

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Trastorno Depresivo Mayor en una mujer de 35 años, a causa
de abandono de las figuras paternas, atendida en Escuela Oficial Urbana
Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Kimberly Gabriela Fuentes Orozco

San Marcos, octubre 2018

Trastorno Depresivo Mayor en una mujer de 35 años, a causa de abandono de las figuras paternas, atendida en Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Kimberly Gabriela Fuentes Orozco

Lic. Carlos Grijalva Barrios (Asesor)

M.A. Laura Mejía (Revisora)

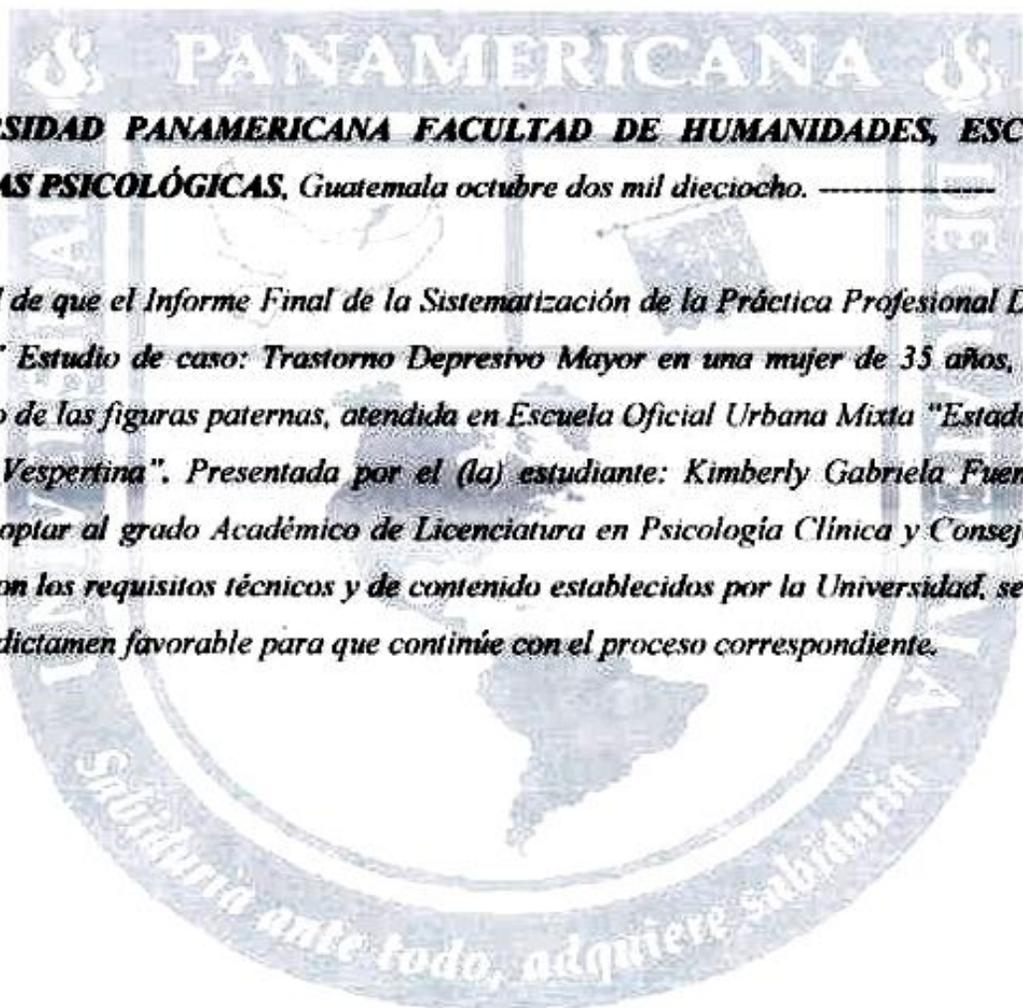
San Marcos, octubre 2018

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala octubre dos mil dieciocho. -----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: " Estudio de caso: Trastorno Depresivo Mayor en una mujer de 35 años, a causa de abandono de las figuras paternas, atendida en Escuela Oficial Urbana Mixta "Estado de Israel" Jornada Vespertina". Presentada por el (la) estudiante: Kimberly Gabriela Fuentes Orozco previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica 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.


Carlos Grijalva Barrios
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala octubre de 2018.-----

En virtud de que **La Sistematización de Práctica IV, Práctica Profesional Dirigida**, realizada durante el ciclo lectivo dos mil diecisiete, en la Escuela Oficial Urbana Mixta "Estado de Israel", municipio de San Marcos, departamento de San Marcos, de conformidad con el Informe final, presentado por la estudiante **Kimberly Gabriela Fuentes Orozco**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica 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.

Licenciada Laura Eunice Mejia Tuche
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala octubre del dos mil dieciocho. -----

En virtud que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: Trastorno Depresivo Mayor en una mujer de 35 años, a causa de abandono de las figuras paternas, atendida en Escuela Oficial Urbana Mixta "Estado de Israel" Jornada Vespertina"**, presentado por el (la) estudiante **Kimberly Gabriela Fuentes Orozco** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: *“Para efectos legales, únicamente la sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”.*

Dedicatoria

A mi Padre Celestial: por su amor, bondad y misericordia en cada día de mi vida.

A mi madre, Marisol Orozco: ella, mi más bello tesoro, de quien he recibido mucho amor y apoyo a lo largo de mi existencia, en especial en mi formación académica hasta la fecha. Mis triunfos son tuyos. ¡Dios te bendiga!

A mi hermano menor, Billy Fuentes: nunca voy a olvidar la clase magistral que me dio sobre metodología de la investigación. ¡Admiro tu inteligencia y tu perspectiva de vida!

A mi hermano mediano, Antony Fuentes: por enseñarme a soñar en grande y por las sugerencias virtuales brindadas. ¡Admiro tu inteligencia y tu perseverancia!

A mi gran amor, Gustavo Mejía: por el gran apoyo emocional en mis momentos de frustración y por la motivación que me inyecta cada día. ¡Chocoflan!

A mi primo, Alexis Fuentes: por su apoyo, su interés y el tiempo que me brindó.

A la bibliotecaria: Por su paciencia y sus atenciones mientras buscaba libros.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1. Marco de referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2. Marco teórico	5
2.1 Trastorno depresivo mayor	5
2.1.1 Tipos de depresión	6
2.1.2 Causas	8
2.1.3 Consecuencias	10
2.2 Relaciones afectivas en la infancia y la adolescencia.	11
2.3 El dardo emocional del rechazo y abandono	12
2.4 Prevalencia de la depresión	14
2.5 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor	14
2.6 Tipos de tratamiento	18
2.6.1 Psicoterapia	18
2.6.1.1 Terapias empleadas en casos de depresión	18
2.6.1.1.1 Terapia Cognoscitiva de la depresión	18
2.6.1.1.2 Terapia Gestalt	19

2.6.1.1.3 Logoterapia	19
2.6.1.2 Técnicas que se pueden aplicar en la depresión	20
2.7 Farmacología.	22
Capítulo 3. Marco Metodológico	24
3.1 Planteamiento del problema	24
3.2 Pregunta de investigación	25
3.3 Objetivos	25
3.3.1 Objetivo general	25
3.3.2 Objetivos específicos	25
3.4 Alcances y límites	25
3.5 Metodología	26
Capítulo 4 Presentación de resultados	27
4.1 Sistematización de estudio de caso	27
4.2 Análisis de resultados	31
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias	40

Resumen

La carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de Universidad Panamericana, del municipio de San Marcos, departamento de San Marcos; accede la presente investigación desarrollada durante los meses de mayo a septiembre del año dos mil diecisiete, en Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina, localizada en 14 Av. 7-160 zona 3, a un costado de la Universidad San Carlos de Guatemala, San Marcos. El centro educativo se dedica a formar académicamente e inculcar valores a niños y niñas de escasos recursos, en grados desde párvulos hasta sexto de primaria.

El contenido de esta investigación se divide en cuatro capítulos. En el capítulo uno se da a conocer la información de la Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina, esto incluye: el antecedente del caso estrella, la descripción de la escuela antes mencionada, su organización, misión y visión; así mismo manifiesta una justificación.

El capítulo dos aborda información teórica de la investigación, comprende temas como: definición del trastorno depresivo mayor, tipos de depresión, sus causas y consecuencias, importancia de las relaciones afectivas en la infancia y la adolescencia, el dardo emocional del rechazo y abandono, prevalencia de la depresión, criterios diagnósticos, tratamiento de psicoterapia, sus corrientes y técnicas, como también el tratamiento farmacológico.

El tercer capítulo abarca la metodología de la investigación, expone el planteamiento del problema, sus alcances y límites, de la misma manera, presenta el objetivo general y los objetivos específicos que se persiguen desde el inicio de la realización del trabajo.

En el último capítulo presenta los resultados alcanzados del caso estrella, la evolución del mismo a través de las sesiones y las terapias aplicadas como intervención clínica psicológica.

Introducción

La depresión se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo y tiene como característica principal una alteración del humor; a esto sumamos la influencia de la personalidad, existen todo tipo de personas, algunos son extrovertidos, otros serios, hay quienes son callados, otros muy alegres, etc. Pero la tristeza no es algo que se pueda tomar a simple vista como depresión, ya que en todo ser humano existen los llamados “días buenos y días malos”, pero cuando los “días malos” empiezan a ser más frecuentes, cuando la infelicidad se vuelve un estilo de vida y si el estado de ánimo es tan marcado afectando la vida social, laboral o familiar entonces sí se puede hablar de trastorno.

Según el departamento de epidemiología, la depresión y ansiedad son las consultas más frecuentes del país; son las mujeres quienes consultan más que los hombres. Esto se debe a los estereotipos manejados en el municipio de San Marcos, departamento de San Marcos; el hombre está hecho para ser servido y trabajar, mientras la mujer está destinada a servir y ser ama de casa; violencia desde una perspectiva de género, afortunadamente esto poco a poco está desapareciendo y se está dando lugar a la equidad.

Existen muchos mitos sobre el hecho de ir con un psicólogo/a pues se tiene la idea errónea de que quienes asisten a terapia están “locos o locas” y este pensamiento es más predominante en el sexo masculino que en el femenino, por esa razón es que las mujeres son las más decididas en buscar ayuda.

El proceso de práctica profesional dirigida ha sido realizada en Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina, ubicada en el municipio de San Marcos, departamento de San Marcos. En el centro educativo se pudo brindar la atención psicológica pertinente a la señora S.P.A.C quien indicó sentirse sensible la mayor parte de tiempo a causa del abandono de su mamá, el rechazo de su papá y las groserías de su suegra. En base al plan terapéutico establecido, se le brindó a la paciente las herramientas adecuadas para que pudiera ganar las habilidades necesarias para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Antecedentes

La práctica profesional dirigida ha sido realizada en Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina; durante el tiempo efectuado en el centro educativo, asiste por voluntad propia la señora S.P.A.C indicando sentirse muy sensible, llora por todo empezando porque su mamá la abandonó cuando ella era una niña, su papá siempre la ha despreciado y también porque ya no soporta el rechazo y las groserías de suegra; al realizar la evaluación correspondiente, la señora S.P.A.C fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor, por este motivo surge el denominado “caso estrella” ya que la depresión es la enfermedad de la actualidad, siendo la principal causa de suicidio en varios países del mundo.

En el municipio de San Marcos, departamento de San Marcos cualquier persona es susceptible a sufrir una depresión, incluyendo a los niños y adolescentes; desde tiempos antiguos parte de la población tuvo la idea errónea de que la mujer solo servía para tener hijos, para cocinar y para atender al marido, por lo tanto los padres no creían oportuno que ellas tuviesen la oportunidad de estudiar, de todo esto, es notable el machismo y la humillación a la mujer dejándole la puerta abierta a la depresión.

Actualmente, se les ha brindado la oportunidad a muchas mujeres de poder estudiar y trabajar. Sin embargo el rechazo y el maltrato no desaparecen por parte de los hombres e incluso entre las mismas mujeres. En San Marcos muchas personas están conociendo los rasgos de ésta enfermedad, mientras otros ni siquiera saben que existe, esta es la razón por lo que nace la investigación, tomando en cuenta la necesidad de implementar la psicología preventiva en este municipio, lo que más detiene a la población de asistir a un psicólogo o psicóloga es la economía, incluso para asistir al médico las personas esperan estar muy enfermos, algo que es muy lamentable.

1.2 Descripción

La práctica se realizó en la Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Vespertina, San Marcos.

En cuanto a la fundación no existen datos bien definidos, lo único que se sabe es que la causa empezó hace unos años atrás con la buena voluntad de una directora, quien vio la necesidad de estudiar y la tristeza de los niños y niñas que trabajaban en lustrar zapatos, vender chicles, etc. Por lo que empezó a dar clases por las tardes en la escuela que originalmente es Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” Jornada Matutina y ella abrió campo a la Jornada Vespertina con la finalidad de que los niños y las niñas que trabajaban por las mañanas tuvieran la oportunidad de estudiar por las tardes. Las condiciones económicas y gubernamentales del establecimiento son muy precarias.

1.3 Ubicación

El centro educativo se encuentra en el departamento de San Marcos, municipio de San Marcos, está ubicado específicamente en 14 Av. 7-160 zona 3, a un costado de la Universidad San Carlos de Guatemala, San Marcos.

1.4 Organización

Es una organización educativa que se compone principalmente de: directora, quien es la encargada de llevar a cabo las gestiones dentro y fuera del plantel educativo, personal docente que contribuye a la formación que todo estudiante debe y merece adquirir durante el ciclo escolar; padres y madres de familia encargados de brindar el apoyo económico, físico, moral y emocional a sus hijos e hijas de manera activa en el centro educativo y en el hogar.

Actualmente la escuela cuenta con grados desde párvulos hasta sexto primaria, la comunidad educativa es muy poca, siendo 95 el número total de estudiantes. Cuentan con 5 maestros, están distribuidos de la siguiente manera: párvulos I, II Y III una maestra, primero primaria una maestra, segundo y tercer primaria una maestra, cuarto y quinto primaria un maestro y sexto primaria una maestra, quien es directora a la vez.

1.5 Organigrama

Imagen 1
Organigrama



Fuente: Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” San Marcos

1.6 Visión

Promover un clima afectivo escolar en donde los niños y niñas se sientan en armonía consigo mismos, con sus compañeros y compañeras y docentes.

1.7 Misión

o Facilitar la educación integral de los niños y niñas del establecimiento.

o Entregar a la sociedad personas con valores y principios.

1.8 Programas establecidos

En realidad, la institución carece de muchos programas que le gustaría implementar pero no cuenta con el suficiente apoyo y respaldo de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales; uno de estos programas es la atención psicológica. Sin embargo los niños y las niñas participan en programas deportivos y programas de educación musical.

1.9 Justificación de la investigación

La depresión es tan antigua y forma parte de un fenómeno social que afecta la humanidad provocando en ellas malestar físico y emocional, originando a la vez consecuencias de pensamientos inadecuados y recurrentes que la persona utiliza en forma negativa; no todos los casos de depresión son tan desesperados que los lleven al suicidio, sin embargo, no hay nadie que se escape en mayor o menor grado de un ataque depresivo.

Existen numerosos casos de depresión que no son tratados, debido a la falta de información o por falta de conocimiento acerca de profesionales en salud mental (psicólogos y psiquiatras), aunado a estos los factores económicos, religiosos, prejuicios entre otros; consciente de esta problemática social, psicológica y clínica es conveniente ejercer la responsabilidad de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y comportamentales para que las personas sean tratadas y sean devueltas en condiciones socio-ambientales estables.

La sistematización implica poder cultivar una influencia de salud mental, autoestima y resiliencia; la investigación que se realiza es un eje primordial para la formación académica del estudiante y a la vez promueve información importante para la prevención o en otros casos el mejoramiento de salud mental de la persona que la padece y de la población en general.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Trastorno depresivo mayor

Warren (1984) afirma que: “Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser normal o patológico.” (p.85)

Esto quiere decir que cuando se habla de patología significa que es una enfermedad. Una vez aclarado, se puede describir que la depresión afecta la relación entre el cuerpo y la mente; las ideas y las acciones de las personas se vuelven incómodas en las distintas áreas de vida: física, mental, emocional, social, y espiritual. Más adelante serán explicadas.

Feldman (2014) describe que: “La depresión mayor es una forma grave de depresión que interfiere en la concentración, la toma de decisiones y la sociabilidad” (p.475)

La cita anterior explica que: el trastorno depresivo mayor obstaculiza la falta de atención en las personas que lo padecen. La incapacidad comienza al no saber, ni poder, tomar decisiones en las circunstancias que lo ameritan, lo más lamentable es que el individuo termina en un punto de aislamiento, es decir, se retira de las actividades sociales en las que todo ser humano se involucra: familia, trabajo, escuela, entre otras; ocasionando un estado de ánimo bajo.

“El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz” (Sarason, 2006, p.333)

El estado de ánimo de una persona depresiva puede ser momentáneo o progresivo, es decir por un corto o largo tiempo, dependiendo del progreso de los signos y síntomas que presenta. Es posible

que la persona inicie con melancolías hasta llegar a una desesperanza profunda que le impida poder desempeñarse de manera activa en la sociedad.

Feldman, (2014) afirma que:

Cuando los psicólogos hablan de depresión mayor no se refieren a la tristeza de experimentar desilusiones normales de la vida algo que casi todos hemos experimentado, cierta forma de depresión es normal después del rompimiento de una relación duradera, de la muerte de un ser querido o de la pérdida de un empleo; incluso después de tener problemas menos graves como desempeñarse de forma deficiente en un examen o que nuestra pareja olvide nuestro cumpleaños

Quienes sufren de depresión mayor experimentan sentimientos similares, pero la gravedad suele ser mucho peor. Llegan a sentirse inútiles, despreciables y solos, y es posible que no vean con esperanza el futuro y consideren que nadie puede ayudarles. (p. 476)

2.1.1 Tipos de depresión

Las personas generalmente desconocen los diferentes tipos de depresión, ésta se toma como algo general que se basa de la tristeza profunda y nada más. Por esa razón, es necesario brindar el conocimiento sobre las características que integran cada tipo. Los trastornos más comunes son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

G. Morris & A. Maisto (2009) afirman que: “El DSM-IV- TR distingue entre dos formas de depresión. El trastorno depresivo mayor es un episodio de tristeza intensa que puede durar varios meses; en contraste, la distimia es una tristeza menos intensa (y síntomas relacionados), pero que persiste con poco alivio por un período de dos años o más” (P. 517)

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009) clasifica los trastornos depresivos así:

El trastorno depresivo grave, llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave

incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

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

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

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

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

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses de invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz. (pp. 3-4)

Cada tipo de depresión contiene una característica sobresaliente que permite diferenciar una de otra.

2.1.2 Causas

LaHaye (1990) sostiene que existen diez causas de la depresión entre ellas: desilusión, falta de autoestimación, comparaciones injustas, ambivalencia, enfermedad, funcionamiento biológico anormal, depresión postparto, hiperactividad mental, rechazo y metas inadecuadas.

La desilusión corresponde al disgusto acumulado de cualquier cosa, aun así sea insignificante para los demás, puede ser un regaño de la persona que tanto ama hasta perder la esperanza. Así mismo, la falta de autoestimación incluye el autoreproche por sentir que no hace bien las cosas, dejando siempre una insatisfacción. Mientras que las comparaciones injustas llaman a la envidia, enfocando el punto fuerte de los demás y opacando el propio. Por otro lado, la ambivalencia contribuye a la incapacidad de enmendar una situación; mientras tanto la enfermedad vuelve vulnerable a la persona.

El funcionamiento biológico anormal tiene que ver con las glándulas en este sentido se resalta el problema de la tiroides. Cuando ésta glándula produce pocas hormonas como la serotonina se producen sentimientos negativos, en caso de que aumente sus niveles de hormonas produciría irritabilidad e inquietud .

En caso de depresión postparto, ocurre por el cambio drástico que se produce después de que la madre tiene a su bebé, dejándole así una sensación de vacío. La causa de hiperactividad mental se refiere a la falta de descanso cerebral que tenemos por sobrecargarnos con actividades diversas que se salen de control. Y las últimas dos, siendo el rechazo debido a la falta de amor y las metas inadecuadas, que consisten en enfocarse en una sola meta llegando a frustrarse, por lo que se deben tener varias metas a largo y a corto plazo.

Por otro lado el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) sostiene que no existe una causa única conocida de la depresión. Esto puede ser producto o una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Esto explica la función de los neurotransmisores en el cerebro, la herencia de generaciones en generaciones y las experiencias traumatizantes.

Existen diversas causas de la depresión. La primera es por herencia o antecedentes familiares que puede trascender de generación en generación, la segunda se debe a las experiencias amargas de la vida que dejan una secuela emocional devastada y que poco a poco contribuye al padecimiento de la depresión y por último, pero no menos importante es la base científica y química de los neurotransmisores que producen a través de las neuronas, siendo la serotonina, la dopamina y la noradrenalina los principales agentes responsables de la motivación y la felicidad.

La serotonina y la noradrenalina intervienen en: la regulación del sueño, el apetito, los estados de ánimo, la presión arterial, la actividad motora y la actividad sexual; si éstos disminuyen se producirá: insomnio, fatiga, se le dificultará la toma de decisiones, tendrá sentimientos de culpa e ideas de suicidas como también producirá falta de apetito o el aumento del mismo, esto le hará subir o bajar de peso, por otro lado, la dopamina produce anhedonia que es la incapacidad de sentir placer.

Según el Dr. Tango (2016) “La depresión puede ser producida por: Alcoholismo o drogadicción, por enfermedades, como hipotiroidismo, cáncer o dolor prolongado, por medicamentos como los esteroides, por problemas para dormir y por hechos estrantes de la vida, como maltrato o rechazo en la niñez (Común en los adultos mayores)”

En caso de las personas que consumen alcohol, puede ser que quieran dejar de beber, pero su cuerpo lo exige, por eso es que se frustran entonces recaen y como en la mayoría de casos su familia no les apoyan se sienten poco aceptados/as.

Desde el enfoque psicoanalítico se afirma que: “Uno de estos enfoques psicoanalíticos, por ejemplo, señala que la depresión se produce desde edad temprana en la vida por la pérdida, o

amenaza de pérdida, de alguno de los padres. (Vanheule et al., 2006)” (Psicología con aplicaciones de países de habla hispana, p. 478)

2.1.3 Consecuencias

La tragedia más lamentable de la depresión es cuando las personas toman la decisión de quitarse la vida como “solución” a todos sus problemas; esto suele suceder con mayor frecuencia cuando no encuentran apoyo en nadie y menos en sí mismos.

En 2017, Ginebra sostiene “La depresión es la enfermedad que más contribuye a la discapacidad en el mundo (un 7.5 por ciento) mientras que los trastornos de ansiedad es la sexta dolencia (un 3.4 por ciento). Además, la depresión es la primera causa entre las muertes por suicidio: 800 mil al año”

Otra de las consecuencias de la depresión es la pérdida de productividad en las personas que lo están viviendo. Cuando una persona entra en la etapa de depresión se enfrenta al deseo intenso de “no querer hacer nada” especialmente en su trabajo que le genera cierta presión y exigencia, esto le roba la energía que no tiene o la poca que le queda, es ahí donde pierde su productividad como ser humano y por lo mismo pierde autosuficiencia.

“Las pérdidas económicas globales superan un billón de dolares anuales, dijo la OMS, refiriéndose a la pérdida de productividad debido a la apatía o falta de energía que lleva una incapacidad para funcionar en el trabajo o lidiar con la vida diaria” (Ginebra, 2017).

El individuo al sentirse insuficiente empieza a tener problemas de autoestima, el principal indicio es el pensamiento recurrente de “inutilidad” entre otros.

Vélez (2013) divide las consecuencias negativas y positivas de la depresión. Dentro de las consecuencias negativas se encuentran: intentos de suicidio, falta de autoestima, sentimiento de soledad, cambios físicos, como los dolores de cabeza y los efectos secundarios de la depresión.

En las consecuencias positivas se puede mencionar: la importancia de liberarse, la fortaleza psicológica, aprender a mantener el equilibrio emocional y empezar una nueva vida.

Existen personas que tiene consecuencias positivas de esta enfermedad, pues adoptan este proceso como adquisición de resiliencia, de alguna u otra manera interviene la voluntad de cambio para poder dejarse apoyar de todos los recursos que se encuentran a su alcance, esto contribuye a que el individuo salga de donde se sumerge.

Pérez (1961) sostiene que: “Hay sentimientos de fuerza, como los sentimientos de éxito feliz, de progreso, de claridad, de comprensión o plenitud, o sus sentimientos contrarios: de impotencia, incapacidad, oscuridad, aburrimiento” (p. 214)

2.2 Relaciones afectivas en la infancia y la adolescencia.

López (1969) afirma que: “Correspondiendo a la madurez y al desarrollo progresivo de las necesidades adaptativas se observa en todo ser humano, desde su nacimiento hasta su muerte, una constante evolución de sus emociones y sentimientos, en virtud de una doble cadena de factores: por un lado, a medida que varían sus condiciones vitales, se modifican sus necesidades, sus carencias y, sus defensas y recursos de conservación o recuperación del equilibrio existencial, alterando así la reacción que cualquier emergencia o situación nueva produce en el organismo.” (p. 182)

Desde tiempos antiguos, se ha tomado en cuenta la importancia de la protección de los padres hacia sus hijos como base fundamental de un desarrollo integral de los mismos, en caso contrario, genera una inestabilidad emocional, naciendo de ello una depresión infantil.

De acuerdo con Aaron Beck (2002) “durante la niñez y la adolescencia algunas personas pasan por experiencias desgarradoras como la pérdida de un padre, dificultades graves para obtener la aprobación social o de los padres o críticas humillantes de los maestros y otros adultos.” (p. 520)

Los niños, las niñas y los adolescentes son vulnerables a las críticas positivas o negativas de su entorno familiar, escolar, y social; este punto es determinante en el futuro para las demás etapas de vida. Si ellos poseen una base sólida constructiva, podrán desempeñarse de mejor manera a lo largo de su existencia; pero si la base que tienen es frágil y destructiva, es muy probable, que lleguen a padecer el trastorno de depresión desde temprana edad. Para eso:

Según Averil (1959) “La primera regla que ha de observarse, para controlar y eliminar el miedo en los niños, es la tan evidente y sensata de que sus mentores y custodios adultos sean cuidadosos y eviten los temores y las amenazas y enseñar a los niños” (p. 34)

El miedo adquirido es la característica principal que produce depresión, por lo tanto, es fundamental que quienes esten a cargo de ellos y ellas, sean cautelosos para su formación integral, creando así una atmósfera de confianza. Por eso es aprender a observar más allá de lo que es notable a simple vista, solo así se podrá prevenir muertes y sufrimientos

La OMS (2014) sostiene que: “Si los adolescentes fuesen tratados a tiempo se podrían evitar muertes y sufrimientos durante toda una vida”.

2.3 El dardo emocional del rechazo y abandono

Bourbeau (2011) afirma que:

Para muchas personas resulta difícil distinguir entre rechazar y abandonar. Abandonar a alguien quiere decir distanciarse de esa persona por algo o por alguien más, mientras que rechazar a alguien significa rehusarla, no desear tenerla cerca o no desear tenerla en la vida. Quien rechaza utiliza la expresión “No quiero”, mientras que quien abandona recurre a “No puedo”. (P. 31)

El rechazo y el abandono van de la mano, aunque precisamente no sean iguales. Ambos provocan en la persona un sentimiento de no ser querido o querida. Al vivir esta experiencia,

automáticamente los niños, los adolescentes y los adultos usan una máscara de huida, se protegen y dejan de ser ellos mismos.

El rechazo se puede dar en las distintas etapas de la vida, desde la fecundación de un bebé cuando los progenitores no quieren tenerlo (rechazo) y en otros casos lo tienen pero no tienen las posibilidades para cuidar de él o ella y lo dejan a su suerte (abandono).

En la niñez, puede ser que los padres estén presentes físicamente pero ausentes emocionalmente y esto es muy determinante en la vida de esos pequeños que están necesitados de un abrazo, un beso, una muestra de afecto que pueda nutrir su alma, que llene de potencialidad su vida. En casos contrarios el abandono físico convierte al niño o a la niña en un ser que se hace valer por sí mismo pero a base de sobrevivencia, de exigencias que no le permite tener un desarrollo integral.

En la adolescencia y en la edad adulta se reflejan muchas formas de rechazo y abandono. Podríamos mencionar el caso de una persona enamorada de alguien que no le corresponde (rechazo) o en un matrimonio en donde el esposo deja a su esposa por alguien más (abandono).

Las causas del rechazo y el abandono dependen en gran parte de los padres. Esto ocurre de la siguiente manera: mamá enseña a su hija a amarse y dar amor; mientras papá enseña a su hija a dejarse amar y recibir amor. En el caso de los niños varones, es papá quien enseña el amor propio, mientras mamá se encarga de mostrarle como se toma el amor. Todo lo que se pueda enseñar en cuanto al amor, depende ser del mismo sexo y del sexo opuesto. He ahí la importancia de los vínculos afectivos sanos con los padres para la vida futura. En caso contrario se produciría desde una mala percepción de la vida como problemas de autoestima, inestabilidad emocional, etc; hasta un grave trastorno como la depresión, ansiedad entre otros.

Las bases biológicas de los vínculos afectivos se determina a través de la oxitocina por parte de la madre y de la vasopresina por parte del padre. La oxitocina en la mujer se produce aún más en el momento del parto y es ahí donde se da la plenitud de apego entre madre e hijo/a. En el caso de

los padres aumenta la vasopresina cuando existe un momento de estrés o de peligro, eso genera una respuesta de protección hacia el niño o la niña incluso hasta a la madre del mismo/a.

2.4 Prevalencia de la depresión

“Las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión mayor que los hombres, y una cuarta parte de ellas es propensa a padecerla en algún momento de su vida”. (Feldman, 2014, p. 476)

Las mujeres son más vulnerables a experimentar depresión mayor por varios sucesos, dentro de ellos el cuidado de los hijos, las responsabilidades del hogar, rupturas amorosas o divorcios, problemas de complejidad con su cuerpo, falta de aprobación, sentimiento de inutilidad, violencia intrafamiliar, o por falta de oportunidades de empleo, entre otros. A diferencia de los hombres considerados más “fuertes” y menos “sensibles” pero en realidad respaldan su depresión con alcohol, por ejemplo.

“Entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27.5% (EE=2.5) tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia” (Corina Benjet, 2004)

2.5 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor

Los criterios diagnósticos facilitan la identificación del trastorno, según las características de la persona y su “problema”.

Existen varios manuales en donde se pueden ubicar los elementos que servirán para diagnosticar al paciente; esto es una controversia por el hecho de que cada uno cuenta con sus propios criterios.

Esto quiere decir que hay una variabilidad en cada uno de ellos, por esa razón puede aumentar o disminuir el diagnóstico de las personas, esto se explica a través de las citas que se dan a conocer a continuación:

Sarason (2006) Afirma que:

Un episodio mayor está marcado tanto por un estado de ánimo depresivo como por la pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades, así como, por lo menos cuatro síntomas del siguiente grupo: pérdida o aumento marcado de peso sin estar a dieta; problemas de sueño constantes; conducta agitada o bastante lenta; fatiga; incapacidad para pensar con claridad; sentimientos de inutilidad; y pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio. Estos síntomas deben durar dos semanas y representar un cambio de funcionalidad normal de la persona. (p.340).

González (2015) declara que:

El DSM-IV-TR y la CIE-10 incluyen criterios similares para hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo cuya severidad es clínicamente importante (episodio depresivo mayor en el DSM-IV-TR o episodio depresivo mayor en la CIE-10). Sin embargo los dos sistemas no son idénticos. Los umbrales difieren, el DSM-IV-TR requiere un mínimo de 5 a 9 síntomas (que deben incluir afecto depresivo y/o anhedonia) y la CIE-10 requiere de 4 a 10 síntomas (que deben incluir al menos dos de los siguientes: afecto depresivo, anhedonia y pérdida de energía).

Este hecho podría significar que más personas pueden ser diagnosticadas con depresión empleando los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM-IV-TR (13), o al menos se identifican dos poblaciones algo diferentes (14), dado el requerimiento de solo un síntoma clave de dos en el DSM-IV-TR comparado con dos o tres en la CIE-10. (p. 472)

Según el DSM-V (2014) sostiene sus criterios diagnósticos de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

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

Con características melancólicas:

A. Una de las características siguientes está presente durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbre a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.

6. Culpa excesiva o inapropiada.” (pp. 113-116)

2.6 Tipos de tratamiento

2.6.1 Psicoterapia

G. Morris & A. Maisto (2009) afirman que la psicoterapia son técnicas para tratar trastornos de la personalidad y de la conducta.

La psicoterapia implica la intervención psicológica que ofrece el profesional de la salud mental al paciente que ha sido diagnosticado con un trastorno para que pueda recuperar su bienestar en general. Aunque la psicoterapia, no solamente es para las personas que tienen un problema, sino que también es para personas que no tienen ningún malestar pero que desean mantener la plenitud de su vida.

2.6.1.1 Terapias empleadas en casos de depresión

2.6.1.1.1 Terapia Cognoscitiva de la depresión

“Otro destacado de tendencia cognoscitiva, Aaron Beck, ha realizado abundantes trabajos con personas deprimidas. La excesiva generalización es uno de los principales elementos de esas personas. Beck pone en tela de juicio las generalizaciones de esa índole en su terapia” (Ronald. E Smith, p.678)

Emery (2010) afirma que los requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva de la depresión se dan en cuatro características fundamentales: el primero y el segundo corresponde a que el terapeuta debe conocer el síndrome clínico de la depresión, las recaídas y riesgos de suicidio; el tercero es tener aceptación, interés y empatía con el paciente y el cuarto tener un entrenamiento constante y actualizado.

Esta terapia ayuda al paciente a modificar sus pensamientos negativos y convertirlos en positivos, de esta manera podrá llevar de mejor manera las circunstancias que está padeciendo.

2.6.1.1.2 Terapia Gestalt

Según Castanedo (2008) afirma que “La psicoterapia Gestáltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, “en el aquí y el ahora”, el presente” (p. 307)

Este tipo de psicoterapia ofrece al paciente la capacidad de adquirir una respuesta creativa ante la situación que le afecta. En repetidas ocasiones las personas deprimidas se centran en ver el árbol (problema) y no en el bosque (las soluciones o alternativas).

El trabajo del terapeuta no será en presionar a su paciente depresivo a que “sane” o se recupere lo más rápido que pueda, haciéndole ver que solo importa su presente, sino que debe guiarle para que la persona haga consciencia de que la rigidez de su pasado es ahora motivo de aprendizaje y renovación.

2.6.1.1.3 Logoterapia

“A diferencia del psicoanálisis, corriente de Sigmund Freud, la logoterapia mira más bien hacia el futuro, es decir al sentido y los valores de la persona.” (Frankl, 2011)

Lo que la logoterapia pretende es que el paciente tome un punto de partida, por el cual pueda otorgarle un sentido de vida, ya que en todos los casos de depresión, la persona pierde la esencia, el sentido y significado de su existencia.

2.6.1.2 Técnicas que se pueden aplicar en la depresión

Armas & Ruster (2009) describe que: la programación neurolingüística ayuda a enfrentar síntomas que se presentan en la depresión, por ejemplo: sensación de “Vacío” combatir. Dentro de las técnicas que incluyen se encuentran: técnica del contraste, viajar al pasado, técnica del “Yo recuperado”.

La técnica del contraste tiene una duración de 15 a 20 minutos, tiene como objetivo restarle la gravedad a su problema.

Lleva una serie de cinco pasos, resumido de la siguiente manera: el primer paso consiste en pensar en el problema que le está llevando a la depresión, el segundo paso implica pensar en personas que han fijado metas en medio de las dificultades y las han superado, el tercer paso es conservar la imagen del paso anterior, el cuarto paso es confrontar su situación con las otras, y el último paso es tener un contraste entre su situación con la de otras personas hasta tener sentimientos de alivio y motivación de salir adelante. Se realiza todas las noches antes de dormir, culminando con la frase “Si gente con más conflictos que yo ha podido con sus problemas, yo también puedo resolver mi vida”.

La técnica de viajar al pasado lleva una duración de 30 a 35 minutos, el objetivo principal es poder implementar una visión a futuro.

Tiene una serie de diez pasos. Resumido de la siguiente manera: el primer paso consiste en hacerse la pregunta de ¿cuál es el problema que le lleva a la depresión y los sentimientos que le provoca?, el segundo paso es dibujar cómo se siente, el tercer paso implica dibujar líneas imaginarias donde coloque su presente, pasado y futuro, y el dibujo se ubica en el presente. El cuarto paso consiste en preguntarse los recursos necesarios para que la depresión desaparezca, por ejemplo seguridad, el quinto paso es entrar a su línea de tiempo presente con sus recursos definidos.

El sexto paso implica ubicar su pasado y empezar a caminar hacia él, recordando los recursos que empleó a lo largo de su vida, agradeciendo en silencio; el séptimo paso es anclar los recursos pasados positivos con el presente, el octavo paso consiste en romper el dibujo que había realizado dejando los pedazos fuera de su línea de tiempo, el noveno paso es voltear hacia el futuro y si está satisfecho consigo mismo/a quédese con algo de lo que recolectó en el viaje. El décimo paso regresar a su presente y voltear a su pasado y dar gracias por los recursos que le pertenecen, se realiza durante semanas llevando el registro de los recursos que se tiene para poder salir adelante.

La técnica del “yo recuperado” tiene una duración de 30 a 40 minutos. Tiene como objetivo hallar la causa del problema y eliminarlo con una imagen positiva.

Se realiza con nueve pasos. Resumido de la siguiente manera: el primer paso es pensar la razón por la que se deprime, el segundo paso consiste en enfocarse en la imagen que le da la reacción negativa; el tercer paso es agrandar la imagen y hacerla brillante y pensar que sentimientos le provoca. El cuarto paso implica pensar la imagen positiva de si mismo/a que le ayudará a afrontar la situación de manera asertiva y sana, el quinto paso consiste en pensar los recursos que necesita para salir de la depresión.

El sexto paso consiste en recordar una o dos ocasiones en las cuales haya utilizado esos recursos, el séptimo paso es regresar a su imagen ideal, el octavo paso es recordar la primera imagen que desencadena la depresión, tratando de cubrirla por la imagen ideal; y el noveno paso si la otra imagen es difícil de ver o ya desapareció, el ejercicio funcionó; de preferencia requiere mantener fotos de los recursos que posee.

Existen alternativas psicoterapéuticas como: el arte, la música y la pintura. Estas tres formas ayudan a la recuperación de la depresión y otros trastornos, ya que desbloquean áreas del cerebro.

Mediante la arteterapia, el paciente exterioriza sus sentimientos que en muchas ocasiones se le hace difícil de expresar verbalmente. La musicoterapia es el canal por el cual se puede expulsar

las emociones negativas como el dolor, la rabia y la angustia. Mientras que la pintura permite plasmar trazos que fortalecen su autoestima.

Rotta (2012) afirma que: “El trabajo de Freud ha inspirado a muchos psicólogos y psicoanalistas a utilizar el arte en el proceso psicoterapéutico” (p. 131)

Según Toro, Vargas, Murcia, Gaitán, & Sarmiento (2014)

Los adultos mayores suelen tener una mejor respuesta a la psicoterapia que los jóvenes que padecen este trastorno y se reporta una baja frecuencia de recaídas; a su vez el uso de técnicas específicas para reducción de síntomas han sido reportado por los investigadores, una de ellas ha sido la reminiscencia la cual es una técnica que involucra recuerdos de días especiales de la vida, además de la bibliotecaria que consiste en prescribir libros de autoayuda. (p.151)

Para muchas personas, escribir o leer un libro puede ser motivo de sanación interna. Esto permite la activación de pensamientos, el surgimiento de ideas y la oportunidad de cerrar ciclos, dando vuelta a la página y escribir nuevas historias.

2.7 Farmacología.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009) describe que:

Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisoras, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros exactamente cómo funcionan.

Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (p. 12)

Los antidepresivos funcionan como bloqueadores de las recapturas de los transmisores reproducidos para mantener un balance normal, así se reestablece el estado de ánimo de la persona con trastorno depresivo. Explicado en palabras más claras, los antidepresivos no permiten que la neurona que produjo dopamina, serotonina, norepinefrina, o cualquier otro neurotransmisor vuelva en si misma sino que se absorba en otra.

Tomar antidepresivos no es un tema que se deba tomar a la ligera ya que estos deben ser estrictamente prescritos por profesionales capacitados después de haber hecho un diagnóstico, en este caso psiquiatras o médicos. Los farmacéuticos venden estos medicamentos solo con receta médica, aunque existen algunos casos en los que hay negligencia y venden la medicina sólo por ganar dinero o simplemente porque no le interesa la salud del consumidor. La monoamino oxidasa combinado con la tiramina restringe el uso de algunos alimentos como el queso o los pepinos, ya que podría producir un derrame cerebral.

Los antidepresivos tienen efectos secundarios como: náuseas, vómitos, problemas para dormir entre otros. La duración de estos efectos varía según el organismo de cada persona.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Una persona que padece un trastorno depresivo pocas veces es capaz de buscar la ayuda necesaria y en contados casos tiene una familia o personas cercanas (amigos, vecinos, compañeros de trabajo o estudio, etc.) que se preocupan por él o ella.

Se debe tomar en cuenta que la preocupación de las personas que pretenden ayudar no es suficiente y es muy lamentable porque desconocen cuáles son las características que se deben tomar en cuenta como motivo de intervención clínica que está a cargo de psicólogos o psiquiatras; razón por la cual en la Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” del municipio de San Marcos, departamento de San Marcos. Se abrió un espacio de atención psicológica.

La señora SPAC es una persona referida al lugar antes mencionado. Ella tiene 35 años, es la hija mayor de tres hermanos (dos hombres y una mujer) a los que cuidó desde los 12 años por abandono de su madre. Por otro lado, su padre estuvo con ellos, sin embargo la ha rechazado hasta la fecha.

Actualmente ella está casada y tiene dos hijos, vivió un tiempo con su suegra, según comenta ha tratado muy mal a toda su familia incluyendo a la paciente. Todo esto le ha causado la pérdida de interés o placer en las actividades diarias que labora, el llanto intenso, dificultad para dormir, falta de energía, irritabilidad y falta de sociabilidad.

Es evidente que la infancia de la señora SPAC ha sido marcada por el abandono y el rechazo de sus padres, lo que le ha ocasionado una tristeza profunda que va más allá de lo que se considera “normal” y esto le ha afectado psicológicamente, biológico y social.

Lo que se puede rescatar de todo esto es que ella es una de las pocas personas que ha tenido la voluntad activa de tratarse para mejorar su calidad de vida.

3.2 Pregunta de investigación

¿El abandono infantil genera depresión en la edad adulta?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Ofrecer información para la prevención y/o intervención terapéutica psicológica adecuada de los problemas emocionales que afectan la integridad del ser humano en sus diferentes áreas de vida (biológica, psicológica y social).

3.3.2 Objetivo Específicos

- Establecer la importancia de la influencia de la figura paterna y materna durante las diferentes etapas de vida, especialmente en la infancia.
- Describir la sintomatología que se genera en la persona que padece trastorno depresivo mayor.
- Comprender la vulnerabilidad de la persona que atraviesa por una etapa emocional inestable.

3.4 Alcances y límites

El estudio se realizó en la Escuela Oficial Urbana Mixta “Estado de Israel” del municipio de San Marcos, departamento de San Marcos. El alcance abarcó: maestros y maestras, padres y madres de familia, alumnos y alumnas como también consultas externas con una duración de 6 meses generando un impacto positivo y un equilibrio emocional en los mismos.

En referencia a la señora SPAC el alcance significativo que se obtuvo fue la voluntad activa de asistir a sus terapias y cumplir con tareas asignadas, teniendo cambios progresivos desde no tener un trabajo por miedo a las críticas para finalmente conseguir uno.

Las limitantes incluyen el espacio reducido para poder atender a las personas, el tiempo insuficiente para poder concluir el tratamiento en algunos casos y también la falta de voluntad en algunos pacientes.

3.5 Metodología

La necesidad de proporcionar ayuda psicológica en la Escuela “Estado de Israel” surge por la razón de que existen muchos casos en los cuales los maestros y las maestras no tienen la orientación, ni los recursos necesarios para abordar los problemas que surgen dentro del establecimiento.

La metodología aplicada es de tipo descriptiva, ya que esta permite la comprensión del contexto, las cualidades y situaciones que describan los procesos y personas involucradas. En este caso se analizó e informó el estado de la paciente.

Los recursos metodológicos fueron recaudados de material bibliográfico (revistas, libros, artículos de periódico u otros formatos).

Los pasos empleados fueron a base de observación y entrevista, administración de pruebas psicométricas, psicoterapia e informes psicológicos.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

1. Ficha Clínica

Datos Generales

Terapeuta: Kimberly Gabriela Fuentes Orozco

Fecha de consulta: 05/06/17

A. Identificación Personal:

Nombre Completo: S.P.A.C

Lugar y fecha de nacimiento: 8 de enero de 1981. San Marcos

Edad: 35 años

Estado Civil: Casada Género: Femenino

Ocupación: Ama de casa

Nacionalidad: guatemalteca Religión: mormona

Dirección: Calle las piedrecitas, sector 6. San Rafael Soche

Teléfono: 31313213

Nombre de quien lo refiere: Voluntad propia.

Nombre y dirección de familiar más cercano: Su esposo.

Otros datos:

B. Motivo de Consulta: “Soy muy sensible, lloro por todo empezando porque mi papá me desprecia y también porque ya no soporto a mi suegra, se porta muy mal conmigo, a mi esposo siempre lo ha rechazado y ahora hasta mis hijos”

C. Historia del Problema Actual: la paciente relata que vive cerca de su suegra y le hace la vida imposible junto con sus nueras y que ya estaba teniendo problemas porque ella es muy sensible y que no le gusta hablar de lo que piensa y eso la ha enfermado. Ha llegado al punto de pellizcar a

sus hijos para que no le digan abuela a su suegra porque ella los rechaza de una manera humillante.

1. Fecha de inicio y duración: Desde hace unos años.

2. Factores Precipitantes: el abandono de su mamá y el rechazo de su papá y lo que actualmente se ha marcado aún más, es la humillación de su suegra.

3. Impacto de la enfermedad: Grave.

D. Historia Clínica o Antecedente: Su mamá los abandonó cuando ella era pequeña y ella se hizo cargo de sus hermanos.

Personales No Patológicos:

Historia Pre-natal: ella indica lo siguiente: “tengo dos hijos con los que tuve parto natural pero ahora no quiero que los rechacen y menos su abuela que es su sangre”.

Desarrollo Psicomotriz: Bajo.

Desarrollo Escolar: ella se quedó en tercero básico y tenía deseo de estudiar, pero la economía estaba puesta en la construcción de su casa.

Adolescencia: ella “Yo fui niña mamá de mis hermanos y cometí muchos errores porque no sabía qué hacer, ellos me reclaman por eso”.

Adulterez: sufre discriminación por parte de su abuela, sin embargo, tiene una familia muy bonita según lo que relata no tiene quejas de sus hijos y de su esposo.

Historia Psicosexual: ella tenía mucho miedo a tener relaciones sexo genitales con su esposo, pero él le tuvo paciencia y aun así ella desea superar su trauma que todavía le afecta.

Historia Familiar: en la familia de su esposo y la de ella existen las preferencias a los hermanos y hermanas que aportan dinero a la casa.

E. Examen Mental o Evaluación Semiológica:

a) Apariencia: higiénica.

b) Actitud: pasiva.

c) Conducta: tranquila.

d) Lenguaje: fluido.

e) Curso del Pensamiento: extenso.

f) Contenido del Pensamiento: sensible.

g) Percepción: baja.

h) Humor: bajo

i) Afecto: triste

j) Inteligencia: normal

k) Orientación: ubicada en tiempo y espacio

l) Memoria: aceptable, no olvida detalles.

m) Control de impulsos: baja.

n) Capacidad de Juicio Crítico: baja.

o) Capacidad de Insight: buena

p) Confiabilidad: buena.

Diagnóstico

F. Evaluación Multiaxial

Eje I: Trastorno de depresión mayor 300.4 (F34.1)

Eje II: Trastorno dependiente de la personalidad. Mecanismos de desplazamiento y proyección.

Eje III: ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Familia) y al ambiente social (Iglesia y otros lugares públicos.)

Eje V: Ingreso 65 Egreso 85

G. Evaluación Pronóstico: favorable, asiste constantemente y colabora para tener la orientación necesaria.

4.2 Análisis de resultados

Para esta persona es muy necesario poder recobrar su sentido de vida y encontrarse consigo misma, por lo que se hará uso de la logoterapia, que según Frank, V. (1991:100), explica Logos= griega “sentido”, “significado” o “propósito”.

Se centra en el significado de la existencia humana.

Paterson, C. (1998:500) expresa que el terapeuta ha de sentir y conocer el mundo en que el cliente existe, su mundo real.

Esta se basa en:

- Voluntad de sentido: el hombre necesita algo porque vivir
- Frustración existencial: la voluntad de sentido puede frustrarse y pasa a ser frustración existencial.
- Noodinámica: nada hay en el mundo que pueda ayudarnos a sobrevivir aún en las peores condiciones, como el hecho de saber que la vida tiene un sentido.
- El sentido de la vida: cuando el ser humano ha podido encontrar sentido a la vida, todo cobra sentido, el amor, el sufrimiento, etc.

Sesión 1

Objetivo: obtener información necesaria de la paciente.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: entrevista abierta.

Descripción: la pregunta abierta permite conocer la información personal de la paciente, sus razones, sus síntomas entre otro tipo de información que se pueda adquirir.

En esta sesión la paciente se mostró muy dispuesta a relatar su malestar, fue consciente de que está mal y que necesita ayuda pero también solicitó de manera clara los aspectos que quiere cambiar, uno de ellos es dejar de llorar por todo y de hecho durante toda la sesión estuvo así.

Sesión 2:

Objetivo: ubicar desde otra perspectiva su información personal y hacer una introducción de conciencia según el origen del problema.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: historia de vida.

Descripción: se trata de un cuestionario muy completo que aborda desde los datos familiares, padres, madres, hermanos, enfermedades de la infancia, hasta los temores y miedos más importantes de la persona, ambiciones, aspiraciones, etc. Recorre su infancia, adolescencia, juventud y madurez. Aborda también la sexualidad y los aspectos religiosos.

Se guía por nueve etapas que son:

Mis padres

La vida pre-escolar

Mi vida escolar

Mi vida adolescente

Mi vida como adulto

Mi futuro inmediato (¿Qué quiero lograr en poco tiempo?)

Mi futuro a largo plazo (¿Qué espero cuando termine lo inmediato?)

Mis huellas personales (¿en que he trascendido?)

Mi muerte.

Es la segunda sesión y la paciente muestra interés por permanecer y seguir trabajando, de esto resultó que lloró en mayor cantidad, pero también se dio cuenta que no solo se trata de centrarse en los efectos sino también de hallar causas. Su expresión gestual mostraba la notable conciencia de algunos aspectos que le han provocado tristeza profunda.

Sesión 3:

Objetivo: evaluar su nivel de asertividad y hacer notar su voz.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: derreflexión.

Descripción: esta técnica busca precisamente evitar la autoobservación compulsiva, haciendo que el paciente se ignore a sí mismo.

Pero para ignorar algo, se necesita que actúe prescindiendo de eso y se dirija a otra cosa. Y en la medida en que logre poner en primer plano en su consciencia un objetivo que pueda restituir a la vida su plenitud de sentido, como para que valga la pena vivirla, pasarán a segundo plano su persona y sus dificultades.

Ella ha tenido conflicto al expresar sus molestias hacia las demás personas especialmente con su suegra y su papá así que esta vez ella pudo expresar lo que no había hecho en mucho tiempo y lo logró, prueba de ello fue que ella expresó: “Me quité una carga de encima, ahora me siento más libre y entiendo que la opinión de ellos no es tan importante y soy yo quien le da lugar a que afecte mi vida pero de ahora en adelante voy a responder con educación pero no me quedaré callada, esto me ayudó mucho”

Se le asignó la tarea de realizar ejercicios de respiración simples como introducción al manejo de impulsos puesto que ella pellizca a sus hijos cuando su suegra o cuñadas le hacen algo y les prohíbe que le llamen abuela y les explica que ella es mala.

Sesión 4:

Objetivo: eliminar descargas de conductas agresivas hacia sus hijos y hacerle conciencia del daño que les estaba causando.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: intención Paradójica.

Descripción: cuando el logoterapeuta aplica la intención paradójica, no le interesan los síntomas en sí mismos, sino la actitud del paciente frente a su neurosis y a sus manifestaciones sintomáticas.

Al iniciar la aplicación de la técnica la paciente relató lo siguiente: “Mi suegra llegó a la casa en la mañana a juzgarme y a humillar a mis hijos diciendo que solo traía unos dulcitos para regalarles, entonces yo le dije a ella que su hijo no estaba y que tenía muchas cosas que hacer, entonces ella se fue y al irse yo les dije a mis hijos que se disfrutaran el dulce que su abuelita les había dado con mucho cariño y el más grande se sorprendió de mi actitud licenciada, yo hice mis ejercicios de respiración y por primera vez no lloré cuando se fue mi suegra ni tampoco golpee a mis niños y eso me hace sentir bien”

Al ver este avance era necesario que ella entablara una conversación con sus hijos, explicando que ella lloraba porque se sentía triste pero que ellos no tenían la culpa y a la vez de disculparse por las veces que los había tratado mal pero también debía aclarar que su abuela no es mala y que debían guardarle respeto y cariño. Ella lo entendió e incluso dijo que ella no ganaba nada

haciendo esas cosas que ahora aprendió algo y era pedir abrazos de sus hijos y dárselos también e incluyó a su esposo.

Sesión 5:

Objetivo: orientar en actividades recreativas oportunas para su elevar su estado de ánimo.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: derreflexión.

Descripción: los resultados de la tarea asignada para la casa fueron positivos ya que realizó una noche de hogar con su esposo y sus hijos; aprovechó la oportunidad para tocar el tema, ella dijo que la abrazaron mejor de lo que esperaba y que sus hijos entendieron la situación a pesar de ser niños y su esposo le brindó apoyo, eso la fortaleció más.

Entonces ahora era momento de descubrir sus intereses y formas de distracción. Se le asignó poder comprar una lotería, reunir a su familia y jugar con ellos. Ella dijo que sus hijos siempre le pedían jugar con ella pero que ella no lo intentaba porque pensaba que ya estaba grande para eso pero se llevó la propuesta y agregó que iba a cocinar un pastel para convivir.

Sesión 6:

Objetivo: trabajar con su autoestima.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: yo soy.

Descripción: esto le ayudará a tener su propia autovaloración.

Ella llegó y de entrada dijo: “Me siento muy bien, hice mi tarea al jugar con mi familia y nos la pasamos requebtebién y hasta mi esposo anda bien contento de que este viniendo aquí con usted” Después de escuchar su experiencia se le asignó la tarea en clínica de hacer una lista con características positivas que posee. Por ejemplo: Yo soy bonita, yo soy inteligente, yo soy...

Le costó un poco hacerlo pero lo hizo y dijo que le había gustado porque así se daba cuenta de quién era ella misma. Ella en un momento oportuno dijo que había algo que quería resolver en su vida y era que ella no podía dormir sin su esposo por la situación de que su abuelo la tocaba de niña y que eso le molestaba. Dejé que se expresara con libertad y realmente pudo hacerlo y en ese momento aprovechamos darse un abrazo a sí misma, resultado del cual fue positivo.

Sesión 7:

Objetivo: entender su propia conducta y la de su papá, mamá y suegra.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: otorgar el perdón y terapia con la pintura.

Descripción: esto le ayudará a liberar la tensión y el rencor que tiene hacia las personas que le hicieron daño.

En esta sesión la paciente mostró entusiasmo por los cambios que había logrado en su vida. Ella no buscaba un trabajo por temor a relacionarse con las demás personas, no quería ser motivo de burlas o humillaciones pero finalmente argumentó lo siguiente: “le cuento que ya encontré un trabajo y me siento muy feliz por eso y porque ahora me doy cuenta que yo soy capaz de muchas cosas y que no debo hacerle caso a las personas que me hicieron o me siguen haciendo de cuadritos la vida, muchas gracias porque sin su apoyo y el apoyo de mi familia no lo había podido lograr”.

Este fue un momento oportuno para orientar sus pensamientos a la oportunidad del perdón, se le hizo el conocimiento de que esto no era una obligación sino un acto voluntario pacífico. La señora SPAC argumentó lo siguiente: “Eso le iba a decir que yo antes tenía mucho odio hacia mi mamá y mi suegra en especial pero gracias a Nuestro Padre Celestial ya no tengo ese sentimiento, todo mi cuerpo tiene paz, mi cabeza ya no me duele, puedo dormir con tranquilidad y disfrutar de la vida entonces con eso puedo decir que ya les perdoné de todo el mal que me hicieron”.

En base a esto, se combinó la terapia con la pintura en la cual se le brindó un papelógrafo, témperas, crayones pastel, de cera y madera, lápiz y marcadores. Se le pidió a la señora SPAC que dibujara algo que le estaba provocando armonía en su ser, ella accedió y dibujo un sol, explicó lo siguiente: “para mí, el sol representa luz y vida, algo que me mantiene “calientita”, llena de energía. A diferencia de antes que miraba todo como en un agujero negro”.

Sesión 8:

Objetivo: finalizar el proceso terapéutico.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: Técnica del “yo recuperado”.

Descripción: en esta última sesión, se le brinda a la señora SPAC la oportunidad de mantener esa imagen positiva que la ha equilibrado en todo el proceso.

La paciente ha tenido notables e importantes cambios para su vida y está dispuesta a seguir progresando para su propio bienestar y el de su familia. En este punto se le dio a conocer los resultados positivos del plan terapéutico a lo que ella argumentó: “yo le agradezco bastante porque me ayudó a tener confianza en mí misma y de verdad pude dejar todo lo que quería dejar, ya no lloro sin embargo también comprendí que llorar no es malo que de vez en cuando lo voy a hacer por situaciones tristes pero ya no por todo, Dios le bendiga por todo oye”.

Conclusiones

La sociedad marquense definitivamente no está preparada para poder manejar el problema de la depresión o de cualquier tipo de trastorno; es más fácil que puedan reconocer una dolencia física como un dolor de estómago, pero si se hablara de una enfermedad mental lo absorben como algo vergonzoso y mucho menos tienen la idea de cómo ayudar a un familiar, amigo u otra persona.

La mayoría de los suicidios ocurren durante una crisis de depresión aguda, en ese momento las personas encuentran como única solución la muerte después de haber perdido la esperanza; el objetivo de un suicidio no es dejar de vivir sino dejar de sufrir y no brinda la oportunidad de ver a futuro o de buscar puntos positivos de solución.

En la síntesis de los neurotransmisores encargados del estado de ánimo como la serotonina, dopamina, noradrenalina, entre otros; existen nutrientes que pueden ayudar en cuadros depresivos leves sin necesidad de recurrir a los medicamentos, se sabe que estos así como brindan una mejoría también tienen efectos secundarios perjudiciales para el paciente.

La depresión produce en la persona que el hecho de “quererse” sea complicado, y esto es tan fundamental para sentirse bien e incluso para que acepte el cariño de los demás y para brindarlo también, esto es lo que comúnmente se conoce como: falta de autoestima.

No cabe duda que el rechazo y el abandono puede ser uno de los motivos más grandes de la depresión, en cualquiera de sus etapas de vida, pero muy en especial, en la infancia y más si todo esto proviene de los padres.

Las mujeres son más propensas a padecer la enfermedad de la depresión debido a varios factores como lo son: los cambios hormonales, los estereotipos sociales como tener el cuerpo perfecto, entre otros.

Recomendaciones

Es necesario que ante una situación de depresión se eviten las siguientes frases: deberías de estar agradecido/a con la vida, adelante tú puedes, estás insoportable, sé cómo te sientes yo tuve una experiencia igual, tranquilo/a mañana todo será diferente, la vida es tan injusta, estas siendo egoísta, me estas arrastrando contigo, todo el mundo lucha y tú no puedes hacerlo.

Es importante recordar que para la persona deprimida sus problemas son tan graves que prefiere la muerte por lo tanto es bueno no dejarle solo o sola, así como también se recomienda guardar instrumentos que puedan contribuir con su deseo de morir, por ejemplo: cuchillos, medicinas, armas, venenos, etc.

Los alimentos son clave importante dentro de una depresión leve por lo que se sugiere consumir los siguientes: pescados grasos, arroz integral, levadura de cerveza, avena integral, vegetales en especial los espárragos que funciona como un calmante natural, frutas y jengibre que estimula la producción de endorfinas. Lo que debe evitar es consumir alcohol, caféina, tabaco, alimentos elevados en grasa y azúcar.

Para ayudar a regresar la autoestima a la persona que está enfrentando un problema de depresión, evite hacer comparaciones de su pasado con el presente, por ejemplo: antes tenías buen cuerpo y te arreglabas y ahora estas adelgazando mucho y ni te arreglas.

Se exhorta a los padres y madres de familia mantener relaciones afectivas positivas con sus hijos e hijas a través de muestras de cariño con un beso o abrazo, elogiándolos, evitando la comparación, escuchándolos, dándoles calidad de tiempo, protección y seguridad económica, emocional, física y social; de ésta manera podrán sentirse en confianza y con una mejor salud mental.

Toda persona que esté pasando por una etapa de depresión debe comprender la causa de su problema y dejarse ayudar por su familia y amigos, pero muy en especial de un psicólogo/a.

Referencias

Libros

- Armas, L. E., & Ruster, C. V. (primera edición electrónica 2009). *Manual de Técnicas de PNL de estrategias PNL*. México: Estrategias en Programación Neurolinguística.
- Association, A. P. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Washington, DC: Copyright © Asociación Americana de Psiquiatría.
- Averil, L. A. (1959). *La vida psíquica del escolar*. Buenos Aires, Argentina.: Editorial Kapelusz.
- Bourbeau, L. (2011). *Las cinco heridas que impiden ser uno mismo*. España: OB STARE.
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapéutico 2da Edición*. México: El manual moderno.
- Emery, A. T.-A.-B.-G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión. 19a Edición*. España: Desclée de brouwer, S.A.,2005.
- Feldman, R. S. (2014). *Psicología con aplicaciones de países de habla hispana. Décima edición*. México: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736.
- LaHaye, T. (1990). *Cómo Vencer la Depresión*. Florida: EDITORIAL VIDA Deerfield.
- López, E. M. (1969). *Manual de Psicología General*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Morris, C. G. (2009). *Psicología. Decimotercera edición*. México: Pearson Educación.
- Pérez, I. D. (1961). *Introducción a la psicología*. México: Fernández editores, s.a.

Ronald. E Smith, I. G. (s.f.). *Psicología, fronteras de la conducta*. México: Harla, S.A. de C.V.

Sarason, I. G. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Undécima edición*. México: Pearson Educación.

Warren, H. C. (1984). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de cultura económica.

Revistas

Rotta, E. P. (2012). Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa. *Revista de Psicología*, 168.

Toro, R., Vargas, J., Murcia, S., Gaitán, N., & Sarmiento, D. U. (2014). Depresión Mayor en Adulterz Tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento. *Revista Vanguardia Psicológica*, 153.

Internet

Corina Benjet, D. e. (03 de agosto de 2004). *La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007

Cresencio, E. M. (08 de Agosto de 2017). *¿Qué es y en que consiste la terapia Gestalt?* Obtenido de Terapiados: <http://terapiados.net>

Dr. Tango, I. (02 de 02 de 2016). *Depresión mayor: MedlinePlus*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov>

Dra. Karen Martínez, p. d. (lunes 20 de octubre de 2014). *Tratable la depresión mayor*. Obtenido

de El Nuevo Día: <http://www.elnuevodia.com>

Frankl, V. (20 de 02 de 2011). *Conceptos de Logoterapia extraídos de "El Hombre en busca de sentido" de Viktor Frankl*. Obtenido de logoforo: <http://logoforo.com>

Ginebra. (2017). *La depresión es la principal causa de discapacidad: OMS*. Obtenido de El Universal: <http://eluniversal.com.mx>

Ginebra. (23 de febrero de 2017). *Los casos de depresión aumentan 18 por ciento en el mundo*. Obtenido de Prensa Libre: <http://www.prensalibre.com>

González, J. M.-G. (11 de 02 de 2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Scielo Colombia*, págs. 471-82.

Mental, I. N. (enero de 2009). *Depresión: NIMH*. Obtenido de NIMH: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index/shtml>

Organización Mundial de la salud (OMS) (30 de 03 de 2017). *Los riesgos para la salud mental de la depresión en la depresión*. Obtenido de ultimahora.es: <https://www.google.com.gt/amp/s/amp.ultimahora.es/noticias/sociedad/2017/03/30/258224/riesgos-para-salud-mental-depresion-adolescencia.html>

Vélez, L. (1 de Agosto de 2013). *Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello*. *Diario Femenino*. Obtenido de Diario Femenino: <https://m.diariofemenino.com>