo mayor cercana a los 40 años; en el 50% de todos los casos del trastorno el trastorno aparece entre los 20 y 50 años. El trastorno depresivo mayor también puede iniciar en la infancia.

2.7.2 Situación Conyugal

El trastorno depresivo mayor es más frecuente en personas que mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas. El trastorno bipolar I es frecuente en las personas divorciadas y solteras que entre las casadas, pero esta diferenciada podría reflejar el inicio más precoz y la consecuencia discordia conyugal características del trastorno.

2.8 Abordaje Psicoterapéutico

Terapias que se pueden aplicar en pacientes con trastorno de estado de ánimo:

2.8.1 Terapia Cognitiva

Es una técnica en la cual se enseña a los pacientes nueva forma de pensar y comportarse que reemplazan las actitudes negativas, defectuosas que tenían sobre ellos mismos.

2.8.2 Terapia Interpersonal

Se examinan las experiencias interpersonales actuales del paciente y la forma en que afrontan el estrés con el objetivo de reducir los síntomas depresivos y mejorar su autoestima.

2.8.3 Terapia Conductual

Se basa en la teoría de que la depresión está causada por una pérdida del refuerzo positivo como consecuencia de una separación, una muerte o un cambio brusco en el entorno.

Terapia Familiar:

Puede ser útil si los conflictos familiares están contribuyendo con la depresión. También puede ser necesario el apoyo de la familia o los maestros para ayudar con los problemas escolares.

Ocasionalmente, se puede requerir, la hospitalización en una unidad psiquiátrica para los individuos con depresión grave o que están en riesgo de suicidio.

2.8.4 Terapia Grupal

Ayuda a los pacientes retraídos a aprender nuevas formas de superar sus problemas interpersonales en situaciones sociales.

Terapia Orientada Psicoanalítica:

El objetivo es efectuar un cambio en la estructura o carácter de la personalidad del paciente y no simplemente aliviar los síntomas.

2.8.5 Análisis Funcional

Hay que distinguir lo que es diagnóstico de análisis funcional. El diagnóstico considera la depresión como una enfermedad con unos síntomas y unas causas, aunque estas casi nunca se mencionan.

El análisis funcional define la conducta problema de forma concreta y explícita y estudia sus relaciones con elementos del contexto personal y social del paciente, en concreto hace hincapié en los antecedentes (próximos y remotos) y los consecuentes y en los pensamientos y sentimientos. Es decir, estudia también los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que se asocian a la conducta problema.

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

2.9 La Teoría Cognitiva

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

La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice.

Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente para que pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar. La indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema.

Asociada con esta está la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

2.10 Teoría Biológica

La depresión, según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión que tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos. En realidad se pueden aplicar todas las teorías y explicar los síntomas de la depresión en función de cada una de ellas, relación entre la ansiedad y depresión.

Se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión. Cuando se da esta asociación para el tratamiento, se tiene que definir el problema pendiente para poder iniciar el tratamiento psicológico.

2.10.1 Pronóstico y Tratamiento

1. Tratamientos farmacológicos.
2. Tratamientos cognitivos.
3. Tratamientos conductuales.

Cuando se padece de depresión y no se trata clínicamente hasta 2 años o más. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar la depresión. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión.

Las personas con depresión moderada o severa, más a menudo mejoran con antidepresivos. En cualquier caso, en general, los depresivos experimentan episodios repetidos de depresión, en un promedio de cuatro o cinco veces a lo largo de la vida.

Hoy en día, generalmente la depresión se trata sin necesidad de hospitalizar a la persona afectada. Sin embargo, a veces, una persona debe ser hospitalizada, especialmente, se presenta una depresión grave, con ideas de suicidio, si está demasiado débil por la pérdida de peso o si tiene riesgo de problemas cardíacos por la agitación intensa. La ayuda psicológica permite al paciente aprender a resolver con más eficacia los problemas que les puedan surgir, así como a detectar y debatir posibles pensamientos negativos que entorpezcan su vida cotidiana.

2.11 Tratamiento Conductual

2.11.1 Tratamientos Cognitivo Conductuales

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión.

Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

1. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
2. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.

3. Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones.
4. Añade una parte conductual importante con los experimentos conductuales. Consisten en poner a prueba los supuestos irracionales desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado de manera que proporcionen oportunidades de éxito para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Se usarán técnicas cognitivas y conductuales. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc.

La intervención irá completada de técnicas de retribución y para modificar imágenes, así como de distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos.

Las disfunciones que tiene en cuenta son:

1. Duelo. Se trata de asumir una pérdida.
2. Disputas de papeles. Por discusiones en la pareja o con los padres o con los hijos. El problema puede ser por falta de habilidades para conseguir lo que quiere o por tener las expectativas demasiado altas o que no coinciden en la pareja.
3. Transición en el rol social. Puede ser en el trabajo cuando se cambia de situación tanto por una promoción como por pasar al paro.

4. Déficit interpersonal. Se manifiesta en aislamiento social.

Actualmente, el tratamiento farmacológico es el factor más importante en el tratamiento de la depresión. Varios tipos de fármaco antidepresivos están disponibles: Los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los psicoestimulantes, pero deben tomarse de forma regular durante por los menos semanas, antes de que empiecen a hacer efecto. Las posibilidades de que un antidepresivo específico tenga éxito en el tratamiento de una persona son del 65 por ciento. Otros tratamientos incluyen la psicoterapia combinada con y la terapia electroconvulsión. En muy raras ocasiones se usa una combinación de estas terapias. Los tipos o clases más populares de antidepresivos se conocen como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Estos incluyen:

- Fluoxetina (Prozac)
- Citalopram (Celexa)
- Sertralina (Zoloft)
- Paroxetina (Paxil)
- Escitalopram (Lexapro).

Capítulo 3

Referente metodológico

Para la presente investigación, se utilizó un Diseño Descriptivo, el que permite definir y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno, que sea sometido a análisis.

3.1. El Objetivo

Extraer el análisis de las actividades y estudios psicológicos que se realizó, sobre el tema de investigación acerca de La Depresión.

Sujeto de estudio: J.M.S.P., es un paciente de 14 años de edad, soltero, lugar de nacimiento: Guastatoya, El Progreso, dirección de residencia: Aldea Machaquila, Poptún, Petén, cuyo diagnóstico diferencial, según el DSM-IV-TR- Trastorno Depresivo.

Datos de los padres: Es el primer hijo de una familia conformada por padre de 34 años, madre de 30 años de edad, casados, tiene una hermana de seis años. Está cursando el segundo grado del nivel primario, el cual promovió satisfactoriamente, actualmente esta interno en la Casa Hogar “AHICAM”. Con sus hermanos no tiene ninguna clase de comunicación... Su padre tiene negocio propio y su madre se encuentra residiendo en los Estados Unidos de Norteamérica.

3.1.1 Docencia

El Área de la Docencia se realizó también en la Casa Hogar “AHICAM”, se apoyó con Charlas de Orientación que fueron de mucho beneficio para los jóvenes internos. Se abordaron temas relacionados con “Los Valores”, “Hábitos de Higiene”, “Educación Sexual” y “Autoestima”.

Se abordaron estos temas, debido a que la población a quien fue dirigida son jóvenes y señoritas, quienes en algún momento rehúsan a observar hábitos de higiene, tienden a desvalorizarse como personas, desconocen muchos aspectos relacionados con la sexualidad humana.

3.1.2 Investigación

Debido a que la Práctica Profesional Dirigida la realicé en la Casa Hogar “AHICAM”, allí se llevó a cabo la investigación ¿Cómo Incide la Depresión en el Estado de Ánimo? Práctica Supervisada realizada con Adolescentes que son atendidos en la Casa Hogar “AHICAM”, situada en la Aldea Machaquila, jurisdicción del Municipio de Poptún, Departamento de Petén”, debido a que este problema es uno de los de mayor trascendencia en este centro de restauración.

3.1.3 Depresión en Niños

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desordenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren riesgo de sufrir depresión. Dos son los factores de riesgo en esta patología. En primer lugar está el que ella tiende a presentarse en determinadas familias. Y en segundo término las existencias de situaciones de maltrato que fundamentalmente afectan la seguridad por respaldo social.

Síntomas de Depresión en Niños.

- Tristeza persistente
- Pensamientos o expresiones suicidas o situaciones autodestructivas
- Desesperanza
- Aburrimiento persistente y falta de energía
- Perdida de interés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas
- Alteración notoria en los periodos de comer y de dormir
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas por ej. Dolor de cabeza o de estomago
- Concentración deficiente
- Deterioro del estudio y ausencias frecuentes en la escuela

- Aislamiento social comunicación pobre
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa
- Ataques de rabia u hostilidad persistente
- Baja autoestima y sentimientos de culpabilidad
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo

Depresión en adolescentes

El término depresión se ha utilizado para referirse a tres niveles de fenómenos depresivos durante la adolescencia: el estado de ánimo deprimido, un síndrome empíricamente derivado que incluye síntomas depresivos, y un diagnóstico categórico definido por los criterios del DSM citado en Angold, 1988; Compass, Eyigrant, 1993.

Al nivel del estado de ánimo deprimido, la depresión se refiere a la ocurrencia de un solo síntoma, la presencia de un estado de ánimo triste, desdichado o disfórico por un periodo no especificado, la ocurrencia del estado de ánimo triste es casi universal; de hecho, la investigación sugiere que en cualquier sitio, de 15 a 40% de los adolescentes experimenta niveles significativos de estado de ánimo deprimido en cualquier momento. (Achenbach, 1991).

Los sentimientos tristes y desdichados son normativos en la adolescencia y pueden darse en respuesta a una variedad de experiencias cotidianas. La presencia de un estado de ánimo deprimido es uno de los síntomas más poderosos para distinguir a los adolescentes que han sido canalizados a los servicios de salud mental de quienes no lo han sido, por lo que es importante no subestimar el significado potencial de los síntomas depresivos durante la adolescencia; éstos están representados en un síndrome cuantitativo en la forma del síndrome ansioso/depresivo (Achenbach, 1991), el cual incluye emociones de tristeza, infelicidad, culpa y sentimientos de inutilidad.

También incluye una serie de síntomas que son más característicos de la ansiedad que la depresión per-sé, como nerviosismo, temores, ansiedad, entre otros.

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable que disminuyan el riesgo del desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000).

En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia (Lewinsohn y cols, 2000).

La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana. Según Aalto-Setälä, Marttunen, Tulio-Henrikson, Poikolainen & Lonnqvist (2002), se ha identificado que los casos en que no se diagnostican ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso y abuso de sustancias.

La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común debido a:

El proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste.

La influencia de las hormonas sexuales.

Los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como:

- La muerte de un amigo o pariente.
- La ruptura con la novia o novio.
- El fracaso en la escuela.

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes. Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.

Los factores que predisponen al desarrollo de la depresión en este grupo de edad son el género femenino, enfermedades crónicas (diabetes), los cambios hormonales (pubertad), el antecedente de depresión en padres o familiares, variantes genéticas del gen, transportador de serotonina y el uso de siotretionina para el acné, abandono o abuso en la infancia, nivel socioeconómico bajo, la pérdida de seres queridos y trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, TDA-H, de conducta o de aprendizaje, tabaquismo y el antecedente de depresión.

La depresión dura entre 7 y 9 meses y 15 o más meses en el 20% con curso episódico con recuperación completa. La recurrencia a cinco años llega a ser hasta del 70% con riesgo de desarrollar manía o hipomanía.

3.1.3 Servicio

Se brindó psicoterapia en las instalaciones de la Casa Hogar “AHICAM”, Aldea Machaquilá, Poptún, Petén. Antes de mi llegada, la institución no contaba con el servicio de atención psicológica, ya que no cuentan en el presupuesto para pagarle a un profesional que preste el servicio, y en un futuro según como se vieron las cosas durante el tiempo de mi estancia, no considero que la institución contemple la integración de un profesional para que desempeñe la función. Las autoridades del Ministerio de Salud han hecho visitas para ver las necesidades pero hasta la fecha no se ha logrado una ayuda por parte de ellos.

Otra de las dificultades que cabría mencionar es que no cuentan con un espacio o instalación adecuada para prestar el servicio.

En cuanto a la atención de casos, se atendieron varias clases de problemas entre los cuales cabría mencionar los derivados, violencia intrafamiliar, maltrato y abuso infantil, baja autoestima, entre otros, cada caso contó con su seguimiento respectivo.

Uno de los casos más sobresalientes, el del adolescente con Problemas de Identidad Sexual, debido a acoso sexual y desintegración familiar. El caso fue abordado desde la utilización de técnicas cognitivo conductuales. Basada en una metodología en la obtención del conocimiento. En otras palabras: se trata “sencillamente” de la aplicación clínica de los conocimientos de la Psicología y ciencias relacionadas a la solución de los problemas humanos. Para ellos se realizó una agenda la cual da alternativas para que el adolescente haga lo posible de cumplir, y hacer un ajuste a sus hábitos alimenticios e higiénicos.

La Terapia Ocupacional: Terapia dirigida a la actividad del hombre, seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar, a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales”.

Se trabajó durante la terapia los bordados en manta, los dibujos en hojas, utilización de materiales de reciclaje para la elaboración de flores, también elaboración de tapetes hechos de lana utilizando un tablero para la realización de dicho producto.

La Terapia de Relajación: Lograr un desahogo emocional y ver el lado positivo de la vida y mejorar su autoestima.

Hasta ahora puedo afirmar satisfactoriamente que se logró la estabilización emocional e intelectual del adolescente.

3.2 Logros

- Haber brindado la ayuda psicológica necesaria a los pacientes de la Casa Hogar “AHICAM”, Aldea Machaquilá, Poptún Petén.

- Sobrellevar la responsabilidad completa durante un período transitorio en el área de psicología.
- Haber motivado e incentivado a los pacientes a que continuaran el tratamiento psicológico y lograr la participación en diversas actividades, realizadas durante el tiempo de práctica.

3.3 Limitaciones

- El espacio del área asignada era el lugar que se ocupaba para comedor, en ocasiones me quedaba sin lugar en dónde atender a los pacientes.
- El ambiente donde se impartían las terapias no era adecuado debido a las interrupciones.
- La falta de recursos para la facilitación del tratamiento psicológico de los pacientes (comodidad, el espacio con acceso a cualquier persona, falta de materiales para trabajar).

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Fase I

Muestra de resultados obtenidos en el lugar de práctica.

4.1.1 Análisis Cuantitativo

Cuadro 1 Por la forma de atención servicios

Por la forma de Atención Servicios	Número de Casos
Consejería	7
Atención en Crisis	1
Psicoterapia	7

Fuente: elaboración propia

Cuadro 2 Por tipo de psicopatologías

Por tipo de Psicopatologías	Número de Casos
Depresión Leve	3
Distimia	3
Trastorno por Somatización	1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 3 Rango de edades

Rango de edades	Número de Casos
0-10	
11-20	6
20-30	
31-40	
41-50	
51-60	1

Fuente: elaboración propia

La práctica que tuvo un tiempo de duración de 6 meses, comprendidos del mes de mayo al mes de octubre de 2013.

La falta de interés por parte de los pacientes en recibir a ayuda psicológica dificultó en parte el trabajo de psicoterapia realizado a lo largo de la práctica supervisada. Aun así, se logró la atención personalizada de 7 pacientes con sus respectivos seguimientos, de los cuales se pudieron diagnosticar los problemas psicológicos siguientes:

Depresión Leve

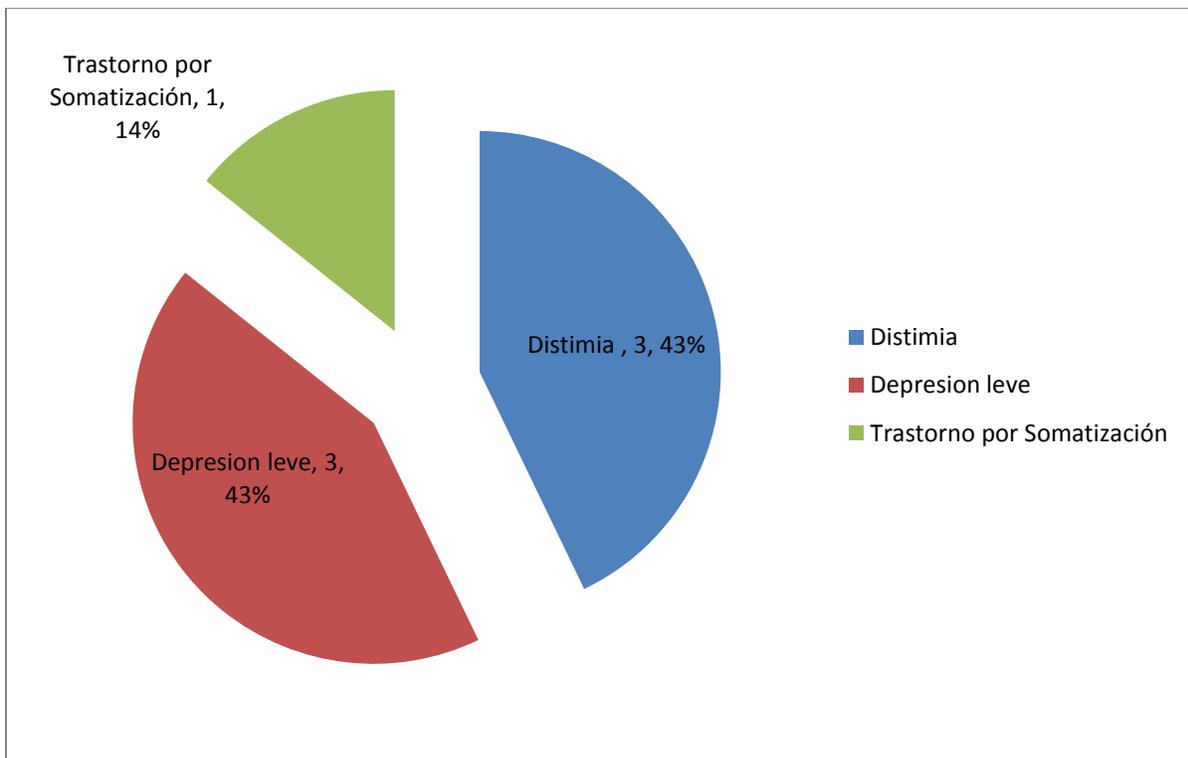
Distimia

Trastorno por Somatización

De 7 pacientes atendidos, con tres de ellos se logró un seguimiento hasta de seis sesiones, ya que el cumplimiento en la participación del proceso por parte de los pacientes se ve afectado debido al complejo cultural que existe. También se les aplicó a seis pacientes la Prueba Psicométrica para la depresión Escala de Hamilton, para poder ver la severidad de la depresión que vienen padeciendo.

Gráfica No. 1

Principales Psicopatologías Atendidas

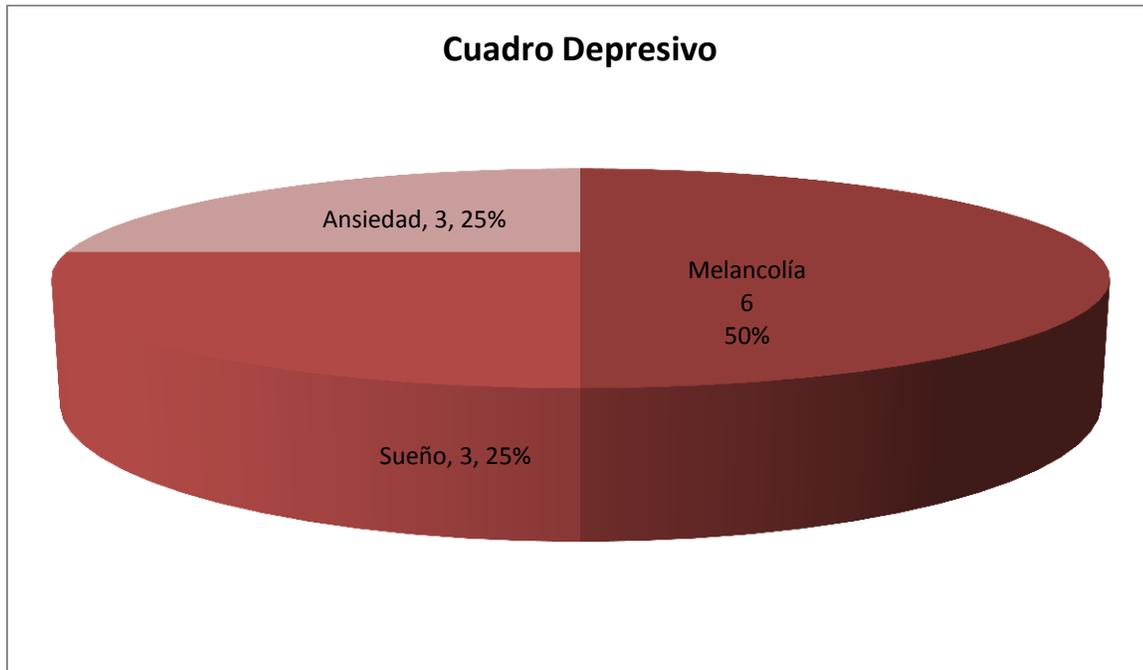


Fuente: elaboración propia

La depresión leve que cuenta con un 43%, equivalente a tres personas atendidas, la Distimia con un 43%, equivalente a 3 personas atendidas y el Trastorno por Somatización con un 14 % del total de personas atendidas, equivalente a una persona. A estas personas se les brindó asistencia en la Casa Hogar “AHICAM”, Aldea Machaquila, Poptún, Petén.

Grafica No. 2

Caso No. 1 Distimia



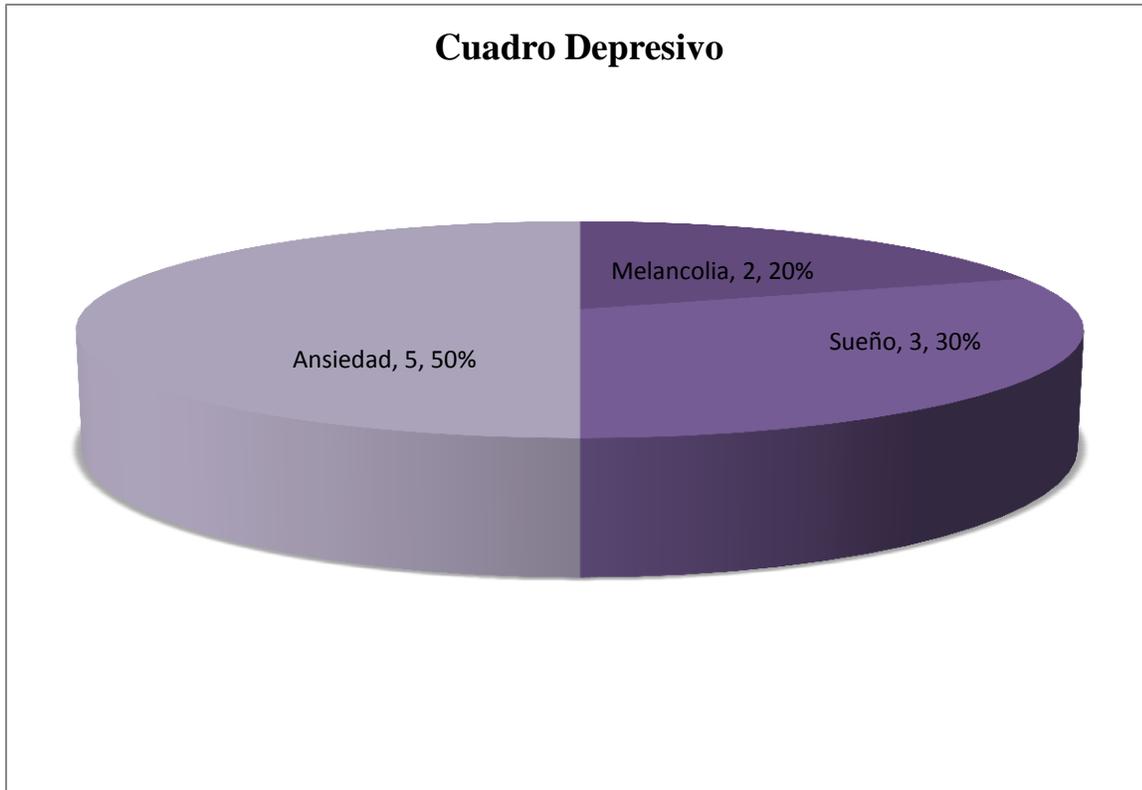
Fuente: elaboración propia

Descripción:

Según los resultados obtenidos del test, se establece que el paciente presenta el 50% de melancolía siendo el mayor porcentaje, ansiedad y sueño 25%, lo que deduce Px. con Distimia, síntomas menos graves que la depresión mayor.

Grafica No. 3

Caso No. 2 Depresión Leve



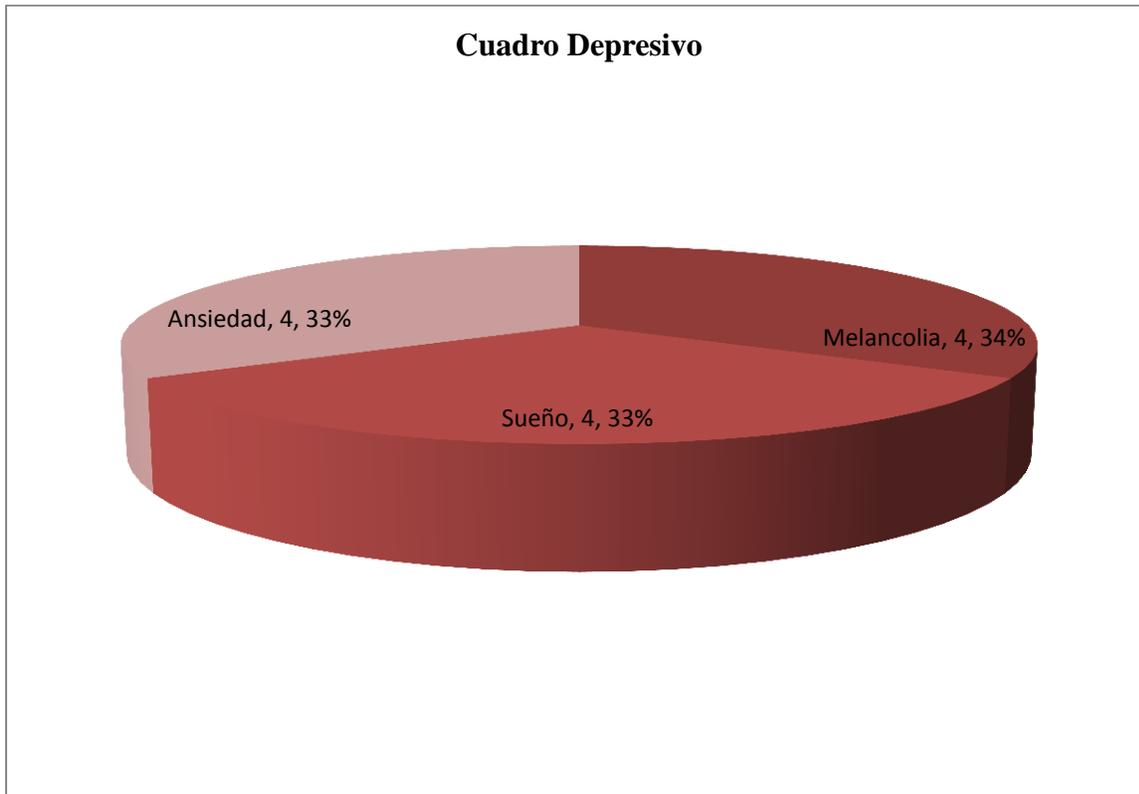
Fuente: elaboración propia

Descripción:

Según los resultados obtenidos del test aplicado, se establece que la paciente presenta el 50% de ansiedad, siendo el mayor porcentaje, melancolía 20% y sueño 30% lo que deduce Px con Depresión Leve.

Grafica No. 4

Caso No. 3 Depresión Leve



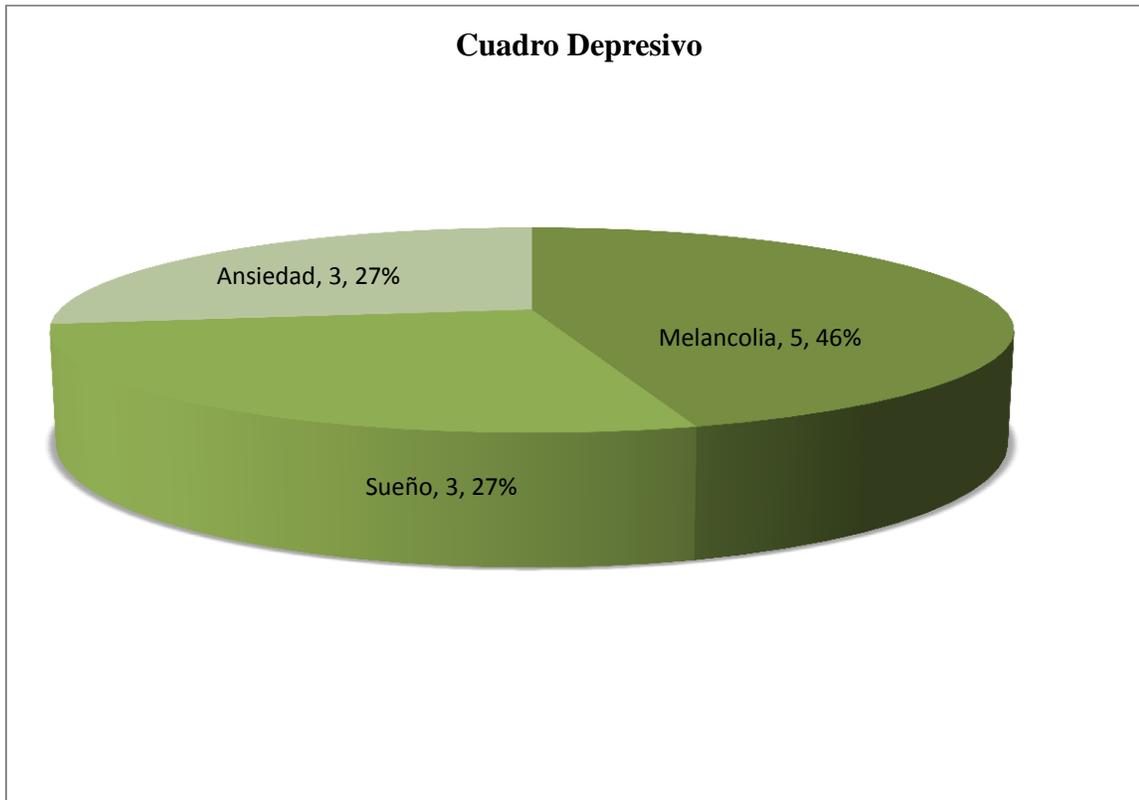
Fuente: elaboración propia

Descripción:

Según los resultados obtenidos del test aplicado, se establece que la paciente presenta un 34% de melancolía, siendo este el mayor porcentaje, sueño y ansiedad 33%, lo que deduce Px. con Depresión Leve.

Grafica No. 5

Caso No. 4 Depresión Leve



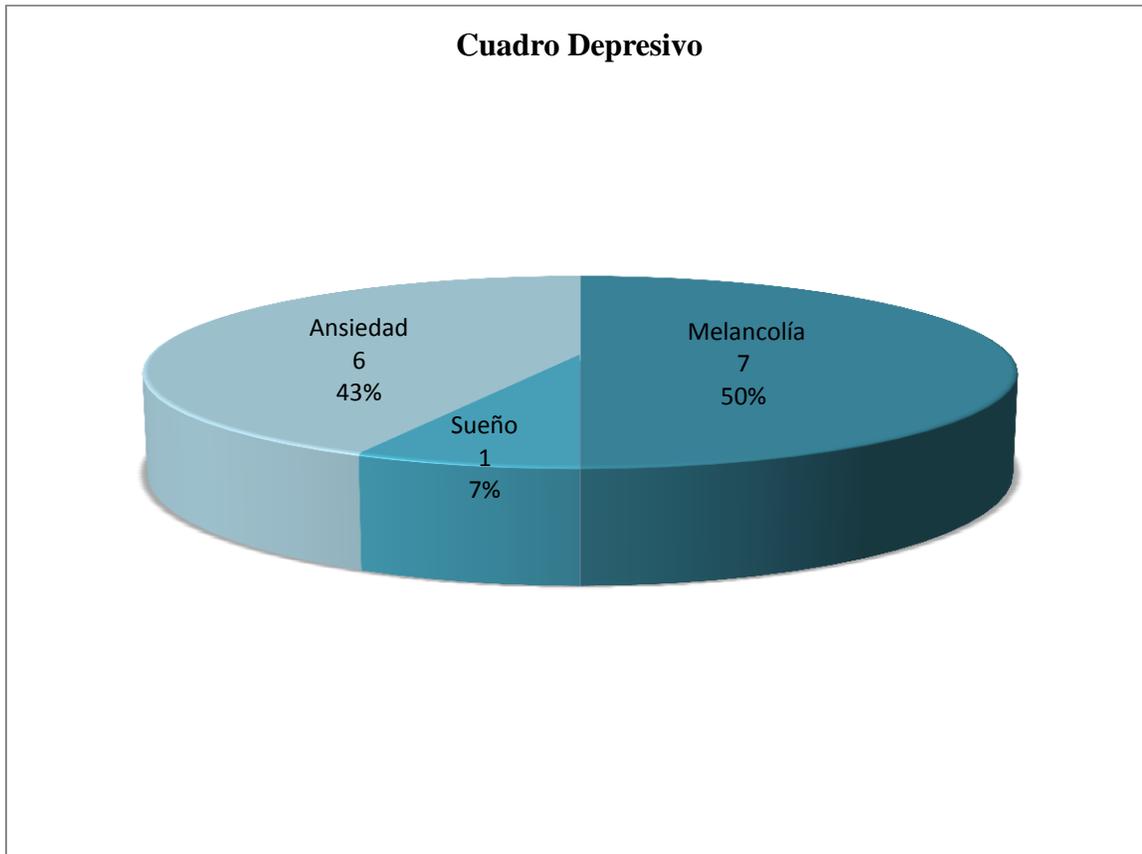
Fuente.: elaboración propia

Descripción:

Según los resultados obtenidos del test aplicado, se establece que la paciente presenta 46% de melancolía, siendo el mayor porcentaje, ansiedad y sueño 27% , lo que deduce Px. con Depresión Leve.

Grafica No. 6

Caso No. 5 Distimia



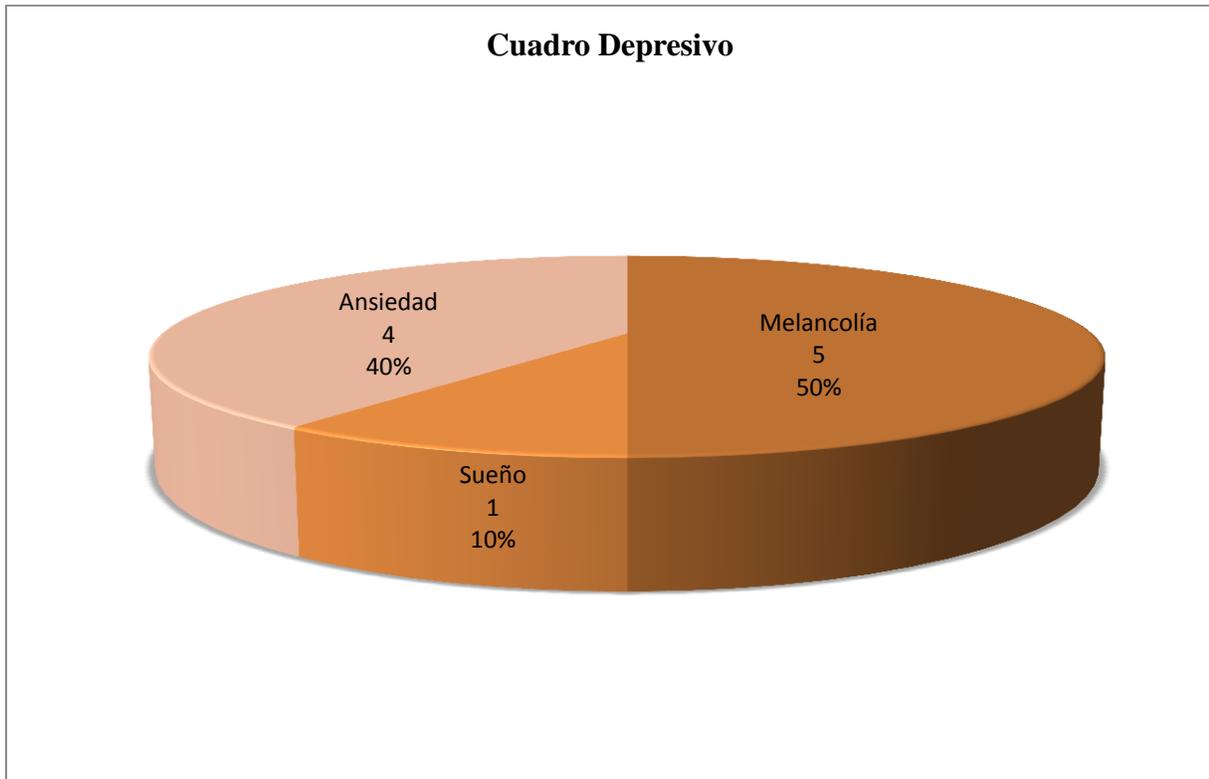
Fuente.: elaboración propia

Descripción:

Según los resultados obtenidos del test aplicado, se establece que la paciente presenta melancolía 50% siendo el mayor porcentaje, ansiedad 43%, y sueño 7% por lo que se deduce Px. con Distimia, síntomas menos graves que la depresión mayor.

Grafica No. 7

Caso No. 6 Distimia



Fuente: elaboración propia

Descripción:

Según los resultados obtenidos del test aplicado, se establece que el paciente presenta melancolía 50%, siendo el mayor porcentaje, ansiedad 40% y sueño 10% por lo que se deduce Px. con Distimia, síntomas menos graves que la depresión mayor.

4.2 Fase II

4.2.1 Análisis cualitativo

4.2.1.1 Desarrollo y análisis de caso

Motivo de consulta

“Se siente desesperado no sabe qué hacer”,

Examen Mental

En la primera cita, paciente de 14 años de edad de género masculino, tiempo y persona; apariencia adecuada a su problema, lenguaje espontáneo y coherente, pensamiento coherente, estado de ánimo deprimido, en cuanto a sus sentimientos insatisfacción por no estar al lado de su mamá. Su vestimenta: calzoneta azul, tenis blanco y playera blanca, su cabello despeinado con algunas mechas hacia la parte frontal de la cara.

En cuanto a la visita al centro: cuando relata su historia baja la mirada, se le observa manierismo, mantiene sus piernas cerradas, tiene coherencia en el relato.

Actualmente se encuentra interno en la casa hogar, fue referido por la Fiscalía del Ministerio Público del Municipio de Poptún, Petén, víctima de violencia intrafamiliar, siendo el victimario su mismo padre biológico, quien lo agredía física y psicológica, comenta que su mamá emigró hacia los Estados Unidos de Norteamérica; lo abandonó cuando tenía 6 años de edad, quedando a cargo de su abuela materna, quien le brindaba buen cuidado, pero su padre pidió la tutela, por lo que se fue a vivir con él, pero hace dos años se hizo insoportable la situación, debido a que el padre consume drogas (cocaína), y bajo los efectos de dicha droga intentó abusarlo sexualmente, lo cual le provocó ira en contra del progenitor, lo que viene afectando la parte psicológica del paciente, y que a la fecha aún no ha podido superar. Síntomas actuales: Irritabilidad, agresividad, desorden alimenticio, insomnio. Signos actuales: ansiedad y cefaleas.

Impresión Diagnóstica: Una vez concluida la intervención, se procede a realizar el diagnóstico clínico de acuerdo a la historia clínica que se me presenta. Paciente género masculino, 14 años de edad, síntoma principal Trastorno Depresivo. Al tratar de encuadrar los signos y síntomas en el cuadro de psicopatologías y al consultar el DSM-IV-TR, pude establecer que los síntomas se relacionan con una ligera incapacidad laboral y en actividades sociales habituales, se afectó su relación con las demás personas, problemas de melancolía, ansiedad y sueño; paciente con Distimia, síntomas menos graves que la depresión según el DSM-IV-TR (F3.1).

Proceso Psicoterapéutico.

Se trabajó psicoterapia de la siguiente manera

- a. Se utilizó la terapia del comportamiento cognitiva-conductual, se estableció que la principal causa se focaliza en los pensamientos inconscientes, y pone énfasis en la catarsis. Se utilizó esta terapia para modificar conductas inadecuadas en el paciente.
- b. La terapia ocupacional: Es una disciplina, que tiene como objetivo, la instrumentación de las ocupaciones para el tratamiento de la salud física y mental de la persona. Se utilizó para que el paciente pueda desempeñarse en algo productivo y se sienta útil, y así mejorar su autoestima.
- c. La observación: Es una técnica, que se utiliza para la inmersión dentro del contexto del sujeto de investigación. La cuál fue de utilidad para observar no únicamente el comportamiento, sino los rasgos corporales, faciales y espaciales del paciente.
- d. El test proyectivo de la figura humana: Para ver los rasgos de la personalidad, la psicopatología que presenta.
- e. La escala de Hamilton: Es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población de todas las edades. En este caso, se utilizó para ver los factores, melancólicos, ansiedad del paciente.
- f. Charlas: Planificadas con el objetivo de capacitar, para modificar conductas inadecuadas, mejorar las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

Cantidad de Sesiones

La intervención psicológica tuvo una duración de seis sesiones.

Elementos claves de su discurso: Cabe mencionar que, en la primera cita, el paciente expresa su disposición y colaboración para llevar a cabo el proceso terapéutico, ya que manifestó “ya no quiero sentirme así, quiero cambiar”.

Paciente manifiesta sentirse deprimido, preocupado, tiene problemas con los internos de la casa hogar, especialmente con las mujeres, comenta que ellas no lo aceptan en los distintos grupos de trabajo. También se queja de que los encargados de la casa hogar le llaman la atención porque no le gusta que deleguen tareas que debe realizar durante la semana.

Revisando su historia familiar. Comenta que viene de un hogar desintegrado debido a la violencia intrafamiliar que recibió de parte de su padre, su mamá tuvo que emigrar a los Estados Unidos de Norteamérica cuando él tenía 6 años de edad, quedó a cargo de su abuela materna, quien lo cuidó durante cinco años, después vivió con su papá, el cual le dio maltrato infantil físico y psicológico; manifiesta que tiene dos meses de estar interno en la casa hogar, que se siente bien, le brindan apoyo necesario, asiste a un centro de estudios, cursa segundo grado de primaria, ya que durante el tiempo que estuvo viviendo con su padre no se preocupó por brindarle estudio formal.

Lo ponía a trabajar en un taller de mecánica que él tiene, también comenta que su papá es adicto a las drogas, y cuando se encuentra bajo los efectos de la droga, es cuando lo maltrataba; hasta intentó abusar sexualmente de él, ocasionándole un trauma que hasta la fecha no ha podido superar.

Manifiesta que se siente bien desde la última cita, comenta que tiene problemas con las internas, ya que no logra ponerse de acuerdo con ellas en algunas actividades, se le preguntó por qué se daba este problema y él, dijo: “a mí me gusta dirigir las actividades, mis obligaciones las delego a otros internos”.

Platicando con los señores encargados del Centro argumentaron, haber observado un cambio en su conducta, su agresividad había bajado hacia sus compañeros, se mostraba más colaborador, en cuanto a sus estudios dijeron que la maestra no tenía ningún problema con él.

Trabajamos con:

- ❖ Charlas
- ❖ Diapositivas sobre reflexión y autoestima
- ❖ Materiales de reciclaje
- ❖ Hojas de trabajo

Sugerencias Claves del Terapeuta

Fue necesario involucrar a los señores encargados de la Casa Hogar, a todo el grupo que se encuentra en rehabilitación, para que el paciente aprendiera a trabajar en grupo y así valorar el trabajo de los demás en la Terapia Ocupacional, y se diera cuenta que tiene un gran potencial para poder realizar tareas y sentirse útil a la vez.

Algo que fue muy positivo, durante las charlas que impartí al grupo siempre hacía preguntas sobre el tema que se estaba tratando, se mostró muy colaborador y atento, lo cual permitió que el paciente se diera cuenta de algunas actitudes negativas que afectan la conducta humana y la relación con las demás personas. También sirvió para enriquecer sus conocimientos.

Test utilizado para la muestra Escala de Hamilton

1. ¿Para qué sirve?

Es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad. Esta escala en su construcción se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4, y ocho de 0 a 2.

Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6. La escala máxima es de 52 (temas 1 a 17)

Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros.

La escala incluye un anexo donde se define cada síntoma y la graduación en la puntuación (ver “tabla 1” del apartado “3. Formato”).

2. ¿Cómo se elabora?

Para su aplicación es necesario que se lleve a cabo por médicos o psicólogos familiarizados con la escala. Para su aplicación son necesarios de 15 a 20 minutos. Se recomienda aplicar siempre que aparece un deterioro funcional (físico o cognitivo).

Capítulo 5

Discusión

5.1 Lecciones Aprendidas

Durante el tiempo que duró la Práctica Profesional Dirigida, la cual fue dividida en tres áreas: Consejería, Investigación y Servicio, aprendí que mi labor como futura profesional de la conducta humana debe ser tomada con mucha responsabilidad.

Es necesario reconocer que las personas a quienes presté mi servicio, son personas que realmente necesitaban de ayuda psicoterapéutica. Pude darme cuenta del alto grado de confianza y el respeto que las personas llegan a depositar en el terapeuta y la satisfacción que se llega a experimentar después de poner los conocimientos adquiridos en beneficio de la población necesitada de ayuda y que acude a la Casa Hogar en busca de ayuda profesional.

El trabajar con honestidad, mística de servicio y profesionalismo, ayuda a alcanzar a corto plazo el proceso de empatía, el cual permite ubicar la magnitud del conflicto o crisis que el paciente presenta y comprender a la persona quien lo presenta, lo que hace al paciente sentirse en un ambiente aceptado y respetado.

Una parte muy importante en el proceso psicoterapéutico lo constituye el buen uso de las técnicas terapéuticas, las cuales nos ayudan a que el paciente pueda superar sus conflictos y psicopatologías.

La humildad debe ser ante todo nuestra carta de presentación, porque en la mayor parte de mi práctica profesional trabajé con personas provenientes de familias desintegradas, con maltrato intrafamiliar, violaciones sexuales, consumo de drogas. Los cuales era difícil lograr el abordaje terapéutico, del cual requerían.

El lugar a donde tuve que prestar el servicio era el comedor donde el tiempo fue una parte importante ya que de ello dependía el avance debido a que en horas de comida había que desalojar. No había un lugar adecuado para poder realizar el servicio, debido a que la casa hogar alberga muchos internos y hace falta más ambientes en los cuales se pueda brindar una mejor atención.

Aprendí, que todas las personas somos iguales, simplemente vivimos circunstancias distintas de las cuales se presentan diferentes experiencias de vida, las cuales en la mayoría de casos los resultados son negativos pero aún así, somos capaces de salir adelante si tenemos la voluntad de superar esa fase de la vida.

Pude comprobar que no importa el problema emocional que la persona presente, puede ser superado, porque durante el tiempo de mi práctica, pude darme cuenta cómo los pacientes a los cuales presté mis servicios creían que su vida no tenía sentido, se sentían incapacitados, y que no tenían un valor ante la sociedad; conforme los fui tratando, su mentalidad cambió, se trazaron metas a corto y mediano plazo, las cuales con esfuerzo y resiliencia fueron alcanzando.

Un caso que marcó mi vida, fue el de una adolescente de 17 años, la cual fue violada por cuatro hombres, fue referida por la Fiscalía del Ministerio Público, al tratar con ella se veía tranquila, callada, pero al hacer el abordaje psicoterapéutico, solo dije dos palabras que la trajo aquí y cuál es su problema, de inmediato la paciente hizo catarsis, es decir, narró detalle a detalle lo que le había sucedido con lujo de detalles, la cual me transportó al lugar de los hechos, pude imaginarme en donde fue violada, la manera como había sido ultrajada, donde uno por uno abuso de ella, pude ver las agresiones físicas, mordidas, golpes y arañones de los cuales fue objeto de parte de sus victimarios.

También narró su sufrimiento a lo largo de cinco largas horas, pero, aprovechando que los vigilantes se habían dormido logró escapar y fue a poner la denuncia a la Policía Nacional Civil, quien los capturó y ahora están tras las rejas. Aprendí que la ayuda cuando llega a tiempo, puede brindar a una persona alivio a sus penas, y problemas emocionales a tiempo.

El caso relevante el cual se enfoco mi investigación fue el del adolescente de 14 años de edad, su problema identidad sexual, me enfoqué en este caso porque me llamó la atención, debido a su relación con los demás internos y encargados de la Casa Hogar. La barrera que puso la falta de comunicación hacia mi persona, ya que él vivía en su mundo irreal, como que no creía en la psicología, pues, siempre argumentaba “no estoy loco”, uno de los temas que traté en mi primer abordaje con él

Conforme las sesiones se fueron dando, fue mostrando su colaboración hacia con la terapeuta, se dio cuenta de que la psicología era para orientar, acompañado de consejería en el cual abordaba temas que a él le interesaba, esa fue una de las técnicas utilizada para poder minimizar los rasgos de su conducta agresiva, y mejorar las relaciones interpersonales con los demás internos.

Poder lograr en el que se trazara metas las cuales logro, y demostró que cuando se tiene voluntad las cosas pueden cambiar.

Aprendí que con la ayuda Dios, la empatía y la perseverancia, logré mi objetivo integrar en la sociedad a este adolescente con problema de Identidad Sexual.

Mi experiencia en la práctica fue el darme cuenta que cuando nos ubicamos en el problema de la persona y logramos que la persona comprenda que es importante para el psicoterapeuta, la psicoterapia funciona de una manera efectiva, logrando cambios gratificantes en las personas, lo más importante: la satisfacción de haber cumplido mi labor como futura psicóloga, y ver a las personas restauradas.

Aprendí que para que una persona cambie, debo primero cambiar mis actitudes y forma de pensar. Gracias a Dios y a esta carrera, logré una transformación en mi persona, lo que me compromete a prepararme cada día más, para continuar brindando ayuda profesional de calidad con calidez. Este ha sido uno de mis mayores logros a lo largo de mi carrera profesional.

Conclusiones

El tiempo en que se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida, fue de gran utilidad, toda vez que en el desarrollo de la misma, me sirvió para llevar a cabo un abordaje psicoterapéutico que incluyó actividades en las cuales el adolescente tuvo una activa participación, mostrando su dedicación, responsabilidad y creatividad, la mayor parte del trabajo realizado se manifiesta por medio de las personas asistidas, lo cual me llena de satisfacción.

La Práctica Profesional Dirigida fue una parte importante para desarrollar técnicas que sirvieron para detectar problemas emocionales, los cuales aquejan a los internos de la Casa Hogar “AHICAM”, pues la mejor recompensa al trabajo realizado fue el ver a las personas atendidas restablecidas, viendo la vida de una forma diferente.

Las experiencias obtenidas en la Práctica Profesional Dirigida, son parte importante en la Carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, ya que por medio de ella podemos dar a conocer nuestros conocimientos obtenidos a lo largo de cinco años.

Recomendaciones

Qué se obtenga un área específica, para la construcción de una clínica para la atención psicológica de los internos.

Qué se adquiera recursos materiales, lúdicos y audiovisuales para uso de la clínica psicológica para el uso y manejo del psicólogo en dicha área, así pueda sentir más confianza y comodidad al momento de recibir la atención psicológica.

Qué el Ministerio de Salud de Petén, considere en algún momento la contratación de un profesional de la psicología, al servicio de la Casa Hogar “AHICAM”, para la ayuda de niños, niñas y adolescentes, ya que es de suma importancia.

Que se promocióne en el municipio de San Luis y Poptún, Petén la Carrera de Psicología y Consejería Social ya que cada día aumenta la demanda del profesional de la psicología, por la prevalencia de enfermedades mentales en el área.

Referencias

Libro Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría, **Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica**, Sadock, Benjamín J. y Sadock, Virginia A. 10. o. edición (2009) Pág. (1,260).

Investigación Morales, Gabriela, Nodal, Natalia, y Pacheco, Rodrigo (2005) **Investigación Influencia de las Relaciones estables de adolescentes en la incidencia de la depresión**, Universidad del Valle, México, Campus Tlalpan.

Internet Laya, Tarragana,B, de la Osa, N, y Espeleta. L. (2008) Protocolo d evaluación de **niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica**. Disponible en: [http://www, violencia intrafamiliar](http://www.violenciaintrafamiliar.com)

Internet http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresio_n0.htm

http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresio_n1.htm

<http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>

<http://www.odontocat.com/testdepre.htm>

Anexos

Anexo 1 Planificaciones de Actividades

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

SEDE SAN LUIS DE PETÉN

“PLANIFICACIÓN DE SENSIBILIZACIÓN DE EDUCACION SEXUAL DIRIGIDO A JÓVENES DE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD”

Objetivo General: La presente planificación en la sensibilización de los temas de Educación Sexual para Jóvenes de 12 y 17 años de edad, pretende contribuir a que los jóvenes conozcan, sobre la sexualidad que forma parte de nuestro cuerpo y se orienten con herramientas efectivas que les permita mejorar sus aptitudes y relaciones interpersonales.

PLAN DE TRABAJO

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	AREA Y TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar actividades de capacitación dirigida a jóvenes de 12 y 17 años de edad, para sensibilizarlos sobre la problemática, a efecto que les permita lograr cambios conductuales, y mejoren su estilo de vida ❖ Realizar que permita observar la interacción de los participantes, por medio de trabajo en grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentación del tema Educación Sexual a través de una dramatización con la participación del grupo de jóvenes de 12 y 17 años de edad, titulada Equidad y Género ❖ Lluvia de ideas sobre el tema tratado ❖ Opiniones por los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Convivencia • Exposición • Dinámicas • Evaluación • Comunicación Abierta • Entrega de Trifoliar sobre Educación Sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadora • Papelografos • Lapiceros • Marcadores • Trifoliar • Maskin Tape • computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • La actividad se llevara a cabo dentro del centro de práctica • Presentación del tema 5 minutos. • Lluvia de ideas 10 minutos • Dramatización por los jóvenes tiempo 10 minutos. • Opiniones sobre el tema por parte de los participantes. 10 minutos • Entrega de los trifoliales, y revisión de la lectura tiempo 5 minutos.

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
SEDE SAN LUIS DE PETÉN**

**“PLANIFICACIÓN DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE SALUD MENTAL A JÓVENES DE
12 Y 17 AÑOS DE EDAD**

Objetivo General:

Que los internos de la Casa hogar “AHICAM”, aldea Machaquila, Poptún, Petén; conozcan los beneficios de la salud mental, y puedan encontrar alternativas para aplicarlas en su vida diaria

PLANIFICACIÓN DE TALLER SOBRE SALUD MENTAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	AREA Y TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lograr la sensibilización en el grupo de internos para que se incorporen a la actividad programada sobre salud mental. ➤ Exploración de los conocimientos previos en relación con la salud mental de los estudiantes ➤ Establecer un ambiente agradable, armónico y sobre todo la participación de los participantes. ➤ Lograr en los internos, la relajación por medio de la meditación guiada, para autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinámica de la tela araña, para socializar el tema. “salud mental” ✓ Preguntas sobre el tema de Salud Menta ✓ Presentación de video ✓ Presentación de película ✓ Terapia de relajación ✓ Refacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del tema “Salud Mental” • Presentación de Diapositivas • Preguntas ¿Qué saben de salud mental? ¿Qué han escuchado de salud mental? ¿Por qué es necesario tener salud mental? • Exploración de los conocimientos previos en relación con la salud mental de los participantes • Presentación de videos sobre el tema El Perdón. • Presentación de la Película titulada el Circo de la Mariposa con la participación del personaje, Nike el hombre sin extremidades. • Terapia de relajación Se coloca a los participantes en círculo, luego se les pide, que se sienten cómodamente y luego que, se recuesten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Bola de lana • Computadora • Papelografos • Maskin tape • Cámara • Incienso • Hojas de bond tamaño carta • Bocina • USB • Videos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica 15 minutos • Preguntas 10 minutos • Presentación del tema 15 minutos • Presentación de video 15 minutos • Presentación de película 20 minutos • Terapia de Relajación 30 minutos • Refacción 10 minutos • Entrega de recuerdos a internos 5 minutos.

Anexo 2

Actividades realizadas durante el tiempo de práctica



Charlas para los jóvenes en Casa Hogar “AHICAM”



Pacientes de Casa Hogar “AHICAM” en terapia ocupacional

Anexo 3 Escala de Hamilton de la Depresión

Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17.

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 si 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 palabra, 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, algias 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)

Calificación de la Escala de Hamilton

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y puntuación, en tres factores, melancolía, sueño y ansiedad.

La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem.

Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. En la siguiente tabla se expresa los dos más utilizados.

- 1- 0-7= No depresión
- 8-12=Depresión menor
- 13-17=Menos que depresión mayor

- 2- 0-7=No depresión
- 8-14=Distimia
- >-15=Depresión de moderado a grave

Las puntuaciones en cada uno de los factores se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems, que le constituyen: