

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Tesis de Grado previo a la obtención del título de LICENCIADA
EN ENFERMERÍA

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS
AFECTIVOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE
IBARRA POR INTENTO AUTOLÍTICO
EN EL PERIODO MAYO 2006
A MAYO 2007.

AUTORA:

Narciza Santos Vila.

DIRECTORA DE TESIS:

Lcda. Aída Guzmán

IBARRA, NOVIEMBRE DEL 2007

TEMA:

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DE
LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE
IBARRA POR INTENTO AUTOLÍTICO EN EL PERIODO MAYO 2006 A
MAYO 2007.



DEDICATORIA

Con infinitos sentimientos de gratitud y respeto dedico este trabajo a todas las personas que estuvieron a mi lado en momentos de tristeza para tenderme su mano y enseñarme que en la vida podemos tropezar, caer y levantarnos; así como también en los momentos de inmensa alegría compartiendo mis triunfos y mirándome subir peldaño a peldaño en esta profesión que nos llena de satisfacciones al brindar apoyo a quienes más lo necesitan.

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la oportunidad de ayudar a quienes lo necesitan a través de los conocimientos sabiamente impartidos por nuestros maestros.

A mis padres por su sacrificio y dedicación, siendo mi guía y la luz en el camino, al brindarme su apoyo incondicional, además de representar mi razón de ser y el motivo para luchar día a día hasta conseguir mi objetivo.

A mis hermanas que también han sido mis amigas y un digno ejemplo a seguir, porque han contribuido en mi formación logrando mi respeto y admiración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | <i>PÁG.</i> |
|---|-------------|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Planteamiento del problema | 3 |
| 3. Objetivos | 9 |
| 4. Marco teórico y referencial | 10 |
| 5. Variables: Operacionalización | 81 |
| 6. Métodos y técnicas (Instrumentos, población) | 87 |
| Presentación, análisis de resultados | 89 |
| Conclusiones | 105 |
| Recomendaciones | 106 |
| 7. Resumen | 107 |
| 8. Marco administrativo | 108 |
| 9. Presupuesto | 109 |
| 10. Cronograma | 110 |
| 11. Bibliografía | 111 |
| Anexos | |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. TABLA Y GRÁFICO N° 1: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según EDAD.
2. TABLA Y GRÁFICO N° 2: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según SEXO.
3. TABLA Y GRÁFICO N° 3: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según ESTADO CIVIL.
4. TABLA Y GRÁFICO N° 4: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según OCUPACIÓN.
5. TABLA Y GRÁFICO N° 5: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según RELIGIÓN QUE PROFESAN.
6. TABLA Y GRÁFICO N° 6: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento

autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según INGRESO ECONÓMICO MENSUAL.

7. TABLA Y GRÁFICO N° 7: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS.
8. TABLA Y GRÁFICO N° 8: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según ETNIA.
9. TABLA Y GRÁFICO N° 9: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según CONSUMO DE CIGARRILLO.
10. TABLA Y GRÁFICO N° 10: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según CONSUMO DE ALCOHOL.
11. TABLA Y GRÁFICO N° 11: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según CONSUMO DE FÁRMACOS U OTRAS DROGAS.

12. TABLA Y GRÁFICO N° 12: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.
13. TABLA Y GRÁFICO N° 13: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN.
14. TABLA Y GRÁFICO N° 14: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según FRECUENCIA DE CONFLICTOS.
15. TABLA Y GRÁFICO N° 15: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según MIGRACIÓN DE FAMILIARES.
16. TABLA Y GRÁFICO N° 16: Distribución de las y los adolescentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. Según CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN.

INTRODUCCIÓN

Se entiende como Trastornos Afectivos a aquellos comportamientos inapropiados que apartan de la realidad al sujeto que los padece. Se los conoce también como trastornos mentales o del humor y se clasifican en: Depresión, Fobias y Manías. Los principales síntomas se traducen en una extremada y profunda tristeza, sentimientos de frustración, culpa, inutilidad de ideas de suicidio como la solución más práctica para acabar con sus problemas.

Es necesario aclarar que los estados de tristeza, alegría, de ira o desanimo son sentimientos normales ante situaciones que se nos presentan en la vida como el recibir malas noticias, emociones fuertes, discusiones, pérdida de un ser querido, etc. Lo anormal es cuando estas respuestas se prolongan por mucho tiempo, son desmedidas e insuperables y requieren un tratamiento especial.

La depresión se ha convertido en una de las enfermedades mentales más comunes en nuestra sociedad. Los problemas y dificultades que parecen no tener solución pueden producir síntomas de ansiedad en individuos de cualquier edad y más aún en adolescentes, debido a que están en una etapa en la cual deben adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a otras normas aceptables desde el punto de vista social.

También aquí se producen cambios psicológicos rápidos y fundamentales para el adolescente, algunos muy beneficiosos mientras que otros producen sentimientos de frustración y fracaso.

Como autora de este trabajo investigativo quiero crear conciencia en toda la sociedad y de manera especial en la población que acude al Hospital San Vicente de Paúl (H.S.V.P.) de que los trastornos afectivos como la en

depresión en los adolescentes no es solo estar triste, sino que es una tristeza patológica, profunda, vespéral e inmotivada producto de múltiples factores sociales, económicos y culturales que nos aquejan hoy en día.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia proporciona a cada individuo un periodo para adquirir educación, entrenamiento y destrezas que se requieren para poder sobrevivir en la sociedad como adultos.

La etapa de la adolescencia incluye comportamientos de experimentación que lleva a los jóvenes a efectuar acciones nuevas que pueden ser dañinas y afectar su normal desarrollo. Estos sentimientos de frustración a la vez pueden conducir a intentos autolíticos y en muchos casos a la muerte como única solución a sus problemas.

La depresión en cualquier etapa de la vida dificulta la evolución y desarrollo normal del individuo, que con frecuencia se siente incapaz de asumir adecuadamente sus dificultades. Ante la depresión un adolescente deja a un lado todos sus sueños y aspiración de lograr sus propósitos en la vida.

Por otro lado las condiciones actuales de la sociedad contribuyen a acrecentar todos los problemas del mundo moderno. Vivimos una etapa de desarrollo en donde prima el afán de satisfacer las necesidades básicas y los intereses personales de grupos mayoritarios, esto hace que cada vez seamos más dependientes del consumismo y en la búsqueda de conseguir los medios de subsistencia surge la desintegración familiar.

Todo este desequilibrio social afecta notablemente a los grupos de mayor vulnerabilidad principalmente a los niños y jóvenes quienes están en un proceso de transición y este tipo de problemas provoca en ellos desestabilización emocional y predisposición a la dependencia de vicios sociales.

Con estos antecedentes considero de suma importancia profundizar el conocimiento de esta problemática como un aporte con elementos de juicio necesarios para establecer con precisión las causas, evolución y consecuencias de los trastornos afectivos y ser capaces de impulsar acciones de prevención creando una armónica interrelación del individuo con el medio que lo rodea y sus componentes.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS O DEL HUMOR EN LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL POR INTENTO AUTOLÍTICO EN EL PERÍODO MAYO 2006 A MAYO 2007?

INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué factores inciden en los trastornos afectivos de los adolescentes?
2. ¿Cuántos adolescentes padecieron trastornos afectivos en el periodo mayo 2006 a mayo 2007?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de los trastornos afectivos?
4. ¿Cómo se tratan los trastornos afectivos?
5. ¿Cuáles son las causas y consecuencias de los trastornos afectivos?
6. ¿Cómo influye el entorno familiar en los trastornos afectivos?

JUSTIFICACIÓN

La falta de comunicación entre padres e hijos, la disfunción familiar, decepciones amorosas, embarazos precoces, problemas económicos, enfermedades físicas, alcoholismo, consumo de fármacos, entre otros, son factores que están presentes en nuestra sociedad sin distinción de etnias, ni religión y que traen consecuencias lamentables en el núcleo familiar.

Esta investigación nace como una iniciativa al constatar con profunda preocupación el elevado índice de intentos autolíticos en adolescentes que ingresaron al Hospital San Vicente de Paúl en el periodo de mayo 2006 a mayo 2007. Según datos obtenidos en el servicio de estadística se revela que durante este periodo se registraron aproximadamente 200 casos de intento autolítico en adolescentes de 13 a 19 años cuyas causas más frecuentes radican en problemas familiares, decepciones amorosas, bajo rendimiento escolar, entre otras.

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 7 a 14% de los adolescentes ha cometido algún tipo de autolesión pudiendo aumentar en un 20 a 45% las ideas suicidas cuando llegan a la edad adulta. Estudios recientes revelan que sólo en Estados Unidos se produce un suicidio cada 20 minutos, es decir 75 suicidios al día y 30000 al año, mientras que los intentos no consumados alcanzan 250000 a 300000 cada año.

La OMS calcula que en todo el mundo muere una persona por suicidio cada 40 segundos. Los datos estadísticos en el Ecuador revelan que la mayoría de intentos autolíticos se producen en adolescentes de 11 a 16 años de estos un 33% son por ingesta de medicamentos disponibles en casa, antidepresivos o drogas, un 30% principalmente de zonas rurales lo hacen con plaguicidas u órganos fosforados y un 27% ingresa a

hospitales por intoxicación alcohólica que si bien no constituye un intento autolítico refleja un serio problema de depresión.

Por conversaciones y observación en la institución se puede determinar que los adolescentes con trastornos afectivos o del humor, se sienten incomprendidos por sus familiares quienes tienen un conocimiento muy limitado de la depresión, por lo que su aporte para la mejoría de su ser querido es prácticamente nulo.

Como parte integrante del Equipo de Salud en formación quiero contribuir a la orientación sobre las causas, incidencia y prevención de la depresión asociada a intentos autolíticos.

Si bien es cierto es un tema que ya ha sido investigado anteriormente considero importante el hecho de profundizarlo y contar con una guía actualizada que permita implementar otros programas tendientes a disminuir este problema.

Existe factibilidad para realizar esta investigación por la gran apertura que brinda el Hospital San Vicente de Paúl y porque como Interna Rotativa de Enfermería me encuentro inmersa en este medio.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar los factores que inciden en los trastornos afectivos de los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por Intento Autolítico en el periodo mayo 2006 a mayo 2007.

ESPECÍFICOS:

- ☞ Relacionar las variables como: edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, ingreso económico, número de hermanos, etnia, consumo de alcohol, cigarrillo, fármacos u otras drogas, enfermedades físicas crónicas, antecedentes familiares de depresión y disfunción familiar con los intentos autolíticos en adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl.

- ☞ Elaborar un plan educativo sobre trastornos afectivos para los adolescentes que acuden al Hospital San Vicente de Paúl.

MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y BASES LEGALES:

No se define con exactitud la fecha de creación del Hospital San Vicente de Paúl, pero nace con la idea del ayudar a los enfermos más pobres e inicia sus actividades a partir del 20 de abril de 1872 gracias a los fondos obtenidos a través de donaciones realizadas por honorables ciudadanos de esa época y de la asignación de dineros por legados testamentarios directos y la creación de capellanías con determinada cantidad de dinero.

El Hospital empezó a funcionar con una sala general y posteriormente se creó una sala para mujeres el 10 de julio de 1884 y luego las implementó con los siguientes servicios:

- ~ Atención de la Botica del Hospital desde el 21 de enero de 1884.
- ~ Sala de Cirugía que se inauguró el 18 de marzo de 1919.
- ~ Sala de Pediatría el 15 de abril de 1928 y se construyen 2 salas para Maternidad que empezaron a funcionar en 1930.
- ~ En 1947 se inaugura el Laboratorio de Patología Clínica.
- ~ Si bien el área de Estadística empieza a funcionar desde 1888 su oficina se inaugura oficialmente en 1953.

Al transcurrir el tiempo la planta física, instalaciones y equipamiento se volvieron no aptos para una adecuada atención médica, considerando además el desarrollo tecnológico y científico en torno a la medicina, para lo cual el Ministerio de Salud Pública decidió dotar a la ciudad de Ibarra un moderno hospital en un terreno donado por la Ilustre Municipalidad de Ibarra, el cual se inauguró oficialmente el 27 de abril de 1991, contando

con los siguientes servicios: Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Pediatría.

Como podemos ver para el desarrollo del Hospital tuvo que pasar mucho tiempo pero gracias al esfuerzo y el interés del estado cuyo contingente aportó progresivamente a la atención sanitaria, nuevos elementos en ayuda técnica, equipamiento y preparación de los recursos humanos.

1.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

La estructura del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, está representada de acuerdo al organigrama estructural que es parte de este instrumento, de conformidad con el Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

1.1.1. LA ESTRUCTURA FUNCIONAL

Las principales funciones de las Unidades Administrativas del Hospital “San Vicente de Paúl” son:

1.1.1.1. DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

DEFINICIÓN.- La Dirección del Hospital, es la unidad responsable de la administración integral del Hospital “San Vicente de Paúl” de Ibarra, y depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura.

SUS PRICIPALES FUNCIONES SON:

- a) Planificar anualmente y presentar a la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, los programas técnicos, administrativos y científicos a su cargo, sujetándose a las políticas, normas, programas y otras disposiciones del nivel Provincial y Ministerial.
- b) Organizar, dirigir, coordinar y controlar los programas y actividades del Hospital.
- c) Disponer la elaboración, revisión y mantener actualizados los manuales de organización, normas y procedimientos internos de cada uno de los servicios y presentar al nivel jerárquico superior, según disposiciones vigentes.
- d) Conocer, publicar, difundir, cumplir y hacer cumplir los reglamentos, normas y procedimientos y más disposiciones de la Unidad Operativa y de los niveles jerárquicos.
- e) Formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros necesarios para cumplir con los programas de salud del Hospital.
- f) Elaborar la Pro forma Presupuestaria Anual y preentabla a la Dirección Provincial de Imbabura.
- g) Ejecutar el Presupuesto vigente con sujeción a las normas y disposiciones legales.
- h) Aprobar el calendario de vacaciones anuales del personal.
- i) Autorizar permisos, vacaciones y licencias de acuerdo a las disposiciones vigentes y ámbitos establecidos.
- j) Aplicar las sanciones disciplinarias de acuerdo a las facultades que le concede la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Código de Trabajo y sus Reglamentos y más disposiciones legales en vigencia.
- k) Tramitar a la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, las solicitudes de nombramientos, ascensos, renunciaciones y destituciones del Personal de conformidad a las facultades que se señalen en su ámbito de acción.

- l) Proporcionar y actualizar la información a los medios de comunicación colectiva, autorizar las publicaciones, suscribir la correspondencia oficial y las normas internas que se produzcan en la Unidad Operativa.
- m) Organizar y presidir los comités de Concurso Privado de Precios, Farmacología, Historias Clínicas y otros que fueren necesarios en el Hospital.
- n) Organizar, presidir e integrar las reuniones ordinarias y extraordinarias del Consejo Técnico de la Unidad, de acuerdo a las normas establecidas por la Dirección Nacional de Servicios de Salud.
- o) Conocer el movimiento económico diario del Hospital.
- p) Disponer el sistema o sistemas de control de los bienes del Hospital.
- q) Promover la investigación de salud y administrativa.
- r) Representar legalmente a la Unidad Operativa.
- s) Informar oportunamente al nivel superior, sobre situaciones de emergencia e imprevistos que se presenten en la unidad.
- t) Reglamentar, fomentar y coordinar la capacitación y adiestramiento del personal del Hospital.
- u) Supervisar las actividades realizadas en cada departamento o servicio del Hospital y el rendimiento del personal a todo nivel.
- v) Coordinar con otras instituciones y Unidades de Salud las actividades en situaciones de emergencia y desastres.
- w) Presentar a la Dirección Provincial de Salud de Imbabura los informes mensual y anual de las actividades realizadas en el Hospital.

1.1.1.2. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

DEFINICIÓN.- Es la unidad encargada de proporcionar atención médica a los pacientes a través de acciones de fomento, protección y recuperación. Dichas acciones las realizará en las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencia. Jerárquicamente depende de la Subdirección Médica.

SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES SON:

- a) Efectuar la visita médica diaria y regular a pacientes hospitalizados, realizando examen, diagnóstico y prescripción de tratamiento médico respectivo.
- b) Revisar la historia clínica y más documentos asegurándose de que se registren los datos establecidos.
- c) Autorizar las transferencias y altas de pacientes.
- d) Solicitar los estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso.
- e) Atender o solicitar interconsultas de la especialidad o de otras especialidades.
- f) Brindar atención ambulatoria de la especialidad de consulta externa y emergencia.
- g) Realizar semanalmente sesiones clínicas, presentación de casos y otras actividades científicas.
- h) Dirigir, supervisar y evaluar las actividades de los médicos e internos rotativos en su especialidad.
- i) Llevar estricto control sobre la realización de exámenes complementarios solicitados y consultas especializadas.
- j) Organizar e integrar el Comité de Auditoría Médica Interna del servicio.
- k) Certificar la defunción de pacientes que estuvieron al cuidado del servicio.
- l) Asistir a intervenciones quirúrgicas cuando el caso lo requiera.

2. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Es indispensable reconocer a la adolescencia como una etapa muy importante del ser humano ya que en ella se producen cambios muy importantes y trascendentales de los cuales dependen muchas situaciones posteriores.

La adolescencia se presenta con características bien definidas, marcadas por el salto de la infancia a la adultez.

Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social y es muy difícil precisar sus límites de manera exacta. Dichos cambios comienzan entre los 11 – 12 años y se extiende hasta los 18 – 20 años, sin embargo no se puede comparar un niño de 13 años con uno de 18, es por eso que se habla de adolescencia temprana entre los 11 y 14 años que coincide con la pubertad y de juventud o adolescencia tardía entre los 15 a 20 años, tomando en cuenta que esta se puede prolongar dependiendo de factores sociales, culturales, ambientales de adaptación personal.

2.1. PUBERTAD

Se entiende por pubertad a una serie de cambios fisiológicos que desembocan en una completa maduración de los órganos sexuales y la capacidad para relacionarse sexualmente y reproducirse. Se caracteriza también por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios como son: el vello púbico, vello axilar, desarrollo de los pechos en las niñas y otras múltiples modificaciones morfológicas y psicológicas.

2.2. ASPECTO BIOLÓGICO

La sensación de la propia adultez surge con la iniciación de la madurez sexual. ¹⁶ Todos los cambios que ocurren en este periodo pueden modificar la integración del adolescente con sus compañeros de menor o igual edad y con el sexo opuesto aparentando ser más maduros y expresando mayor preocupación al comparar su peso, talla y rasgos faciales dados por los cambios físicos que se dan durante esta etapa.

Muchos de estos cambios físicos son tan repentinos y notables que tanto varones como mujeres adquieren una aguda conciencia de ellos.

De los 5 a los 10 años las transformaciones anatómicas y fisiológicas tienen un ritmo gradual, el aumento de la estatura va en línea ascendente hasta que de pronto se observa un repentino estirón en las niñas a 10 a 11 años y más tardíamente en los varones de 12 a 13 años.

Este súbito aumento se halla relacionado con la aparición de la pubescencia y con la regulación endocrina de las estructuras y funciones genitales, dentro del organismo entero se da una serie de transformaciones entre las cuales podemos anotar: mayor ingestión de alimentos por el aumento de apetito, aumento de la energía muscular con una duplicación de la fuerza, mayor adiposidad puberal, ensanchamiento de pelvis en las mujeres y de hombros en los varones, modificaciones en la fisonomía debido a la aceleración de los segmentos superiores del rostro, aumento de la presión sanguínea, aceleración del pulso y la respiración, cambios de voz, mayor actividad de glándulas sebáceas y sudoríparas, mayor predisposición al acné, granitos, pústulas, puntos negros, ronchas, etc. Con esto aparece también la menarquia o primera menstruación en las niñas entre los 12 y 13 años y la primera eyaculación o emisión de líquido seminal en los varones a los 13 y 14 años.

Todos estos cambios eminentemente objetivos hacen que el adolescente comience a tener plena conciencia de que está experimentando nuevas transformaciones que lo conducirán a la vida adulta.

2.3. ASPECTO PSICOLÓGICO

Dentro de las modificaciones de la estructura psicológica existe un cambio en el desarrollo de la autoconciencia. ¹ La formación de la personalidad del adolescente cambia con el surgimiento en él de la noción que ya no es un niño y se manifiesta en la tendencia a hacer cosas que se consideran de adultos, rechazan la pertenencia a los niños, carecen aún de la sensación de un auténtico adulto pero tiende a ello y se les hace muy necesario que los demás lo reconozcan como tal.

Los aspectos como el tamaño corporal y las desproporciones físicas constituyen muchas veces una gran preocupación pero es relativamente benigno a menos que se halle vinculado a complicaciones emocionales de profundo arraigo.

Otras fuentes del sentimiento de adultez son los sociales y surgen cuando en las relaciones con los adultos el adolescente no ocupa una posición de niño, participa en el trabajo y cumple con obligaciones importantes. ⁵La independencia y la confianza de quienes lo rodean hacen del niño un adulto no sólo en el plano social sino también en lo subjetivo como resultado de que el adolescente establezca similitud entre él y las personas que considera adultas, según parámetros como conocimientos, fuerza, viveza, valentía, etc.

La actividad social específica del adolescente se centra en una gran receptividad para asimilar normas, valores y formas de conductas en cuanto al hecho de asumir obligaciones, derechos y privilegios.

Se crea un nuevo tipo de interrelación con los adultos, empieza a resistirse a las exigencias que antes cumplía con agrado por ejemplo hacer mandados, se ofenden fácilmente y protestan cuando limitan su independencia y en general cuando lo protegen, dirigen, controlan y exigen obediencia, lo castigan, no consideran sus intereses u opiniones, etc. ¹²Limitan los derechos de los adultos y amplían los suyos, pretenden que se respete su personalidad y dignidad humana, que se les tenga confianza y se aumente su independencia, se esfuerzan mucho para que los adultos los admitan entre sí.

En cuanto a las relaciones con sus compañeros aumenta su simpatía hacia las cualidades afectivas de los otros. El adolescente crea la necesidad de encontrar no solo un amigo sino que de hecho se siente capaz de vivir la amistad dado que adquiere mayor capacidad de sociabilidad.

³ La influencia del grupo social es determinante en la adolescencia en cuanto al sentimiento de pertenencia y a la identificación con actividades propias de ese grupo como son diversiones, gustos, forma de vestir, música, etc. Aquí es fundamental complementar estas influencias con las ejercidas por los padres en temas relacionados con valores, estudio, futuro, etc.

Las actividades que el adolescente cumple como grupo son muy importantes ya que proporcionan un entorno en el que ellos ven forzada su autoestima ya que pueden experimentar y practicar su nuevo rol, compartir intereses y aprender nuevas habilidades.

2.3.1. VALORACIÓN IMAGEN Y AUTOESTIMA

La adolescencia representa una oportunidad para poner a prueba la validez de conceptos. ²¹ En la adolescencia se reconsideran ciertas

transacciones surgidas del temor de perder el amor de los padres, el control de las emociones o bien pasar vergüenza.

Los adolescentes típicos despliegan una serie de defensas en constante variación que desconciertan a las personas que los rodean principalmente a sus padres. Cambian de posición o actitud frente a los problemas de un momento a otro, así como también cambian su imagen.

A medida que las energías sexuales comienzan a buscar expresión, tienden a sentirse sin control, se crean fantasías y sentimientos que pueden hallar inaceptables y por ello actuar de manera autodestructiva con el fin de castigarse.

El adolescente siente a veces que está loco y con frecuencia actúa como si lo estuviera.

La conducta del adolescente es su lenguaje para expresar sus sentimientos, la adolescencia proporciona una segunda oportunidad de que el niño resuelva los problemas no resueltos durante etapas anteriores de la infancia.

Se ha afirmado que el adolescente para a ser adulto cuando puede hacer lo que quiere aún cuando los padres no estén a favor de lo que haga.

3. TRASTORNOS AFECTIVOS

La afectividad es entendida como la manera en que el hombre se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Cada hombre, dependiendo de sus intereses específicos, que a su vez le mueven a la acción, se siente afectado de distinta manera por los acontecimientos que le acaecen a lo largo de su vida; por lo tanto son esas "motivaciones" las que nos hacen sentirnos afectados de distinta forma; y esas motivaciones, no son otra cosa que los instintos biológicos de cada uno.

Podemos distinguir, por lo tanto, distintas formas de afectos, en concreto tres formas: las emociones que es la afectación brusca de una representación mental. ⁷Esa brusquedad nos lleva a un desequilibrio somático. Otra forma de afecto serían los sentimientos, son más matizados que las emociones y no conlleva a una modificación somática. Son situaciones momentáneas. Por último, tenemos los estados afectivos, que no dependen de ninguna representación o idea, y que suele calificarse como estado de ánimo, son nuestras situaciones afectivas básicas, nuestra forma peculiar de ser y vivir, una forma estable de sentirse afectado.

Por lo tanto, comprender la dinámica afectiva de una persona sería comprender la estructura individual de sus intereses o tendencias.

De todo esto, podría extrapolar lo que sería una reacción vivencial anormal, que no es otra cosa que la patología de la emoción.

3.1. CLASIFICACIÓN

Los trastornos afectivos o del humor son aquellas alteraciones en las que el síntoma predominante es una variación del estado de ánimo. El más típico, la **depresión**, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la **manía**, se caracteriza por un ánimo exaltado, expansivo, megalomaniaco y también cambiante e irritable, que se alterna casi siempre con el estado depresivo.

¹⁴ Depresión, ansiedad, estrés, fobias, complejos, neurosis, anorexia, bulimia... son todos en gran parte producto de la sociedad moderna, ante los que si no estamos listos, a todos nos pueden tocar. Los adolescentes, debido a los cambios rápidos y profundos que sufren, y a la falta de

seguridad para afrontar los problemas que se les presentan, también pueden ser objeto de estas enfermedades.

4. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar, afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta como una se valora a sí mismo y la forma en que piensa. Un estado depresivo no es una condición de la cual puede liberarse a voluntad. Las personas que la padecen no pueden decir simplemente ya basta, me voy a poner bien, sin tratamiento los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

Este trastorno se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales, es una tristeza profunda que envuelve al sujeto, además puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés.

Sin embargo sentirse deprimido no es síntoma suficiente para diagnosticar depresión, el sentirse triste puede ser una reacción normal frente a un acontecimiento negativo y también puede aparecer en diferentes cuadros psicopatológicos denominados trastornos del estado de ánimo.

La 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.

¹⁹Según Márquez (1990) la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la falta o el déficit de energía psíquica, entendiendo ésta

como aquella energía o fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias.

² Hipócrates fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión reconociéndola como el principio de una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia.

La depresión constituye un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

4.1. EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es considerada en la actualidad como “un mal moderno”, sin embargo, es imposible saber con exactitud cuántos individuos padecen trastornos mentales, aunque según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en el año 2001, aproximadamente 450 millones de personas en todo el mundo sufren algún trastorno mental o neurológico. ¹⁰Aunque existen tratamientos eficaces para muchas de

estas enfermedades hay un amplio número de personas afectadas que nunca acuden a un profesional.

De estos últimos, la mayor parte presenta trastornos menores, ya que el riesgo de sufrir una esquizofrenia alguna vez en la vida es de un 1%, mientras que el de sufrir una depresión es de un 10%. Actualmente existe una preocupación cada vez mayor por los trastornos afectivos, puesto que inciden con más frecuencia en las personas que se encuentran atravesando por periodos de transformación o cambio, principalmente, durante la pubertad y adolescencia así como también en la menopausia o andropausia en personas mayores, un sector de población que está aumentando vertiginosamente en los países más desarrollados.

4.2. CLASIFICACIÓN

¹⁸No existe una clasificación bien definida en cuanto a depresión, pero a continuación citaremos las clases más relevantes de ésta:

- * Depresión endógena
- * Depresión involuntaria
- * Depresión alcohólica
- * Depresión neurótica
- * Depresión secundaria
- * Depresión ansiosa
- * Depresión delirante psicótica
- * Depresión monosintomática

4.2.1. DEPRESIÓN ENDÓGENA

La depresión endógena o llamada también primaria es aquella que va desde adentro hacia fuera, es decir, está vinculada directamente con los

caracteres hereditarios del individuo que la padece, se relaciona con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia, la justifique. Aparece espontáneamente.

La persona con depresión endógena se encuentra encerrada en sí misma, abroquelada, sin vinculación alguna ante el medio que la rodea. Una característica propia del depresivo endógeno, en una fase de normalidad del estado de ánimo, el responder con entereza y sosiego a las dificultades, al contrario, en una fase depresiva son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades e incluso a otras de menor peso.

⁴Estas reacciones del estado de ánimo y de la importancia de los acontecimientos pueden variar de individuo a individuo y de una etnia a otra, aun de un nivel sociocultural a otro nivel.

4.2.2. DEPRESION INVOLUNTARIA

Es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia, marcado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima persistentes, al igual que falta de interés en actividades usuales.

La depresión en la adolescencia es muy común debido al proceso normal de maduración, estrés, influencia de las hormonas sexuales y conflictos de independencia con los padres.

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Los principales factores de riesgo son:

- Maltrato infantil: físico, emocional o sexual.
- Atención inestable, falta de habilidades sociales.
- Enfermedades físicas crónicas.
- Antecedentes familiares de depresión
- Trastornos de la alimentación, como por ejemplo: bulimia.

Los síntomas característicos de la enfermedad son:

- ✓ Estado de ánimo depresivo o irritable.
- ✓ Mal genio, agitación.
- ✓ Pérdida del interés en actividades cotidianas.
- ✓ Disminución del placer en las actividades diarias.
- ✓ Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento en el mismo.
- ✓ Cambios en el peso, es decir, aumento o pérdida de peso en forma involuntaria.
- ✓ Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.
- ✓ Somnolencia diurna excesiva.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Dificultad para tomar decisiones.
- ✓ Episodios de pérdida de la memoria.
- ✓ Preocupación por sí mismo.
- ✓ Sentimientos de minusvalía, tristeza u odio hacia mismo.
- ✓ Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- ✓ Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- ✓ Pensamientos sobre suicidio, miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.
- ✓ Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- ✓ Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

Si estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y causan una significativa perturbación o dificultad para desempeñarse, se debe buscar tratamiento.

¹¹Para su diagnóstico debemos relacionar los siguientes signos y considerar la posibilidad de realizar un examen físico y exámenes de sangre para descartar causas médicas para los síntomas, o signos de

drogadicción, así como también se hace necesaria la evaluación psiquiátrica para documentar antecedentes de tristeza, irritabilidad, pérdida del interés y placer del adolescente en actividades normales, ansiedad, manía o esquizofrenia, el cual nos ayudará a determinar los riesgos de suicidio u homicidio, es decir, si el adolescente representa un peligro para él mismo o para los demás.

Para su tratamiento se emplea los mismos fármacos antidepresivos utilizados en adultos con trastornos afectivos y puede incluir psicoterapia.

TERAPIA.- ⁹La terapia familiar e incluso la participación y colaboración de los maestros pueden ser de gran ayuda para la rehabilitación y recuperación del adolescente con depresión.

Los adolescentes que padecen depresión grave pueden seguir presentando episodios depresivos a lo largo de su vida adulta.

Una de las complicaciones más frecuentes de la depresión es el suicidio, ya que también pueden presentar otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, la cual puede también estar asociada a problemas como: drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, por lo que necesitan un tratamiento intensivo y prolongado.

En caso de presentar el paciente uno de los siguientes signos de alerta, debemos solicitar asistencia médica:

- ~ Aislamiento
- ~ Cambios en la personalidad
- ~ Amenaza de suicidio
- ~ Entrega de pertenencias más preciadas a otros

¡NUNCA SE DEBE IGNORAR UNA AMENAZA O UN INTENTO DE SUICIDIO!!!

Es posible que no podamos prevenir los episodios de depresión en adolescentes con antecedentes fuertes familiares de este problema o con múltiples factores de riesgo, pero la identificación oportuna y el

tratamiento rápido e integral de la depresión pueden prevenir o posponer episodios posteriores mediante la terapia conductual cognitiva, la cual enseña a las personas deprimidas a combatir los pensamientos negativos y reconocerlos como síntomas y no como la verdad de su mundo.

4.2.3. DEPRESIÓN ALCOHÓLICA

La depresión alcohólica constituye un estado en el que hay sentimientos extremos de tristeza, rechazo, falta de autoestima y de vacío ocasionados generalmente por la ingesta de alcohol.

Las personas con depresión severa se ven ausentes, sin expresión, indiferentes hacia su entorno y pueden mostrar síntomas de desilusión y actividad física limitada.

La principal causa de la depresión alcohólica está directamente relacionada con la enfermedad en personas con antecedentes de alto consumo de alcohol. ⁶Esta clase de depresión es más común en las personas que tienen antecedentes de abstinencia alcohólica, en especial en personas cuyo consumo es equivalente a 3½ a 4 litros de cerveza o medio litro de licor “fuerte” diarios, durante varios meses. El delirium tremens también afecta comúnmente a aquellas personas con antecedentes de consumo habitual de alcohol o alcoholismo que se ha presentado por más de 10 años.

Los síntomas ocurren debido a los efectos tóxicos del alcohol en el cerebro y el sistema nervioso y pueden ser graves y empeorar rápidamente. Esta es una afección potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata.

Los síntomas principales son:

- ~ Alteración o nerviosismo
- ~ Sensación de temblor

- ~ Ansiedad
- ~ Irritabilidad excesiva o excitabilidad
- ~ Inestabilidad emocional, es decir, cambios emocionales rápidos
- ~ Fatiga
- ~ Tristeza desmedida
- ~ Dificultad para pensar con claridad
- ~ Palpitaciones o sensación de latidos cardíacos fuertes
- ~ Dolor de cabeza generalmente pulsátil
- ~ Sudoración, en especial en la cara o en las palmas de las manos
- ~ Náuseas
- ~ Vómitos
- ~ Pérdida del apetito
- ~ Insomnio
- ~ Piel pálida
- ~ Incremento de la actividad
- ~ Disminución del periodo de atención
- ~ Miedo
- ~ Confusión, desorientación
- ~ Agitación y alucinaciones de tipo visual o auditivo
- ~ Hiperagudeza sensorial
- ~ Delirio
- ~ Disminución del estado mental
 - ✓ Estupor, somnolencia, letargo
 - ✓ Sueño profundo que persiste durante un día o más
 - ✓ Suele ocurrir después de haberse presentado síntomas agudos
- ~ Convulsiones tónico-clónicas generalizadas durante las primeras 24 o 48 horas
- ~ Temblores corporales

Los síntomas adicionales que pueden aparecer son:

- ~ Fiebre
- ~ Dolor abdominal

~ Dolor precordial

Su diagnóstico puede realizarse a través de los siguientes signos y exámenes:

- Incremento del reflejo de sobresalto
- Temblores musculares rápidos
- Sudoración profusa

Examen ocular el cual revela problemas en el movimiento de los músculos oculares. La frecuencia cardiaca puede ser rápida y puede haber latidos cardiacos irregulares.

4.2.4. DEPRESIÓN NEURÓTICA

La depresión neurótica es aquel trastorno en el cual se permiten filtraciones e influencias del exterior, se caracteriza principalmente por la paranoia e histeria. Otro de sus síntomas es la sobreactuación inconsciente del paciente en relación a los síntomas, así como también se siente capaz de detectar frivolidades utilitarias en relación al entorno, la motivación exterior es fácilmente identificable. ¹¹El individuo con depresión neurótica tiene vinculación con el acontecer familiar y / o social de la vida.

4.2.5. DEPRESIÓN SECUNDARIA

Conocida también como depresión sintomática, es aquella en la que el cuadro se encuentra asociado o es resultante de otras enfermedades de origen orgánico o psíquico, es decir, es un síntoma más de la enfermedad de base, sumando a esta la hipocondría.

Ejemplo de las principales enfermedades que pueden conllevar a la depresión secundaria son: procesos infecciosos, los trastornos cerebro

vasculares, las afecciones endocrinas como por ejemplo patologías de tiroides, esclerosis en placas, los tumores malignos o cáncer, arteriosclerosis cerebral, la menopausia en mujeres o andropausia en varones. En cualquiera de estos casos el paciente puede simular los signos del deterioro cerebral, la abulia, e l desinterés, al “apagamiento” general de la personalidad, tristeza y fatiga.

Los síntomas depresivos muchas veces son resultantes de una medicación sin vinculación con trastornos cerebrales y que remiten ante la suspensión del fármaco.

4.2.6. DEPRESIÓN ANSIOSA

¹⁵Se encuentra íntimamente ligada al concepto de cambio, se caracteriza por hiperkinesia, hiperdinamia agotadora, angustia desbordante que puede llevar a la agitación ansiosa y la intensidad del miedo, el cual puede llegar al pánico, emociones intensas que conllevan el riesgo de suicidio. El paciente se aparta de sus relaciones y entorno, se proyecta de manera pesimista sobre el futuro, existe una total retracción del YO, sin ánimo para nada, el paciente transfiere responsabilidades, hay un estado de impedimento, el individuo se siente inhibido por todo sentimiento para con los demás, a lo que podemos llamar egoísmo. El enfermo está inquieto, se lamenta, solloza y suplica en algunos casos puede ser necesario asociar medicación sedante.

El deprimido ansioso generalmente se rodea de cosas inútiles que para él son símbolos de seguridad y solidez frente al futuro.

4.2.7. DEPRESIÓN DELIRANTE PSICÓTICA

La depresión delirante psicótica es originada por causas psíquicas y / o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc.

Hay cierta predisposición, consustancial al individuo, a desarrollar unas u otras manifestaciones al margen de la causa que la desencadena. Cada individuo tiene un límite propio para soportar fuertes tensiones y que más allá de este límite es probable que aparezcan manifestaciones psiquiátricas o psicósomáticas.

En estos casos las ideas depresivas alcanzan dimensión delirante y pueden acompañarse de alucinaciones auditivas. ¹³Estas ideas son pobres e iterativas y su temática comprende la culpabilidad, la frustración, la negación de órganos, la hipocondría y las ideas de influencia, dominación y posesión demoníaca. En estos casos se requiere la utilización antipsicóticos.

4.2.8. DEPRESIÓN MONOSINTOMÁTICA

Son formas raras de depresión en la cuales sólo se manifiesta uno solo de los elementos depresivos, como por ejemplo el raptus suicida, la nosofobia, el insomnio o el rechazo de los alimentos. Es obligado el diagnóstico diferencial con la distimia.

Por lo general el primer episodio depresivo aparece en el 50% de los casos antes de los 40 años, aunque no es extraño que el paciente refiera algunos antecedentes depresivos que cursaron sin mayores alteraciones de su cotidianidad. No obstante, es preciso recordar que la depresión puede presentarse en los niños, los adolescentes y los adultos. La evolución espontánea de la crisis es de varios meses; puede variar entre seis y doce y termina de manera similar a cómo empezó, es decir, con bastante lentitud. ¹⁷El trastorno depresivo mayor tiende a la cronicidad y los pacientes suelen recaer. Se estima que un 25% experimenta recaída antes de los seis meses, y entre un 50 y un 75% en cinco años. En

general, en la medida en que el paciente sufre más y más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce, y la gravedad se incrementa. Así pues, el trastorno depresivo no es un problema benigno, es crónico y requiere de seguimiento médico.

4.3. EPISODIOS DEPRESIVOS

La depresión es el sentimiento de estar tristes, infelices o melancólicos. Supongamos que una persona deprimida y una persona feliz miran un paisaje: la persona feliz contempla en el paisaje y ve en él un reflejo de sus sentimientos positivos, en cambio la persona deprimida al contemplar el mismo cuadro sólo halla en él razones adicionales para sentirse triste al recordar seres queridos ausentes, ve su autoestima limitada y peor aún el contraste entre tristeza interior y el mundo de brillantes tonos que le rodea.

Si bien las personas deprimidas se sienten tristes hay que diferenciar la depresión de la tristeza. La tristeza es un sentimiento de vacío, que sigue a una herida emocional o una pérdida. Cuando estamos tristes y nos preguntamos ¿qué he perdido? O ¿por qué me han herido? A menudo tenemos una respuesta que no tiene sentido. Podemos expresar rabia por nuestra herida o dolor por nuestra pérdida y si resolvemos nuestro enojo o va calmando nuestro dolor, la tristeza desaparece. Pero cuando un individuo permanece triste durante un largo tiempo sin comprender por qué y sin causa aparente de esa tristeza pierde contacto con la realidad y el resultado es la depresión.

Nuestros sentimientos son un sexto sentido, el sentido que interpreta, ordena, dirige y resume los otros cinco. Ellos nos dicen si lo que experimentamos es amenazador, doloroso, lamentable, triste o

regocijante. No tener conciencia de nuestros propios sentimientos, no comprenderlos o no saber como utilizarlos o expresarlos es peor que la ceguera, la sordera o parálisis. ²⁰No sentir es no estar vivo, cuando hablan sentimientos, nos vemos obligados a escuchar y a veces actuar aún cuando no siempre comprendamos el porqué. Los sentimientos nos hacen humanos y son nuestra reacción frente a lo que percibimos. El lenguaje de los sentimientos es el medio por el cual nos comunicamos con nosotros mismos y con nuestro mundo externo.

Existen 2 tipos de sentimientos: los positivos y los negativos. Los sentimientos positivos incrementan el propio sentido de fuerza y bienestar, el sentido de plenitud de vida, de totalidad y esperanza. Los sentimientos negativos en cambio interfieren con el placer, agotan nuestra energía y nos dejan extenuados, con un sentimiento de bloqueo, vacío y soledad. Los sentimientos negativos acarrearán todo el impacto de la pérdida como la percepción de pequeñas muertes por donde quiera que miremos.

4.4. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo quién deberá evaluar al paciente en busca de alteraciones o cambios con respecto a los siguientes parámetros:

1. Estado de ánimo. Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo

hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.

2. Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión.¹³ El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que esta leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le eche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.
3. Sentimientos de culpa. Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su

enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acuse e insulten.

4. Ideación suicida. Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es más, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.
5. Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión. El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. ⁸El paciente se despierta a las 03:00 de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni siquiera esto puedo hacer bien"; "no voy a poder continuar con esto"). Despertarse una hora más temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿a qué hora se solía despertarse por última vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? Y ¿A qué hora en promedio se ha estado despertando son poder dormir nuevamente, en la última semana?

Algunos pacientes con depresión, pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por mas de 30 minutos, en el horario acostumbrado); o insomnio termina (fragmentación del sueño, con despertares de mas de 20 minutos o levantarse de la cama, sin que sea para ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre mas duermen, mas deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

6. Disminución de energía. Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aliño, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonía, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última, el enfermo tiene un signo llamado:

"Flexibilidad c rea" (de cera de las velas), en donde se le coloca, al enfermo en posiciones antigravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y este permanece por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.

7. Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se est  preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: "Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa, esto no me sucedía antes".
8. Malestares físicos. Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, nausea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.
9. Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso. Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado algunos pacientes con depresión

pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. ⁵También se le ha llamado depresión atípica.

10. Disminución del deseo sexual. Se ha notada una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

11. Manifestaciones diversas. Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber dato obsesivo-compulsivos, es decir el paciente tiene pensamientos repetitivos, que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos motores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos. En el primer caso son ideas parásitas que no se van de la cabeza y que pueden generar ansiedad a los pacientes. En el segundo, el paciente tiene que estar revisando cosas y situaciones, para estar seguro de que las puertas y ventanas estén bien cerradas, o repetir operaciones, como el aseado, varias veces para estar seguir que estén hechos.

4.5. MEDIDAS TERAPÉUTICAS ADICIONALES PARA EL TRATAMIENTO

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

⁹Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI siglas en inglés) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI siglas en inglés). Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo - recetados, sin receta o prestados - sin consultar al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar. Las preguntas sobre los antidepresivos recetados y problemas que puedan estar relacionados con el medicamento, deben tratarse con su médico.

4.6. EL SUICIDIO

Las personas que se suicidan se sienten perseguidos por su propia tortura. Es su culpa la que les hace no estar en paz consigo mismos

Llamamos Suicidio a aquella acción por la cual una persona acaba con su propia vida. ¹La clasificamos como conducta autodestructiva porque esa acción puede conducir directamente a la muerte o puede ser un intento pero siempre existe una intención letal en su misma esencia. En este artículo trataremos de revisar las características humanas que predisponen más hacia dicha tendencia, los factores de riesgo y los tipos de suicidio que se conocen. Partimos de la base de que el suicidio no puede prevenirse, sólo podemos clasificar a determinadas personas o situaciones en la carpeta de "alto riesgo" pero su escasa prevención despertará en familiares y amigos sentimientos de culpa u hostilidad.

Conductas autodestructivas en el ser humano

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer. Cuando una persona tiene una intención de suicidio no buscan el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

Los tipos de suicidio son los siguientes:

- **Suicidio consumado:** Conducta autodestructiva y auto infringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.
- **Suicidio frustrado:** Suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe.
- **Intento de suicidio:** Daño auto infringido con diferente grado de intención de morir y de lesiones.
- **Ideación suicida:** Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona.

- **Gesto suicida:** Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar cargada con simbolismos.
- **Amenaza suicida:** Lo mismo que el anterior pero con palabras.
- **Equivalentes suicidas:** Son las auto mutilaciones que puede hacerse una persona.
- **Suicidio colectivo:** La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- **Suicidio racional:** Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacidad, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

Hay que diferenciar las tentativas de suicidios de los suicidios consumados, los primeros suelen ser llamadas de atención pero hay que controlarlos muy de cerca porque dichas tentativas suelen repetirse con bastante asiduidad durante las primeras semanas que siguen a la tentativa y existe el riesgo finalmente de consumarlo.

²⁰Para explicar el suicidio diferentes modelos han dado su propia versión, de los cuales analizaremos 4: biológico, genético, psicológico y sociológico.

5. MANÍA

Es una exaltación excesiva del estado de ánimo que, contra lo que a primera vista pudiera parecer; no resulta una situación en absoluto positiva. El paciente muestra una alegría excesiva en relación con la situación que vive. En casos graves, puede ocasionar grandes problemas porque con “su excesiva alegría” puede despilfarrar dinero, pedir préstamos o meterse en operaciones económicas no sostenibles, abandonar el trabajo, o en general, tomar decisiones que fuera del episodio de manía le parecerían inapropiadas e insensatas.

El acceso empieza por lo general entre los 20 y 50 años de edad, en sujetos con antecedentes familiares de la enfermedad. Su inicio está precedido casi siempre de una fase depresiva pasajera. En otras ocasiones, su aparición es brusca y sin pródromos. La crisis irrumpe súbitamente. El paciente se siente invadido por un sentimiento eufórico, de bienestar y seguridad y por una necesidad irresistible de actividad y movimiento. El insomnio es total. Las palabras se hacen cada vez más abundantes y rápidas. El paciente forja proyectos fantásticos y grandiosos, se irrita con facilidad y se torna burlón, confianzudo y molesto. Fuma y bebe en exceso y manifiesta ardorosa excitación sexual.

Cuando buscamos expresar un sentimiento que en su origen es doloroso en lugar de sentir dolor o enojo a menudo enterramos dicho sentimiento doloroso o bien lo expresamos de otra manera o sea como un síntoma. Por ejemplo existen síntomas compulsivos cuyo objeto es destruir malos sentimientos o bien alejarlos de forma mágica tal es el caso del lavado de obsesivo de las manos. Existen también los llamados síntomas de conversión mediante los cuales el paciente manifiesta dolencias o limitaciones físicas sin la existencia de dicha patología, permitiendo de esta manera evadir responsabilidades y sentimientos.

Existen enfermedades físicas que agravan a causa de factores emocionales, desdoblamientos de la personalidad y negación de la realidad. Los sentimientos pueden bloquearse en cualquier punto del proceso, en la amenaza, en la herida, en la ira, en la culpa o en la depresión.

Ciertos individuos no fingen ser perfectos, sugieren lo opuesto, que son lo peor de la especie humana, que no tienen cualidades compensatorias y que su vida es inútil y sin esperanza.

5.1. TIPOS DE MANÍA

La manía es típicamente una crisis, que puede presentarse de las siguientes maneras:

5.1.1. EXCITACIÓN MANÍACA SIMPLE O HIPOMANÍA

Corresponde a los accesos que se clasifican como trastorno bipolar II, es decir, es decir aquellos episodios que no son lo suficientemente graves para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización. Se trata, entonces, de una forma menor de la manía, en la que más que una verdadera agitación se encuentra una hiperactividad desordenada, sin manifestaciones psicóticas, que en, ocasiones, puede llegar a ser muy productiva para el enfermo.

5.1.2. MANÍA DELIRANTE Y ALUCINATORIA

En el acceso maniaco típico no existen, propiamente, un sistema delirante ni trastornos alucinatorios. ¹⁴Sin embargo, en ciertas formas con una desestructuración más profunda de la conciencia se presentan ideas delirantes, caracterizadas por su movilidad y mínima organización. Sus temas comprenden la grandeza y poderío, y más raramente los persecutorios. Los sentimientos de influencia divina y de inspiración profética son frecuentes en este episodio.

5.1.3. MANÍA CONFUSA

Estos accesos están más próximos a la confusión mental y al delirium. Se trata de estados de gran agitación con un considerable desorden del pensamiento y una caótica fuga de ideas.

EVOLUCIÓN

La evolución de un acceso maníaco varía entre algunas semanas y varios meses, alrededor de 4 a 5. Su terminación se realiza de manera abrupta o progresiva. Con anterioridad a los tratamientos farmacológicos actuales, era frecuente encontrar formas crónicas de manía que en ocasiones remitían espontáneamente o tomaban las formas terminales de la demencia.

TRATAMIENTO

En algunos casos de hipomanía es posible adelantar el tratamiento de manera ambulatoria; sin embargo, la crisis maníaca y los riesgos de toda clase que conlleva, hacen obligatoria la hospitalización del enfermo, cuya aceptación voluntaria es casi imposible por sus sentimientos de bienestar y por la ausencia de conciencia de enfermedad. El tratamiento inicial requiere de medicación sedante, mediante la utilización por vía intramuscular de haloperidol cada dos o cuatro horas, sin sobrepasar los 40 mg diarios. Se puede asociar clonazepam 1 mg cada 6 horas, o bien lorazepam 2 mg cada 6 horas. El carbonato de litio continúa siendo el medicamento más empleado para el tratamiento del trastorno bipolar I, pero sus efectos adversos han hecho que se prescriba, de manera igualmente eficaz, tanto el valproato como la carbamazepina. La clozapina y, últimamente, la olanzapina se utilizan como medicación de segunda elección. En casos refractarios a la medicación, la terapia electroconvulsiva (TEC), está plenamente justificada. El tratamiento de mantenimiento con litio, valproato o carbamazepina está indicado como profilaxis del trastorno bipolar I, en aquellos pacientes que han presentado más de un episodio.

5.2. TRASTORNO BIPOLAR

El concepto de enfermedad bipolar ha intrigado a la humanidad siempre.²¹ Cómo es que una persona presente manifestaciones de depresión, y a los pocos meses o a veces semanas esté brincando de alegría, con mucha energía, sin inhibiciones, con un lenguaje a gran velocidad, sin sueño y con fuga de ideas. Sin embargo la presencia de manía, es lo que caracteriza los estados bipolares. Los enfermos bipolares suelen iniciar en etapas mas tempranas que las personas que tienen sólo depresión (unipolares), tienen de manera mas frecuente, familiares con enfermedad bipolar, y los intervalos entre una crisis de maní y la siguiente se van acortando, si el paciente no recibe el tratamiento adecuado, por largo tiempo. La crisis de manía suele ir precedida de una falta de sueño, los enfermos dejan de dormir, por un par de noches, antes de que aparezca el cuadro florido.

El cuadro clínico está caracterizado por estado de ánimo elevado, expansivo, e irritabilidad, el paciente puede sentirse omnipotente, o decir que tiene poderes especiales, o simplemente decir que no se cansa con nada. Sus ideas de grandiosidad, pueden perder el juicio de realidad, y entonces tomas características delirantes, en donde ellos se sienten investidos con un poder especial, o se dicen ser enviados divinos, o hijos de algún magnate o político.

Hay una disminución en la necesidad de sueño, durmiendo en ocasiones de 2 a 3 hrs. Esta condición de falta de sueño, que entre otras cosas precipitó la manía, hace que se establezca un circulo vicioso, en donde a menos sueño, mas estado de excitación. El paciente se puede levantar a las tres de la mañana, totalmente descansado y a esa hora encender el aparato de sonido a todo volumen.

Debido a que su pensamiento fluye a gran velocidad, el pacientes presenta fuga de ideas, pensamiento caótico, y su manera de hablar es muy rápida, en ocasiones incoherente, porque tiende a cambiar

rápidamente de un tema a otro. ⁶Llegan a tener un proceso de condensación de palabras, en donde dicen la primera sílaba de una palabra y la última sílaba de la siguiente palabra (por ejemplo: mi casa es tú casa = misa estúsa). No llegan a metas concretas en su discurso, pues cambian continuamente de dirección, en la medida que las ideas van fluyendo en su cabeza, como también son muy distraídos, esto hace que cambien de temas y que se disgreguen.

Se involucran en actividades de gran contenido hedonista, lo cual les puede crear problemas. Por ejemplo, promiscuidad sexual, juego compulsivo, gastar de manera desordenada y en exceso.

5.3. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

La personalidad se define como la totalidad de los rasgos emocionales, intelectuales y conductuales de un individuo, condición relativamente estable y fácilmente previsible. Es el estilo de vida, la manera de ser propios de cada persona; aquello que nos hace ser únicos e irrepetibles. En la personalidad se reúne la herencia biológica y la influencia cultural. Así pues, la personalidad paranoide se caracteriza por la enorme suspicacia, la irritabilidad, la hostilidad y la gran desconfianza del prójimo, en general. Estas personas no aceptan sus errores, culpan a los demás de sus fracasos y se tornan coléricos y agresivos ante la menor contrariedad. No tienen sentido del humor, ríen muy poco y no toleran la menor burla. En este grupo es común encontrar a los litigantes de todas las causas; a los fanáticos religiosos o políticos, y a los extremadamente celosos, hombres y mujeres. Estas personas, a pesar de las dificultades que encuentran por su manera de ser, no pierden el contacto con la realidad, no presentan ideas delirantes y, por lo tanto, esta categoría no se considera dentro del grupo de la psicosis. De acuerdo con estadísticas norteamericanas la prevalencia de este trastorno oscila entre el 0.5% y el 2.5% de la población. Es más frecuente entre los hombres

que entre las mujeres. ²La incidencia entre los homosexuales no es mayor que la usual, como se pensó, según la teoría del psicoanálisis. De otra parte, es muy difícil que estas personas busquen ayuda médica por la rigidez de su carácter y por el sentimiento de bienestar que se deriva de culpar a los demás de sus errores. Aunque su discurso es lógico, en el contenido de su pensamiento se advierte con facilidad, toda la estructura paranoide representada en las ideas de referencia, la grandilocuencia y la franca proyección. En situaciones sociales y laborales suelen ser conflictivos, distantes y desconfiados. Los problemas matrimoniales son muy frecuentes entre estos pacientes por los celos sin materia, rayanos con el delirio celotípico. El diagnóstico diferencial debe hacerse del trastorno delirante, conocido anteriormente como paranoia, y de la esquizofrenia paranoide. La enfermedad acompaña al paciente durante toda su vida y en ocasiones puede variar su rumbo para tomar el camino de la paranoia o de la esquizofrenia. Su tratamiento es asunto complejo pues, como ya anotamos las personas no admiten su condición de enfermos y se niegan a cualquier tratamiento psiquiátrico. En ocasiones, se hace necesario el empleo de mediación ansiolítica o antipsicótica, pero reiteramos la dificultad de su administración por la suspicacia y la desconfianza del sujeto.

5.4. TRASTORNO DELIRANTE

Esta entidad se caracteriza porque sus síntomas esenciales son los delirios crónicos sin que sean evidentes otras alteraciones de la esfera mental. ¹⁸Bleuler decía que <<aparte del sistema delirante y todo lo que se refiere a él, su lógica y curso del pensamiento aparecen intactos ante nuestros medios de investigación>>. Dicho de otra manera, se puede comparar el delirio con un guión cinematográfico que cuenta una historia de ficción pero que, por su construcción lógica interna, da la impresión al espectador de presenciar un hecho real. Estos pacientes presentan

menos alteraciones emocionales que las personalidades paranoides, y a pesar de la rigidez de sus delirios, pueden permanecer egosintónicos durante muchos años. Anteriormente esta enfermedad se la conocía como trastorno paranoide o paranoia. Los contenidos delirantes pueden ser persecutorios, de grandeza, erotomaníacos, celotípicos, somáticos y mixtos. Estos delirios deben diferenciarse de los de la esquizofrenia que son extravagantes y fantasiosos. Por ejemplo, en la paranoia el paciente puede asegurar que es perseguido por la guerrilla para ser secuestrado, lo cual es posible; y en la esquizofrenia, el enfermo afirma que los marcianos controlan su mente, lo que es, por supuesto, imposible. Los pacientes con un trastorno delirante tampoco presentan alucinaciones, aplanamiento afectivo ni otras alteraciones que se encuentran en la esquizofrenia. Este trastorno es poco frecuente, si lo comparamos con la esquizofrenia. Hay que tener en cuenta que muchos de estos pacientes no se incluyen en las estadísticas médicas por la razón ya dicha de que casi nunca consultan y cuando se conoce de ellos, es por acción de la justicia. Se estima en los Estados Unidos que su prevalencia es un 1.025 a un 0.03%. La enfermedad se inicia alrededor de los 40 años, aunque se conoce casos de inicio temprano y otros de comienzo durante la vejez. Existe una ligera preponderancia de mujeres; muchos de estos pacientes están casados y trabajan a pesar de las dificultades que encuentran debido a su enfermedad. La etiología exacta del trastorno es desconocida, pero se ha observado que existen familias en cuyo seno hay numerosos miembros afectados de este trastorno y de los rasgos de personalidad relacionados con suspicacia, celos y predisposición contra los demás. ⁹Freud analizó la autobiografía de Daniel P. Schreber y, sin conocerlo personalmente concluyó que el YO se defendía de las tendencias homosexuales inconscientes mediante el mecanismo de negación y de proyección. Según su hipótesis, como la homosexualidad es conscientemente inadmisibles, el sentimiento de <<yo lo quiero>> es negado, y mediante la formación reactiva se transforma en <<yo no lo quiero a él, lo odio>>. Este sentimiento se transforma luego

a través de la proyección en <<yo no lo odio, es él quien me odia>>. En el delirio se convierte finalmente, en <<él me persigue>>. La explicación del psicoanálisis es en extremo ingeniosa, pero no tiene, por supuesto, respaldo clínico.

En el examen mental es evidente el trastorno del contenido del pensamiento en forma de delirios bien sistematizados y, en cierta medida, posibles que contrastan la extravagancia de los delirios de la esquizofrenia. De otra parte, el paciente carece de otros síntomas, lo que a ojos profanos lo hace aparecer como una persona normal, víctima de persecuciones injustas o de cónyuges infieles. En ocasiones, sin embargo, el especialista puede aceptar la veracidad de las versiones de un paciente o por el contrario corre el riesgo de etiquetar como delirante a alguien que refiere una extraña aventura. Por otra parte, es muy importante que el psiquiatra evalúe con cuidado las intenciones que se originan en el delirio de estos pacientes con el fin de evitar un posible suicidio o la comisión de un delito. El persecutorio es el tema más frecuente entre los delirios, al punto de que el común de la gente identifica paranoia como persecución. Esos pacientes creen ser víctimas de injustas conspiraciones; de intentos de envenenamiento o son objeto de maleficios. ¹¹La psiquiatría francesa consideraba a estos enfermos como reivindicadores y los clasificaba como querulantes, inventores y apasionados idealistas. Existe el riesgo de que estas personas recurran a la violencia cuando al pasar de perseguidos a perseguidores implacables, deciden <<hacer justicia> y llegan hasta el crimen contra sus supuestos enemigos.

Otros delirios son los pasionales que se dividen en dos:

- ~ La celotipia, delirio de infidelidad, paranoia conyugal o síndrome de Otelo; y
- ~ El delirio erotomaniaco o la ilusión delirante de ser amado.

Estos trastornos plantean gran dificultad diagnóstica pues hay que diferenciarlos de las <<pasiones normales>> si es correcto llamarlas así. Desde la antigüedad se ha dicho que la pasión amorosa es locura. ¹⁶Platón afirmaba que <<el amor es una manía divina>> y Ortega y Gasset, por los años 30 del siglo XX, aseguraba que <<enamorarse es un estado de imbecilidad transitorio>>. No obstante, la celotipia y la erotomanía son delirantes y por lo tanto patológicas, porque la pasión tiene una estructura esencialmente imaginaria, incluso si se encuentra inmersa en una situación real. En efecto, o bien los personajes y los acontecimientos que lo componen son irreales, o bien la situación real es ampliamente desbordada por los fantasmas pasionales del enfermo. El delirio de celos es poco frecuente y ataca más a los hombres que a las mujeres; consiste en transformar la relación amorosa en un triángulo sentimental imaginario que obliga al paciente a reunir pruebas del adulterio. A través de clarividencias y deducciones fantásticas <<esclarece>> las dudas y llega a una <<verdad>> absoluta que persiste hasta la separación o la muerte del cónyuge. El celoso, al igual que Otelo, puede llegar a matar a la esposa infiel y luego suicidarse. La erotomanía o delirio de Clérambault -en honor del psiquiatra francés que lo describió- estriba en la ilusión de ser amado por una persona, generalmente conocida y muy importante. El paciente cursa por tres etapas consecutivas que comienzan con la esperanza, continúan con el despecho y finalizan con el rencor, en una especie de fatalidad que durante la fase de rencor puede terminar en reacciones agresivas hacia el <<amado ingrato>>. Existen otros contenidos delirantes que, por su escasa frecuencia, tan sólo los mencionamos. Son ellos el sensitivo paranoide de Kretschmer; el de interpretación o locura razonante de Sérieux y Capgras; y la monomanía hipocondríaca.

En general, este trastorno se inicia de manera brusca, aunque en ocasiones, luego de situaciones estresantes, el paciente comienza, de manera insidiosa, a presentar el cuadro paranoide. En ambos casos es evidente la personalidad premórbida suspicaz, recelosa e hipersensible.

La evolución tiende hacia la cronicidad por la negativa del paciente a aceptar la intervención psiquiátrica. El tratamiento debe hacerse con medicamentos antipsicóticos durante largo tiempo de manera ambulatoria. No obstante, puede hacerse necesaria su hospitalización, especialmente cuando existen riesgos de violación por parte del alienado a partir de sus contenidos delirantes. Es este orden de ideas, conviene señalar que estos enfermos ponen al servicio de su delirio una agresividad a veces brutal, y entran peligrosamente a los terrenos del código penal y de la psiquiatría forense.

5.5. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

A pesar de los avances de la psicofarmacología, la esquizofrenia continúa siendo uno de los problemas más complejos de la psiquiatría. ⁴La enfermedad fue llamada por el médico francés A. Morel, demencia precoz, por el enorme deterioro de estos enfermos cuyo trastorno había comenzado durante la adolescencia. Años más tarde, Eugen Bleuler acuñó el término de esquizofrenia, que sustituyó en la literatura médica el de demencia precoz. Bleuler enfatizó con esta palabra la escisión del pensamiento, las emociones y las conductas de los pacientes afectados por la esquizofrenia. De otra parte, Bleuler se apartó del concepto kraepilinario de deterioro obligado de la demencia precoz y propuso para su diagnóstico los siguientes elementos, completamente válidos en la actualidad: el autismo, la ambivalencia, la anhedonia, la disociación ideoafectiva y la despersonalización. Como elementos secundarios señaló las alucinaciones, los delirios y las esterotipias. En los Estados Unidos, la prevalencia de la esquizofrenia oscila entre el 1% y el 1.5% y tan sólo la mitad de los pacientes recibe tratamiento médico a pesar de la gravedad del trastorno; sin embargo, estos enfermos ocupan el 50% de las camas disponibles en los hospitales mentales y constituyen el 16% de los enfermos psiquiátricos que reciben algún tipo de tratamiento. Por

igual la sufren hombres y mujeres, aunque el curso de la enfermedad es más favorable entre las mujeres que entre los hombres. Se ha observado que el comienzo es más pronto entre ellos. La edad de inicio entre los varones es entre los 15 y los 25 años, mientras en ellas es entre los 25 y los 35 años. El comienzo antes de los 10 años y después de los 50 es poco frecuente. De otra parte, cabe anotar que la esquizofrenia ha sido descrita en todas las culturas y grupos socioeconómicos estudiados, pero parece tener mejor pronóstico en los países menos desarrollados, donde los pacientes se reintegran a sus comunidades y familias con mayor facilidad que en las sociedades industrializadas. La causa de la esquizofrenia no se conoce con exactitud, aunque gran número de investigaciones sugiere de manera constante la existencia de un componente genético en la herencia de la esquizofrenia. ³En la actualidad los investigadores subrayan el papel de ciertas áreas del cerebro comprometidas con la fisiopatología del trastorno que incluyen, fundamentalmente, el sistema límbico, la corteza frontal y los ganglios basales. Por otro lado, la dopamina, la serotonina y el GABA son los neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de la enfermedad. Los grandes avances en los conocimientos biológicos de la esquizofrenia y la aparición de nuevas moléculas para su tratamiento eficaz, no nos deben hacer olvidar de la importancia de los factores sociales en el curso, pronóstico y rehabilitación de la enfermedad. En relación con la sintomatología de la esquizofrenia se deben tener en cuenta tres principios básicos.

PRIMERO.- Ningún síntoma es patognomónico de la enfermedad.

SEGUNDO.- Los síntomas de un paciente cambian con el tiempo.

TERCERO.- Es fundamental tener en cuenta su nivel educativo, así como su capacidad intelectual y su grupo cultural.

Cabe recordar, entonces, que el diagnóstico de la esquizofrenia sólo lo da el tiempo y es aventurado adelantarlo solamente con un examen mental

se puede encontrar todo un abanico de posibilidades en cuanto a su porte y actitud, desde la agitación logorreica incoherente o el discurso delirante alucinatorio, hasta la postura catatónica, el mutismo y el negativismo. Por lo general el enfermo se observa descuidado en su presentación personal, desordenado y sucio en el vestir. Suele estar consciente y bien orientado en todas las esferas, más o menos atento y no presenta alteraciones en la memoria. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas y las visuales; las voces son insultantes, amenazantes u obscenas. Es muy frecuente el síndrome de automatismo mental, que consiste en la sensación de eco y robo del pensamiento. Esta esfera es la más comprometida, especialmente en la forma paranoide de la esquizofrenia. Este trastorno puede ser, de hecho, el núcleo de la enfermedad.

Hoy se discute acerca de la <<lógica>> del esquizofrénico, pero la mayoría de los psiquiatras continúa aceptando que el turno más frecuente del curso del pensamiento es la disgregación que puede llegar a la incoherencia. En el contenido aparecen las ideas delirantes, que como ya señalamos son muy extrañas, abstractas y esotéricas. El afecto se ve seriamente trastornado y sus alteraciones más frecuentes son la disociación ideoafectiva, el aplanamiento, la ambivalencia y la anhedonía.²⁰ En el lenguaje se aprecian múltiples alteraciones como la musitación, la ecolalia, los neologismos y el mutismo.

El enfermo no tiene conciencia de enfermedad, su juicio, raciocinio y prospección están seriamente alterados por su concepción autista y delirante del mundo. Estos pacientes suelen agitarse y perder el control de sus impulsos cuando están en la fase activa, y pueden llegar al suicidio o al homicidio al obedecer a las órdenes de sus alucinaciones. En la actualidad se dividen los síntomas de la esquizofrenia en dos grupos:

- ~ Los negativos
- ~ Los positivos

Entre los primeros se encuentran la anhedonia, el equipamiento afectivo, la abulia, la apatía, la alogia y los trastornos de la atención. Entre los segundos se hallan los delirios, las alucinaciones, las conductas extravagantes y las alteraciones del curso del pensamiento. Esta clasificación tiene gran importancia en cuanto que algunos de los nuevos fármacos disponibles para el tratamiento de la esquizofrenia son más activos sobre los síntomas negativos y otros sobre los positivos. Los síntomas de la enfermedad comienzan durante la adolescencia y van seguidos de una fase prodrómica que puede durar días o meses. El inicio de la psicosis puede ser precipitada por sucesos traumáticos como la muerte de un familiar, problemas familiares y por el consumo de sustancias psicoactivas. El curso clásico de la esquizofrenia es el de la presencia de fases de exacerbación y fases de remisión. Estudios realizados en los Estados Unidos, muestran que entre un 20% a un 30% de los pacientes esquizofrénicos son capaces de llevar una vida relativamente normal. Entre un 20 y un 30% continúan presentando síntomas moderados y cerca de un 50% ven su vida notablemente afectada por el trastorno. La gran desorganización de la conducta del esquizofrénico durante la crisis psicótica, los delirios y las alucinaciones y, especialmente, el riesgo de suicidio o de agresividad, obligan a su hospitalización. Aunque los psicofármacos son la base del tratamiento de estos pacientes, las ayudas para su reintegración al medio socio – familiar son de gran utilidad tanto en el periodo de hospitalización como durante el tratamiento ambulatorio. Hoy en día la hospitalización tiende a ser corta, pues mediante la utilización de neurolepticos se puede controlar la fase aguda, en la mayoría de los casos, entre dos y cuatro semanas. Las fenotiazinas de depósito son muy eficaces, pero tienen inconvenientes de las reacciones secundarias de los antagonistas de los receptores dopaminérgicos, como son los síntomas parkinsonianos de temblor y rigidez. Desde hace más de 20 años se utiliza la clozapina, bastante eficaz y sin las molestias de las fenotiazinas; y en los últimos años han aparecido nuevas moléculas igualmente eficaces y seguras,

como la olanzapina y ziprasidona. La terapia electroconvulsiva, TEC, esta indicada en las crisis catatónicas y cuando existan contraindicaciones claras para la prescripción de neurolépticos.

5.6. ANSIEDAD

La ansiedad es una activación excesiva del sistema nervioso central que se acompaña de unos síntomas característicos como excitación psíquica, sudoración, inquietud, malestar gástrico, dificultad respiratoria, etc.

¹⁰ La ansiedad es un fenómeno normal que utilizamos como respuesta a estímulos potencialmente peligrosos (amenazas, etc.), o que nos exigen cierta concentración (exámenes, entrevistas, etc.). Esta ansiedad normal se convierte en patológica cuando interfiere con la vida normal, no nos ayuda a superar los obstáculos o aparece sin causa externa que lo justifique.

5.6.1. TIPOS DE ANSIEDAD

Como en el caso de la depresión, según en el contexto en que aparezca la ansiedad se distingue entre una:

- ✓ **Ansiedad endógena.-** No se encuentra una causa externa que la motive.
- ✓ **Ansiedad exógena.-** Se produce en presencia de estrés, es decir, existe un estímulo externo que supera la capacidad de adaptación del organismo.

SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

La mayoría de las veces la persona que sufre ansiedad refiere claramente un estado de excitación anormal, junto a las molestias antedichas. Pero

otras veces se presenta de formas menos específicas, lo que puede dificultar su identificación:

- En forma de mareos, taquicardia o sensaciones de encontrarse enfermo o sin vitalidad, etc., síntomas que pueden ser confundidos con muchos trastornos.
- Como una simple acentuación de síntomas de otras enfermedades previamente presentes, como dolores óseos o musculares.
- Como una alteración del humor, produciendo por ejemplo síntomas depresivos o irritabilidad.
- Como dificultades para conciliar el sueño.

CAUSAS DE LA ANSIEDAD

Como en el caso de la depresión, siempre hay que buscar y descartar algunas enfermedades raras que produzcan manifestaciones clínicas similares a la ansiedad, sobre todo ciertos trastornos de tipo hormonal como el hipertiroidismo, el síndrome de Cushing o el feocromocitoma.

5.6.2. CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD

En la mayoría de los casos no existe ninguno de estos trastornos subyacentes, pudiéndose clasificar al paciente en algunos de los siguientes grupos de ansiedad:

5.6.2.1. Ansiedad asociada a otros trastornos mentales

La ansiedad se asocia típicamente a la depresión, al alcoholismo, a las drogodependencias y a las psicosis. En estos casos, habrá que tratar conjuntamente ambos problemas o no se resolverá el problema.

5.6.2.2. Ansiedad producida por medicamentos

Múltiples fármacos pueden producir ansiedad, como los productos broncodilatadores que se emplean en los problemas respiratorios, las hormonas tiroideas, el café y el alcohol. Siempre que se pueda debe suspenderse su consumo para eliminar la ansiedad.

5.6.2.3. Ansiedad en sí misma

Existen varias formas de estos trastornos por ansiedad primarios. Los principales trastornos por ansiedad son:

- ~ Trastorno de angustia (con o sin agorafobia)
- ~ Agorafobia sin trastorno de angustia
- ~ Fobia social
- ~ Fobia específica
- ~ Trastorno obsesivo – compulsivo
- ~ Trastorno por estrés postraumático
- ~ Trastorno por ansiedad generalizada
- ~ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o incluido por tóxicos.

6. TRASTORNO DE ANGUSTIA

Es una de las formas más frecuentes, que afecta sobre todo a mujeres en una proporción aproximada de 3/1. La persona que la padece presenta crisis muy bruscas y limitadas en el tiempo durante las cuales tiene una sensación terriblemente desagradable que es descrita como de “perder el control”, “volverse loco” o “sensación de muerte”, acompañadas por una

gran sintomatología (sudores, palpitaciones, sensación de ahogo, adormecimiento de manos, opresión en el pecho y dificultad para respirar).

¹³La crisis puede aparecer en cualquier lugar o situación, aunque es más común en aquellos lugares de donde puede ser difícil escapar o recibir ayuda. Esto puede crear un círculo vicioso por miedo a que se repitan los episodios, de forma que el paciente acaba restringiendo sus salidas a espacios abiertos o lugares públicos (las llamadas conductas de evitación) o necesita ir siempre con un acompañante. A largo plazo puede derivar en otras formas de ansiedad (generalizada) o en depresión secundaria.

Afortunadamente hoy existen tratamientos eficaces que evitan o reducen el número de crisis. Para ello ciertos sedantes de tipo benzodiacepina como el alprazolam son de efecto muy rápido en la reducción de las crisis. Suelen utilizarse simultáneamente con fármacos antidepresivos que tardan algunas semanas en conseguir su efecto antipático, permiten retirar los sedantes para evitar los problemas de dependencia y mantener las crisis bajo control por un periodo largo (habitualmente se necesita tratamiento durante varios meses).

6.1. FOBIAS

Es una de las neurosis más frecuentes, que consiste en un miedo irracional, absurdo, ilógico y desproporcionado ante objetos o situaciones que normalmente no deberían producir esta situación. Finalmente se acaba originando una conducta de evitación ante el objeto de la fobia. La misma persona que lo sufre reconoce la irracionalidad del miedo.

6.1.1. FOBIAS ESPECÍFICAS

Las fobias concretas son aquéllas en las que, ante un objeto, situación o actividad se da una intensa sensación de ansiedad, provocando la total evitación.

6.1.2. CLASIFICACIÓN

Se clasifican en fobias a animales (arañas, serpientes, perros, ...), al ambiente natural (tormentas, altura, agua, ...), a la sangre/inyección/daño, a situaciones (viajar en avión, ascensor, conducción), y de otro tipo.

TIPOS DE FOBIAS

| FOBIA | OBJETO O SITUACIÓN TEMIDA |
|---------------|------------------------------|
| Acrofobia | Alturas |
| Aerofobia | Volar |
| Agorafobia | Espacios abiertos o públicos |
| Antropofobia | Gente |
| Aquafobia | Agua |
| Aracnofobia | Arañas |
| Astrafobia | Relámpagos |
| Batraciofobia | Ranas, anfibios |
| Blenofobia | Lodo |
| Brontofobia | Truenos |

| | |
|---------------|-------------------|
| Carcinofobia | Cáncer |
| Claustrofobia | Espacios cerrados |
| Dementofobia | Locura |
| Dromofobia | Cruzar las calles |
| Emetofobia | Vómitos |
| Entomofobia | Insectos |
| Fobofobia | Fobias |
| Genofobia | Sexo |
| Hematofobia | Sangre |
| Monofobia | Soledad |
| Nudofobia | Desnudez |
| Numerofobia | Números |
| Nictofobia | Oscuridad, noche |
| Ofidiofobia | Víboras |
| Ornitofobia | Pájaros |
| Pirofobia | Fuego |
| Tanatofobia | Muerte |
| Xenofobia | Extranjeros |
| Zoofobia | Animales |

6.1.3. CAUSAS

Los miedos a objetos o situaciones concretas son muy frecuentes, tanto en niños como en adultos. La mayoría son transitorios y no alteran, al menos de forma importante, el funcionamiento diario de la persona. Pero algunos casos son de suficiente intensidad como para interferir en el

desarrollo del sujeto, y es en estos casos cuando estos miedos se denominan fobias.

En estas fobias, el miedo no suele ser tanto al objeto o situación en sí misma, sino sobretodo a las consecuencias negativas que pueda tener el contacto con ese objeto, o el hallarse en esa situación. Así el miedo se dará a la mordedura en caso de fobia a las arañas, a los accidentes en una fobia a conducir, a la asfixia en una claustrofobia,...

El sujeto evita o escapa de la exposición al estímulo (objeto, situación o actividad) fóbico y, si no lo consigue, muestra inmediatamente una intensa reacción de ansiedad. Reconoce la irracionalidad del miedo, pero evita el objeto o la situación, o la soporta con intenso malestar.

¹⁹Estos sujetos experimentan ansiedad solo con pensar en la posibilidad de confrontación con el estímulo fóbico. Cuando están en la situación temida, o la anticipan, experimentan profundo malestar e inquietud, a la vez que pueden aparecer síntomas somáticos: rubor facial, sudores, palpitaciones, temblor, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, boca seca, escalofríos, etc...

Las fobias se corrigen con éxito en consulta, a través de diferentes técnicas.

6.2. AGORAFOBIA

Es el miedo a encontrarse en lugares o situaciones en las que no se pueda escapar fácilmente si hay algún problema, como los lugares cerrados, las aglomeraciones de gente, etc. Como hemos comentado, este tipo de ansiedad con frecuencia acompaña a las crisis de angustia.

Suele precisar un tratamiento especializado y además resulta importante consultar lo más precozmente posible, por cuanto es más fácil de solucionar cuanto menos tiempo de evolución tenga el trastorno.

6.3. TRASTORNO OBSESIVO – COMPULSIVO

Es, antiguamente llamada neurosis obsesiva, uno de los trastornos neuróticos más graves y rebeldes al tratamiento. La obsesión es una idea, pensamiento, imagen o impulso tremendamente persistente que el propio enfermo vive como un intruso y sin sentido (por ejemplo la idea de una madre de matar a su hijo).

Aunque el paciente es consciente de lo absurdo de la situación y de que es un producto de la propia mente, no puede resistirse a volver una y otra vez sobre ello, creándole un intenso malestar que intenta neutralizar con una serie de conductas repetitivas que se realizan de forma ritualizada y que le alivian la tensión momentáneamente. Es lo que se denomina una compulsión, entre las que las más frecuentes son lavarse las manos repetidamente, contar continuamente, comprobar o tocar varias veces determinados objetos (abrir y cerrar repetidamente una puerta).

En los casos graves el paciente experimenta una enorme angustia frente a la que se defiende con un sinnúmero de actos compulsivos que bloquean su vida social y sus relaciones, invalidando severamente al individuo.

6.4. REACCIONES PATOLÓGICAS AL ESTRÉS

El estrés emocional puede provocar distintos trastornos de ansiedad si supera los mecanismos defensivos del individuo normal. En concreto se trata de los tres siguientes trastornos:

- * **Reacción a estrés agudo.-** Es un trastorno que aparece en relación con un estrés excepcional (catástrofes, accidentes, guerras, etc.). Se

produce entonces un bloqueo inicial en la que la persona no sabe qué hacer y no reacciona como la situación exigiría. Tras ello se produce un periodo brusco de irritabilidad (gritos, movimientos bruscos, llanto...) durante 2 o 3 días. Después de superado se puede no recordar el episodio traumático.

- * **Trastorno por estrés postraumático.-** ⁸Es la respuesta diferida a un gran impacto emocional. Tras un periodo asintomático, se vuelve a recordar el episodio traumático en forma de pesadillas o recuerdos desagradables en forma de imágenes repentinas (flash – back), así como síntomas depresivos y ansiosos. Suele remitir con el tiempo, resultando aconsejable evitar las circunstancias que recuerden la situación traumática.
- * **Trastorno de adaptación.-** Aparece durante el periodo de adaptación a un acontecimiento vital estresante (fallecimiento, divorcio, paro, etc.), por lo que no suele durar más de seis meses tras la solución del problema que los ha motivado. Se manifiesta como mal humor, nerviosismo e incapacidad para afrontar problemas cotidianos.

6.5. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SÍNDROMES DE ABSTINENCIA

El consumo ilegal de sustancias se ha convertido en los últimos años en un grave problema de salud pública para los países consumidores; y para los países productores, del tercer mundo, en un factor de desestabilización política y de grandes dificultades en las relaciones internacionales. Más del 15% de la población estadounidense mayor de 18 años tiene serios problemas de consumo de sustancias, entre los cuales más de dos tercios abusan, fundamentalmente, de alcohol. Aunque el término de <<sustancias psicoactivas>> es correcto, el DSM IV, suprimió el vocablo <<psicoactivas>> y conserva tan solo la denominación <<sustancias>>, por la imposibilidad de diferenciar aquellas ilegales de las legales, que generalmente se utilizan bajo prescripción

médica. Y es preferible hablar de sustancias que de drogas, ya que esta palabra implica una manipulación química y muchas sustancias de las que se abusa se obtienen de una forma natural, como el opio; o no están pensadas para el consumo humano, como es el caso de los pegamentos. De otra parte, en 1964 la Organización Mundial de la Salud (OMS), llegó a la conclusión de que el término <<adicción>> no era científico y recomendó que se sustituyese por el de <<dependencia de sustancias>> pues implica la presencia tanto de fenómenos de tolerancia como de abstinencia. Además, el uso se ha trivializado hasta el punto de que, en medios populares y en boca de los psicólogos, existen adictos al dinero, a la lectura, al trabajo, a la televisión, el sexo, ¡y Dios sabe a qué otras cosas!

Según el DSM IV, el abuso de sustancias se caracteriza por la presencia de síntomas específicos que indican que el consumo de una o varias sustancias han perturbado la vida normal de una persona. El alcohol, la cafeína y la nicotina son las sustancias legales que más se consumen universalmente; y entre las ilegales se encuentran la marihuana, la cocaína, los opiáceos (morfina y heroína), las anfetaminas, los hipnóticos y tranquilizantes; y en menor proporción, los alucinógenos y los inhalantes. En general, el abuso y la dependencia son más comunes entre los hombres que entre las mujeres, con una diferencia mucho más marcada cuando se trata de sustancias diferentes al alcohol o al tabaco. El abuso también es mayor entre desempleados y entre algunas minorías. Hay evidencias alarmantes que indican que en los últimos años se ha incrementado el consumo de sustancias, especialmente de marihuana, entre la población menor de 18 años. Un punto muy importante que hay que tener en cuenta cuando se enfrenta el problema del abuso de sustancias, es el de la comorbilidad; es decir, la presencia de otro clínico sobreañadido en el mismo paciente. Lo más frecuente de encontrar es el abuso de dos o más sustancias simultáneamente. Otros diagnósticos psiquiátricos asociados frecuentemente son: el trastorno antisocial de la

personalidad, los trastornos de ansiedad, la distimia, y la depresión mayor. Aproximadamente un 40% de las personas que abusan de sustancias son depresivos y el riesgo más grave que corren es el del suicidio. En términos de Perogrullo, el abuso y la dependencia se deben al consumo abusivo de una sustancia determinada. Su causa aún no está completamente aclarada, pero hoy en día hay muchas evidencias para pensar en que su etiología es genética y neuroquímica.¹⁷ Para la mayoría de las sustancias, con excepción del alcohol, se han identificado neurotransmisores y receptores específicos sobre los que éstas ejercen sus efectos. Los principales neurotransmisores implicados en el abuso y dependencia de sustancias son los opiáceos, las catecolaminas, en particular la dopamina, y el GABA. En la actualidad se plantean nuevos tratamientos farmacológicos; sin embargo, como ha sido tradicional, la hospitalización se hace necesaria para prevenir el síndrome de abstinencia y realizar de manera controlada el periodo de desintoxicación.

6.5.1. ABSTINENCIA DE ALCOHOL

De acuerdo con el DSM IV, la abstinencia del alcohol es un cuadro grave aunque no exista el delirium, pues se pueden presentar convulsiones tónico clónicas generalizadas, y otras complicaciones severas si la abstinencia se asocia con desnutrición, fatiga y depresión, hechos muy comunes entre los alcohólicos. El signo clásico de la abstinencia alcohólica es el temblor que puede asociarse con ideas delirantes y alucinaciones. Otros síntomas frecuentes son irritabilidad, trastornos gastrointestinales, ansiedad, taquicardia, sudoración, midriasis y rubor facial. En nuestro medio no es frecuente el delirium tremens, que puede aparecer en el curso de las 72 horas siguientes a la suspensión del alcohol. El tratamiento de elección para los síntomas de la abstinencia es la utilización de las benzodiazepinas, como el lorazepam y el diazepam, por vía oral o intravenosa, pues estos fármacos controlan todas las

manifestaciones del síndrome, incluyendo el delirium, las alucinaciones y las crisis convulsivas.

6.5.2. ABSTINENCIA DE OPIODES

Como regla general, se debe tener en cuenta que las sustancias con una acción que dura poco tiempo presentan un síndrome de abstinencia cuyo inicio y duración serán más cortos. Mientras que las sustancias con efectos prolongados, suelen presentar un síndrome más alargado, pero más leve. El síndrome de abstinencia de la morfina y de la heroína empieza más o menos a las seis a ocho horas después de la última dosis, habitualmente, tras un periodo de dos o tres semanas de consumo continuo o de la administración de sustancias antagonistas. El síndrome alcanza su mayor intensidad durante el segundo o tercer día y remite más o menos en una semana. No obstante, en algunos casos puede dilatarse por semanas o meses.¹⁵ La sintomatología consiste en calambres musculares intensos, dolores óseos, diarrea, rinorrea, lagrimeo, fiebre, midriasis, taquicardia e hipertensión. Pueden encontrarse asociados con otros síntomas como irritabilidad, temblor, depresión, náuseas y vómito. Mientras dura este síndrome de abstinencia, una sola inyección de morfina o heroína elimina todos los síntomas. La metadona es una sustancia sintética con efectos similares a la heroína que, suministrada por vía oral, elimina las manifestaciones clínicas de la abstinencia.

6.5.3. ABSTINENCIA DE HIPNÓTICOS Y TRANQUILIZANTES

Los hipnóticos son sustancias que se utilizan para inducir el sueño, mientras que los sedantes o tranquilizantes reducen la tensión subjetiva y dominan la ansiedad. Sin embargo, la diferencia entre unos y otros no

es muy precisa, pues los hipnóticos a dosis bajas son sedantes y los ansiolíticos a dosis altas inducen el sueño; salvo que unos se prescriben de día y otros de noche. Estas sustancias son las benzodiazepinas, los barbitúricos y otras de acción similar a la de estos últimos. Todas estas moléculas y el alcohol presentan una tolerancia cruzada, sus efectos se suman y desarrollan dependencia y, por lo tanto, síndrome de abstinencia. La gravedad de los síntomas asociados a la abstinencia de las benzodiazepinas varía mucho de acuerdo con las dosis y con el tiempo durante el cual se han consumido. Por lo general, los síntomas comienzan a los dos o tres días de suspender la sustancia, pero con moléculas de vida larga como el diazepam, la sintomatología puede empezar después de cinco o seis días. El paciente presenta:

- * Ansiedad
- * Disforia
- * Fotofobia
- * Náusea
- * Sudoración
- * Temblor; a veces presentan crisis convulsivas.

El síndrome de abstinencia de barbitúricos puede ser leve, tan solo con manifestaciones de ansiedad, astenia, sudoración e insomnio; pero en ocasiones es de tal gravedad que llega a causar la muerte del enfermo. La mayoría de los síntomas aparecen en los tres días siguientes a la suspensión del consumo y siguen y siguen su curso en dos o tres días, aunque pueden durar hasta dos semanas.¹⁹ El delirium, que es indistinguible del asociado a la abstinencia de alcohol, es más común en la abstinencia de barbitúricos que cuando se suspende el consumo de benzodiazepinas. El tratamiento de la privación de benzodiazepinas consiste en reducir lentamente, bajo estricto cuidado médico, la dosis de la sustancia. Algunos estudios indican que la carbamazepina es útil en el tratamiento de éste síndrome de abstinencia. Para evitar la muerte durante la abstinencia de barbitúricos se debe tener en cuenta que no se

pueden administrar barbitúricos a un paciente comatoso o muy intoxicado. Cuando esta crisis ha pasado, se prescribe diariamente el 10% de la dosis habitual. El fenobarbital es la sustancia más indicada para remplazar los barbitúricos de vida corta, de los que se abusa con mayor frecuencia. La pauta a seguir es la misma que la que ya señalamos en cuanto a la sustitución de heroína o morfina por metadona. Aunque se ha dicho que los sedantes no barbitúricos son útiles para suplir los barbitúricos, en la realidad tan sólo se cambia una dependencia por otra. Una vez superado el síndrome de abstinencia de cualesquiera de las sustancias a las que nos hemos referido, es fundamental el seguimiento psiquiátrico del paciente y el apoyo psicosocial al mismo, por el alto riesgo de que reincida en el consumo.

6.6. TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN

Se denomina así a los trastornos donde los problemas psicológicos se manifiestan exclusivamente mediante síntomas físicos bien definidos. Este mecanismo ocurre a casi todas las personas en mayor o menor medida, aun en un perfecto estado de salud. Por ejemplo, cuando estamos nerviosos notamos un “nudo” en el estómago o una sensación de vacío en la cabeza. Estos síntomas pueden afectar prácticamente a cualquier sistema del organismo (respiratorio, locomotor, genitourinario, digestivo, neurológico...)

La somatización se considera anormal cuando no se es capaz de reconocer el origen psicológico de las molestias pese a las oportunas exploraciones negativas y las explicaciones del médico respecto a la normalidad de nuestro organismo. Los casos graves niegan vehementemente tal posibilidad, se ofenden cuando se les explica (“yo no estoy loco, ni me invento estas molestias) e incluso reaccionan con cierta hostilidad, desconfianza y resentimiento hacia los médicos. Dentro de este grupo existen varios trastornos con matices diferentes de interés:

6.6.1. Trastorno por somatización

Es un cuadro caracterizado por múltiples síntomas alarmantes, que aparecen repetidamente a lo largo de la vida del paciente (casi siempre una mujer que inicia su trastorno pronto tras la pubertad) y pueden variar de un órgano a otro.

La persona que lo sufre está preocupada y sufre verdaderamente las molestias o el dolor que refiere, lo que le hace demandar continuamente atención médica. Se suelen realizar múltiples pruebas diagnósticas sin que en éstas se vea ninguna alteración. A lo largo de los años, más de la mitad de estos pacientes acaban siendo intervenidos quirúrgicamente por sospecha de enfermedades que nunca se confirman. Los continuos fracasos de pruebas y tratamientos acaban produciendo en los pacientes una espiral de atenciones médicas irracionales y costosísimas (los anglosajones llaman a este comportamiento de buscar continuamente nuevos médicos, opiniones y remedios el hacer “doctor shopping”). Los casos graves pueden acabar arruinados y con una vida completamente improductiva. Frecuentemente se complican con cuadros depresivos o ansiosos ante un peregrinar vital tan infortunado.

Los síntomas que se presentan son muy variados: dolores abdominales, cefaleas, náuseas, diarrea, estreñimiento, dolores musculares, picores, hormigueos, quejas sexuales y problemas menstruales, son los más frecuentes. ¹⁵En general las molestias aumentan en número o se recrudecen en intensidad coincidiendo con situaciones de estrés emocional (problemas familiares, laborales o sociales).

Tienen muy mal pronóstico, pues los propios médicos están poco sensibilizados con la posibilidad de este trastorno y habitualmente se encarnizan en pruebas y en solicitar opiniones especializadas a otros compañeros, que indefectiblemente acaban sin diagnóstico.

Desgraciadamente, aun cuando se detecte el problema, no se puede ofrecer un tratamiento curativo del trastorno. Ninguna medicación resulta efectiva en estos pacientes. Sin embargo pueden aconsejarse ciertas

normas que alivian el curso de la enfermedad y que dependen de una relación de confianza con un médico sensato, que atienda de corma continuada al paciente (en visitas periódicas pactadas, por ejemplo una vez al mes) y que sea capaz de tranquilizar al paciente y mantenerse firme ante la aparición de nuevos síntomas. Ello sin menoscabo de que en ningún momento se puede bajar la guardia y desoír las quejas del paciente, porque alguna de las molestias, cualquier día, puede ser motivada por una enfermedad orgánica añadida, a la que el paciente “tiene derecho”. Los casos graves necesitan tratamiento psiquiátrico muy especializado.

6.6.2. Trastorno hipocondríaco

Es la sensación o temor injustificado constante de tener una enfermedad grave, frecuentemente cáncer, que lleva a acudir al médico muchas veces en busca de opinión.

El hipocondríaco se examina constantemente y otorga gran significado a molestias o a los síntomas más irrelevantes que todos padecemos diariamente. Así, una leve tos matutina se interpreta como la expresión de un cáncer o una tuberculosis. Tal comportamiento causa gran ansiedad y angustia, que acaba limitando los intereses y la vida social de estos pacientes.

No es raro que aparezca en personas jóvenes. Los casos graves se informan continuamente sobre avances y noticias del mundo de la medicina, se rodean de amigos médicos y, si pueden, viven junto a un centro sanitario donde acuden a la más mínima sospecha de enfermedad. La psicoterapia experta y prolongada puede ayudar a estos pacientes a reorientar sus intereses y preocupaciones hacia aspectos más gratificantes y productivos de su vida.

6.7. TRASTORNOS DEL SUEÑO

El sueño es una de las facetas de la vida que más se afectan en los trastornos mentales. Casi todas las enfermedades psiquiátricas llevan asociadas alteraciones del sueño, como la depresión y la ansiedad que modifican de forma característica nuestro ritmo de sueño.

Ello no quiere decir que debajo de todo trastorno del sueño subyazca un trastorno mental. De hecho, el insomnio es un trastorno independiente en gran cantidad de gente por otra parte sana.

¹²Las llamadas disomnias (alteraciones en la cantidad, calidad o ritmo del sueño) más comunes son las siguientes:

6.7.1. INSOMNIO

Es la patología del sueño más frecuente, consiste en la incapacidad de lograr el sueño normal para la edad del paciente. Puede ser transitorio o crónico según su duración, resultando ambos tipos igual de comunes y más frecuentes en las mujeres.

Aumenta su frecuencia con la edad, asociado a que nuestro ritmo varía a lo largo de la vida. Así, un bebé duerme muchas horas a lo largo del día en pequeños periodos, luego el sueño se agrupa y se reducen las horas de sueño para pasar con los años a muy pocas horas de sueño y repartidas a lo largo del día en los ancianos.

Algunas circunstancias especiales se consideran factores de riesgo para de insomnio, como por ejemplo: enfermedades crónicas, obesidad, edad avanzada, toma de diversos fármacos, dolores, etc.

Se considera que una persona tiene insomnio cuando presenta las siguientes características:

- ✓ Dificultad para dormirse
- ✓ Se despierta varias veces en medio de la noche
- ✓ Se despierta temprano

- ✓ Suele dormir un número de horas insuficiente
- ✓ Se levanta cansada
- ✓ La dificultad para dormir le produce ansiedad
- ✓ Se encuentra cansada durante el día
- ✓ Está de mal humor
- ✓ Tiene falta de concentración y memoria
- ✓ Puede sufrir accidentes por el cansancio

Se necesita que estos trastornos se presenten con una frecuencia y una duración suficientes para establecer el diagnóstico. En general se acepta que se debe sufrir por lo menos tres veces a la semana y durante un mes. Debe preocupar a la persona y se debe notar en su rendimiento social y laboral.

¿Cómo tratar el insomnio? Las medidas físicas suelen ser más efectivas que las farmacológicas y siempre se deberían agotar todas sus posibilidades para evitar el consumo innecesario de hipnóticos y el riesgo de dependencia a tales medicamentos. Para ello conviene observar las siguientes normas:

- Establecer un horario fijo de acostarse, para crear un hábito.
- Hacer ejercicio durante el día.
- Dormir en un sitio silenciosos, oscuro y con buena temperatura ambiente.
- Buscar una cama y una ropa de dormir cómodas.
- Aprender técnicas de relajación puede ayudar en periodos de especial tensión (existen grabaciones y textos que lo hacen de forma sencilla y útil).
- Evitar bebidas estimulantes: café, té, colas. Pueden tomarse tisanas sedantes (tila, valeriana,...) o leche caliente antes de acostarse se ello facilita conciliar el sueño.
- No se debe ir con hambre a la cama, ni al poco tiempo de haber cenado.

En caso de insomnios transitorios, por preocupaciones circunstanciales o problemas físicos o emocionales, se pueden utilizar medicamentos hipnóticos con gran eficacia. Todos ellos son derivados del diazepam (valium) o medicamentos muy relacionados y pueden crear dependencia si se toman continuamente. Se debe intentar limitar su uso a no más de seis semanas por estos motivos, y siempre bajo prescripción médica.

6.7.2. HIPERSOMNIA

Es el síndrome contrario al insomnio, donde lo que hay es un exceso de sueño. No suele ser un sueño verdadero sino más bien un sueño no reparador durante la noche que se manifiesta como somnolencia durante el día y que repercute en la vida diaria.

La causa más frecuente es el llamado síndrome de apnea del sueño consistente en la producción de paradas respiratorias durante el sueño que obligan inconscientemente a la persona a despertarse para recuperar la respiración. Esto produce múltiples despertares que evitan el descanso necesario.

Estas apneas son muy frecuentes (un 2% de la población las sufren), siendo los varones los más afectados (el 85% de los casos), sobre todo entre los 40 y 50 años. Está muy relacionado con la obesidad, porque es el exceso de grasa en el cuello el que facilita la obstrucción de la vía aérea. Rara vez se asocia a alguna rara enfermedad (hipotiroidismo, acromegalia, o síndrome de Marfan).

Característicamente son individuos roncadores, resultando fácil a las personas que les escuchan (cónyuges) como periódicamente detienen su respiración, lo que a veces se hace angustiosamente largo.

Los peligros de esta patología son varios desde los que se producen por hacer actividades peligrosas (conducir, utilizar maquinaria con exceso de sueño...) hasta los que se producen por la falta de oxígeno repetida en los ámbitos cerebrales y cardiovasculares.

Cuando confirma el diagnóstico (habitualmente observando el sueño en un laboratorio especial), se aconsejan diversos tratamientos que eviten los fallos respiratorios. En ocasiones se practica una cirugía que ensancha la vía aérea, o bien se recomienda dormir con una instalación de CPAP conectada al paciente (consiste en un aparato que impulsa oxígeno a presión por una mascarilla especial e impide que se cierre el árbol respiratorio).

6.7.3. ALTERACIONES DEL RITMO SUEÑO – VIGILIA

Como su nombre indica es una inadecuación a los horarios socialmente establecidos. Se produce porque el ritmo sueño – vigilia, por motivos laborales o por decisiones individuales de esa persona, no son las 24 horas que dura el día. Ocurre entre los trabajadores con turno cambiante (día / noche), en los vuelos transoceánicos (jet – lag) y en cualquier otra situación que altere el orden habitual (estudiantes en exámenes, acompañantes de enfermos, etc.).

El tratamiento es difícil si no se regulan las irregularidades del sueño. Ocasionalmente, y por cortos períodos, los hipnóticos ayudan a la reestructuración de este ritmo.

6.7.4. PARASOMNIAS

Son trastornos transitorios del sueño que se producen muchas veces durante el mismo, sin que la persona que lo sufre se de cuenta de ello (el ejemplo más típico de estos trastornos es el sonambulismo o la enuresis nocturna). Otras veces la persona que lo sufre sí es consciente de su problema (por ejemplo las pesadillas).

Puede haber temporadas sin mostrarse y en determinados momentos volver a activarse. Suelen ser más frecuentes en la infancia y mejorar a lo largo de la vida. Sólo en casos de especial frecuencia o molestias se puede valorar el tratamiento farmacológico.

6.7.4.1. Enuresis nocturna

Se define así la micción involuntaria en la cama, durante el sueño, fuera de las edades en que esto puede ser considerado normal (es decir, una vez que el paciente ya controlaba esfínteres de forma mantenida durante el sueño). El paciente se levanta mojado, lo que suele producir una gran vergüenza y preocupación por intentar que los demás no se enteren. En los casos de los niños, no quieren dormir fuera de casa, ir a campamentos, etc.

Es importante distinguir del trastorno:

Enuresis primaria

Son niños que no terminan de dejar de orinarse a pesar de hacerse mayores. Es decir, nunca ha dejado de “mojar” la cama, considerando la edad normal de control de esfínteres son entre tres y seis años. El no control se considera patológico a partir de los seis años. El tratamiento se define de forma sintética e incluye los siguientes aspectos:

- * Lo fundamental es no castigar al niño cuando se orine (el ya sufre por no conseguir controlar sus esfínteres), sino en dar un premio o alabanza los días que consiga el control.
- * Es útil el método del calendario consistente en que el niño realice un dibujo agradable (un sol, una flor, un animal,...) los días que no moje y con nubes negras o un borrón los días que moje. Con esto el niño va cogiendo conciencia y va viendo cómo domina sus esfínteres.

- * Se le puede ayudar con diversos utensilios como aparatos de alarma, que despiertan al niño al iniciar la micción permitiendo detenerse, así como normas básicas de precaución (haciendo que no beba en las horas anteriores a acostarse). ⁷Existen también métodos de entrenamiento de esfínteres de cierta eficacia.
- * Si no resulta suficiente lo anterior se pueden utilizar ciertos fármacos, como los antidepresivos tricíclicos, con buenos resultados y excelente tolerancia.

Enuresis secundaria

Es la que se produce tras un periodo seco. Suele estar asociado a periodos de regresión infantil, resultando muy típico en el hermano mayor cuando nace un hermano pequeño como una manera de llamar la atención. El tratamiento es similar al de la enuresis primaria.

6.7.4.2. Terrores nocturnos

Suelen alterar gravemente el sueño de los niños afectados, debido al temor a dormirse, ante la posibilidad de despertar sobresaltado por un miedo ingobernable. Suele mejorar con la edad, aunque si resulta muy limitante se trata con psicoterapia y medicación sedante a dosis bajas.

6.7.4.3. Pesadillas

Muy similares a los terrores nocturnos pero ocurren en adultos. Son sueños muy intensos que hacen despertar a la persona en un estado de gran ansiedad. Habitualmente es un sueño repetitivo, unas veces

relacionado con una vivencia real distorsionada y otras veces es una situación totalmente irreal.

6.7.4.4. Sonambulismo

Es un fenómeno consistente en realizar una serie de actividades más o menos complejas mientras se está dormido. Quien lo sufre no se da cuenta salvo que alguien se lo cuente o se despierte por cualquier circunstancia mientras está desarrollando la acción.

Aparte de mitos injustificados, el peligro del sonambulismo es el debido a los riesgos de las acciones que se realizan y que le pueden provocar caídas u otros accidentes más o menos graves.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- * **ABRUPTO, TA.** Dicho de un terreno: Escarpado, quebrado o de difícil acceso. Áspero, violento, rudo, destemplado. *Declaración abrupta. Carácter abrupto.*

- * **ABULIA.** Falta de voluntad, o disminución notable de su energía.

- * **ADINAMIA.** Extremada debilidad muscular que impide los movimientos del enfermo.

- * **ANOREXIA.** Falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave.

- * **ANSIOLÍTICO, CA.** Que disuelve o calma la ansiedad. U. t. c. s. m.

- * **BASAL.** Situado en la base de una formación orgánica o de una construcción. Se dice del nivel de actividad de una función orgánica durante el reposo y el ayuno. Se dice del segmento de la base de la aleta de los peces. □ V. **membrana ~, metabolismo ~.**

- * **BULIMIA.** Gana desmesurada de comer, que difícilmente se satisface.

- * **CATATONIA.** (Síndrome esquizofrénico, con rigidez muscular y estupor mental, algunas veces acompañado de una gran excitación.

- * **CELOTIPIA.** Pasión de los celos.

- * **DISGREGAR.** Separar, desunir, apartar lo que estaba unido. U. t. c. prnl.
- * **DISPEPSIA.** Enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta.
- * **ECOLALIA.** Perturbación del lenguaje que consiste en repetir el enfermo involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar él mismo u otra persona en su presencia.
- * **ENDÓGENO, NA.** Que se origina o nace en el interior, como la célula que se forma dentro de otra. Que se origina en virtud de causas internas.
- * **ENURESIS.** Incontinencia urinaria.
- * **ESTUPOR.** Asombro, pasmo. Disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierto aire o aspecto de asombro o de indiferencia.
- * **EXÓGENO, NA.** De origen externo. Dicho de un órgano: Que se forma en el exterior de otro, como las esporas de ciertos hongos. Dicho de una fuerza o de un fenómeno: Que se produce en la superficie terrestre.
- * **EXTRAPOLAR.** Aplicar conclusiones obtenidas en un campo a otro. Averiguar el valor de una magnitud para valores de la variable que se hallan fuera del intervalo en que dicha magnitud es conocida.
- * **HIPOCONDRIA.** Afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso con tristeza habitual y preocupación constante y angustiosa por la salud.

- * **HIPOMANÍA.** Manía de tipo moderado.

- * **INDEFENSIÓN.** Falta de defensa, situación de las personas o cosas que están indefensas. Situación en que se coloca a quien se impide o se limita indebidamente la defensa de su derecho en un procedimiento administrativo o judicial.

- * **LETARGO.** Síntoma de varias enfermedades nerviosas, infecciosas o tóxicas, caracterizado por un estado de somnolencia profunda y prolongada. Sopor, modorra. Período de tiempo en que algunos animales permanecen en inactividad y reposo absoluto.

- * **LITIGAR.** Pleitear, disputar en juicio sobre algo. Altercar, contender.

- * **MEGALOMANÍA.** Manía o delirio de grandezas.

- * **MIDRIASIS.** Dilatación anormal de la pupila con inmovilidad del iris.

- * **MONOMANÍA.** Locura o delirio parcial sobre una sola idea o un solo orden de ideas. Preocupación o afición desmedida que se reprende o afea en persona de cabal juicio.

- * **OMNIPOTENTE.** Que todo lo puede, atributo solo de Dios. Que puede muchísimo.

- * **PARANOIDE.** Se dice de la forma atenuada de lo paranoico. □ V. **delirio ~.**

- * **PODERÍO.** Facultad de hacer o impedir algo. Hacienda, bienes y riquezas. Poder, dominio, señorío, imperio. Potestad, facultad, jurisdicción. Vigor, facultad o fuerza grande.

* **PSICOPATOLOGÍA.** Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

* **PSICÓTICO, CA.** Perteneiente o relativo a la **psicosis** (ll enfermedad mental). Que padece psicosis. U. t. c. s.

* **SOMÁTICO, CA.** En un ser animado, que es material o corpóreo. Se dice del síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea o material, para diferenciarlo del síntoma psíquico.

VARIABLES

☞ DEPENDIENTE:

Factores que inciden en los trastornos afectivos.

☞ INDEPENDIENTES:

1. Grupo etéreo
2. Sexo
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Religión
6. Ingreso económico
7. Numero de hermanos
8. Etnia
9. Consumo de cigarrillo
10. Consumo de alcohol
11. Consumo de fármacos u otras drogas
12. Enfermedades físicas crónicas
13. Antecedentes familiares de depresión
14. Disfunción familiar

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|--------------|---|-----------------------|--|
| Edad | Tiempo que una persona ha vivido a partir de su nacimiento contado en años, meses y días | Años cumplidos | 15 16 17 18 19 y más |
| Sexo | Condición orgánica masculina o femenina, caracteres que determinan la diferencia entre hombres y mujeres. | Género | Femenino Masculino |
| Estado civil | Condición de cada persona con respecto a los derechos y obligaciones civiles, relativo a las relaciones afectivas entre los individuos. | Estado actual | Casado Soltero Viudo Unión libre Divorciado Separado |
| Ocupación | Actividad o trabajo que realiza | Actividad que realiza | Empleado público Empleado particular Artesano Agricultor Albañil Carpintero |

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|-------------------|--|--------------------|---|
| | | | Jornalero Comerciante Quehaceres domésticos Estudiante Otros |
| Religión | Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. | Creencias | Católica Testigo de Jehová Mormones Adventista Otros |
| Ingreso económico | Sueldo o remuneración que percibe cada mes por bienes o servicios prestados a una determinada entidad. | Salario en dólares | 50 -150 151 – 250 251 – 350 351 – 450 Más Ninguno Ocasional |

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|-----------------------|---|------------------------------------|--|
| Número de hermanos | Cantidad de personas que con respecto a otras tienen el mismo padre y la misma madre, o solamente el mismo padre o la misma madre | Lugar que ocupa entre los hermanos | Primero Segundo Tercero Cuarto Más |
| Etnia | Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc. | Raza | Indígena Mestiza Negra Otras |
| Consumo de cigarrillo | Número de cigarrillos fumados en un tiempo determinado. | Frecuencia | No fuma Fumador diario Fumador ocasional |

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|--------------------------------------|---|---------------------------|--|
| Consumo de alcohol | Ingesta sustancias o bebidas alcohólicas | Frecuencia | Nunca Sólo en reuniones Una vez por semana Una vez cada 15 días Una vez por mes Dos o tres veces por año Una vez por año |
| Consumo de fármacos u otras drogas | Ingesta de sustancias o preparados medicamentosos de efecto estimulante, depresivo, narcótico o alucinógeno | Frecuencia | Nunca Sólo en reuniones Una vez por semana Una vez cada 15 días Una vez por mes Dos o tres veces por año Una vez por año |
| Enfermedades físicas crónicas | Padecimiento o alteración más o menos grave de la salud por un tiempo prolongado | Patologías | No Si |
| Antecedentes familiares de depresión | Caracteres hereditarios de trastornos afectivos | Padecimiento de depresión | Padre Madre Hermanos Otros Ninguno |

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|---------------------|--|-----------------------|---|
| Disfunción familiar | Disolución del sistema familiar. Hogar en el que los padres están ausentes ya sea por muerte, divorcio, separación o abandono. A este tipo de hogar pertenecen también aquellos que no están separados pero cuyas familias están desintegradas debido a una serie de conflictos o migración. | Organización familiar | Si No |
| | | Conflictos | Padres Hermanos Hijos Maestros Jefes Compañeros Pareja Otros |

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo – retrospectivo – analítico – cuantitativo.

POBLACIÓN: 270 adolescentes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por trastornos afectivos, en periodo mayo 2006 a mayo 2007.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la técnica de la entrevista, la revisión de Historias Clínicas en el departamento de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl.

Además se utilizó la investigación bibliográfica o documentos a través de libros, revistas, mientras que a los pacientes se les realizó encuestas y entrevistas.

VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

Antes de aplicar el instrumento se realizó la validación del mismo, aplicando una prueba piloto a un grupo poblacional con las mismas características del lugar para verificar la validez de las preguntas que fueron corregidas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis e interpretación de los resultados se aplicó la estadística descriptiva, la misma que nos permitió realizar tablas y gráficos con distribuciones porcentuales y frecuencia, así como su representación en

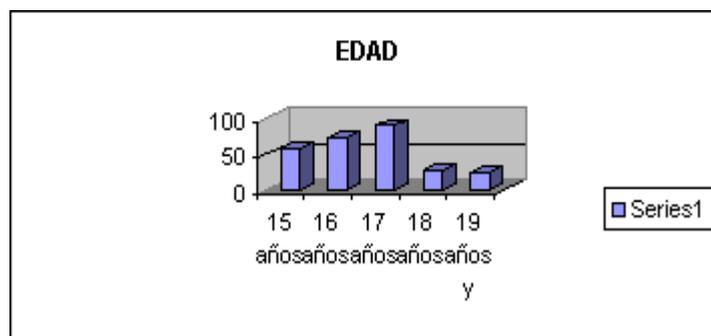
histogramas y pasteles en la que reflejan los resultados obtenidos de la investigación.

Se describe a continuación el detalle en tablas y gráficos con su respectiva interpretación.

TABLA Y GRÁFICO Nº 1

1. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN EDAD

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|-------------|
| 15 años | 57 | 21.1% |
| 16 años | 72 | 26.6% |
| 17 años | 89 | 32.9% |
| 18 años | 27 | 10% |
| 19 años y más | 25 | 9.2% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

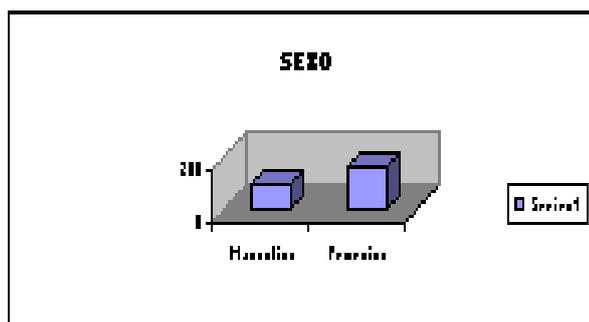
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados se puede notar que la depresión es más frecuente en los adolescentes de 17 años, que son 89 y corresponden al 32.9%; mientras el índice más bajo se registro en personas de 19 años y más edad, con 25 casos y representando el 9.2%.

TABLA Y GRÁFICO N° 2

2. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN SEXO

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Femenino | 172 | 63.8% |
| Masculino | 98 | 36.2% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 172 son mujeres, es decir, el 63.8%, mientras que 98 eran hombres, con el 36.2%. Lo que significa que la incidencia de trastornos afectivos es más alto en las mujeres.

TABLA Y GRÁFICO Nº 3

3. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN ESTADO CIVIL

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Soltero | 149 | 55.1% |
| Unión libre | 53 | 19.6% |
| Casado | 32 | 11.8% |
| Separado | 23 | 8.5% |
| Divorciado | 8 | 2.9% |
| Viudo | 5 | 1.8% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

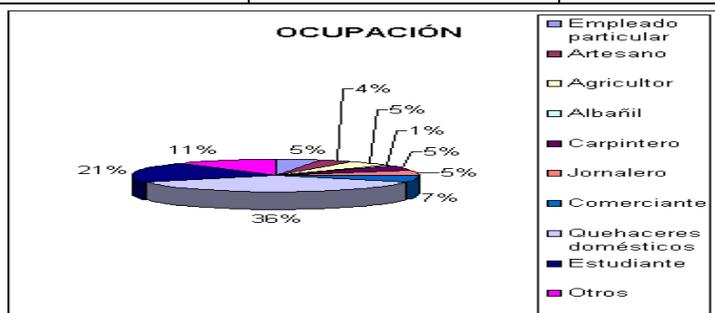
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados existe mayor incidencia de trastornos afectivos en solteros con 149, lo que representa el 55.1%; mientras que la tasa más baja se ubica en adolescentes viudos, con 5 casos, lo que representa el 1.8%. Por ello podemos decir que los más propensos a sufrir depresión son quienes se encuentran en soltería.

TABLA Y GRÁFICO N° 4

4. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN OCUPACIÓN

| OCUPACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|-------------|
| Quehaceres domésticos | 86 | 31.8% |
| Estudiante | 49 | 18.1% |
| Empleado público | 33 | 12.2% |
| Otros | 27 | 10% |
| Comerciante | 16 | 5.9% |
| Jornalero | 13 | 4.8% |
| Agricultor | 12 | 4.4% |
| Empleado particular | 12 | 4.4% |
| Carpintero | 11 | 4.1% |
| Artesano | 9 | 3.3% |
| Albañil | 2 | 0.7% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

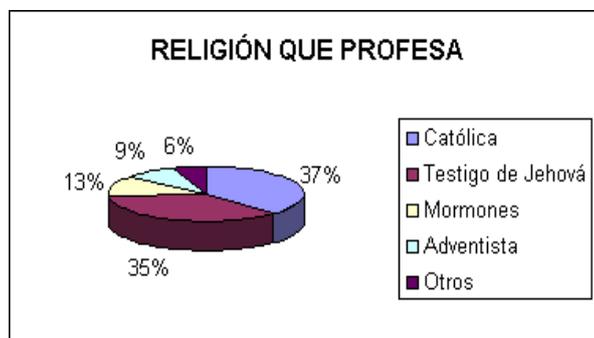
Elaborado por: Autora

ANÁLISIS: De los 270 adolescentes encuestados se comprueba que 86 se dedican a quehaceres domésticos, lo que nos da el 31.8%; mientras que 2 de los 270 adolescentes se dedican a la albañilería, correspondiéndoles el 0.7%. Por lo que podemos decir que su juventud y adolescencia apenas el 18.1% lo emplean en estudiar.

TABLA Y GRÁFICO N° 5

5. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN RELIGIÓN QUE PROFESA

| RELIGIÓN QUE PROFESA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|-------------|
| Católica | 103 | 38.1% |
| Testigo de Jehová | 95 | 35.1% |
| Mormones | 34 | 12.6% |
| Adventista | 23 | 8.6% |
| Otros | 15 | 5.6% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

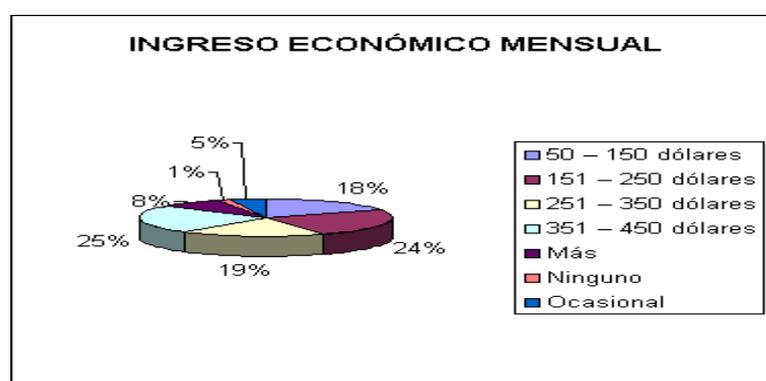
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 103 profesan la religión Católica, lo que corresponde al 38.1%; mientras que 15 pertenecen a otras religiones, es decir, 5.6%, debido a que en muchas religiones absorbe el tiempo de las personas y no pueden emplearlo para el cuidado de su familia.

TABLA Nº 6

6. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN INGRESO ECONÓMICO MENSUAL

| INGRESO ECONÓMICO MENSUAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|-------------|
| 351 – 450 dólares | 67 | 24.8% |
| 151 – 250 dólares | 66 | 24.4% |
| 251 – 350 dólares | 50 | 18.5% |
| 50 – 150 dólares | 49 | 18.4% |
| Más | 21 | 7.7% |
| Ocasional | 13 | 4.8% |
| Ninguno | 4 | 1.4% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 67 perciben un ingreso económico entre 351 – 450 dólares, representando el 24.8%; mientras que 4 de ellos no tienen ningún ingreso económico, es decir, 1.4%, lo que significa que viven en condiciones inhumanas.

TABLA Y GRÁFICO N° 7

7. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS

| LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Primero | 78 | 28.8% |
| Más | 60 | 22.2% |
| Segundo | 52 | 19.2% |
| Tercero | 47 | 17.4% |
| Cuarto | 33 | 12.2% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

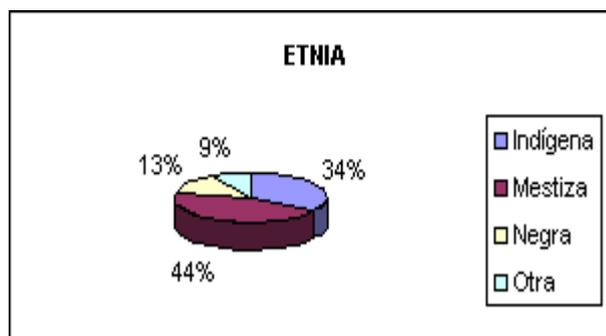
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 78 ocupan el primer lugar entre sus hermanos, es decir, el 28.8%; mientras que 33 (12.2%) ocupan el cuarto lugar entre sus hermanos. Por ello se puede notar que la cantidad de hermanos constituye un factor de riesgo de trastornos afectivos, debido a que esto también implica que los padres deban trabajar más para mantener a su familia y por ende hasta cierto punto, se desentiendan de sus hijos.

TABLA Y GRÁFICO N° 8

8. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN ETNIA

| ETNIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Mestiza | 119 | 44.1% |
| Indígena | 93 | 34.4% |
| Negra | 35 | 13% |
| Otra | 23 | 8.5% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

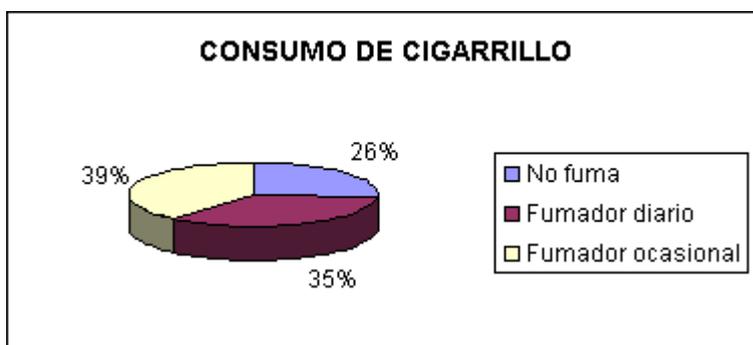
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 119 pertenecen a la etnia mestiza, es decir, el 44.1%; mientras que 23 pertenecen a otras etnias, lo que representa el 8.5%. Como pueden notar existió un número mayor de casos de trastornos afectivos en la etnia mestiza.

TABLA Y GRÁFICO N° 9

9. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN CONSUMO DE CIGARRILLO

| TIENE HÁBITO DE FUMAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|-------------|
| Fumador ocasional | 105 | 38.9% |
| Fumador diario | 94 | 34.8% |
| No fuma | 71 | 26.3% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

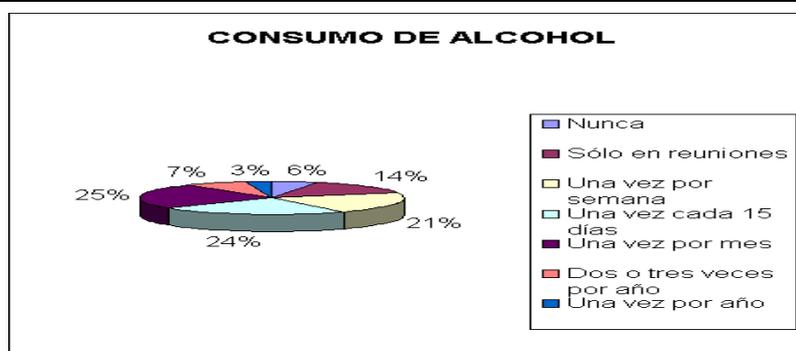
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 105 son fumadores ocasionales (38.9%); mientras que 71 (26.3%) no fuman. Es decir, 73.7% son fumadores.

TABLA Y GRÁFICO N° 10

10. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL

| FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Una vez por mes | 67 | 24.8% |
| Una vez cada 15 días | 64 | 23.7% |
| Una vez por semana | 56 | 20.7% |
| Sólo en reuniones | 39 | 14.4% |
| Dos o tres veces por año | 20 | 7.4% |
| Nunca | 15 | 5.6% |
| Una vez por año | 9 | 3.3% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

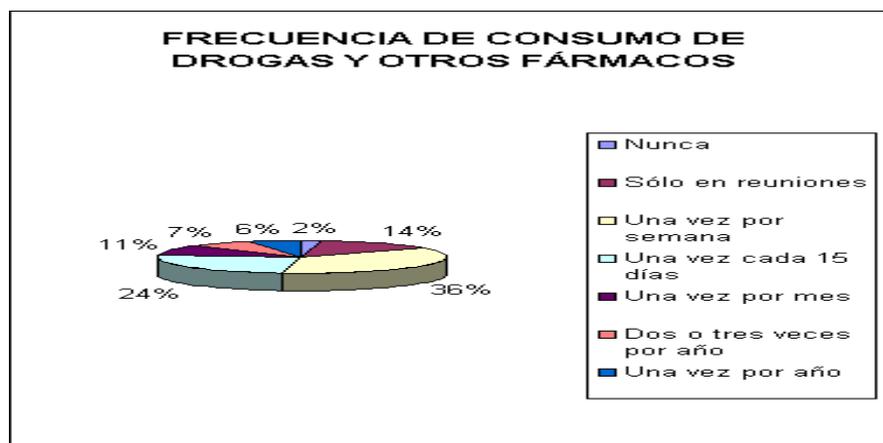
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 67 consumen alcohol al menos una vez por mes, es decir, el 24.8%; mientras que 9 (3.3%) al menos una vez por año. Lo que sugiere que el consumo de alcohol sigue incrementando y apenas 15 (5.6%) no consumen alcohol nunca.

TABLA Y GRÁFICO N° 11

11. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN FRECUENCIA EN CONSUMO E FÁRMACOS U OTRAS DROGAS

| FRECUENCIA EN CONSUMO DE FÁRMACOS U OTRAS DROGAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|-------------|
| Una vez por semana | 98 | 36.3% |
| Una vez cada 15 días | 65 | 24.1% |
| Sólo en reuniones | 37 | 13.7% |
| Una vez por mes | 29 | 10.7% |
| Dos o tres veces por año | 19 | 7.0% |
| Una vez por año | 16 | 5.9% |
| Nunca | 6 | 2.2% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

ANÁLISIS: El consumo de fármacos u otras drogas es elevado, ya que de los 270 adolescentes encuestados 98 ((36.3%) lo hacen al menos una vez por semana y apenas 6 (2.2%) no lo hacen.

TABLA Y GRÁFICO N° 12

12. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS

| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|-------------|
| No | 227 | 84.1% |
| Si | 43 | 15.9% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

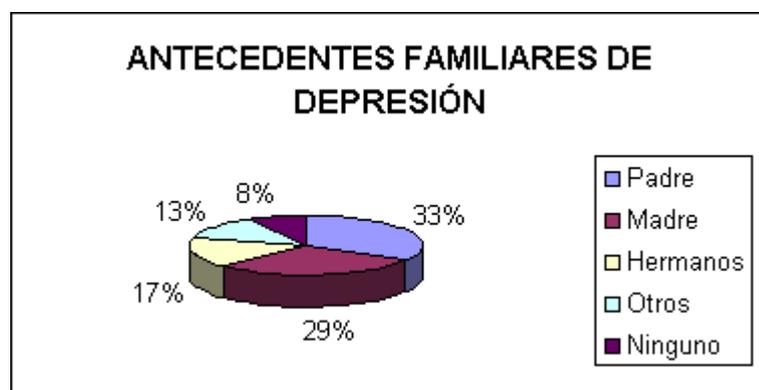
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 227 (84.1%) no padecen enfermedades crónicas; mientras que 43 (15.9%) las padecen, lo que predispone a las personas a padecer también los trastornos afectivos.

TABLA Y GRÁFICO N° 13

13. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN

| ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|------------|-------------|
| Padre | 91 | 33.7% |
| Madre | 78 | 28.9% |
| Hermanos | 45 | 16.6% |
| Otros | 34 | 12.6% |
| Ninguno | 22 | 8.1% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

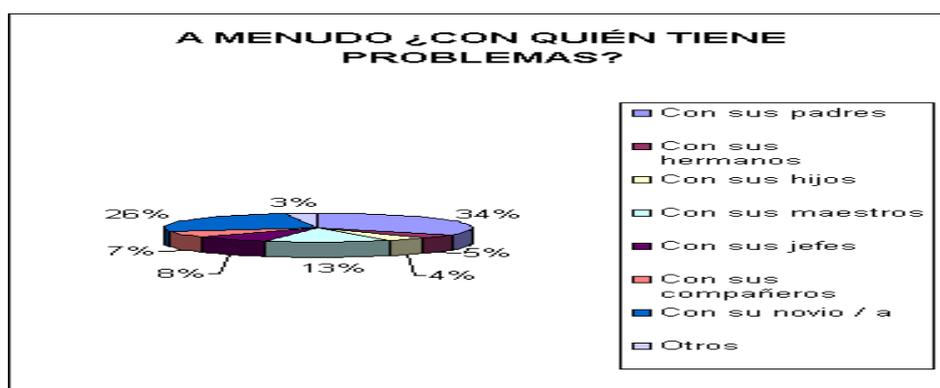
ANÁLISIS:

De acuerdo con los antecedentes familiares de depresión, de los 270 adolescentes encuestados 91 (33.7%) tienen su padre que padeció algún trastorno afectivo y 22 (8.1%) que no tienen familiares con dichas patologías.

TABLA Y GRÁFICO N° 14

14.DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN FRECUENCIA DE CONFLICTOS

| A MENUDO, CON QUIÉN TIENE PROBLEMAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| Con sus padres | 89 | 33% |
| Con su novio / a | 71 | 26.3% |
| Con sus maestros | 36 | 13.3% |
| Con sus jefes | 22 | 8.1% |
| Con sus compañeros | 18 | 6.7% |
| Con sus hermanos | 14 | 5.2% |
| Con sus hijos | 11 | 4.1% |
| Otros | 9 | 3.3% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

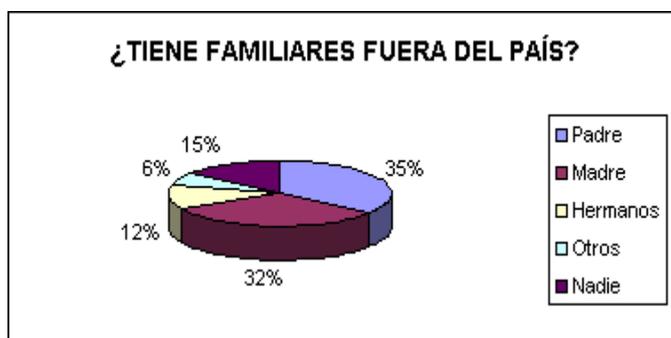
Elaborado por: Autora

ANÁLISIS: De los 270 adolescentes encuestados: 89 (33%) presentan conflictos con sus padres y 9 (3.3%) con otras personas. Es decir la mayoría de los conflictos son intrafamiliares por carencia de organización.

TABLA Y GRÁFICO N° 15

15. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN MIGRACIÓN

| TIENE FAMILIARES FUERA DEL PAÍS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Padre | 95 | 35.2% |
| Madre | 87 | 32.2% |
| Nadie | 40 | 14.8% |
| Hermanos | 32 | 11.9% |
| Otros | 16 | 5.9% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

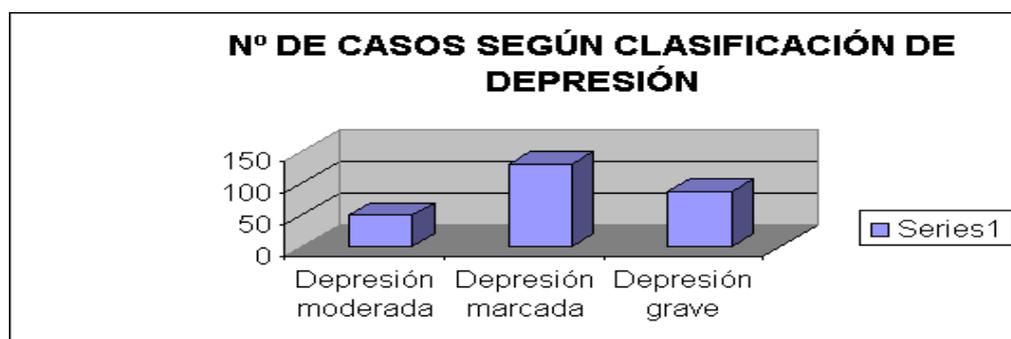
ANÁLISIS:

De los 270 adolescentes encuestados: 95 (35.2%) tienen a su padre fuera del país, 87 (32.2%) a su madre y 16 (5.9%) tienen fuera a otros familiares. Como comprenderán la migración es uno de los factores que más inciden en los trastornos afectivos.

TABLA Y GRÁFICO N° 16

16. DISTRIBUCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS E INTENTO AUTOLÍTICO DE MAYO 2006 A MAYO 2007. SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN

| Nº DE CASOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|-------------------|-------------------|
| Depresión marcada | 132 | 48.9% |
| Depresión grave | 88 | 32.6% |
| Depresión moderada | 50 | 18.5% |
| TOTAL | 270 | 100% |



Fuente: Encuestas y datos tomados de las Historias Clínicas del H.S.V.P.

Elaborado por: Autora

ANÁLISIS:

Una vez realizada la clasificación de la depresión se ha podido determinar que 132 (48.9%) de los 270 adolescentes encuestados presentaron depresión marcada; 88 (32.6%) depresión grave y 50 (18.5%) depresión moderada. Sobresaliendo la dos primeras que son las que conllevan consecuencias fatales.

CONCLUSIONES

- * La adolescencia constituye una etapa crítica en la que son muy propensos a padecer trastornos afectivos.
- * Los padres de las y los adolescentes en la mayoría de los casos no tienen un control de sus hijos, debido a múltiples factores como: migración, ocupación, disfunción familiar, etc.
- * El consumo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo, fármacos u otras drogas) alteran el proceso de cambios que se llevan a cabo durante la adolescencia e inciden en gran porcentaje en los trastornos afectivos.
- * Las frustraciones, decepciones amorosas y el maltrato son causas suficientes para ocasionar en el o la adolescente alteraciones emocionales, que en la mayoría de los casos conllevan a los trastorno afectivos.
- * La religión influye en gran índice en las relaciones intrafamiliares, ya que en muchos casos los padres abandonan a sus hijos y dedican el 100% de su tiempo a actividades de tipo religioso.
- * El sexo, la etnia, el padecimiento de enfermedades crónicas, entre otras... son factores de riesgo de trastornos afectivos.
- * Los trastornos afectivos en cualquier etapa de la vida genera muchas alteraciones en el normal desempeño de una persona, y en ausencia de un tratamiento adecuado y oportuno puede ser fatal.

RECOMENDACIONES

- Como se ha visto los trastornos afectivos en los y las adolescentes no es únicamente un problema psicológico, sino un problema social, educacional y de estructura familiar, por ello recomendamos abordar este problema desde la familia ya que constituye el eje primordial del desarrollo integral de los jóvenes.
- Se debe brindar una especial consideración y ayuda a los y las adolescentes con trastornos afectivos, promoviendo una mejor atención en las casas de salud, y lo más importante **NUNCA SE DEBE IGNORAR UNA AMENAZA DE SUICIDIO!**.
- Debe haber mayor información sobre trastornos afectivos y su tratamiento para de esta manera evitar suicidios, ya que no son tratados en centros de atención primaria y deben brindarse también en colegios y dentro del núcleo familiar, por ello la importancia de implementar una guía educativa dirigidas a los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl.
- Crear un grupo conformado por profesionales en la psicología y miembros de la comunidad para orientar y educar a padres y adolescentes en al prevención y tratamiento de los trastornos afectivos.

RESUMEN

La incidencia de trastornos afectivos o del humor es cada vez más alta; siendo la más frecuente la depresión, la cual afecta a niños, jóvenes y adultos sin importar sexo, etnia, nivel económico ni religión.

La depresión y la maní son alteraciones en el estado de ánimo del individuo, las cuales requieren un tratamiento. Antiguamente se creía que estas enfermedades eran consecuencia de la falta de voluntad de quienes la padecían. Hoy luego de innumerables estudios sabemos que son patologías que si no se tratan oportunamente conllevan terribles desenlaces y conducen a la muerte, debido a que el riesgo de suicidio es extremadamente elevado, además de considerar que esta clase de pacientes no conciben tranquilidad mientras no alcanzan su objetivo... EL SUICIDIO!!!

Las causas de estas enfermedades son múltiples, citando como las más relevantes: el consumo de alcohol, cigarrillo, fármacos u otras drogas, disfunción familiar, embarazos precoces, rendimiento escolar, antecedentes patológicos familiares, decepciones amorosas, problemas económicos, enfermedades físicas crónicas, etc.

El éxito del tratamiento radica en la colaboración del paciente, el apoyo de sus familiares y la orientación de un profesional en este ámbito; puede ser prolongado y siempre requiere la observación de quienes rodean al paciente, ya que existen muchos periodos a lo largo de éste que representan mucho riesgo en la vida del individuo

MARCO ADMINISTRATIVO

RECURSOS:

| HUMANOS: | MATERIALES: |
|---|--|
| Investigador Narciza Santos | <ul style="list-style-type: none">* Hospital San Vicente de Paúl* Infocus* Videos educativos* Computadora* Libros* Revistas* Folletos* Trípticos* Refrigerio |
| Directora de tesis : Lic. Aída Guzmán | |
| Adolescentes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por depresión o intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. | |

PRESUPUESTO:

| INSUMOS | COSTO |
|-------------------------|--------------|
| Computador y Digitador | 500 |
| Materiales de papelería | 100 |
| Fotocopias | 150 |
| Internet | 250 |
| Resma de papel | 60 |
| Movilización | 100 |
| Empastado | 48 |
| Fotografías | 15 |
| Imprevistos | 122 |
| TOTAL: | 1253 |

BIBLIOGRAFÍA

1. Asberg M, Traksman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal suicide predictor. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1.195-1.197.
2. Asberg M, Schalling D, Traksman L, Bendz L, Wagner A. Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena. En: Meltzer MY, ed. *Psychopharmacology: the third generation of progress*. Nueva York: Raven Press, 1987; 655-663.
3. Carlsson A, Lindqvist M. Effects of antidepressant agents on the synthesis of monoamines. *J Neural Trans* 1978; 45: 73-91.
4. Coppen A. The biochemistry of affective disorders. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1.237-1.264.
5. Charney DS, Menkes DB, Heninger GR. Receptor sensitivity and the mechanism of action of antidepressant treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1.160-1.180.
6. Delgado PL, Price LH, Heninger GR, Charney DS. Neurochemistry. En: Paykel ES, ed. *Handbook of affective disorders*. Nueva York: Paykel ES, 1992.
7. García Sevilla JA, Zis AP, Hollingsworth PJ, Greden JF, Smith CB. Platelet α -2-adrenergic receptors in major depressive disorder: binding of tritiated clonidine before and after tricyclic antidepressant drug treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1.327-1.333.
8. García Sevilla JA, Udina C, Fuster MJ, Álvarez E, Casas M. Enhanced binding of (3H)-adrenaline to platelets of depressive patients with

melancholia: effect of long-term clomipramine treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 150-157.

9. Gerner RM et al. Cerebrospinal fluid neurochemistry in depressed, mania, and schizophrenic patients, compared normal controls. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1.530-1.547.
10. Goodwin PK, Bunney WE. Depression following reserpine: a re-evaluation. *Seminars in Psychiatry* 1971; 3: 435-448.
11. Heninger GR, Charney DS, Delgado PL. Neurobiology of treatments for refractory depression. En: Tasman A, Glodfinger SM, Kaufman CA, eds. *Review of psychiatry*. Vol. 9. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990; 33-58.
12. Koslow SH et al. CSF and urinary biogenic amines and metabolites in depression and mania. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 99-110.
13. Lapin JP, Oxenkrug GF. Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinant of the thymoleptic effects. *Lancet* 1969; 1: 132-136.
14. Murphy DL, Campbell I, Costa JL. Current status of the indoleamine hypothesis of the affective disorders. En: Lipton MA, Dimascio A, Killiam KF, eds. *Psychopharmacol: a generation of progress*. Nueva York: Raven Press, 1978; 1.235-1.247.
15. Piletz JE, Halaris A, Saran A, Marler M. Elevated 3-H- para-aminoclonidine binding to platelet purified plasma membranes from depressed patients. *Neuropsychopharmacology* 1990; 3: 201-210.

16. Roy A, Virkkunen M, Linnoila M. Serotonin in suicide, violence and alcoholism. En: Coccaro EF, Murphy DL, ed. Serotonin in major psychiatric disorders. Am Psychiat Press. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990; 187-208.
17. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review for supporting evidence. Am J Psychiat 1965; 122: 509-522.
18. Siever LJ, Davis L. Overview: toward a dysregulation hypothesis of depression. Am J Psychiat 1985; 142: 1.017-1.031.
19. Siever LJ, Uhde TW. New studies and perspectives on the noradrenergic receptor system in depression. Effects of the alpha-2-adrenergic agonist clonidine. Biol Psychiatry 1984; 19: 131-156.
20. Siever LJ. The role of noradrenergic mechanisms in the etiology of the affective disorders. En: Meltzer MY, ed. Psychopharmacology: the third generation of progress. Nueva York: Raven Press, 1987; 493-504.
21. Wood K, Coppen A. Alpha-2-adrenergic receptors in depression. Lancet 1982; 1: 1.121-1.122

ANEXOS

Ibarra, 08 de agosto del 2007

Doctor:

Galo Posso

DIRECTOR DEL HOSPITAL SAL VICENTE DE PAÚL

Presente

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo me dirijo a usted augurando éxitos en sus delicadas funciones.

El motivo del presente tiene la finalidad de solicitar comedidamente se digne autorizar el acceso de mi persona al área de Estadística y al servicio de Medicina Interna para la revisión y recopilación de información de las historias clínicas, debido a que como Interna Rotativa de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte me encuentro desarrollando mi trabajo de tesis titulado "Factores que inciden en los trastornos afectivos de los y las adolescentes que ingresan al servicio antes mencionado, de tan prestigiosa institución, por intento autolítico en el periodo mayo 2006 a mayo 2007, cabe recalcar que la información obtenida es de absoluta confidencialidad y servirá para actualizar registros estadísticos.

Por la atención y favorable respuesta, desde ya anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente

Narciza Santos Vila

INTERNA ROTATIVA DE ENFERMERÍA

C.I.: 100335304 - 0

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Con el fin de realizar un trabajo de Investigación sobre Factores que inciden en los trastornos afectivos de los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por intento autolítico en el periodo mayo 2006 a mayo 2007, solicito responder al siguiente cuestionario en forma concreta y con sinceridad, cabe recalcar que la información obtenida es de absoluta confidencialidad y será utilizada como datos estadísticos motivo por el cual NO solicitamos su identificación (nombre y apellido).

Por favor en el cuadro correspondiente a cada pregunta anote el literal de acuerdo a su respuesta.

DATOS INFORMATIVOS

1. Dirección: _____

2. Ciudad o cantón: _____

3. Lugar de Procedencia: _____

4. Edad:

- a. 15 años
- b. 16 años
- c. 17 años
- d. 18 años
- e. 19 años o más

5. Sexo:

a. Masculino

b. Femenino

6. Estado Civil:

a. Casado

b. Soltero

c. Viudo

d. Unión libre

e. Divorciado

f. Separado

7. Ocupación:

a. Empleado público

b. Empleado particular

c. Artesano

d. Agricultor

e. Albañil

f. Carpintero

g. Jornalero

h. Comerciante

i. Quehaceres domésticos

j. Estudiante

k. Otros

8. Religión que profesa:

a. Católica

b. Testigo de Jehová

c. Mormones

d. Adventista

e. Otros

9. El ingreso económico mensual es de:

- a. 50 – 150 dólares
- b. 151 – 250 dólares
- c. 251 – 350 dólares
- d. 351 – 450 dólares
- e. Ninguno
- f. Ocasional

10. ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?

- a. Primero
- b. Segundo
- c. Tercero
- d. Cuarto
- e. Más

11. Etnia:

- a. Indígena
- b. Mestiza
- c. Negra
- d. Otra

12. ¿Tiene hábito de fumar?

- a. No fuma
- b. Fumador diario
- c. Fumador ocasional

13. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- a. Nunca
- b. Sólo en reuniones
- c. Una vez por semana
- d. Una vez cada 15 días
- e. Una vez por mes

- f. Dos o tres veces por año
- g. Una vez por año

14. ¿Con qué frecuencia consume fármacos u otras drogas?

- a. Nunca
- b. Sólo en caso de enfermedad
- c. Una vez por semana
- d. Una vez cada 15 días
- e. Una vez por mes
- f. Dos o tres veces por año
- g. Una vez por año

15. Padece alguna enfermedad crónica?

- a. Si
- b. No
- c.Cuál:.....

16. alguno de sus familiares padecen o han padecido depresión?

- a. Padre
- b. Madre
- c. Hermanos
- d. Otros

17. A menudo, con quién tiene problemas?

- a. Con sus padres
- b. Con sus hermanos
- c. Con sus hijos
- d. Con sus maestros
- e. Con sus jefes
- f. Con sus compañeros
- g. Con su novio/a
- h. Otros

18. Tiene usted familiares fuera del país?

- a. Padre
- b. Madre
- c. Hermanos
- d. Nadie

Marque con una X el casillero que corresponde a su respuesta:

| | Nunca o raramente | Algunas veces | Con bastante frecuencia | Siempre, la mayoría del tiempo |
|---|-------------------|---------------|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Me siento abatido, estoy triste, lo veo todo negro | | | | |
| 2. Por la mañana me encuentro en mejor forma | | | | |
| 3. Me dan crisis de llanto | | | | |
| 4. Tengo trastornos del sueño | | | | |
| 5. Como tanto como antes | | | | |
| 6. Me gusta mirar, hablar o estar con hombres / mujeres atractivos/as | | | | |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso | | | | |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 9. Mi corazón late más a prisa que de costumbre | | | | |
| 10. Me siento fatigado sin motivo | | | | |
| 11. Mis ideas son tan claras como antes | | | | |
| 12. Me resulta fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado | | | | |
| 13. Estoy agitado y no puedo mantenerme quieto | | | | |
| 14. Soy optimista con respecto al futuro | | | | |
| 15. Estoy más irritable que de costumbre | | | | |
| 16. Encuentro que es fácil tomar decisiones | | | | |
| 17. Pienso que soy útil y que los demás me necesitan | | | | |
| 18. Mi vida esta bien colmada | | | | |
| 19. Pienso que los demás se quedarían muy a gusto si yo muriera | | | | |
| 20. Sigo disfrutando de las cosas como antes | | | | |

PLAN DE INTERVENCIÓN

Guía educativa sobre trastornos afectivos de los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por trastornos afectivos e intento autolítico.

PRESENTACIÓN

La incidencia de trastornos afectivos o del humor es cada vez más alta; siendo la más frecuente la depresión, la cual afecta a niños, jóvenes y adultos sin importar sexo, etnia, nivel económico ni religión.

La depresión y la maní son alteraciones en el estado de ánimo del individuo, las cuales requieren un tratamiento. Antiguamente se creía que estas enfermedades eran consecuencia de la falta de voluntad de quienes la padecían. Hoy luego de innumerables estudios sabemos que son patologías que si no se tratan oportunamente conllevan terribles desenlaces y conducen a la muerte, debido a que el riesgo de suicidio es extremadamente elevado, además de considerar que esta clase de pacientes no conciben tranquilidad mientras no alcanzan su objetivo... EL SUICIDIO!!!

Las causas de estas enfermedades son múltiples, citando como las más relevantes: el consumo de alcohol, cigarrillo, fármacos u otras drogas, disfunción familiar, embarazos precoces, rendimiento escolar, antecedentes patológicos familiares, decepciones amorosas, problemas económicos, enfermedades físicas crónicas, etc.

El éxito del tratamiento radica en la colaboración del paciente, el apoyo de sus familiares y la orientación de un profesional en este ámbito; puede ser prolongado y siempre requiere la observación de quienes rodean al paciente, ya que existen muchos periodos a lo largo de éste que representan mucho riesgo en la vida del individuo.

ASPECTOS BÁSICOS SOBRE ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de constantes cambios, tanto físicos, emocionales y psicológicos, muchos de los cambios físicos son tan repentinos y notables que tanto varones como mujeres adquieren una aguda conciencia de ellos.

Otras fuentes del sentimiento de adultez son los sociales y surgen cuando en las relaciones con los adultos el adolescente no ocupa una posición de niño, participa en el trabajo y cumple con obligaciones importantes.

Otra forma de afecto serían los sentimientos, son más matizados que las emociones y no conlleva a una modificación somática. Son situaciones momentáneas. Por último, tenemos los estados afectivos, que no dependen de ninguna representación o idea, y que suele calificarse como estado de ánimo, son nuestras situaciones afectivas básicas, nuestra forma peculiar de ser y vivir, una forma estable de sentirse afectado.

TRASTORNOS AFECTIVOS

Los trastornos afectivos o del humor son aquellas alteraciones en las que el síntoma predominante es una variación del estado de ánimo. El más típico, la **depresión**, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal.

Depresión, ansiedad, estrés, fobias, complejos, neurosis, anorexia, bulimia... Los adolescentes, debido a los cambios rápidos y profundos que sufren, y a la falta de seguridad para afrontar los problemas que se les presentan, también pueden ser objeto de estas enfermedades.

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar, afecta la forma en que una persona come y duerme.

Este trastorno se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales, es una tristeza profunda que envuelve al sujeto, además puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés.

Sin embargo sentirse deprimido no es síntoma suficiente para diagnosticar depresión, el sentirse triste puede ser una reacción normal frente a un acontecimiento negativo y también puede aparecer en diferentes cuadros psicopatológicos denominados trastornos del estado de ánimo.

La depresión constituye un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

CLASIFICACIÓN

No existe una clasificación bien definida en cuanto a depresión, pero a continuación citaremos las clases más relevantes de ésta:

Depresión endógena

Depresión involuntaria
Depresión alcohólica
Depresión neurótica
Depresión secundaria
Depresión ansiosa
Depresión delirante psicótica
Depresión monosintomática

DEPRESIÓN ENDÓGENA

La depresión endógena o llamada también primaria es aquella que va desde adentro hacia fuera, es decir, está vinculada directamente con los caracteres hereditarios del individuo que la padece, se relaciona con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente. Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Los principales factores de riesgo son:

Maltrato infantil: físico, emocional o sexual.

Enfermedades físicas crónicas.

Antecedentes familiares de depresión

Trastornos de la alimentación, como por ejemplo: bulimia.

Los síntomas característicos de la enfermedad son:

Estado de ánimo depresivo o irritable.

Pérdida del interés en actividades cotidianas.

Disminución del placer en las actividades diarias.

Cambios en el peso, es decir, aumento o pérdida de peso en forma involuntaria.

Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.

Fatiga.

Dificultad para concentrarse.

Episodios de pérdida de la memoria.

Sentimientos de minusvalía, tristeza u odio hacia mismo.

Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.

Pensamientos sobre suicidio, miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.

Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.

TERAPIA.- La terapia familiar e incluso la participación y colaboración de los maestros pueden ser de gran ayuda para la rehabilitación y recuperación del adolescente con depresión.

Los adolescentes que padecen depresión grave pueden seguir presentando episodios depresivos a lo largo de su vida adulta.

DEPRESIÓN ALCOHÓLICA

La depresión alcohólica constituye un estado en el que hay sentimientos extremos de tristeza, rechazo, falta de autoestima y de vacío ocasionados generalmente por la ingesta de alcohol.

Las personas con depresión severa se ven ausentes, sin expresión, indiferentes hacia su entorno y pueden mostrar síntomas de desilusión y actividad física limitada.

La principal causa de la depresión alcohólica está directamente relacionada con la enfermedad en personas con antecedentes de alto consumo de alcohol. La frecuencia cardiaca puede ser rápida y puede haber latidos cardiacos irregulares.

DEPRESIÓN NEURÓTICA

La depresión neurótica es aquel trastorno en el cual se permiten filtraciones e influencias del exterior, se caracteriza principalmente por la paranoia e histeria. El individuo con depresión neurótica tiene vinculación con el acontecer familiar y / o social de la vida.

Los síntomas depresivos muchas veces son resultantes de una medicación sin vinculación con trastornos cerebrales y que remiten ante la suspensión del fármaco.

El enfermo está inquieto, se lamenta, solloza y suplica en algunos casos puede ser necesario asociar medicación sedante.

DEPRESIÓN DELIRANTE PSICÓTICA

La depresión delirante psicótica es originada por causas psíquicas y / o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc. Hay cierta predisposición, consustancial al individuo, a desarrollar unas u otras manifestaciones al margen de la causa que la desencadena.

DEPRESIÓN MONOSINTOMÁTICA

Son formas raras de depresión en la cuales sólo se manifiesta uno solo de los elementos depresivos, como por ejemplo el raptus suicida, la nosofobia, el insomnio o el rechazo de los alimentos. No obstante, es preciso recordar que la depresión puede presentarse en los niños, los adolescentes y los adultos. El trastorno depresivo mayor tiende a la cronicidad y los pacientes suelen recaer.

EPISODIOS DEPRESIVOS

La depresión es el sentimiento de estar tristes, infelices o melancólicos. Si bien las personas deprimidas se sienten tristes hay que diferenciar la depresión de la tristeza. La tristeza es un sentimiento de vacío, que sigue a una herida emocional o una pérdida.

Nuestros sentimientos son un sexto sentido, el sentido que interpreta, ordena, dirige y resume los otros cinco. Los sentimientos nos hacen humanos y son nuestra reacción frente a lo que percibimos.

Existen 2 tipos de sentimientos: los positivos y los negativos.

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio.

Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo quién deberá evaluar al paciente en busca de alteraciones o cambios con respecto a los siguientes parámetros:

Estado de ánimo. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente.

Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar.

Sentimientos de culpa. Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido.

Ideación suicida. Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia.

Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión. Despertarse una hora mas temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal.

En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre mas duermen, mas deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

Disminución de energía. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.

Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, nausea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Una pérdida de peso de mas de 5kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. También se le ha llamado depresión atípica.

Disminución del deseo sexual.

Manifestaciones diversas. En el primer caso son ideas parásitas que no se van de la cabeza y que pueden generar ansiedad a los pacientes. En el segundo, el paciente tiene que estar revisando cosas y situaciones, para estar seguro de que las puertas y ventanas estén bien cerradas, o repetir operaciones, como el aseado, varias veces para estar seguro que estén hechos.

Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos.

CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN EL SER HUMANO

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer.

Los tipos de suicidio son los siguientes:

Suicidio consumado: Conducta autodestructiva y auto infringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo. Suele estar cargada con simbolismos.

Equivalentes suicidas: Son las auto mutilaciones que puede hacerse una persona.

Suicidio colectivo: La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez.

Hay que diferenciar las tentativas de suicidios de los suicidios consumados, los primeros suelen ser llamadas de atención pero hay que controlarlos muy de cerca porque dichas tentativas suelen repetirse con bastante asiduidad durante las primeras semanas que siguen a la tentativa y existe el riesgo finalmente de consumarlo.

El paciente muestra una alegría excesiva en relación con la situación que vive. El paciente se siente invadido por un sentimiento eufórico, de bienestar y seguridad y por una necesidad irresistible de actividad y movimiento. Existen también los llamados síntomas de conversión mediante los cuales el paciente manifiesta dolencias o limitaciones físicas sin la existencia de dicha patología, permitiendo de esta manera evadir responsabilidades y sentimientos.

Ciertos individuos no fingen ser perfectos, sugieren lo opuesto, que son lo peor de la especie humana, que no tienen cualidades compensatorias y que su vida es inútil y sin esperanza.

MANÍA DELIRANTE Y ALUCINATORIA

En el acceso maníaco típico no existen, propiamente, un sistema delirante ni trastornos alucinatorios. Los sentimientos de influencia divina y de inspiración profética son frecuentes en este episodio.

Se trata de estados de gran agitación con un considerable desorden del pensamiento y una caótica fuga de ideas.

Con anterioridad a los tratamientos farmacológicos actuales, era frecuente encontrar formas crónicas de manía que en ocasiones remitían espontáneamente o tomaban las formas terminales de la demencia.

TRASTORNO BIPOLAR

El concepto de enfermedad bipolar ha intrigado a la humanidad siempre. Cómo es que una persona presente manifestaciones de depresión, y a los pocos meses o a veces semanas esté brincando de alegría, con mucha energía, sin inhibiciones, con un lenguaje a gran velocidad, sin sueño y con fuga de ideas. Sin embargo la presencia de manía, es lo que caracteriza los estados bipolares. Los enfermos bipolares suelen iniciar en etapas mas tempranas que las personas que tienen sólo depresión (unipolares), tienen de manera mas frecuente, familiares con enfermedad bipolar, y los intervalos entre una crisis de maní y la siguiente se van acortando, si el paciente no recibe el tratamiento adecuado, por largo tiempo. La crisis de manía suele ir precedida de una falta de sueño, los enfermos dejan de dormir, por un par de noches, antes de que aparezca el cuadro florido.

TIPOS DE ANSIEDAD

Como en el caso de la depresión, según en el contexto en que aparezca la ansiedad se distingue entre una:

Ansiedad endógena.- No existe causa externa que la origine

Ansiedad exógena.- se produce en situaciones de estrés

SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

- La mayoría de las veces la persona que sufre ansiedad refiere claramente un estado de excitación anormal, mareos, taquicardia o sensaciones de encontrarse enfermo o sin

vitalidad, etc., síntomas que pueden ser confundidos con muchos trastornos.

- Como una simple acentuación de síntomas de otras enfermedades previamente presentes, como dolores óseos o musculares.
- Como una alteración del humor, produciendo por ejemplo síntomas depresivos o irritabilidad.
- Como dificultades para conciliar el sueño.

Ansiedad en sí misma

Existen varias formas de estos trastornos por ansiedad primarios. Los principales trastornos por ansiedad son:

Trastorno de angustia (con o sin agorafobia)

Agorafobia sin trastorno de angustia

Fobia social

Fobia específica

Trastorno obsesivo – compulsivo

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno por ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o incluido por tóxicos.

**PLANIFICACIÓN DE EDUCACIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS
E INTENTO AUTOLÍTICO**

TEMA: LA ADOLESCENCIA

| CONTENIDO | ESTRATEGIA | RECURSOS | TIEMPO |
|---|--|---|----------------|
| <p>Introducción al tema</p> <p>1. Definición</p> <p>2. Como es el adolescente</p> <p>2.1 A nivel familiar Rebeldía</p> <p>2.2 A nivel personal</p> <p>3. Cambios físicos del adolescente</p> <p>4. Cambios psicológicos</p> <p>5. Valoración, imagen y autoestima</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de integración • Exposición • Proyección de video | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Tiza • Papelógrafos • Marcadores • diapositivas | <p>2 horas</p> |

**PLANIFICACIÓN DE EDUCACIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS
E INTENTO AUTOLÍTICO**

TEMA: LA DEPRESIÓN

| CONTENIDO | ESTRATEGIA | RECURSOS | TIEMPO |
|--|---|---|---------------|
| 1. Definición 2. Clasificación 3. Causas 4. Signos y síntomas 5. Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de integración • Plenaria • Motivación | <ul style="list-style-type: none"> • Video • Televisión • DVD • Láminas ilustrativas • Trípticos | 2 horas |

**PLANIFICACIÓN DE EDUCACIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS
E INTENTO AUTOLÍTICO**

TEMA: EL SUICIDIO

| CONTENIDO | ESTRATEGIA | RECURSOS | TIEMPO |
|--|---|---|---------------|
| 1. Definición 2. Clasificación 3. Causas 4. Signos y síntomas 5. Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de integración • Plenaria • Motivación | <ul style="list-style-type: none"> • Video • Televisión • DVD • Láminas ilustrativas • Trípticos | 2 horas |

**PLANIFICACIÓN DE EDUCACIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS
E INTENTO AUTOLÍTICO**

TEMA: MANÍA

| CONTENIDO | ESTRATEGIA | RECURSOS | TIEMPO |
|---|---|---|---------------|
| 1. Definición 2. Clasificación 3. Causas 4. Signos y síntomas 5. Tratamiento 6. Prevención | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de integración • Plenaria • Motivación | <ul style="list-style-type: none"> • Video • Televisión • DVD • Láminas ilustrativas • Trípticos | 2 horas |

**PLANIFICACIÓN DE EDUCACIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR TRASTORNOS AFECTIVOS
E INTENTO AUTOLÍTICO**

TEMA: TRASTORNOS DE ANGUSTIA

| CONTENIDO | ESTRATEGIA | RECURSOS | TIEMPO |
|---|---|---|---------------|
| 1. Definición 2. Clasificación 3. Causas 4. Signos y síntomas 5. Tratamiento 6. Prevención | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de integración • Plenaria • Motivación | <ul style="list-style-type: none"> • Video • Televisión • DVD • Láminas ilustrativas • Trípticos | 3 horas |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA:

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS
AFECTIVOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA POR
INTENTO AUTOLÍTICO EN EL PERIODO MAYO 2006 A
MAYO 2007.

Anteproyecto previo a la elaboración de la tesis de grado

AUTORA:

Narciza Santos

Ibarra, Julio del 2007

TEMA:

“Factores que inciden en los Trastornos Afectivos de los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra por Intento Autolítico en el periodo Mayo 2006 a Mayo 2007”

INTRODUCCIÓN

Se entiende como Trastornos Afectivos a aquellos comportamientos inapropiados que apartan de la realidad al sujeto que los padece. Se los conoce también como trastornos mentales o del humor y se clasifican en: Depresión, Fobias y Manías. Los principales síntomas se traducen en un extrema y profunda tristeza, sentimientos de frustración, culpa, inutilidad de ideas de suicidio como la solución más práctica para acabar con sus problemas.

Es necesario aclarar que los estados de tristeza, alegría, de ira o desánimo son sentimientos normales ante situaciones que se nos presentan en la vida como el recibir malas noticias, emociones fuertes, discusiones, pérdida de un ser querido, etc. Lo anormal es cuando estas respuestas se prolongan por mucho tiempo, son desmedidas e insuperables y requieren un tratamiento especial.

La depresión se ha convertido en una de las enfermedades mentales más comunes en nuestra sociedad. Los problemas y dificultades que parecen no tener solución pueden producir síntomas de ansiedad en individuos de cualquier edad y más aún en adolescentes, debido a que están en una etapa en la cual deben adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a otras normas aceptables desde el punto de vista social.

También aquí se producen cambios psicológicos rápidos y fundamentales para el adolescente, algunos muy beneficiosos mientras que otros producen sentimientos de frustración y fracaso.

Como autora de este trabajo investigativo quiero crear conciencia en toda la sociedad y de manera especial en la población que acude al Hospital

San Vicente de Paúl (H.S.V.P.) de que los trastornos afectivos como la depresión en los adolescentes no es solo estar triste, sino que es una tristeza patológica, profunda, vespéral e inmotivada producto de múltiples factores sociales, económicos y culturales que nos aquejan hoy en día.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia proporciona a cada individuo un periodo para adquirir educación, entrenamiento y destrezas que se requieren para poder sobrevivir en la sociedad como adultos.

La etapa de la adolescencia incluye comportamientos de experimentación que lleva a los jóvenes a efectuar acciones nuevas que pueden ser dañinas y afectar su normal desarrollo. Estos sentimientos de frustración a la vez pueden conducir a intentos autolíticos y en muchos casos a la muerte como única solución a sus problemas.

La depresión en cualquier etapa de la vida dificulta la evolución y desarrollo normal del individuo, que con frecuencia se siente incapaz de asumir adecuadamente sus dificultades. Ante la depresión un adolescente deja a un lado todos sus sueños y aspiración de lograr sus propósitos en la vida.

Por otro lado las condiciones actuales de la sociedad contribuyen a acrecentar todos los problemas del mundo moderno. Vivimos una etapa de desarrollo en donde prima el afán de satisfacer las necesidades básicas y los intereses personales de grupos mayoritarios, esto hace que cada vez seamos más dependientes del consumismo y en la búsqueda de conseguir los medios de subsistencia surge la desintegración familiar.

Todo este desequilibrio social afecta notablemente a los grupos de mayor vulnerabilidad principalmente a los niños y jóvenes quienes están en un proceso de transición y este tipo de problemas provoca en ellos desestabilización emocional y predisposición a la dependencia de vicios sociales.

Con estos antecedentes considero de suma importancia profundizar el conocimiento de esta problemática como un aporte con elementos de juicio necesarios para establecer con precisión las causas, evolución y consecuencias de los trastornos afectivos y ser capaces de impulsar acciones de prevención creando una armónica interrelación del individuo con el medio que lo rodea y sus componentes.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que inciden en los trastornos afectivos en los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por Intento Autolítico en el periodo Mayo 2006 a Mayo 2007?

INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN

7. ¿Qué factores inciden en los trastornos afectivos de los adolescentes?
8. ¿Cuántos adolescentes padecieron trastornos afectivos en el periodo mayo 2006 a mayo 2007?
9. ¿Cuáles son los signos y síntomas de los trastornos afectivos?
10. ¿Cómo se tratan los trastornos afectivos?
11. ¿Cuáles son las causas y consecuencias de los trastornos afectivos?
12. ¿Cómo influye el entorno familiar en los trastornos afectivos?

JUSTIFICACIÓN

La falta de comunicación entre padres e hijos, la disfunción familiar, decepciones amorosas, embarazos precoces, problemas económicos, enfermedades físicas, alcoholismo, consumo de fármacos, entre otros, son factores que están presentes en nuestra sociedad sin distinción de etnias, ni religión y que traen consecuencias lamentables en el núcleo familiar.

Esta investigación nace como una iniciativa al constatar con profunda preocupación el elevado índice de intentos autolíticos en adolescentes que ingresaron al Hospital San Vicente de Paúl en el periodo de mayo 2006 a mayo 2007. Según datos obtenidos en el servicio de estadística se revela que durante este periodo se registraron aproximadamente 200 casos de intento autolítico en adolescentes de 13 a 19 años cuyas causas más frecuentes radican en problemas familiares, decepciones amorosas, bajo rendimiento escolar, entre otras.

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 7 a 14% de los adolescentes a cometido algún tipo de autolesión pudiendo aumentar en un 20 a 45% las ideas suicidas cuando llegan a la edad adulta. Estudios recientes revelan que sólo en Estados Unidos se produce un suicidio cada 20 minutos, es decir 75 suicidios al día y 30000 al año, mientras que los intentos no consumados alcanzan 250000 a 300000 cada año.

La OMS calcula que en todo el mundo muere una persona por suicidio cada 40 segundos. Los datos estadísticos en el Ecuador revelan que la mayoría de intentos autolíticos se producen en adolescentes de 11 a 16 años de estos un 33% son por ingesta de medicamentos disponibles en casa, antidepresivos o drogas, un 30% principalmente de zonas rurales lo hacen con plaguicidas u órganos fosforados y un 27% ingresa a

hospitales por intoxicación alcohólica que si bien no constituye un intento autolítico refleja un serio problema de depresión.

Por conversaciones y observación en la institución se puede determinar que los adolescentes con trastornos afectivos o del humor, se sienten incomprendidos por sus familiares quienes tienen un conocimiento muy limitado de la depresión, por lo que su aporte para la mejoría de su ser querido es prácticamente nulo.

Como parte integrante del Equipo de Salud en formación quiero contribuir a la orientación sobre las causas, incidencia y prevención de la depresión asociada a intentos autolíticos.

Si bien es cierto es un tema que ya ha sido investigado anteriormente considero importante el hecho de profundizarlo y contar con una guía actualizada que permita implementar otros programas tendientes a disminuir este problema.

Existe factibilidad para realizar esta investigación por la gran apertura que brinda el Hospital San Vicente de Paúl y porque como Interna Rotativa de Enfermería me encuentro inmersa en este medio.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar los factores que inciden en los trastornos afectivos de los y las adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por Intento Autolítico en el periodo mayo 2006 a mayo 2007.

ESPECÍFICOS:

- ☞ Relacionar las variables como: edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, ingreso económico, número de hermanos, etnia, consumo de alcohol, cigarrillo, fármacos u otras drogas, enfermedades físicas crónicas, antecedentes familiares de depresión y disfunción familiar con los intentos autolíticos en adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl.

- ☞ Elaborar un plan educativo sobre trastornos afectivos para los adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl.

MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes Históricos Y Bases Legales
 - 1.1. Organigrama Estructural Del Hospital San Vicente De Paúl
 - 1.1.1. La Estructura Funcional
 - 1.1.1.1. Dirección Del Hospital
 - 1.1.1.2. Servicio De Medicina Interna
2. Aspectos Básicos Sobre La Adolescencia
 - 2.1. Pubertad
 - 2.2. Aspecto Biológico
 - 2.3. Aspecto Psicológico
 - 2.3.1. Valoración Imagen Y Autoestima
3. Trastornos Afectivos O Del Humor
 - 3.1. Clasificación
4. Depresión
 - 4.1. Epidemiología
 - 4.2. Clasificación
 - 4.2.1. Depresión Endógena
 - 4.2.2. Depresion Involuntaria
 - 4.2.3. Depresión Alcohólica

- 4.2.4. Depresión Neurótica
- 4.2.5. Depresión Secundaria
- 4.2.6. Depresión Ansiosa
- 4.2.7. Depresión Delirante Psicótica
- 4.2.8. Depresión Monosintomática
- 4.3. Episodios Depresivos
- 4.4. Diagnóstico De La Depresión
- 4.5. Medidas Terapéuticas Adicionales Para El Tratamiento
- 4.6. El Suicidio

- 5. Manía
- 5.1. Epidemiología
- 5.2. Tipos De Manía
- 5.2.1. Excitación Maníaca Simple O Hipomanía
- 5.2.2. Manía Delirante Y Alucinatoria
- 5.2.3. Manía Confusa
- 5.3. Trastorno Bipolar
- 5.4. Trastorno Paranoide De La Personalidad
- 5.5. Trastorno Delirante
- 5.6. Esquizofrenia Paranoide
- 5.7. Ansiedad
- 5.7.1. Tipos De Ansiedad
- 5.7.2. Clasificación De La Ansiedad
- 5.7.2.1. Ansiedad Asociada A Otros Trastornos Mentales

- 5.7.2.2. Ansiedad Producida Por Medicamentos
- 5.7.2.3. Ansiedad En Sí Misma

- 6. Trastorno De Angustia
 - 6.1. Fobias
 - 6.1.1. Fobias Específicas
 - 6.1.2. Clasificación
 - 6.1.3. Causas
 - 6.2. Agorafobia
 - 6.3. Trastorno Obsesivo – Compulsivo
 - 6.4. Reacciones Patológicas Al Estrés
 - 6.5. Sustancias Psicoactivas Y Síndromes De Abstinencia
 - 6.5.1. Abstinencia De Alcohol
 - 6.5.2. Abstinencia De Opiodes
 - 6.5.3. Abstinencia De Hipnóticos Y Tranquilizantes
 - 6.6. Trastornos Por Somatización
 - 6.6.1. Trastorno Por Somatización
 - 6.6.2. Trastorno Hipocondríaco
 - 6.7. Trastornos Del Sueño
 - 6.7.1. Insomnio
 - 6.7.2. Hipersomnia
 - 6.7.3. Alteraciones Del Ritmo Sueño – Vigilia
 - 6.7.4. Parasomnias
 - 6.7.4.1. Enuresis Nocturna

6.7.4.2. Terrores Nocturnos

6.7.4.3. Pesadillas

6.7.4.4. Sonambulismo

VARIABLES

DEPENDIENTE:

Factores que inciden en los trastornos afectivos.

INDEPENDIENTES:

1. Grupo étnico
2. Nivel de instrucción
3. Disfunción familiar
4. Decepciones amorosas
5. Embarazos precoces
6. Problemas económicos
7. Enfermedades físicas
8. Consumo de alcohol y cigarrillo
9. Consumo de drogas y fármacos
10. Religión
11. Rendimiento escolar
12. Procedencia
13. Sexo
14. Antecedentes patológicos familiares

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo – retrospectivo – analítico – cuantitativo.

POBLACIÓN: Número de adolescentes que ingresan Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por trastornos afectivos e intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007.

MUESTRA: Para el desarrollo de la investigación se trabajará con todos los adolescentes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por trastornos afectivos e intento autolítico sin necesidad de realizar un muestreo, del cual determinaremos el número de casos presentados en el periodo de mayo 2006 a mayo 2007.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se hará aplicando:

-  Revisión de registros estadísticos del Hospital san Vicente de Paúl.
-  Entrevista
-  Encuesta a adolescentes que padecen trastornos afectivos
-  Revisión bibliográfica

PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizará un computador para procesar la información utilizando el programa EPI – INFO.

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Se realizará una prueba piloto en una institución con características similares a las de la población en estudio, como por ejemplo el Hospital San Luis de Otavalo, además se solicitará la orientación de 3 profesionales especialistas en el tema.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se utilizará la estadística descriptiva y cuantitativa para determinar cuáles y cuántos casos existen de trastornos afectivos en adolescentes que ingresan al servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl.

MARCO ADMINISTRATIVO

RECURSOS:

| HUMANOS: | MATERIALES: |
|---|--|
| Investigador Narciza Santos | <ul style="list-style-type: none">* Hospital San Vicente de Paúl* Infocus* Videos educativos* Computadora* Libros* Revistas* Folletos* Trípticos* Refrigerio |
| Directora de tesis : Lic. Aída Guzmán | |
| Adolescentes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl por depresión o intento autolítico de mayo 2006 a mayo 2007. | |

PRESUPUESTO:

| INSUMOS | COSTO |
|-------------------------|--------------|
| Computador y Digitador | 500 |
| Materiales de papelería | 100 |
| Fotocopias | 150 |
| Internet | 250 |
| Resma de papel | 60 |
| Movilización | 100 |
| Empastado | 48 |
| Fotografías | 15 |
| Imprevistos | 122 |
| TOTAL: | 1253 |

BIBLIOGRAFÍA

22. Asberg M, Traksman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal suicide predictor. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1.195-1.197.
23. Asberg M, Schalling D, Traksman L, Bendz L, Wagner A. Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena. En: Meltzer MY, ed. *Psychopharmacology: the third generation of progress*. Nueva York: Raven Press, 1987; 655-663.
24. Carlsson A, Lindqvist M. Effects of antidepressant agents on the synthesis of monoamines. *J Neural Trans* 1978; 45: 73-91.
25. Coppen A. The biochemistry of affective disorders. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1.237-1.264.
26. Charney DS, Menkes DB, Heninger GR. Receptor sensitivity and the mechanism of action of antidepressant treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1.160-1.180.
27. Delgado PL, Price LH, Heninger GR, Charney DS. Neurochemistry. En: Paykel ES, ed. *Handbook of affective disorders*. Nueva York: Paykel ES, 1992.
28. García Sevilla JA, Zis AP, Hollingsworth PJ, Greden JF, Smith CB. Platelet α -2-adrenergic receptors in major depressive disorder: binding of tritiated clonidine before and after tricyclic antidepressant drug treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1.327-1.333.
29. García Sevilla JA, Udina C, Fuster MJ, Álvarez E, Casas M. Enhanced binding of (3H)-adrenaline to platelets of depressive patients with

melancholia: effect of long-term clomipramine treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 150-157.

30. Gerner RM et al. Cerebrospinal fluid neurochemistry in depressed, mania, and schizophrenic patients, compared normal controls. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1.530-1.547.
31. Goodwin PK, Bunney WE. Depression following reserpine: a re-evaluation. *Seminars in Psychiatry* 1971; 3: 435-448.
32. Heninger GR, Charney DS, Delgado PL. Neurobiology of treatments for refractory depression. En: Tasman A, Glodfinger SM, Kaufman CA, eds. *Review of psychiatry*. Vol. 9. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990; 33-58.
33. Koslow SH et al. CSF and urinary biogenic amines and metabolites in depression and mania. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 99-110.
34. Lapin JP, Oxenkrug GF. Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinant of the thymoleptic effects. *Lancet* 1969; 1: 132-136.
35. Murphy DL, Campbell I, Costa JL. Current status of the indoleamine hypothesis of the affective disorders. En: Lipton MA, Dimascio A, Killiam KF, eds. *Psychopharmacol: a generation of progress*. Nueva York: Raven Press, 1978; 1.235-1.247.
36. Piletz JE, Halaris A, Saran A, Marler M. Elevated 3-H- para-aminoclonidine binding to platelet purified plasma membranes from depressed patients. *Neuropsychopharmacology* 1990; 3: 201-210.

37. Roy A, Virkkunen M, Linnoila M. Serotonin in suicide, violence and alcoholism. En: Coccaro EF, Murphy DL, ed. Serotonin in major psychiatric disorders. Am Psychiat Press. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990; 187-208.
38. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review for supporting evidence. Am J Psychiat 1965; 122: 509-522.
39. Siever LJ, Davis L. Overview: toward a dysregulation hypothesis of depression. Am J Psychiat 1985; 142: 1.017-1.031.
40. Siever LJ, Uhde TW. New studies and perspectives on the noradrenergic receptor system in depression. Effects of the alpha-2-adrenergic agonist clonidine. Biol Psychiatry 1984; 19: 131-156.
41. Siever LJ. The role of noradrenergic mechanisms in the etiology of the affective disorders. En: Meltzer MY, ed. Psychopharmacology: the third generation of progress. Nueva York: Raven Press, 1987; 493-504.
42. Wood K, Coppen A. Alpha-2-adrenergic receptors in depression. Lancet 1982; 1: 1.121-1.122