



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL DE TEJUPILCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL
NÚMERO 200, CON MANIFESTACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL, 2022”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA:

OSORIO OSORIO ARELI

NO. DE CUENTA 1827030

DIRECTOR DE TESIS:

DR. EN ED. SALVADOR BOBADILLA BELTRÁN

TEJUPILCO, MÉXICO OCTUBRE 2023

RESUMEN

La depresión es un trastorno o síndrome, el cual ha sido distinguido por medio de un conjunto de síntomas como lo es la disminución de la atención, concentración, pérdida de confianza y la emoción de tristeza, presentando un estado de ánimo triste, vacío o irritable, que abarca un enorme cumulo de cambios somáticos y cognitivos que interfieren en la capacidad funcional del individuo, por lo tanto dicho sujeto se siente abrumado por la propia sociedad, lo que provoca que no se mueva de manera eficaz dentro de su entorno social y aportando lo que se espera de e, provocando así un aislamiento social. Por ello, en esta investigación se analizó la relación de depresión y aislamiento social, principalmente en estudiantes adolescentes de educación media superior con una muestra de 158 estudiantes entre los 15 a 18 años, todos pertenecientes a distintos municipios, como Temascaltepec de González y Zacazonapan, ubicados en el Estado de México. Además, se realizó un estudio descriptivo, aplicando el instrumento Inventario de depresión de Beck (BDI-2). Al realizar el análisis de resultados, se encontró que existen niveles leves, moderados y severos ante la depresión y que, si existe una diferencia de acuerdo al sexo, a la edad y al lugar de procedencia. Existiendo una relación positiva entre la depresión y el aislamiento social, de igual manera se encontró que las relaciones son más intensas en hombres.

Se concluye que la depresión y el aislamiento social, está presente en cada uno de los estudiantes, lo cual no depende el sexo, la ocupación, el lugar de origen en la cual se desenvuelve; aunque estas variables podrían estrechar la relación entre la depresión y el aislamiento social. Por lo tanto, mientras exista el apoyo necesario en la parte familiar y el entorno social, los sujetos podrán superar etapas de adversidad sin que estas afecten su desarrollo o se provoque algún tipo de problema psicosocial.

Palabras clave: Depresión, aislamiento social, estudiantes y niveles de depresión.

ABSTRAC

Depression is a disorder or syndrome, which has been distinguished through a set of symptoms such as decreased attention, concentration, loss of confidence and the emotion of sadness, presenting a sad, empty or irritable mood. , which encompasses an enormous accumulation of somatic and cognitive changes that interfere with the functional capacity of the individual, therefore said subject feels overwhelmed by society itself, which causes him to not move effectively within his social environment and contributing what is expected of e, thus causing social isolation. For this reason, in this research the relationship between depression and social isolation was analyzed, mainly in adolescent high school students with a sample of 158 students between 15 and 18 years old, all belonging to different municipalities, such as Temascaltepec de González and Zacazonapan, located in the State of Mexico. In addition, a descriptive study was carried out, applying the Beck Depression Inventory (BDI-2) instrument. When analyzing the results, it was found that there are mild, moderate and severe levels of depression and that there is a difference according to sex, age and place of origin. There is a positive relationship between depression and social isolation, and it was also found that the relationships are more intense in men.

It is concluded that depression and social isolation is present in each of the students, which does not depend on sex, occupation, or place of origin in which they operate; although these variables could strengthen the relationship between depression and social isolation. Therefore, as long as there is the necessary support in the family and the social environment, subjects will be able to overcome stages of adversity without affecting their development or causing any type of psychosocial problem.

Keywords: Depression, social isolation, students and levels of depression.

PRESENTACIÓN

La presente investigación titulada **DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NÚMERO 200, CON MANIFESTACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL, 2022**, está compuesta de dos apartados y en el primer apartado se encuentra el marco teórico, en este se encuentran dos capítulos, el primero titulado depresión, está diseñado por los supuestos teóricos, los antecedentes, el concepto, los síntomas, las consecuencias que trae consigo, los distintos tipos de depresión, los distintas alternativas de tratamientos que existen y cuáles son las efectivas para utilizar, aunque también la relación que existe entre depresión y adolescentes, de igual manera el segundo titulado aislamiento social que abarca diferentes temas como el concepto, las causas, los síntomas que se presentan, el Hikikomori: el síndrome de aislamiento social juvenil presente en la actualidad con más frecuencia, los tratamientos que existen y la conexión que hay entre los jóvenes y aislamiento social.

En el segundo apartado se encuentra el método donde podemos localizar un objetivo principal y tres específicos, el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, además de poder encontrar el tipo de estudio , el cual es descriptivo, con dos variables la depresión y el aislamiento social, además de la población que se trabajó, el instrumento que se aplicó para dicha investigación, el diseño de la investigación, al captura de la investigación, el procesamiento de la información y por ultimo las referencias que dan sustento a la presente investigación

INDICE

RESUMEN	vii
ABSTRAC.....	viii
PRESENTACIÓN.....	ix
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1. DEPRESION EN ADOLESCENTES.....	17
1.1 SUPUESTOS TEÓRICOS	17
1.2 ANTECEDENTES.....	19
1.3 CONCEPTO.....	20
1.4 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	22
1.5 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	24
1.6 TRASTORNO BIPOLAR	27
1.7 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA).....	30
1.8 TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM)	32
1.9 TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL (TAE).....	35
1.10 TRATAMIENTO	38
1.11 DEPRESIÓN Y ADOLESCENTES	42
CAPÍTULO 2. AISLAMIENTO	44
2.1 CONCEPTO.....	44
2.2 CAUSAS.....	45
2.3 SÍNTOMAS	47
2.4 HIKIKOMORI: EL SÍNDROME DE AISLAMIENTO SOCIAL JUVENIL	48
2.5 TRATAMIENTO	51

2.6 JÓVENES Y ASILAMIENTO	54
2.7 AISLAMIENTO EN MÉXICO	57
CAPÍTULO 3. MÉTODO	60
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	60
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.3 OBJETIVOS.....	61
GENERAL:	61
ESPECÍFICOS:.....	61
VARIABLES	62
DEPRESIÓN	62
AISLAMIENTO SOCIAL	62
POBLACIÓN	63
MUESTRA	63
INSTRUMENTO.....	63
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	64
CAPTURA DE LA INFORMACIÓN	64
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	65
RESULTADOS	66
DISCUSIÓN	68
SUGERENCIAS.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra vida existen temas complicados para hablar de ellos, uno de ellos es la depresión, que cuando pensamos o cuando nos preguntan acerca de depresión, nuestra mente inmediatamente nos remonta a tristeza, llanto, dolor, pérdida, canciones tristes pero sobre todo a muerte, y ¿porque a muerte?, porque es una de las consecuencias más graves que trae consigo, en muchas ocasiones tenemos nociones un tanto vagas que no tienen nada que ver con este gran problema de salud, en donde creemos que los jóvenes solo hacen las cosas o no por llamar la atención, pero no es así, cada persona crea su mundo a partir lo que está viviendo, independientemente de sus felicidades o tristezas, muchas de ellas bajando o dejando de lado su salud mental, la cual no le toman importancia, cuando es muy erróneo hacerlo, debemos de preocuparnos por ella, para no llegar a la palabra que al escucharla se nos pone la piel chinita, la muerte, por eso, se debe de tener ayuda y contar con ella para evitar todo lo que provoca, no es un tema actual, ya que desde hace tiempo se viene trabajando y previniendo en jóvenes, que son un factor de riesgo enorme.

Para Zoch (2002) en tiempos prehispánicos, todas causas relacionadas con trastornos mentales estaban ligadas a las creencias de fenómenos sobrenaturales, es decir a los espíritus, mientras que en el sistema mágico-religioso eran respaldados por los métodos curativos primitivos de ese tiempo, como un intento de cubrir las obligaciones socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo. Aun así, seguía siendo la única alteración mental descrita en medicina desde la antigüedad hasta el día de hoy. Por lo tanto, Hipócrates y Plutarco, no solo descifraron, sino que distinguieron de entre otras alteraciones mentales la depresión y asimismo el poder realizar un tratamiento.

Con el paso del tiempo, se trató de seguir avanzando para distinguir la naturaleza de dicho trastorno, más los conceptos médicos de las enfermedades mentales que se presentaban alrededor de la alteración de cuatro humores del cuerpo, los cuales son la sangre, la bilis negra, bilis amarilla y flema, que era llamada como una alteración natural. A principios de la Época Media, en un periodo de oscurantismo

donde estaba prevaleciendo la creencia general de fuerzas sobrenaturales, la demonología, el pecado, etc., todo giraba alrededor de ciertas creencias típicamente normales. Mientras que, a mediados del siglo XIX, Esquirol definió la melancolía como un delirio parcial crónico, sin fiebre, determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. El término melancolía, se utiliza para referirse al síndrome depresivo en la actualidad (Zoch, 2002).

Sánchez; Sierra; Peiró y Palmero (2008) lo definen como un trastorno o síndrome, distinguido por síntomas tales como la disminución de la atención, concentración, pérdida de confianza y la emoción de tristeza, la presencia de un estado de ánimo triste, que siempre va acompañado de cambios somáticos y cognitivos, y que tienen como consecuencia la capacidad funcional del individuo.

Mientras que para la Organización Mundial de la Salud (2021) solo es un trastorno mental común como cualquiera de los demás, sin embargo en todo el mundo el 5% de las personas que padecen depresión son los adultos, teniendo como causa general mundial de discapacidad, que contribuye a la carga general de morbilidad, siendo las mujeres las más afectas a comparación con los hombres y si no se atiende a tiempo puede llevar al suicidio, aunque existen tratamientos eficaces para la depresión, ya sea leve, moderada o grave.

Sin embargo, la depresión en la actualidad es llamada como un trastorno del estado de ánimo ubicada así por sus características que varían entre la emoción de tristeza, siendo la más presentada, por eso se dice, que las causas suelen ser variadas, y se presentan síntomas típicos que incluso pueden interferir con su funcionalidad, ante esto es importante para la presencia o como parte de las consecuencias de la depresión, dado que la importancia se centra en ser uno de los primeros contextos de un individuo, (Álvarez; Sigüenza; Valencia, citado en Díaz, J 2018).

Nos obstante, los adolescentes son los que más se presentan episodios depresivos mayores que suelen estar relacionados a los trastornos disociales, como el déficit de atención, de la ansiedad, los que son relacionados con sustancias y por último los de conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

Así mismo, una persona puede o no darse cuenta acerca de la situación de los cambios que se dan en su ambiente o entorno, además de las posibles consecuencias, en donde se incluye dolor, incapacidad, en ocasiones tratamiento, así como su evolución e ideología y es importante señalar que los diferentes grupos sociales, como lo es la familia y a su vez la escuela, los cuales juegan un papel primordial, siendo las que pueden proporcionar la aparición, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad (Arenas, 2009; Ozámiz, 1992 citando en Díaz, J, 2018).

Es por ello que la importancia sobre el poder tener conocimiento sobre la depresión sabiendo ayudar a proporcionar a las personas herramientas para su prevención respecto a su salud mental, para que así pueda ser prevenida y de la misma manera disminuir los problemas con relación a su ambiente. Al parecer en dicha actualidad, la depresión se ha abordado de manera limitada en la población universitaria de acuerdo a varios estudios (Benítez y Caballero, 2017)

Por lo tanto, una persona depresiva siempre sobrevalora esos sucesos, considerando cada uno de ellos negativos, cada vez más frecuentes e irreversibles, esto es posible observar a través de la triada cognitiva negativa descrita por Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) en el cual la visión negativa del yo, del mundo y del futuro es lo que representa una ausencia del contexto y la insistencia de devaluar la adaptación a dicha ausencia.

Según Dallal y Castillo (2000) la depresión en la adolescencia se genera como el problema transitorio y común, siendo una enfermedad peligrosa que crea las llamadas conductas autodestructivas., asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo, que es ubicada con frecuencia y con molestias en el estado de ánimo. Adicionalmente esta etapa vital, es donde suceden cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno.

A pesar de lo anterior, los adolescentes deben de tener en cuenta los elementos o síntomas que se relacionan con la depresión para que al momento que se le diagnostica un trastorno depresivo no se asusten: el primero es la forma y gravedad del episodio depresivo, que da pauta a la funcionalidad en su medio y en las

actividades que se realizan teniendo una conciencia del trastorno y el poder afrontar los elementos depresivos situados en su mente, lo cuales contribuyen en la evaluación y en el tratamiento del mismo, alejándose de su rango social (Dallal & Castillo, 2000).

También la adolescencia no solo comprende el período del ciclo de vida donde suceden los cambios psico-físicos y el crecimiento sexual primario y secundario del pensamiento abstracto, ya que existan muchas más, aunque este período heterogéneo, da inicio y termina en un proceso muy confundido, por esto mismo en la sociedad se ha marcado que el paso de la infancia a la pre adolescencia es cada vez más precoz y a aún más cuando se llega el momento del ingreso a la sociedad adulta, consiguiendo la autonomía y el saber ubicarse con el tiempo, por lo que la adolescencia es la consecuencia, un período muy amplio y, más aún, muy multiforme. En este período existen grandes transformaciones y el personal no está dispuesto a enfrentar. (Guidano, 1987)

En México, al igual que el resto del mundo, en el cual los trastornos mentales se han vuelto un problema muy grave e importante en la salud por ser el motivo de causas de enfermedades, discapacidades e incluso de muertes. En los últimos tiempos es llamada como uno de los problemas que más dolor causa en las personas afectando a una parte muy alta de la población sin importar la diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, siendo una de las causas más altas de motivos de consulta clínica.

Por su parte el INEGI (2009) estableció que 34.85 millones de sujetos muestran o presentan sentimientos depresivos; de las cuales 14.48 millones son hombres y 20.37 millones son mujeres, resaltando el hecho de que únicamente el 1.63 millones de ellos toman antidepresivos, mientras que el 33.19 millones simplemente no lo hace, porque no tienen la noción de ellos. Cabe mencionar que la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Dichas personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres.

Pero por su parte, datos de la Encuesta Nacional de Juventud (2005) muestran que, en la región noroeste del país existe un índice del 44% de la población entre 12 -29 años que mencionan que es mejor vivir al día; a pesar de que el 19% se contradice y prefiere conducir e ingerir alcohol y el resto con un 32% afirmó, que ante la impunidad era válido hacerse justicia por propia mano. Estos datos no aparecen dispersos para cierta parte del país, y no quiere decir que no son relevantes, pero son un indicio de las distintas opiniones que enfrenta la juventud actual. A pesar que en la mayoría de las ocasiones simplemente solo se ocultan los sentimientos de desánimo e incompreensión ante búsquedas no satisfechas que pudieran desencadenar problemas depresivos y esperando a ver qué sucede con ellos.

CAPÍTULO 1. DEPRESION EN ADOLESCENTES

1.1 SUPUESTOS TEÓRICOS

Al inicio de la historia de la humanidad, se han ido encontrado diferentes episodios, los cuales en la actualidad son llamados Trastornos del estado de ánimo o Depresivos, sin embargo, en los relatos primitivos del Génesis basándose en la biblia católica se describió que en cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva, él paraíso representa a la felicidad, pero no solo a ellos, también representa a la alegría haciendo referencia a lo dicho (Hernandez, 2007; Nervaez, 197).

Sin embargo, la descripción de la depresión se muestra en el Antiguo Testamento, describe a los graves episodios en base a la tristeza y de melancolía que padecía Saúl, que en un principio respondía a la hoy llamada terapia musical respecto a su hijo David, aunque sus resultados fueron negativos que llego a un estado de enajenación e intentar dar muerte a su propio hijo (Sanz J. y., 1995).

(Sanz J. y., 1995) establece que desde la antigüedad se habla que la depresión se asemeja al estado mental, corporal y espiritual, el cual fue llamado melancolía, con orígenes de la medicina, pero en ese tiempo Hipócrates describió con los síntomas clínicos a la melancolía como: “Un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud.

Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” al que se sumaba un ánimo triste característico. En diferentes textos hipocráticos, a esta tristeza se le añadió pronto otro síntoma fundamental: el miedo, de forma que el concepto clásico de melancolía estaba ligado al de una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo). La introducción del criterio temporal de cronicidad se produce cuando se asume que la melancolía precisaba de una perturbación emocional prolongada (Pérgola, 2012)

Para (Vallejo, 1998) en los escritos hipocráticos de la enfermedad, todo se expande alrededor de la interacción de los cuatro humores que se manifiestan en el ser humano, la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema, que hacen alusión por consecuencia a la combinación de las cuatro características representantes de la naturaleza, el calor, el frío, la humedad y la sequedad, donde se origina cualquier enfermedad se produce por el desajuste de estos humores básicos.

(Pérgola, 2012) menciona que durante el siglo II d.C., se comenzó a encapsular el concepto acerca a la depresión, cada vez más estable, donde los escritos islámicos y occidentales médicos permitieron establecer una misma definición y así comprender el problema por aproximadamente a menos mil quinientos años. Hasta cierto punto la definición se guiaba en las descripciones que realizaba Rufo de Éfeso con modificaciones de Galeno y creando rasgos en base a lo clínico como los siguientes: la melancolía se representaba en locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita. Los hipocráticos describieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados, y, de entre ellos, progresivamente, se destacó el estreñimiento. También se mencionaban, de forma menos constante, las ideas suicidas y el riesgo de suicidio.

Por otra parte, San Agustín creía que todas las enfermedades que aprecian en los cristianos se generaban en base a los demonios. Mientras que en ese mismo siglo aparece por primera vez la palabra “depression” de origen en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). El cual habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía” que se relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía. (Nervaez, 197)

Dentro de los trastornos depresivos se encuentra: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo no Especificado Se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de haber historia previa de episodio maniaco mixto o hipomaniaco, manifestándose con una serie de síntomas tanto físicos como

psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece (Pereyra, Ocampo, & Vélez, 2010)

1.2 ANTECEDENTES

Para (Martorell C. , González, Ordóñez, & Gómez, 2011) la conducta antisocial se asocia a agresividad, terquedad, resistencia a las normas de convivencia y comportamientos delictivos. Su característica esencial es la transgresión de las normas sociales y la violación de los derechos de los demás. Sin embargo, se trata de comportamientos desviados que, sin ser ilegales, se consideran dañinos para la sociedad y dan lugar a procesos de sanción dentro de un determinado sistema social, en el cual interactúa el sujeto. En este sentido cobra relevancia la afirmación de que cuando sintetiza que conducta antisocial es ser contra los demás.

Por su parte, (Vilariño & G. Amado, 2013) definen la soledad adolescente como el fracaso en la satisfacción de sus necesidades de relación con los pares y de relaciones íntimas, como así también un déficit en el sentimiento de pertenencia a una estructura social que lo sostenga. Si bien ambos fenómenos pueden coexistir, no implica uno necesariamente al otro, a pesar que el aislamiento puede predisponer la aparición de la experiencia de soledad.

En la actualidad se han llevado algunos estudios en Argentina sobre las dificultades en los comportamientos sociales, los cuales tratan principalmente acerca del comportamiento agresivo y el comportamiento inhibido en la infancia y la adolescencia. Dado que no se cuenta en cambio con investigaciones con población local, los datos precedentes ponen de manifiesto la necesidad de identificar los comportamientos sociales en adolescentes de nuestra región, y sus déficits, para diseñar intervenciones que fortalezcan variables protectoras contra la cristalización de estos déficits en cuadros clínicos posteriores (Buelga & Musitu, 2009)

La revisión de la literatura científica revela que las conductas antisociales son una dificultad que afecta a un importante número de niños y adolescentes. Estudios realizados en el siglo XX, ponen en evidencia que los problemas de conducta antisocial mantienen altas tasas de prevalencia en distintos centros de salud,

estimando la prevalencia de estas dificultades entre el 6% a 18% en niños y entre un 2% a 9% en adolescentes, siendo más frecuentes en varones que en mujeres (Garaigordobil & Maganto, 2011)

Investigaciones han demostrado que niños y adolescentes de 10 a 12 años que muestran conductas antisociales manifiestan poca capacidad empática, comportamientos prosociales, asertivos, consideración con los demás, autocontrol y liderazgo (Andrés-Pueyo, 2007)

1.3 CONCEPTO

En los últimos años se ha producido un alza sustancial de la atención a la salud mental en todo el mundo. Aunque este hecho este tipo de atención tiene su máxima expresión funcional por un lado en el desarrollo de los servicios asistenciales de salud mental de tipo comunitario, y por otro en el protagonismo que adquiere la atención primaria.

(Sánchez, 2008) define como un trastorno o síndrome, el cual ha sido distinguido por medio de un conjunto de síntomas tales como la disminución de la atención, concentración, pérdida de confianza y la emoción de tristeza, siendo esta última entendida como la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan simplemente a la capacidad funcional del individuo.

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. Mientras que para los niños depende mucho la etapa de desarrollo y de las particulares que se presentan como, los trastornos de conducta, el deterioro escolar, las quejas somáticas y el ánimo disfórico.

Sin embargo para (Carranza & Renzo, 2012) la depresión se origina o inicia a partir de cualquier cambio en la vida que resulte estresante, sin importar que el cambio sea drástico o habitual, un ejemplo claro es, al cambio que uno presenta al tener un trabajo, al ingresar suele ser un tanto complicado y confuso a la vez, donde se

presentan cambios y problemas significativos tales como: nuevos arreglos de vida, el horario, el poder atender las necesidades propias (horarios para comer, lavar la ropa, dormir y trabajar), presión laboral, responsabilidades financieras, cambios en las relaciones con la familia y los amigos, presiones debido a las relaciones nuevas, aumento de la consciencia de identidad sexual, preocupaciones sobre la vida después de la graduación, entre muchas más.

Beck (1976), (Beltrán, Freyre, & Hernández, 2012) menciona que se debe a un desorden del pensamiento al cual estamos expuestos en todo momento, de tal manera que el sujeto depresivo distorsiona su realidad mirándola en forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; aunque se supone la animación de los signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos ayuda a que el sujeto regrese a la realidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad (Salud, Clasificación multiaxial de, 2003)

Carranza & Renzo, 2012 consideran que la depresión es un estado de tristeza, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal de una dolorosa consecuencia de disminución de actividad mental psicomotriz y orgánica, postulan que la depresión es un trastorno conocido desde hace tiempo, mencionando que es el problema psicológico de nuestros días, considerado como el resfriado de los trastornos emocionales.

Cottraux citado (Sanz J. y., 1995)menciona que la depresión es una síndrome caracterizado por un estado de ánimo que se traduce en la expresión verbal y no verbal de sentimientos tristes, acompañados de ansiedad e irritabilidad, dichas características pueden alterar múltiples funciones como el sueño y el apetito, la energía y el impulso sexual, la motivación se traduce en un déficit del interés y de la capacidad para experimentar placer, el deseo de evadirse mediante el suicidio es frecuente, la evitación de los contactos sociales y la dependencia respecto a los

demás lleva recientemente a un rechazo por el miedo. Los comportamientos activos y productivos se encuentran disminuidos y los pensamientos negativos se encuentran incrementados.

Pero para la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las personas adultas mayores, el cual disminuye la calidad de vida del ser humano, aumenta las enfermedades físicas y, con ello, acorta la vida.

1.4 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Según el (Psychiatric, 2014) la depresión se caracteriza por una serie de síntomas, sean cinco (o más) de los siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Pero sin embargo, se debe de especificar, si relacionar si contiene características mixtas, características melancólicas, características atípicas, características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto y con patrón estacional (sólo episodio recurrente).

El síntoma más característico de la depresión en general es la tristeza, donde el paciente depresivo se caracteriza por su intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto. Esto quiere decir que cuando el paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes de las cuales hubiera podido sufrir anteriormente, de las cuales prevalece una mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza. (Pérez & García, 2001)

(Méndez & Montoya, 2002) menciona que algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria, pero también se ocasiona a partir de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria.

Por lo que (González M. , 2020) establece diferencias entre la conducta habitual durante la adolescencia y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en esta etapa. En la adolescencia se pueden experimentar cambios de humor o cierta sensación de desasosiego, pero no se presentan cambios importantes y prolongados en el comportamiento. Pueden experimentar en ocasiones tristeza o conductas de llanto, en respuesta a acontecimientos cotidianos y de corta duración. No hay cambios de comportamiento significativos y los pensamientos sobre la muerte, no son frecuentes.

Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, con conductas de autorriesgo más marcadas; se observan negativitas y disociales, se exponen al abuso de alcohol y sustancias, tienen marcada irritabilidad, agresividad, sentimientos de no ser aceptado, aislamiento, descuido en el autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, anhedonia y cogniciones de autorreproche, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima (Pacheco, 2015)

1.5 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La depresión mayor representa un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia. La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de

síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. (Pérez E. A., Cervantes, Hijuelos, & Pineda, 2017)

Los episodios depresivos mayores pueden iniciar en cualquier etapa de la vida, sea en la infancia o en la vejez, pero se dice que la edad radica entre los 20 y los 30 años. Sin embargo, todos los datos mencionan que la edad de inicio se ha ido reduciendo progresivamente, ya que los episodios se dan actualmente más en jóvenes. Mientras que la mayoría de las personas han tenido un único episodio, separado por muchos años de cualquier síntoma depresivo, mientras otras tienen grupos de episodios y continúan teniéndolos con mayor frecuencia a medida que envejecen.

Aunque en cuanto al tratamiento de la depresión mayor, se reporta que, el tratamiento convencional es por medio de medicamentos antidepresivos y de la terapia cognitiva, que demostró ser eficaz en cerca de 60% de los pacientes. Por otra parte, la depresión resistente al tratamiento se produce hasta en 40% de los pacientes (Pérez E. A., Cervantes, Hijuelos, & Pineda, 2017)

Por lo tanto, los pacientes que presentan depresión mayor tienen regularmente un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, escasos movimientos corporales y cambios en el habla. Pero el aspecto puede ser relacionado o confundido con la enfermedad de Parkinson. De la misma forma algunos pacientes describen que el estado de ánimo es exageradamente profundo que causa llegar al punto de lágrimas, pero que son incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mundo se ha vuelto anodino y apagado, todo bajo su perspectiva (Chapi, 2013)

Así mismo la gran mayoría de los episodios depresivos remiten completamente que de tres sujetos dos de ellos sufren episodios constantes. Por lo que un primer episodio sin tratar de depresión mayor es seguido por la mejoría de los síntomas, aunque para ciertos casos se vuelven al estado de ánimo y a niveles de función previos al episodio, mientras que algunos más siguen experimentando síntomas residuales y en su minoría el episodio solo persiste por al menos más de 2 años, no

obstante existe una alta probabilidad de poder desarrollar un episodio y así continuar el patrón episódicamente (Pérez E. A., Cervantes, Hijuelos, & Pineda, 2017)

(Lang, 2013) menciona que existen ciertos síntomas que se pueden detectar al momento de sufrir depresión mayor los cuales incluyen: el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad y con un alta la pérdida del interés y perder el disfrute de las actividades realizadas a diario, además, de los excesivos sentimientos de culpa e inutilidad. Inclusive, el tener una baja de los sentimientos en la autoestima o por más mínima que sea la pérdida de la confianza o los sentimientos de impotencia, la mayoría de la población puede presentar una ideación suicida, o intentos de autolesión o el propio suicidio. Para (Carretero, 2007) el origen de la depresión mayor se deriva de la carga genética ya sea aprendida o por algún factor en común como los siguientes:

- Problemas graves en el trabajo, escuela, hogar, etc.
- Violencia doméstica, por parte de la pareja o hijos.
- Estrés.
- Dolor prolongado por un determinado tiempo o enfermedades constantes.
- Problemas de sueño.
- Abuso del consumo de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Pérdida de un ser querido
- Por el consumo excesivo de medicamentos.
- Deficiencias nutricionales.

Por tal motivo, la alta prevalencia del TDM, manifiesta un gran reconocimiento, el cual puede dificultarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, sobre todo de naturaleza dolorosa, mismos que pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales a la hora de detectarse. (Ruiz, Colín, & Corlay, 20087)

1.6 TRASTORNO BIPOLAR

Considerado como un trastorno mental grave, el TB (antes llamado enfermedad maníaco- depresiva) se distingue por un estado de ánimo que se transforma entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial (Angst, 2004).

El trastorno bipolar es un trastorno mental que puede ser crónico o episódico que significa que ocurre ocasionalmente y a intervalos irregulares, teniendo cambios inusuales, a menudo extremos y fluctuantes en el estado de ánimo, el nivel de energía y de actividad, y la concentración, pero también se le conoce como el trastorno maniaco-depresivo o depresión maníaca, en términos más antiguos (Calabrese & Hirschfeld, 2003).

Toda persona que tiene este trastorno puede presentar altibajos normales, pero con un trastorno bipolar diferente. La inmensa variedad de cambios puede ir de un extremo a otro, al cual, el episodio maníaco en una persona puede sentirse muy feliz, irritable u optimista, y hay un marcado aumento en el nivel de actividad a diferencia de los episodios depresivos, donde la persona puede sentirse triste, indiferente o desesperada, presentando un nivel de actividad muy bajo. Sin embargo, no todas las personas tienen episodios hipomaniacos, que son como episodios maníacos, pero son menos graves y problemáticos. Siempre y cuando sea esencial abordar este trastorno sabiendo que tras la aparición de un cuadro maníaco o hipomaniaco existe el riesgo de recaída (Gutiérrez & Martínez, 2013).

Por tal razón, el trastorno bipolar se presenta y comienza durante los últimos años de la adolescencia o cuando inicia la edad adulta. Siempre que los síntomas aparecen y desaparecen, por lo general, el trastorno bipolar requiere de tratamiento de por vida y no cesa por sí solo. El trastorno bipolar puede ser un factor importante en el suicidio, la pérdida del trabajo y la discordia familiar, pero un tratamiento adecuado genera mejores resultados (Mena, Correa, & Nader, 2004).

(Weiss, y otros, 2009) menciona que algunas personas con trastorno bipolar pueden tener síntomas más leves que otras que también lo tienen. Por ejemplo, los episodios hipomaníacos pueden hacer que la persona se sienta muy bien y sea muy productiva, y es posible que no sienta que algo está mal. Una persona con trastorno bipolar puede tener episodios maníacos, episodios depresivos o episodios “mixtos”. Un episodio mixto presenta síntomas maníacos y depresivos. Estos episodios anímicos, o de cambios en el estado de ánimo, ocasionan síntomas que duran una o dos semanas y a veces más, por ejemplo:

Síntomas de un episodio maníaco:

- Sentirse muy optimista, animado, eufórico, o bien, extremadamente irritable o sensible.
- Sentirse sobresaltado o nervioso, más acelerado que de costumbre.
- Sentir que sus pensamientos van muy rápido.
- Tener menos necesidad de dormir.
- Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes (“fuga de ideas”).
- Tener un apetito excesivo por la comida, la bebida, el sexo u otras actividades placenteras.
- Pensar que puede hacer muchas cosas a la vez sin cansarse.
- Sentir que es inusualmente importante, talentoso o poderoso.

Síntomas de un episodio depresivo:

- Sentirse más lento o inquieto.
- Tener problemas para concentrarse o tomar decisiones.
- Perder el interés en casi todas las actividades.
- Hablar muy despacio, sentir que no tiene nada que decir u olvidar muchas cosas.
- Sentirse sin esperanza o que no tiene valor, o pensar en la muerte o el suicidio
- Ser incapaz de hacer hasta cosas sencillas.
- Tener problemas para conciliar el sueño, despertarse muy temprano o dormir demasiado.

(Psychiatric, 2014) Menciona que hay tres tipos básicos de trastorno bipolar y cada uno se suponen que existen cambios evidentes en el estado de ánimo, la energía y los niveles de actividad. Y cabe destacar que estos estados de ánimo van desde períodos con un comportamiento extremadamente optimista, eufórico y lleno de energía, o con un mayor nivel de actividad como los episodios maníacos, hasta períodos con un profundo decaimiento, tristeza y desesperanza con un bajo nivel de actividad por los episodios depresivos:

- El trastorno bipolar I se caracteriza por episodios maníacos que duran al menos siete días (la mayor parte del día, casi todos los días) o cuando los síntomas maníacos son tan graves que se necesita atención hospitalaria. Por lo general, también se producen episodios depresivos separados, que suelen durar al menos dos semanas. También es posible que ocurran episodios de alteraciones en el estado de ánimo con características mixtas (que tienen síntomas depresivos y maníacos al mismo tiempo).
- El trastorno bipolar II se define por un patrón de episodios depresivos y episodios hipomaníacos, pero no por los episodios maníacos extremos descritos anteriormente.
- El trastorno ciclotímico (también denominado ciclotimia) se define por síntomas hipomaníacos y depresivos persistentes que no son tan intensos ni no duran lo suficiente como para calificarlos como episodios hipomaníacos o depresivos. Por lo general, los síntomas ocurren durante al menos dos años en los adultos y un año en los niños y los adolescentes.

(GÓMEZ, 2008) establece que el tratamiento ayuda a muchas personas, incluso a aquellas con las formas más graves de trastorno bipolar. Los médicos tratan el trastorno bipolar con medicamentos, psicoterapia o una combinación de tratamientos:

- La terapia electroconvulsiva, que es un procedimiento de estimulación cerebral que puede ayudar a las personas a aliviar los síntomas graves del trastorno bipolar. Por lo general, se contempla este tipo de terapia solo si el paciente no ha mejorado después de probar con otros tratamientos (como

medicamentos o psicoterapia), o cuando se necesita una respuesta rápida, como en el caso de riesgo de suicidio o catatonia (un estado de estupor), por ejemplo.

- El ejercicio vigoroso regular, como trotar, nadar o andar en bicicleta, ayuda con la depresión y la ansiedad, promueve un sueño más profundo y es saludable para el corazón y el cerebro. Consulte con su médico antes de comenzar un nuevo régimen de ejercicio.
- Mantener un life-chart, o gráfico vital de la evolución de la enfermedad en el que se registran los síntomas anímicos diarios, los tratamientos, los patrones de sueño y los acontecimientos de la vida, puede ayudar a las personas y a sus médicos a dar seguimiento y a tratar el trastorno bipolar.
- Ciertos medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Algunas personas pueden tener que probar con varios medicamentos diferentes y colaborar con su médico antes de encontrar los que le funcionan mejor. Los tipos más comunes de medicamentos que recetan los médicos incluyen estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos. Los estabilizadores del estado de ánimo como el litio pueden ayudar a evitar episodios anímicos o reducir su gravedad si ocurren.

1.7 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

La distimia se define según (Psychiatric, 2014) por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios.

Distimia, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (CIE-10, 2008)

Según el DSM V citado en (Jiménez, Gallardo, & al, 2013) establece la clasificación de los dos subtipos de depresión crónica del humor, el de inicio temprano, que se genera antes de los 21 años, y el tardío después de los 21 años. Frecuentemente antes de los 21 años se pueden ejecutar trastornos relacionados con la conducta, además de padecer déficit de atención e hiperactividad, sin embargo, en algunos casos se presentan síntomas vegetativos. Es importante distinguir tempranamente para poner fin y así brindar un tratamiento oportuno que minimice el impacto para que los síntomas caracterizados no vayan en adicción y así dañe el estado de ánimo, deje de lado el pensamiento negativo, baja autoestima, lo que deteriora progresivamente la calidad de vida del sujeto que lo presenta.

Durante ese periodo, el paciente debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. Además, la afección no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o por abuso de sustancias, sino porque los síntomas no deben atribuirse a ciertos problemas como el abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo o cualquier evento de la vida que pueda causar tristeza (López & Simón, 1997)

(Carro & Sanz, 2015) Mencionan que existen diferentes síntomas, los cuales los agrupa en tres categorías, las cuales pueden hacer que se sufra este problema:

- Bioquímica: Los neurotransmisores vinculados con el humor, también pueden desempeñar un papel en la causa de la distimia.
- Genética: La depresión parece ser común en personas cuyos miembros de la familia también la padecen.
- Entorno: Las causas ambientales son situaciones en su vida que son difíciles de enfrentar, como la pérdida de un ser querido, los problemas financieros y un nivel de estrés elevado.

Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnias. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza (Psychiatric, 2014)

(Aragonès, Gutiérrez, Pino, Luque, & Cervera, 2001) establece los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo, cuando se sufre DCH, a partir de tres factores:

- Ambientales: Los acontecimientos vitales difíciles de afrontar, al sufrir en la infancia una pérdida de los padres y su separación.
- Genéticos: Cuando el sujeto tiene de familiares de primer grado con dicho trastorno, y que tengan más trastornos depresivos en general.³²
- Fisiológicos: Se han implicado varias regiones cerebrales (el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes.

1.8 TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM)

El TDPM surge como una variante de la depresión, el cual puede aumentar el riesgo de padecer el trastorno depresivo mayor, la depresión posparto y otros cuadros del espectro serotoninérgico. Sin antes mencionar que es el estado de ánimo y los síntomas de comportamiento, que incluyen irritabilidad, tensión, depresión, ganas de llorar, y cambios de humor, son los más comunes. Sin embargo, las quejas somáticas tales como la sensibilidad en los senos y la distensión abdominal, también puede ser problemáticas (Andrés-Pueyo, 2007).

(Chavarría, 2013) Establece que es un conjunto que incluye más de 150 síntomas que aquejan a la mujer en la segunda parte del ciclo menstrual, se inician durante la fase lútea del ciclo menstrual y desaparecen por completo o parcialmente durante la fase folicular, que son seguidos por un intervalo libre de síntomas.

(Perarnau, Fasulo, & García, 2010) Describe este tipo de desórdenes son relacionados con la menstruación, donde se deben de tomar en cuenta, los síntomas que involucran tres aspectos: lo emocional, lo físico y lo conductual.

- Los síntomas más comunes a nivel emocional son: depresión, irritabilidad, tensión, llanto, mayor sensibilidad alternada con tristeza e ira.
- Los síntomas físicos incluyen, entre otros, calambres abdominales, fatiga, inflamación acné y aumento de peso.

- A nivel conductual la sintomatología se caracteriza por atracones de comida, disminución de la concentración, aislamiento social, olvidos y disminución de la motivación.

Aunque para el (CIE-10, 2008) no sea aún contemplado como trastorno, evidenciándose en la bibliografía diferencias tanto en su interpretación, como también en su definición.

Los criterios diagnósticos, según la (Psychiatric, 2014), comprenden la presencia de al menos cinco de los síntomas que se dicen a continuación, y al menos uno de ellos ha de ser alguno de los cuatro primeros:

1. Tristeza, desesperanza o auto desaprobación
2. Tensión, ansiedad o impaciencia
3. Estado de ánimo marcadamente lábil, al que se añade llanto frecuente
4. Irritabilidad o enfado persistentes y aumento de los conflictos interpersonales
5. Pérdida de interés por las actividades habituales, a lo que puede asociarse un cierto distanciamiento en las relaciones sociales
6. Dificultad para concentrarse
7. Sensación de fatiga, letargia o falta de energía
8. Cambios acusados del apetito, que a veces pueden acompañarse de atracones o antojos por una determinada comida
9. Hipersomnia o insomnio
10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control
11. Síntomas físicos como hipersensibilidad o crecimiento mamario, dolores de cabeza o sensación de hinchazón o ganancia de peso, con dificultad para ajustarse la ropa, el calzado o los anillos.

También pueden aparecer dolores articulares o musculares, y paralelamente a este cuadro sintomático, pueden aparecer ideas de suicidio. Además:

- A. La mujer debe estar en edad fértil. En la mujer menopáusica (química o quirúrgica) se necesita cuantificar mediante análisis de sangre la fase lútea y folicular.

- B. Las alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo y las relaciones interpersonales.
- C. La alteración no responde a una exacerbación de otro trastorno mental ya existente.
- D. Los criterios A, B y C deben corroborarse en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos.

Para llegar a este diagnóstico, las mujeres deben llevar un registro diario de los síntomas y signos durante el ciclo menstrual, por lo menos durante dos ciclos consecutivos.

Es importante remarcar que el TDPM acelera el estado anímico y conductual del sujeto, exacerbando algunos rasgos ya presentes en la personalidad, desequilibrando el manejo de la conducta en términos de tristeza, rabia, alimentación y relaciones, predominando de acuerdo a la gravedad que exista y sin dejar de lado el tipo de personalidad que se tenga. Donde existen ciertas exageraciones en el actuar y en el sentir, que pueden originar la impresión de un trastorno de personalidad, mientras que al hacer un análisis minucioso notamos que el tipo de personalidad no varía, solo se exagera produce la alteración premenstrual. (Chavarría, 2013)

De acuerdo al vasto abanico de síntomas, todas las variantes de aparición e intensidades sintomáticas del trastorno disfórico premenstrual, es imprescindible contar con una etapa de observación y seguimiento que nos oriente en la adecuada elección terapéutica (Nervaez, 197)

Igualmente existen casos leves los cuales responden a medidas higiénico-dietéticas que responden a los cambios de estilo de vida, con límites a la ingesta hidrocarbonada, ejercicio aeróbico, técnicas de evitación del estrés y soporte psicoterapéutico individual o de grupos de apoyo, teniendo en cuenta que las modificaciones dietarias incluyen la reducción en el consumo de sal y de alimentos con alto contenido en carbohidratos, cafeína, bebidas colas y en la ingesta de alcohol, lo que disminuye el riesgo de padecer este trastorno (Vieitez & Lopez, 2004)

1.9 TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL (TAE)

Los episodios depresivos es uno de los principales problemas a los cuales los profesionales se enfrentan a diario, donde algunos de estos episodios depresivos inician un patrón estacional, ocurriendo en invierno, con cambios a periodos de eutimia o manía en primavera o verano, siendo estos trastornos del estado del ánimo con patrón cíclico estacional, que son mejor conocidos y llamados Trastornos Afectivos Estacionales (TAE). (Gatón & González, 2015)

Mientras que según él (Psychiatric, 2014), se define como un modelo cíclico de depresión mayor recurrente, en adultos, con un modelo estacional o temporal. Se aplica también a los trastornos unipolares, bipolares I, o bipolares II, de carácter estacional, y en ausencia de estresores psicosociales.

En otras palabras, los cambios en el estado de ánimo son más graves y pueden afectar cómo una persona se siente, piensa y atiende sus actividades diarias. Si ha notado cambios considerables en su estado de ánimo y comportamiento cada vez que cambian las estaciones, es posible que tenga un trastorno afectivo estacional, catalogado como un tipo de depresión. (Carranza & Renzo, 2012)

(Gatón & González, 2015) Menciona que los signos y los síntomas de este trastorno predominan los que se enlazan con la depresión mayor y algunos síntomas específicos, según se trate del trastorno afectivo estacional de patrón invernal o del de patrón de verano. No todas las personas con este trastorno experimentarán todos los síntomas que se enumeran a continuación:

Los síntomas de depresión mayor pueden incluir:

- Sentirse deprimido gran parte del día, casi todos los días
- Perder interés en las actividades que alguna vez disfrutó
- Experimentar cambios en el apetito o en el peso
- Tener problemas para dormir
- Sentirse lento o agitado
- Tener poca energía
- Sentirse sin esperanza o inútil
- Tener dificultad para concentrarse

- Tener pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio.

Para el trastorno afectivo estacional de patrón invernal, los síntomas específicos adicionales pueden incluir:

- Dormir demasiado (hipersomnía)
- Comer en exceso, especialmente tener antojos de carbohidratos
- Aumentar de peso
- Retraerse socialmente (sentirse como que quiere “hibernar”).

A veces, el trastorno afectivo estacional se da en las familias. Es más común en personas que tienen familiares con otras enfermedades mentales, como depresión mayor o esquizofrenia.

Las drogas y sus efectos a nivel del sistema nervioso central, tienen consecuencias a nivel cognitivo y un gran impacto en lo emocional. Es bien conocida la interrelación entre depresión, ansiedad y conducta adictiva: un sujeto depresivo o ansioso puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo. También es habitual que los adictos a sustancias padezcan depresión o ansiedad como enfermedad asociada. (Contreras & Miranda, 2020)

(Calle A. , 2020) En un trastorno del estado de ánimo derivado directamente de los efectos de una sustancia química, sea un fármaco, un tóxico o una droga. El cual, a veces el cuadro depresivo no es simultáneo a la administración de la sustancia, sino que en ocasiones se desarrolla hasta un mes después del consumo sospechoso. Similar a ello es el conocido como trastorno dual, la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias y otro trastorno mental. Dentro de estos, la depresión es de los más frecuentes. En ambos casos, la depresión está relacionada con la sustancia, ya sea por intoxicación o por abstinencia.

Según el (Psychiatric, 2014) este tipo de trastorno es:

- Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

- El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento. Los síntomas persisten durante un período importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave. Existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos.
- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Simultáneamente todos los síntomas son importantes, creando un trastorno diagnosticable según los criterios habituales, iniciando una mayor dificultad en el diagnóstico en distinguir si se trata de un episodio depresivo primario al que se ha sumado el consumo de tóxicos, o si la depresión es consecuencia del consumo. Donde el alcohol, la fenciclidina (PCP), las anfetaminas, los opiáceos, algunos hipnóticos y ansiolíticos, el antiinflamatorio indometacina, algunos antihipertensivos,

antipsicóticos y otros varios medicamentos pueden causar depresión, cuando se consumen en grandes cantidades, y por un tiempo largo.

1.10 TRATAMIENTO

En las últimas décadas ha aumentado el interés por desarrollar diferentes modelos de atención a la depresión, aunque existen diversidad de modelos e intervenciones diseñadas para este fin, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores aunque la frecuente prescripción de antidepresivos para aliviar los síntomas negativos propios de las reacciones emocionales normales y de los trastornos adaptativos no se puede justificar, ya que éstos no han mostrado efectividad en estos trastornos.

(Nervaez, 197) menciona que los antidepresivos se asignan a grupos tomando como base las sustancias químicas cerebrales sobre las cuales estos tienen efecto:

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): Inhiben en la recaptación de la neurotransmisora serotonina. Bastante seguros en caso de sobredosis. Los efectos secundarios más frecuentes son los relacionados con el aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarreas. También son frecuentes cefaleas, nerviosismo e insomnio.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): Inhiben la acción catalizadora de la monoaminoxidasa. Su uso es irreversible porque ejercen una acción inhibidora duradera (2 semanas). Puede causar efectos secundarios graves como debilidad, vértigo, cefalea y temblores. Hay medicamentos y alimentos que pueden causar una reacción peligrosa
- Inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina: El prototipo es el bupropión. Su acción noradrenérgica puede provocar hiperactividad, inquietud e insomnio.
- Antidepresivos tricíclicos: Es importante solicitar electrocardiograma y estudios de presión arterial previos a su administración. Los efectos clínicos de estos medicamentos usualmente no se ven antes de quince días y la

adherencia frecuentemente es minada por los efectos anticolinérgicos (constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual), gastritis y aumento de peso

(Zarragoitia, 2010) menciona que el tratamiento para la depresión solamente no tiene que ver con fármacos no ha sido suficiente para los pacientes se ha intentado acompañar los medicamentos con diferentes terapias, donde los tratamientos psicológicos considerados se trabajan sin dejar de aludir a otras terapias psicológicas, pero se centra en las más comunes como las siguientes:

- **Terapias cognitivo-conductuales:** La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. Habitualmente la terapia cognitiva incluye más o menos técnicas conductuales; de ahí la denominación de terapia cognitivo-conductual (TCC). Y ha sido evaluada en una diversidad de contextos (atención primaria, especializada, pacientes hospitalizados), comparada principalmente con tratamiento farmacológico y en diferentes muestras de pacientes.
- **Activación conductual:** La activación conductual es una terapia estructurada y breve en la que se emplean diferentes técnicas conductuales encaminadas a lograr que el paciente con depresión aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo, y así mejora la sintomatología depresiva como de los niveles de funcionalidad laboral y social.
- **Terapia de solución de problemas:** La terapia de solución de problemas (TSP) es una terapia estructurada y limitada en el tiempo que se centra en mejorar las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de conductas para enfrentarse a problemas específicos.
- **Terapia interpersonal:** Se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales y el objetivo es reducir los síntomas a través de la resolución o afrontamiento de áreas problemáticas, y con la combinación de fármacos.

- Terapia psicodinámica breve: Se centra donde el paciente y el terapeuta exploran los conflictos actuales y pasados del paciente y se centran en su interpretación y trabajo sobre ellos.

Sin embargo, los tratamientos farmacológicos fueron los primeros en ser estudiados de modo sistemático, son los más utilizados, se les supone por ley una cierta comprobación y, en fin, están en competitividad con los psicológicos. Más allá de esta competitividad, lo que realmente importa es la competencia cara a ofrecer el mejor tratamiento posible y establecer la naturaleza de la depresión que, de hecho, se debate entre una base biológica o psicológica (Cano, Salguero, Mae, & Dongi, 2012).

(Pérez & García, 2001) establece que existen muchos tratamientos, pero una misma eficacia, pero llama la atención la diversidad de tratamientos eficaces en la depresión, empezando porque unos son farmacológicos y otros psicológicos y continuando porque dentro de cada uno hay, a su vez, una variedad de ellos (unos cinco tipos de medicación y unas tres familias de psicoterapias o más según se considere). Todas funcionan en cierta medida, pero en rigor no se sabe por qué, el cual, dentro de las terapias psicológicas, todas tienen un modelo de la depresión sumamente razonable, como razonable es el procedimiento que proponen, pero no tienen una clave o componente que parezca decisivo. Es más, los pacientes parecen mejorar independientemente de sus necesidades específicas.

De los diferentes tratamientos psicológicos analizados, han mostrado ser más efectivos aquellos denominados “bona fide”, los cuales reúnen los siguientes criterios que el terapeuta haya sido entrenado para proveer la psicoterapia y tenga formación específica, que exista una relación terapéutica cara a cara e individualizada (no sólo una aplicación estandarizada de los procedimientos), y que los tratamientos cuenten con un manual como guía y se dirijan a modificar componentes psicológicos específicos. (Spielmans & Berman, 2011).

Señala que la mayor parte de analizar los efectos de los fármacos antidepresivos, de los tratamientos psicológicos, o bien de la combinación de ambos. Una buena

parte de ellos han sido recogidos en diferentes meta-análisis en los que se compara el efecto de tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos y en los cuales coinciden en señalar que, si bien ambos tratamientos muestran resultados similares a corto plazo, los tratamientos psicológicos presentan mejores resultados a largo plazo, con una menor tasa de abandonos y recaídas (De Maat, Dekker, & Schoevers, 2006).

Mientras que (NICE, 2011) menciona que se considerara al tratamiento psicológico como un elemento principal en la intervención de la depresión en general. Tanto es así, que diferentes guías internacionales recomiendan la aplicación de terapias cognitivo conductuales, programas de autoayuda y/o ejercicio físico en la intervención inicial para la depresión (indicando la no prescripción de antidepresivos en esta fase), la elección entre tratamientos psicológicos o farmacológicos en los casos moderados, y la aplicación de tratamientos combinados o el acceso a servicios especializados cuando no se encuentra mejoría.

Para (González, Ríos, & Ruiz, 2019) los pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas padecen afectaciones tanto físicas como psicológicas debido a factores como la medicación y el estrés generado por el diagnóstico. Por lo tanto, es importante realizar un adecuado abordaje psicológico a través de estrategias terapéuticas eficaces para el manejo de la enfermedad con relación a la aparición de la depresión, con el fin de contribuir a factores como el mejoramiento de la calidad de vida y autopercepción de la enfermedad, entre otros.

Si bien los medicamentos antidepresivos suelen ser efectivos en adolescentes, también pueden provocar efectos colaterales en los jóvenes, como un mayor riesgo de tener pensamientos suicidas, por tal razón, muchos padres y proveedores de servicios de salud prefieren probar primero con la psicoterapia. Tanto la terapia cognitiva y de conducta (CBT) como la terapia interpersonal (IPT) son tratamientos efectivos para jóvenes con depresión. Además, varios estudios revelan que una combinación de antidepresivos y terapia cognitiva y de conducta, es altamente exitosa en el tratamiento de la depresión juvenil (Cruz & Jara, 2010).

1.11 DEPRESIÓN Y ADOLESCENTES

Sentirse triste o decaído, tener un mal estado de ánimo o melancolía ocasional, no significa estar deprimido. Estos sentimientos pueden presentarse en niños de alrededor de 10 años de edad. Pero cuando el estado depresivo se presenta durante un lapso superior a semanas o meses y limita la capacidad del niño para funcionar normalmente, se trata de síntomas inequívocos de un episodio depresivo, por lo cual la depresión en los jóvenes, con frecuencia presenta otros trastornos, generalmente ansiedad o abuso de sustancias tóxicas (Acosta, Mancilla, Correa, & Saavedra, 2011).

(Lander, 2011) menciona que la depresión en adolescentes aumentó dramáticamente en los últimos 50 años, la edad promedio de aparición ha caído, durante la niñez [infancia] el número de niños y niñas afectados son casi iguales para cada sexo. En la adolescencia, los dobles de las niñas son diagnosticadas como depresivas. Los episodios repetidos de depresión pueden tener un gran impacto en la mente de un joven. Más de la mitad de los sujetos deprimidos experimentan recaídas dentro de siete años del primer episodio. Los niños con depresión grave tienen una mayor incidencia de trastorno bipolar y depresión severa recurrente.

(Alzur & Hernández, 2017) en la adolescencia la depresión se presenta en y con las siguientes particularidades:

- El desarrollo normal y los habituales altibajos en el estado de ánimo, así como los trastornos del desarrollo confunden y complican el diagnóstico y el curso de la depresión, dificultando el tratamiento
- La depresión queda enmascarada bajo otros síntomas, como agresividad o irritabilidad. Indicios tan típicos de la depresión como la tristeza, problemas para dormir o falta de autoestima pueden estar solapados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes, consumo de drogas, etc.

- En los adolescentes es más compleja y ubica al paciente en situación de mayor riesgo de cometer suicidio que en los pacientes adultos
- Puede observarse una rápida mejoría de las manifestaciones depresivas, con solo alejar al adolescente de la fuente generadora de conflictos, esto pudiera introducir dudas sobre su existencia.

Mientras que para (Falcón, 2017) la juventud se asocia con el dinamismo y la alegría, idea que resulta incompatible con la patología depresiva; sin embargo, actualmente se reconoce a la depresión en el niño y el adolescente como una condición que requiere de una adecuada intervención y tratamiento, dejando de ser considerada propia de los adultos aun cuando las características diagnósticas y la sintomatología tienden a ser similares en mayor o menor grado a la depresión en adultos

La necesidad de contextualizar y comprender desde una mayor y más amplia perspectiva la problemática depresiva en el adolescente, surge de la magnitud epidemiológica significativa de la presentación de esta patología en la población. Este fenómeno exige a la psicología, especialmente desde el área clínica, la realización de un esfuerzo conjunto con miras a precisar tanto sus causas como sus consecuencias y su posterior tratamiento, con el objetivo de encaminar acciones en torno al desarrollo y aplicación de programas de prevención y promoción en la población adolescente; abarcando este análisis no desde el punto de vista adulto, sino desde una visión mucho más cercana a la población adolescente (Sanz J. &- V., 2020)

La finalización de la adolescencia, según (Sadek, 2000), no se delimita radicalmente ya que se compone de una combinación de factores físicos, intelectuales, sociológicos, legales y psicológicos que se desarrollan paulatinamente y varían de individuo a individuo y de contexto a contexto. No obstante, un buen criterio para la finalización de la adolescencia es cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades.

CAPÍTULO 2. AISLAMIENTO

2.1 CONCEPTO

El aislamiento social se refiere a la falta de contacto o tamaño de la red social, la cual se produce en cuanto pueda cuantificarse objetivamente, es decir, mientras la persona viva sola, mientras que se convierte en una experiencia dolorosa vivida en la ausencia de relaciones sociales, de sentimientos de pertenencia o en una sensación de aislamiento (Yanguas, Cilveti, Hernández, Pinazo-Hernandis, & Rroig, 2018)

El aislamiento social es una medida objetiva de falta de relaciones y la soledad hace referencia a sentimientos subjetivos, como un sentimiento subjetivo y negativo asociado a una falta de percepción de apoyo social o a la ausencia de un deseo específico de compañía (Pita, 2017)

(Oñate, 2014) Menciona que el “Sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana”, habla de “nosotros”, no tú y yo por separado”

Nicholson (2009) citado en Malagon (2020) que menciona que la definición del aislamiento social desde distintas disciplinas de estudio, como sociología o salud mental. Sin embargo, en psiquiatría, se han utilizado inmensas definiciones con escasa uniformidad, consistencia y claridad, por ello, el concepto común de aislamiento social, especifica que la conducta de aislamiento “es el estado en el individuo escasea de un sentido de pertenencia social, además de un compromiso con los demás individuos, sin embargo, cuentan con un mínimo de contactos sociales y que son los que afectan en el cumplimiento y la calidad de las relaciones que establecen.

De tal manera, (Gené-Badia & al, 2016) menciona que el aislamiento social es la situación objetiva de tener escasas relaciones con otras personas,

independientemente que sean de familiares o amigos, originando la evocación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad a familiares y amigos o de sentirse socialmente poco valorado dentro y fuera de la sociedad.

A diferencia de que (Oñate, 2014) establece que la sociedad en la que se encuentra a través de un previo aislamiento físico, es donde el sujeto se dispersa y se enlaza por la sociedad o por el mismo, manifestándose de acuerdo a una forma consciente desde afuera, que provoca el proceso dentro, siendo así que a través de la escasa falta de comunicación entre dichos sujetos.

A diferencia de que (MARTINELLI, 2017) nombra que los disturbios de la propia identidad, por lo que el aislamiento provocado por el afuera, uno por el sujeto y otro por la sociedad: es decir, que se mira que el aislamiento social del sujeto, al no poder verificar sus propios pensamientos y sentimientos con los demás, sin el derecho de poder crear o tener capacidad por él solo para corregir su percepción, su pensamiento, sus emociones, se complican para el sujeto. Poco a poco, dicho sujeto se adueñará de una gran importancia, teniendo como cuna en su concepto, visión o punto de vista. Mientras que para la verdad ella parte del resalte de distintos puntos de vista. Al no tener dicho contraste, la verdad será sólo de él. Si no que se enlaza, con el paso del tiempo, es decir que se crea un llamado mundo particular de la realidad.

2.2 CAUSAS

En los últimos años se ha generado un debate sobre el origen de las causas, que originan este problema, aunque para algunos autores existen distintas causas y factores de riesgo que lo originan, algunos de ellos son los siguientes, basándose en los más comunes como la globalización, los cambios en la estructura económica o la importación del individualismo en contextos tradicionalmente colectivistas. Pero mirando desde lo psicológico, existen estudios que lo relacionan con experiencias infantiles traumáticas, ya que la forma en que se presenta este trastorno sufre

exclusión social cuando uno es niño, aunque a pesar de todo se han abierto a ciertos rasgos de personalidad que se llevan de mano con la aparición del trastorno siendo haciéndola más factible, la introversión, la timidez temperamental y un estilo de apego ambivalente o evitativo son los rasgos que se incluyen. (Calle & Algar, 2018)

En todo caso, se presentan cuando un sujeto se dispersa totalmente de su zona de confort involuntariamente, de allí también puede ser lo contrario y manifestarse en las diversas etapas de la vida, iniciando por la niñez, continuando con la adolescencia, y culminando por la edad adulta, teniendo un resultado con los hechos traumáticos de su historia, como haber vivido condiciones anormales en su infancia, el ser víctima de bullying en su etapa de estudiante, o de personas que se hayan encontrado en un estado vulnerable bajo una extrema sobreprotección que les impidió actuar de forma normal con el entorno de personas de su edad. (Cohen, Esterkind de Chein, Betina, & Cabalero, 2010)

También puede originarse como consecuencia de alguna condición médica, siendo las más comunes, un accidente, que les imposibilita y complica poder relacionarse libremente. Dicho problema obliga a una persona a quedarse a un lado del resto, es pocas palabras a aislarse de sus actividades recurrentes o habituales, etc. Así mismo trae consigo efectos negativos de ciertos problemas psicológicos, trastornos de personalidad, etc. (Contini, Lacunza, & al, 2012)

Por otra parte, a todos los adolescentes se les atribuyen un sentimiento de soledad echándole la culpa la mayor parte del tiempo a las relaciones familiares o sentimiento. En la actualidad en muchas de las escuelas públicas y de gobierno dejan de lado este punto y suelen enfocarse solo a una educación académica, en la que el nivel de conocimiento y ciencia en los alumnos aumente de manera considerable y dejando de lado y olvidando por completo que la autoestima y la confianza propia de los adolescentes es un factor importante para aumentar el nivel académico.

2.3 SÍNTOMAS

(Pita, 2017) establece que existen distintos síntomas, los cuales el sujeto manifiesta, presentando varios al mismo tiempo y por un tiempo cíclico o definitivo, como los siguientes:

- Experimentar sentimientos de diferencia e inferioridad con respecto a los demás, especialmente a extraños.
- Evitación de todas aquellas actividades donde se experimentan sentimientos de ridículo, como hablar en público o ser centro de atención en un grupo.
- Te cuesta trabajo aceptar los aspectos considerados débiles de la personalidad, como la propia timidez, la sensibilidad, el temor, la dependencia, etc.
- En el trabajo o en los estudios te quedas en un segundo plano para no tener un protagonismo que te abruma.
- Sentimiento de vergüenza cuando tienes que mostrar aspectos no conocidos de ti, de tu familia o de tu vida personal.
- Tienes un fuerte sentimiento de querer compensar estas inseguridades, a veces acercándote a gente más popular, acudiendo al gimnasio a fortalecer tu cuerpo, queriendo hacer negocios para ganar mucho dinero, etc.
- En los grupos de gente te sueles sentir ansioso e incómodo, temes decir cosas incorrectas que puedan provocar descalificación, críticas o risas por parte de los demás lo que te provocaría un desagradable sentimiento de ridículo y humillación.
- Sueles evitar los grupos sociales y rodearte sólo de gente con la que tienes gran confianza.

(Cohen, Esterkind de Chein, Betina, & Cabalero, 2010) establecen que existe un lazo el distanciamiento que puede representar un retraso en el desarrollo de las habilidades sociales con las que cuenta ducho adolescente, en el cual, está dañando el proceso evolutivo natural para el establecimiento de la personalidad del propio, que crea consecuencias psicológicas, las cuales son:

- Depresión o apatía: es un aislamiento prolongado y forzoso que solo favorece a la falta de interés dejando de lado sus labores habituales o el hecho de aprender nuevas, teniendo como consecuencia los problemas escolares.
- Miedo a salir a la calle.: La creación de la ansiedad al salir a la calle y los miedos que generan baja autoestima.
- Sentirse incomprendidos: En este período, los amigos y las personas del círculo más íntimo son el principal apoyo del adolescente, el lugar donde se sienten seguros generalmente, se siente incomprendido por su familia y rechaza su ayuda. El perder la comunicación efectiva con sus amigos favorece a que sus emociones se encuentren expuestas y sus reacciones sean más exageradas, esté más irritable y menos reflexivo.

2.4 HIKIKOMORI: EL SÍNDROME DE AISLAMIENTO SOCIAL JUVENIL

El hikikomori es un trastorno que en los últimos años ha tomado un incremento muy elevado el cual se caracteriza por un comportamiento asocial y evitativo que conduce a abandonar la sociedad, es decir, se centra en sí mismo y no en su entorno. Los estudios poblacionales indican que se trata de una epidemia, que se creó en Japón, relacionado con la naturaleza hermética de la sociedad japonesa tradicional y el valor que, a la soledad, por lo que se ha llegado a hipotetizar que se trata de un “síndrome ligado a la cultura” (García-Campayo, Alda, & Sobradie, 2007).

El término fue acuñado a fines de 1990 en Japón por el psiquiatra Saito Tamaki (1998/2013) que funciona para mencionar a un grupo de jóvenes (de entre 20 y 30 años) que se mantienen encerrados y aislados en sus hogares, por meses o años, sin importar la condición en la que se encuentren. (Romero, 2019).

Saito lo definía provisionalmente como “aquellos que se retiran completamente de la sociedad y permanecen en sus propias casas durante un periodo mayor a 6 meses, con un inicio en la última mitad de los 20 años y para quienes esta condición no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico” (Calle & Algar, 2018).

El trastorno antes mencionado no solo afecta de manera directa a adolescentes o jóvenes que se aíslan del mundo, donde se van encerrando en las habitaciones de casa de sus padres durante un tiempo indefinido, pudiendo llegar a estar años, que no tienen un límite en específico enclaustrados, evitando cualquier tipo de comunicación y su vida comienza a girar en torno al uso de Internet.

(Romero, 2019) Menciona que de estar mejor preparados los jóvenes no les asegura mejores posiciones. La producción de oportunidades hace que el reto sea muy complicado, ocasionando un sentimiento de frustración que los orilla al aislamiento social. Pero no todos los jóvenes están preparados para asumir que el resultado de esforzarse no necesariamente llevará al éxito, algunos que no logran asumir esa realidad prefieren el aislamiento social a la crítica, por el miedo de ser expuestos y rechazados en público. Por el cual, se generan enfermedades o padecimientos tales como la esquizofrenia, la ansiedad, la depresión, entre otros; asimismo, atiende a contextos sociales de crisis que afectan el desempeño de los jóvenes, de manera que definir de forma determinante este padecimiento es complejo.

(Furlong, 2008) contribuye al estudio del fenómeno analizando tres factores sociales: 1) la familia; 2) la educación, y 3) el mercado laboral.

1. En el caso de la familia, se origina a partir de un enfoque popular sobre hikikomori el cual sugiere que todas y cada una de las familias japonesas tradicionales se han convertido de alguna manera en disfuncionales y enfrentan problemas tratando de preparar a sus hijos para el contexto socioeconómico del Japón moderno. “Con la falta de apoyo estatal para los jóvenes, las familias esperan asumir la responsabilidad de su descendencia hasta que sean plenamente capaces de sostenerse sobre sus propios pies.

2. Esta situación en donde la educación de excelencia que les permitirá a los jóvenes ubicarse con éxito en el campo laboral. Sin embargo, al culminar dichos estudios profesionales que son programas de alto rendimiento implican un gran esfuerzo, pero los jóvenes enfrentan la falta de oportunidades a un mayor para acceder a un empleo satisfactorio de acuerdo con su nivel de formación, aunque en diversas ocasiones es favorable o es este muy desagradable
3. En relación con el mercado laboral, Furlong afirma que a pesar del reconocimiento que se le ha dado existe un vínculo entre la transformación del mercado laboral y el fenómeno hikikomori, creando una tendencia a planificar y volver a planificar y si es necesario a hacerlo de nuevo y a enfatizar supuestos déficits en la oferta laboral, en lugar de reconocer cada una de las voces silenciosas de la sociedad japonesa para crear un cambio en los patrones de demanda;

El hikikomori es capaz de salir esporádicamente a la calle sin problema para comprar los productos que necesitan, aunque eso sí, utilizando usualmente las primeras horas de la mañana o la noche para estas escapadas ocasionales, y siempre evitando el contacto social (Calle & Algar, 2018)

(Teo, 2010) ha definido el trastorno a partir de las siguientes características:

- Pasar la mayor parte del tiempo en casa.
- Ausencia de interés por ir a la escuela o trabajar.
- Tiempo mínimo de aislamiento de 6 meses.
- Ausencia de esquizofrenia, retraso mental y trastorno bipolar.
- Exclusión de aquellos que mantienen relaciones personales. Sin embargo
- El inicio del aislamiento ocurre en la adolescencia en probable relación con una crisis de identidad en el adolescente.
- Aparece típicamente en varones.
- Son personas que evitan todas las actividades sociales. Es posible que tengan amigos cercanos, pero son relaciones pasivas o indiferentes.

- Escapan de la realidad a un mundo cerrado o virtual.
- Tienen miedo al rechazo o a la crítica y presentan una importante fragilidad psicológica.
- Son personas que invierten mucho tiempo en actividades solitarias sin hacer ningún esfuerzo por mantener relaciones interpersonales. Se aíslan en sus habitaciones, ven la televisión, juegan al ordenador, a videojuegos, leen libros o manga, etc. A veces tienen el ritmo sueño-vigilia invertido y no se asean.
- Son asociales, pero salen. Algunos salen regularmente a lo largo del día, van a la escuela o al trabajo, escondiendo su condición de aislamiento social, pero de hecho pasan su tiempo andando sin rumbo o subiéndose a trenes.
- Es frecuente que se haya producido una sobreprotección por parte de su familia. La derivación de la autonomía del niño restringe su desarrollo psicosocial. Por otro lado, se ha visto que afecta a hijos cuyos padres tienen elevadas expectativas y están sometidos a una elevada presión académica.

Para los autores no existen más alternativas ni caminos ni tiempo, ni el sistema educativo, ni la revolución de las tecnologías de información para saber cuál es la causa directa del fenómeno hikikomori; aunque se cree que existen, tres aspectos importantes: 1) los cambios en la familia; 2) los cambios en los grupos sociales, y 3) los cambios en el mercado laboral. En la misma forma no han sido acompañados con una estructura que permita asimilar el cambio y adecuarse a él.

El ideal del esfuerzo recompensado con reconocimiento y éxito pierde sentido en una sociedad que trata de responder a las demandas externas (Suwa, 2013)

2.5 TRATAMIENTO

Todas las personas y cada una de ellos, las que se encuentran bajo esta condición suelen dirigirse a distintas situaciones y problemas. Las personas que se aíslan sufren de baja autoestima y suelen caer en profundas depresiones. Sin embargo, diversos estudios toman en cuenta que las personas que viven el aislamiento social

suelen tener problemas de aprendizaje, la atención y en la toma de decisiones y que se relacionan con hipertensión arterial y obesidad, así como con problemas de salud mental como la depresión y el suicidio. (Martorell, González, & Ordóñez, Estudio confirmatorio del cuestionario de conducta antisocial (CCA) y su relación con variables de personalidad y conducta antisocial, 2011)

(Sanabria & Rodríguez, 2010) establece la importancia de cuidarse a sí mismo, de intentar realizar hacer ejercicio, el comer saludablemente, el dormir lo suficiente en un intervalo de 7 a 9 horas entre cada comida y realizar actividades que se disfrute para ayudar a controlar el estrés y así mantenerse lo más saludable posible, tanto mental como físicamente, lo que ayuda a reducir el aislamiento, de una manera efectiva, porque se mantiene activo y en contacto con los demás. Las personas que participan en actividades productivas y significativas que disfrutan con otros tienen un sentido de propósito y tienden a vivir más tiempo, dichas actividades como estas pueden ayudar a mejorar su estado de ánimo, su bienestar y su función cognitiva. También es importante mantenerse activo y en contacto con los demás y salir de nuestro entorno y así tener más redes de comunicación efectivas. Toda persona que participan en actividades productivas y significativas que disfrutan con otros tienen un sentido de propósito y tienden a vivir más tiempo, a diferencia de una persona que se aleja de todo mundo. El ayudar a otras personas a través del voluntariado es una alternativa para no sentirse menos solo y permite tener un sentido de misión y propósito en la vida, teniendo una mejor calidad de salud. Cabe decir que hay múltiples estudios que muestran que actividades como estas pueden ayudar a mejorar su estado de ánimo (Mestre & Samper, 2004)

Una de las alternativas más eficientes que ayudan a reducir este trastorno es la llamada terapia individual, alternando con un lapso de tiempo corto con una psicoterapia de grupo, para poder encontrar el origen y tratar en cada caso dependiente de las dificultades sociales o de la frustración que valla desencadenando en el camino del entorno general y permitir la utilización de las técnicas como el psicodrama cuya finalidad es detectar el origen de las dificultades,

así como la recuperación de la confianza personal en uno mismo y en el entorno en el que se encuentra.

Uno de los tantos desafíos que existen es el dar soporte y ayudar a las personas que se han aislado de la sociedad durante un largo periodo de tiempo. La guía del Ministerio de Sanidad Japonés recomendó una intervención de 4 pasos:

- Paso 1: Apoyo familiar, primer contacto con el individuo y su evaluación;
- Paso 2: Inicio del apoyo individual;
- Paso 3: Entrenamiento en situación grupal (como terapia de grupo);
- Paso 4: Prueba de participación social.

Por otro lado, la familia también presenta resistencia a buscar ayuda, debido a una mezcla de falta de conocimientos (sobre enfermedad mental en general y aislamiento social en particular), y prejuicios sobre la enfermedad mental. A ello se añaden sentimientos de culpa, vergüenza, estigma social, sentimiento de engaño y miedo a interferir en la vida de sus hijos.

En algunos casos, los sujetos con aislamiento social pueden presentar conductas violentas, que generan en los padres miedo a las represalias si intervienen y buscan ayuda. Esta dificultad en pedir ayuda por parte de la familia puede cronificar la situación de aislamiento, generar periodos de aislamiento mayores y, por tanto, detectar casos de aislamiento con edades cada vez más avanzadas. Por ello, es importante que los miembros de la familia reciban un adecuado soporte y adquieran el conocimiento y las técnicas adecuadas para tratar con individuos con aislamiento social para una intervención temprana (Malagon, 2020)

(Li, 2015) propone que las actuales terapias, intervenciones y programas para jóvenes que se aíslan socialmente comprendan:

- Enfoques terapéuticos: Mediante una intervención temprana, hospitalización, farmacoterapia, antidepresivos y medicina tradicional china. Los terapeutas les ayudan a entender sus propias situaciones psicológicas y los traumas relacionados con el apego en el pasado. Algunos servicios proveen counselling, psicoterapia y psicoanálisis. También se han utilizado la terapia familiar, la nidoterapia y la terapia narrativa.

- Enfoques sociales: A través de actividades grupales y de apoyo, las cuales ofrecen oportunidades a estos jóvenes para socializar con otras personas. Gradualmente irán formando parte de actividades sociales. Se organizan grupos en sintonía con otros chicos, vigilando los mensajes y el riesgo de etiquetas estigmatizantes.
- Enfoques educativos: Los educadores y trabajadores sociales proporcionan entrenamiento en habilidades sociales, manejo de emociones, habilidades interpersonales, entrenamiento laboral y ayuda para la búsqueda de empleo. En este sentido, se buscan oportunidades laborales con horarios de trabajo flexible dentro de una organización con apoyos

2.6 JÓVENES Y ASILAMIENTO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una de las etapas específica de la vida de todo ser humano que tiene como intervalo entre los 10 y 19 años. Aunque dentro de los debates de distintos autores solo es una función de edad, ya que se toma como segmento de las juventudes, hasta los 21 años. Además, en entre intervalo de edad importantes cambios sociales, físicos, emocionales, entre muchos más, lo que se incluyen en un grupo específico, no puede considerarse de manera homogénea, porque cada adolescente es distinto a los demás de acuerdo en relación a su contexto histórico, su ambiente socio-cultural, su etnia, género, entre otros factores. (UNICEF, 2017).

La adolescencia es una etapa vital, donde el individuo va creando o formando su propia personalidad, en base al aprendizaje de habilidades y competencias, que se van tomando en el transcurso, la internalización de pautas y modelos culturales, la adquisición de una identidad sexual y la construcción de un proyecto futuro, que se van cambiando constantemente. Aquí es cuando se comienza la pubertad y culmina cuando el joven alcanza la autonomía por así decirlo y puede sentirse capaz de asumir la responsabilidad de su propia vida, iniciando la llamada búsqueda de autonomía con respecto al entorno familiar, al mismo tiempo se produce la identificación con el grupo de pares, identificando que se toman tanto del padre

como de la madre, lo que pasa a ser una decisión definitiva en la constitución de una red social de apoyo. (Weissmann, 2003)

Por su parte (Pretty & Andrews, 1994) definen que el adolescente es un fracaso en la satisfacción de sus necesidades de relación con lo demás, y de relaciones íntimas en las que se involucra, tomando en cuenta un déficit en el sentimiento de pertenencia social que lo sostenga. Dichos fenómenos pueden coexistir, no necesariamente uno depende del otro a pesar de que el aislamiento puede predisponer la aparición de la experiencia de soledad.

(Calle A. , 2020) establece que los adolescentes se enfocan en los sentimientos de aburrimiento y monotonía, ya que al cumplir con el aislamiento social no tenían contacto directo con sus amigos, dejaron de ir al colegio, de jugar, de hacer deportes, de distraerse, dejaron sus rutinas cotidianas, y frente a ello se sintieron encerrados y aburridos. todos los adolescentes manifestaron sentir aburrimiento frente al aislamiento social pues se sintieron privados de su libertad, y al dejar de hacer sus actividades cotidianas expresaron que todo se volvió monotonía. Lo que más extrañaban era estar con sus amigos ya sea para jugar, hacer deportes o divertirse, o ir al colegio, o simplemente salir a la calle. En sí han ahora solo comen, estudian, ven televisión, escuchan música.

Cada uno de los adolescentes muestran que tienen una gran adaptabilidad al confinamiento y es necesario encontrar técnicas para poder interactuar con ellos mediante juegos, actividades y ejercicios físico e irradiar un ambiente sano y feliz. Además, no es un trabajo solo de los jóvenes sino también de los padres ya que ellos son modelos a seguir y son ellos quienes deben inventar juegos diversos de relajación y ayuda para sus hijos como medida de apoyo y cuidado. Sin embargo, hablemos que en la cuarentena la mayoría de los adolescentes sintieron soledad y síntomas de depresión, esto porque presentaron sentimientos de aburrimiento por el encierro obligatorio y no seguir su rutina diaria, aunque sienten alegría por estar al lado de su familia y compartir momentos para conversar, disfrutar de los alimentos y divertirse a través de juegos, aspectos poco usuales cuando los padres trabajan fuera del hogar o porque los adolescentes están con sus pares (Huyhua & Tejada, 2020)

Sin embargo, todo adolescente debe afrontar la elección de elegir una carrera o trabajo, de pareja, la redefinición de su vínculo con el grupo primario y con los pares, ahí es el momento en que el joven advierte su condición de ser único y puede experimentar sentimientos de soledad y aislamiento, en base a las relaciones sociales que tenga y esperar lealtad, apoyo e intimidad para pertenecer a un grupo o no (Heinrich, 2006)

Mientras que cuando no se ha adquirido capacidad de poder interactuar y afrontar un contexto social cambiante. Desde el enfoque de la Psicología Positiva se dirá que adolescencia no es sinónimo de psicopatología, en este caso de disfunciones en las habilidades sociales y que el comportamiento del joven ha de ser entendido en el contexto socio histórico y familiar en el cual se produce (Contini, Cohen, Coronel, & Mejail, 2012)

Por lo que (López C. y., 2003) establece que los adolescentes antisociales contienen un patrón desinhibido e inestable emocionalmente, caracterizado por impulsividad, que se encuentra en busca de sensaciones, de baja autoestima, de falta de empatía y locus de control externo. Así como por, rebeldía ante las normas y bajo autocontrol, además de presentar ansiedad, extraversión e independencia, aunque no en todos los casos.

Así mismo, las relaciones sociales satisfactorias en la adolescencia son una de las mayores fuentes de bienestar personal, que están presentes en la competencia social que proporciona sentimientos de autoeficacia que constituye un ingrediente fundamental de la autoestima, así como el ser reconocido y aceptado por otros que produce un impacto favorable en la autoestima, y ello refuerza la satisfacción vital, al entrar en contacto con los demás (Cohen, Esterkind de Chein, Betina, & Cabalero, 2010)

(Guaita, 2007) advierte que las relaciones interpersonales y no satisfactorias son cruciales para la socialización de las emociones, ya que estas ayudan al sujeto a definirse como emocionalmente competente, es decir, poder responder empáticamente, tener facilidad para expresarse emocionalmente, tener la capacidad para comunicar la emoción o para responder a ella en forma saludable; a través de las emociones los niños comienzan a apreciar su importancia para sí

mismos, los demás y la cultura, y aprenden las conductas que son apropiadas para la expresión emocional.

(Cohen, Esterkind de Chein, Betina, & Cabalero, 2010) mencionan que hay relaciones entre las características del grupo familiar y el desarrollo de las habilidades sociales presentes en adolescentes, por lo tanto todo adolescente que crece en familias de un solo progenitor (las llamadas familias monoparentales) tienen lazos sociales más escasos con sus padres a diferencia de los adolescentes provenientes de hogares con los dos padres biológicos (familias biparentales), el cual permite un mejor ambiente familiar.

Los contextos sociales en los que se encuentran son muy desfavorecidos ya que en ellos existen muchas conductas sociales que les permiten funcionar adecuadamente en su contexto, sin importar la adversidad asociada a la pobreza, estos adolescentes han logrado adquirir habilidades sociales que dan cuenta del aprendizaje de pautas y modelos sociales que les permiten relacionarse con los otros efectiva y satisfactoriamente (Cohen & Caballero, 2012)

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar. Por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares (Álvarez & Ramírez, 2009)

Por lo tanto (Rodríguez, 2014) menciona que, durante la adolescencia, la relación con los pares se vuelve nodular y esta convivencia le exige y potencia el desarrollo de una serie de comportamientos específicos y de habilidades de interacción, que forman parte del proceso de socialización del adolescente

2.7 AISLAMIENTO EN MÉXICO

México ha experimentado diversos cambios poblacionales que han debilitado la estructura y la dinámica de las redes familiares y de amigos, por lo que los cambios son susceptibles a sufrir aislamiento social y el conocer los factores que determinan

el aislamiento social en la población envejecida tiene importantes implicaciones en términos sociales (Godínez, 2017)

Los trastornos del comportamiento son muy demandados entre los adolescentes jóvenes mientras que en los adolescentes mayores existe una demanda muy baja. Por ejemplo, el trastorno disocial (con síntomas de comportamiento destructivo o desafiante) se produce en el 3,6% de los adolescentes de 10-14 años y en el 2,4% de los de 15-19 años (1). Por eso los trastornos del comportamiento afectan directo a la educación de los adolescentes y el trastorno disocial puede dar lugar a comportamientos delictivos (Iriarte, Estévez, & Basset, 2018)

Los adolescentes con una mayor pérdida de interés con pensamientos pesimistas hacia el futuro o ideas de catastrofización no buscan la manera de ver puntos de referencia hacia un buen futuro o, simplemente, se vuelven negativos y con conductas pesimistas que los fuerzan a no concluir sus estudios de nivel medio superior o tener reacciones emocionales en las que se manifieste la depresión o la baja autoestima (Calle A. , 2020)

Los trastornos cada vez van en aumento dentro de los adolescentes, siendo la depresión y trastornos obsesivos compulsivos y de agresividad o aislamiento social las más comunes, siendo claves de que se debe priorizar su salud mental y sus emociones y no dejarlas de lado, porque antes de pensar qué tipo de personas quieren ser, cada ser humano debe de saber que se mide de valores y una personalidad humanística, en la que los sentimientos y la emociones del adolescente tengan un lugar importante para su buen desarrollo moral, psicológico, mental y físico (De la Mora, 2020)

Dicha salud mental puede variar dependiendo de su papel dentro de la sociedad donde se encuentre, por ello, es de relevancia apoyarlo a buscar un camino productivo y entendible para que viva en comunión consigo mismo y la sociedad. De tal manera, la OMS menciona que los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. ([OMS], 2016)

(Gatón & González, 2015) mencionan que la sociedad mexicana es una sociedad predominantemente matriarcal, donde el desenvolvimiento de los adolescentes en su vida familiar, social, y secular, no solo dependería de los padres, sino también de más miembros de la sociedad que se relacionan entre sí con cada uno de ellos, pueden ser las relaciones del trabajo, de un grupo, de la comunidad y de la religión. La ([OMS], 2016) establece que los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales son quienes cargan un mayor peso y tienen la responsabilidad de promover la adaptación de los adolescentes y de intervenir cuando surjan problemas y darles soluciones a ellos. Mientras que las situaciones en el adolescente durante el proceso si no se lleva a cabo una vida de autoridad y control, consejería intelectual y psicológica porque se les hace complicado el hecho de tomar decisiones en ciertas circunstancias anormales, , según la OMS en manera particular, que puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente.

Todo sujeto joven es asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, entre los más populares se destacan un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas delictivas, por ello se dice que la adolescencia en México ha sido frecuentemente desorientada, ya que no existen programas que aporten nuevas oportunidades dentro del país y así solucionar dichos problemas (OMS, 2015)

Pero no se deja que al principio de la adolescencia la autoestima disminuye en base a los cambios físicos que el/la adolescente ha de aceptar, así como a las tareas evolutivas como desvincularse de los padres o el paso de primaria a secundaria. Sin embargo, durante esta etapa, a medida que pasan los años, el sujeto va a experimentar un aumento de la autoestima, al ir aceptando dichos cambios e ir ganando libertad, autonomía y responsabilidad y sobre todo generando una mejor salud mental (Hart & Fegley, 1993)

Además, cuando alteraciones como la depresión o la ansiedad se producen durante la adolescencia tienden a persistir en la adultez provocando un paulatino deterioro de la calidad de vida y el funcionamiento global del individuo, lo cual hace indispensable su detección temprana y posterior intervención. Por otro lado, como

se ha mencionado anteriormente, las manifestaciones de ansiedad y depresión están relacionadas, por lo tanto, es frecuente que cuando uno de estos dos problemas se da durante la adolescencia, el otro vaya también ligado. De hecho, la comorbilidad de estos trastornos durante la adolescencia se produce en mayor medida que durante la etapa adulta (Alansari, 2005)

CAPÍTULO 3. MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hablar de depresión nos centramos en el adolescente, siendo un sujeto sin identidad y sin deseo resuelto. La baja autoestima y el bajo aprecio por la vida son condimentos de un objeto sin identidad que cae en depresión con ideaciones y acciones suicidas, es decir que el adolescente sufre, se mantiene de dolor, tristeza, angustia, sentimientos de vacío, confusiones constantes y aislamiento, a lo que toda emoción le incomoda y que se expresa en bajo rendimiento en la escuela, adicciones, delincuencia, enojo (Spurrier, P. 2006).

Spurrier (2006) menciona “Estar deprimido”, ‘estar bajoneado’, son términos más comunes que toca escuchar cuando recibimos a adolescentes que muestran tensión suspirante aplanada; un malestar muchas veces poco localizado producido por un desfallecimiento del sujeto del inconsciente, que hace que éste se ubique bajo el peso de un goce que lo inscribe en un fuera del tiempo y lo enfrenta con el vacío que es él mismo. Esta inercia hace que, en ocasiones, estos estados puedan pasar tanto desapercibidos o enmascarados bajo quejas somáticas, dificultades escolares, inestabilidad, enojo, repliegue sobre sí. En otras, puede aparecer bajo la forma de un lamento sobre un estado de abatimiento, de un vacío de sentido de la existencia o un dolor inamovible que, mostrando lo que es imposible de soportar, no se sitúa en las coordenadas significantes del encuentro por el que el sujeto ha sufrido tal conmoción.

Baena (2005) establece que a pesar de que existen distintas formas de atender a la depresión en los adolescentes, son desconocidas por los padres. Este no es el único

y más grave problema, es que los padres no reconocen cuando su hijo está atravesando por una depresión que lo puede conducir al suicidio. Los padres suelen comportarse como los jueces más duros, castigar y denigrar al adolescente con sus juicios sumarios y discriminatorios. Es común que ante los síntomas de la depresión los padres reaccionen de manera superficial, y califiquen a su hijo (a), como flojo (a), aburrido (a), cansado (a) o bien que expresen frases adjetivadas no sabe lo que quiere, se la pasa durmiendo todo el santo día, anda de una flojera que incluso ni se baña.

Además es importante resaltar que la depresión, como una situación de salud pública, que puede traer consigo otros problemas, como lo puede ser el aumento de suicidios como reacción del padecimiento y desconocimiento del mismo, de igual forma debilitación de la estructura familiar, y así también el uso de drogas, entre muchos más, por lo tanto es importante el dar a conocer y proporcionar información de dicho tema, debido a que puede ayudar a generar ciertas alternativas que den solución a un problema de tal magnitud, tanto a la persona que padece la depresión así como a la familia y su alrededor (OMS, 2017).

Ante esta situación se plantea la siguiente pregunta de investigación.

3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se muestra la depresión en estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial Numero 200, con manifestación de aislamiento social?

3.3 OBJETIVOS

GENERAL: Describir la depresión en estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial Numero 200, con manifestación de aislamiento social, 2022.

ESPECÍFICOS:

Ψ Identificar a los alumnos que cuentan con manifestación de aislamiento

social.

Ψ Identificar quien cuenta con más depresión si los hombres o las mujeres.

El tipo de estudio que se utilizó en la presente investigación será de tipo descriptivo ya que solo se pretendió describir la depresión en los estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial Número 200, a partir del aislamiento social que muestran en el aula.

VARIABLES

DEPRESIÓN

Definición conceptual: Sánchez, Sierra Peiró y Palmero (2008) lo definen como un trastorno o síndrome, identificado por medio de un conjunto de síntomas como lo es la disminución de la atención, la concentración, la pérdida de confianza y la emoción de tristeza, esta última comprendida como un estado de ánimo triste, con sensaciones de vacío o irritable, que son guiados por medio de cambios somáticos y cognitivos los cuales afectan simplemente a la capacidad funcional del individuo.

Definición operacional: Se identificará con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

AISLAMIENTO SOCIAL

Definición conceptual: El aislamiento social es un problema psicológico que el adolescente presenta atrás de un cambio en donde se siente abrumado por la propia sociedad, siendo incapaz de cumplir con el rol social que le pertenece y que necesita para interactuar en él, teniendo un efecto de aislamiento social (Iglesias, 2011, citado en Pérez, N, 2020).

Definición operacional: se llevó cabo a través de la observación y consulta con los orientadores educativos de la institución.

POBLACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en la Escuela Preparatoria Oficial Numero 200, que se encuentra ubicada en el municipio de Temascaltepec de González, la cual cuenta con 158 estudiantes que se distribuyen en 6 aulas. Cada grado tiene dos grupos con la distribución siguiente: en primer grado, grupo "I" hay 14 hombres y 14 mujeres, el grupo "II" se integra 15 hombres y 16 mujeres. En el caso del segundo grado, específicamente el grupo "I" se integra de 7 mujeres y 18 hombres; el grupo "II" cuenta con 15 hombres y 11 mujeres. Finalmente, en el tercero grado grupo "I" hay 9 hombres y 16 mujeres; el grupo "II" se integra de 8 hombres y 14 mujeres.

MUESTRA

De acuerdo a la investigación, la muestra que se utilizó fue de tipo no probabilística, y estuvo determinada por el criterio de inclusión donde participaron únicamente todos los alumnos que manifiesten aislamiento social dentro y fuera del aula escolar. Participó un total de 16 alumnos de los diferentes grados, de ellos 10 hombres y 7 mujeres, con edades de 15 a 19 años.

INSTRUMENTO

La escala que se utilizó es el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), creado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brow, entre los años 1996-1997, en el cual la adaptación mexicana fue realizada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, con el objetivo de medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes de los trastornos depresivos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994), el cual consta de 21 ítems con una opción de respuesta escala tipo Likert, conformado por dos sub escalas: la primer sub escala es la afectiva que se centra en el pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no

quererse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad y la segunda sub escala es la somática que se enfoca en la tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual) y se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando el sumatorio total de la siguiente manera: de 0 a 9 puntos: depresión mínima; de 10 a 16 puntos: depresión leve; de 17 a 29 puntos: depresión moderada; de 30 a 63 puntos: depresión severa, contando con una confiabilidad del 0.87 para población mexicana.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo no experimental, ya que no se modificó el contexto en el que se encuentran los estudiantes, será en su escenario natural, de tipo no transversal ya que solo se aplicó una sola vez.

CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Esta investigación se realizó en la Escuela Preparatoria Oficial Numero 200 en el municipio de Temascaltepec de González, lo cual permitió recabar información para uso académico, mediante una serie de pasos a cumplirse:

- Se realizó un oficio, el cual se le entrego al Director de la EPO 200, en el cual se le dieron a conocer los fines y usos de los datos de la aplicación del instrumento en la investigación, y por qué se realizó en dicha institución.
- Ya teniendo autorización para la aplicación, se le pidió ayuda a los orientadores para la identificación de los alumnos que manifiesten aislamiento social.
- La aplicación de instrumento se realizó a cada grado y considerando las fechas de autorización.
- Se les pidió a los alumnos que utilizaran su celular móvil o algún dispositivo electrónico, para la realización y se les envió el instrumento llamado

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) mediante la plataforma de Google Forms.

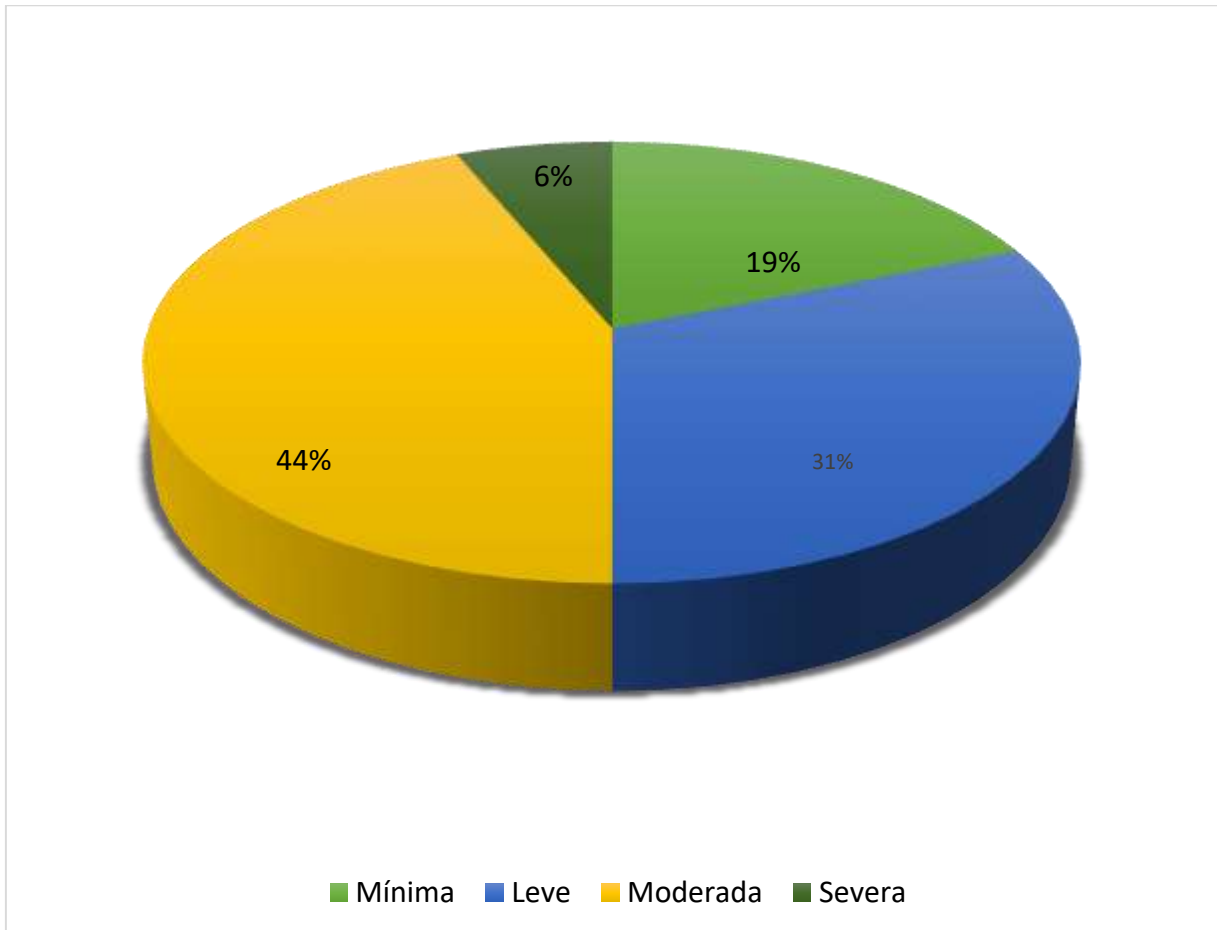
- Antes de que iniciaron a contestarlo se les dio las instrucciones para contestarlo, al igual que en el instrumento viene agregado el consentimiento informado, donde se les dio a conocer, los fines, objetivos de lo que realizo.
- Al finalizar el instrumento, se revisó si se completó de forma correcta y de la manera que se les estaba pidiendo.
- Se le agradeció en general a cada uno de los grupos, por la participación.
- Finalmente, se le agradeció a las (o) orientadores por el apoyo brindado al momento de aplicar el instrumento, de igual manera al director de la institución por el apoyo brindado, desde el inicio hasta el final.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 23.0, donde se utilizó una estadística descriptiva para sacar el cálculo de la media aritmética de los resultados.

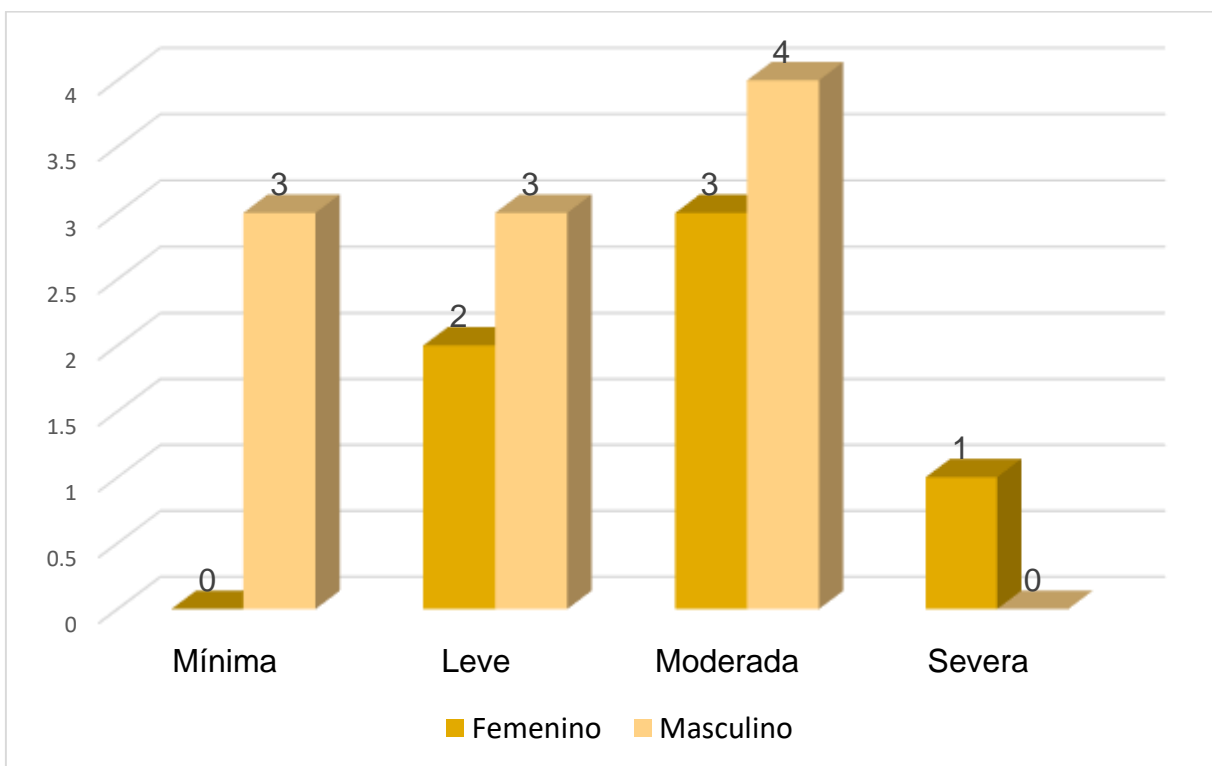
RESULTADOS

Figura 1. Depresión general



Los resultados obtenidos muestran que entre los estudiantes existe un nivel de depresión moderada con un porcentaje del 44%, el 31% manifiesta una depresión leve, el 19% presenta una depresión mínima y finalmente el 6% tiene una depresión severa.

Figura 2. Depresión por sexo



Los resultados de la figura indican que para la depresión no hay mujeres identificadas en el nivel mínimo y para el caso de los hombres solo 3 se encuentran en este nivel. Para el nivel leve se identificaron 2 mujeres y 3 hombres. En el nivel moderado hay 3 mujeres y 4 hombres. Finalmente, para el nivel severo se identificó a 1 mujer y 0 hombres.

DISCUSIÓN

La depresión hace referencia a una enfermedad caracterizada por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en actividades con las que normalmente se disfruta, así también se caracteriza por una incapacidad para realizar las actividades, sin embargo, también es llamado como un proceso patológico constante que presenta tristeza y falta de interés ante situaciones cotidianas, que normalmente son asociadas a síntomas físicos como fatiga, mialgias, insomnio y dificultad para la concentración, etc. Presentándose en distintas presentaciones a las cuales se les llama trastornos depresivos (OMS, 2017)

La depresión en los adolescentes se catapulta generalmente cuando existe el momento de grandes cambios personales, cuando ambos sexos están presentando una identidad distinta a la de sus padres, teniendo una gran lucha con asuntos de género y su sexualidad emergente, y además, que están aprendiendo a tomar decisiones por primera vez en sus vidas. (Shaffer, 1996)

Para el caso de la depresión general, en esta investigación el puntaje más alto lo representa el nivel moderado, cuyos datos no corresponden a los obtenidos en el estudio realizado por (López, González, & Andrade, 2012) denominado “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresante” realizado en el Estado de México, a 2292 adolescentes estudiantes de bachillerato de cinco escuelas públicas del Estado de México, y se empleó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies of Depression Scale: CES-D; Radloff) en su versión en español revisada CESD-R, donde los resultados indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión cuando están en contacto con factores estresantes, ya que no son muy distintos por los rangos de edad de las dos.

De tal manera no coinciden con los resultados obtenidos por (Leyva & Hernández, 2007) en “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” realizado en la Ciudad de México, a 252 adolescentes, utilizando la escala de Birlson, donde se identificó la depresión en 75 adolescentes lo que corresponde al 29.8%, pero también se encontró que si existe relación entre la depresión adolescente y el

funcionamiento familiar, aunque son distintos a los presentados ya que la región en la que ambas se aplicaron son distintas, además en adolescentes de 15 a 18 años se encontró una prevalencia a lo largo de la vida de 14 % de depresión mayor y de 11 % de depresión menor, y en total de 25 %.

Así, los resultados son similares a los que (BENITO, 2000) en la investigación llamada "Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria", realizada a 118 estudiantes de bachillerato, usando el Inventario de Depresión de Beck, concluye que el alto índice de síntomas depresivos detectados en los estudiantes, casi un 50 % de los sujetos tienen algún indicador cuantitativo de depresión, que confirman el alcance y la importancia que la depresión puede tener para la salud de los adolescentes y como puede tener un impacto negativo en ellos.

Por otra parte existe una similitud entre los resultados obtenidos por (Morales, 2022) en "Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna", donde utilizo la Escala de Depresión Birlson, mediante un estudio descriptivo-correlacional, que se conformó de 246 adolescentes, en el cual los resultados muestran que el 30% de la población que se utilizó muestra rasgos de depresión, ubicándose entre el nivel alto y muy alto, mientras que el 22% se sitúan en el nivel promedio, por otra parte el 48% se ubica en niveles un tanto bajos, llegando a que hay un predominio de niveles bajos en depresión, el cual establece una relación entre la depresión y la ansiedad en los adolescentes e inclusive de esa forma se relaciona la depresión con las personas que manifiestan aislamiento social y más en los jóvenes de bachillerato.

En cuanto al sexo encontramos en el estudio un mayor número de hombres 10 en relación con las mujeres 6, con una mayor prevalencia en el sexo masculino teniendo así el 63%, donde 4 de los 10 de los sujetos, se encuentran con depresión moderada, siendo el nivel más elevado, mientras, que en el sexo femenino tiene una prevalencia más baja del 37%, que al igual que el sexo masculino es el más elevado con 3 sujetos, en el leve 2, mientras que aquí se encuentra un sujeto en el nivel severo, dichos resultados fueron obtenidos por el Inventario de Depresión de Beck.

(Leyva & Hernández, 2007) en su investigación coincide con los resultados obtenidos, en base al sexo, se determinó que la prevalencia mayor se encuentra en las mujeres con un 21.3% a diferencia de los hombres que fue de 8.8%, por ello difiere ya que los resultados muestran un índice un poco más elevado, representando la mitad del porcentaje. Por tal motivo, de acuerdo con el sexo, la frecuencia de la depresión en las mujeres fue de 42.4 %, siendo la más elevada a diferencia que en los hombres a penas lego a alcanzar el 18.7%, que quiere decir que las mujeres cuando están frente a situaciones estresantes o negativas que se presentan y así se tiene demasiada probabilidad de tener depresión, siendo totalmente distintas a las que se llegó ya que el sexo masculino.

Posteriormente el estudio realizado por (Montesó, 2014) tiene una pequeña relación con los resultados obtenidos, el cual mediante sus resultados en Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad, para 157 mujeres y 116 varones, mediante el test de Ansiedad- depresión de Goldberg, determino que el 46.7% de los sujetos presentan depresión, siendo la más elevada para el grupo de menores de 21 años, aunque posteriormente aumenta con la edad, el cual relaciona que la depresión tiene un poco de relación estando por debajo de la mitad, es decir que presenta un mayor nivel en la depresión en un 53%, mientras que en un 40% en varones, siendo que las mujeres son las que tienen mayor prevalencia, esto tiene que ver porque los distintos rangos de edad son distintos, además de las zonas en las que se realizaron.

(Gutiérrez, Barrera, & Cuevas, 2000) establece que existen los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, los cuales abarca el genético, que manifiesta el elevado riesgo de depresión que se presentan en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. En efecto, se comunicó que existe la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina, no obstante de tal manera existen factores individuales tales como la labilidad emocional, la construcción de una nueva imagen de sí mismo, de una actitud autodestructiva, de falta de maduración y en si de falta de logros académicos, pero no dejando de lado la parte social que se enlazan con la familia, la escuela, etc, que desempeñan un papel importante en el inicio de la depresión del adolescente.

(Quiñonez, Pérez, & Martínez, 2015) menciona que la ansiedad en la edad adolescente ha cobrado relevancia en relación a las afectaciones que se muestran en su calidad de vida y al incremento de la misma. Todas las afecciones en la población adolescente afectan los diversos ámbitos de la vida, malformado toda relación, así como su estado anímico por el sentimiento de no ser capaz de manejar los sucesos futuros, situando en riesgo los procesos adaptativos. Donde los trastornos de ansiedad crean un desafío, al cual uno se enfrenta, donde al no hacerlo, puede en un futuro que exista una descendencia de jóvenes-adultos y adultos, que cuenten con trastornos mentales un tanto graves que frenara el saber cómo llevar una vida funcional estable.

Debido a que, cuando se toma en cuenta el costo de todos los acontecimientos personales, sociales y económicos que se centran al momento del diagnóstico en el tratamiento de la depresión, es posible el poder identificar dichos factores que se asocian a este trastorno, para así crear una relación entre el estrés de la vida y la depresión, centrando cada uno de sus interés en el papel que cumplen los sucesos vitales estresantes al momento de que da inicio el trastorno depresivo (Muscatell & Slavich, 2009)

La depresión adolescente engloba tiene consigo un amplio margen de sintomatología, su cuna da inicio desde lo subsindromático hasta lo sindromático, que indaga en el poder crear un diagnóstico, que se debe presentar por lo menos durante 2 semanas, mostrando los cambios persistentes en el estado de ánimo o pérdida de interés en las actividades de forma cotidiana que se realizan, incluyendo los síntomas que van en aumento o incremento, tales como el apetito, en el sueño, en la disminución de la energía, en las ideas de muerte o suicidas, los intentos suicidas, dichos síntomas generan un cambio significativo del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad (Medicina, 2016).

CONCLUSIÓN

- De acuerdo a la investigación realizada si se pudo comprobar que existe aislamiento social, lo que puede generar que experimenten con sentimientos de diferencia o inferioridad con respecto a los demás e evitación, considerando que se muestran débiles de la personalidad, ante la sensibilidad, el temor, la dependencia, con sentimientos de querer compensar dichas inseguridades, sintiéndose ansioso e incómodo, siempre evitando a los grupos sociales y de la gente que los rodea.
- Se llega a la conclusión de que las mujeres presentan un mayor nivel de índices de depresión severa, presentando así demasiados sentimientos de tristeza o desesperanza, acompañada de ataques de ira o frustración repentinos o de poca importancia, perdiendo el interés de las actividades que se realizan, con cambios en el sueño, en el apetito, ansiedad en aumento y pensamientos suicidas recurrentes.
- De acuerdo a la investigación realizada si se pudo comprobar que existe aislamiento social, lo que puede generar depresión o apatía que no favorecer la falta de interés al realizar sus tareas habituales, incrementando la ansiedad al salir a la calle y miedos en la baja autoestima, el sentirse incomprendidos donde generalmente, se siente incomprendido por su familia y rechaza su ayuda, que no favorece al desarrollar una buena comunicación.
- Para el caso de la depresión en los hombres obtuvieron los puntajes más altos por lo que pueden estar ocasionando que se oculten sus emociones y parecer enojados, irritables o agresivos, aunque también puede generar sentirse muy cansados y perder el interés en el trabajo, la familia o sus aficiones o pasatiempos, con la dificultad para dormir externando problemas físicos, sin embargo se puede recurrir a las drogas o al alcohol para tratar de enfrentar sus síntomas emocionales.

SUGERENCIAS

- Crear en dicha institución el poder construir en sí mismo un entorno promotor de control de emociones que de eficacia ante los resultados de la depresión sino también para el desarrollo personal e integral de cada estudiante.
- Impartir en cada institución talleres y pláticas acerca de cómo poder prevenir la depresión.
- Orientar a cada uno de los estudiantes a tener más conciencia sobre las causas y consecuencias que debe de tener una mala educación acerca de la depresión.
- Impartir técnicas dentro y fuera del aula para poder implementar a los alumnos que son poco sociables e incluirlos a la sociedad.
- Que existan talleres didácticos en los cuales participen de manera igualitaria hombres y mujeres.
- En el caso de sujetos en nivel severo, canalizarlos con un profesional y así exista mejor ayuda profesional.
- Crear platicas dinámicas en las cuales participen padres e hijos de manera equitativa y así solucionar los problemas de comunicación.
- Crear programas de intervención que tenga como objetivo brindar asistencia psicológica para una amplia variedad de problemas que afectan a los estudiantes ante sus emociones impartida por los orientadores.
- Identificar qué estudiantes están en situación de aislamiento escolar y las causas del mismo
- Posibilitar el acceso de las familias en las actividades de sus hijos dentro de la institución y ponerla en práctica fuera de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [OMS], O. M. (2016). Salud en los adolescentes. *Organizacion Mundial de la Salud*.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/
- Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., & Saavedra, M. e. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién*, 16(3), 156-161. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113h.pdf>
- Alansari, B. (2005). Relationship between depression and anxiety among undergraduate students in eighteen Arab countries: A cross-cultural study. *Social Behavior Persona*, 33, 502-513.
- Álvarez, M., & Ramírez, B. y. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216. <https://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>
- Alzur, M., & Hernández, N. &. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su tratamiento y diagnostico. *Revista Finlay*, 7(3), 152-154. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/54>
- Andrés-Pueyo, A. &. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 157-173. https://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/uforense/descargas/Comportamiento_antisocial_y_delictivo_teorias_y_modelos.pdf
- Aragonès, M., Gutiérrez, M., Pino, C., Luque, J., & Cervera, G. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. 27(9).

- Arenas, S.C. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/Arenas_as.pdf
- Angst, J. (2004). Bipolar disorder--a seriously underestimated health burden. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 254(2), 59-60
- Baena, A.; Sandoval M.; Urbina, C.; Juárez N.; Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista digital universitaria*, 6 (11).
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández, G. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523000001.pdf>
- BENITO, A. e. (2000). ÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES, ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 1-11. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3884/3739>
- Buelga, S., & Musitu, G. &. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *Internaiional Journal of Clinical and Health Psychology*, (9), 127-141.
- Calabrese, J., & Hirschfeld, R. y. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 425-432
- Calle, A. (2020). Aislamiento social en adolescentes, causas y consecuencias . *JUVENTUD Y CIENCIA SOLIDARIA*, 32-35. https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/18965/1/Rev_Juv_Cie_Sol_0507.pdf

- Calle, M., & Algar, M. M. (2018). Hikikomori: el síndrome de aislamiento social juvenil . *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 115-129. doi:10.4321/S0211-57352018000100006
- Cano, A., Salguero, M., Mae, C., & Dongi, E. &. (2012). LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2030.pdf>
- Carranza, E., & Renzo, F. (2012). DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ASOCIADOS EN. *Revista de investigación Apuntes Universitarios*(2), pp 79-90. <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646125005.pdf>
- Carretero, M. (2007). Depresión mayor Tratamiento farmacológico antidepresivo. *VOCAL DELCOF*, 26(8). <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13109821>
- Carro, C., & Sanz, R. (2015). INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DISTIMIA CON COMPONENTES DE ANSIEDAD DE EVALUACIÓN: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO. *Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 43-59. <file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Dialnet-IntervencionCognitivoConductualEnUnCasoDeDistimiaC-5912890.pdf>
- Chapi, J. (2013). CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA. *Revista digital EOS Perú*, 1(1), 59-64. <https://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2015/10/CARACTER%D6STICAS-DE-LA-DEPRESI%E0N-EN-LA-ADOLESCENCIA.pdf>
- Chavarría, J. (2013). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX*, 608, 709 - 715.
- CIE-10. (2008). Clasificación estadística e internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. *Organización Panamericana de la*

Salud, 1(10).
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Clasif_Inter_Enfer_CIE_10_rev_3_ed.diag.pdf

Cohen, I., & Caballero, S. y. (2012). HABILIDADES SOCIALES, AISLAMIENTO Y COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL EN ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE POBREZA. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 11-20.
<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n1/v15n1a02.pdf>

Cohen, S., Esterkind de Chein, A., Betina, A., & Cabalero, V. (2010). Habilidades sociales y contexto sociocultural. Un estudio con adolescentes a través del BAS-3. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(29), 167-185. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645441010>

Contini, E., Cohen, S., Coronel, C., & Mejail, S. (2012). AGRESIVIDAD Y RETRAIMIENTO EN ADOLESCENTES. *Ciencias Psicológicas*, 6(1), 17-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545416003.pdf>

Contini, N., Lacunza, A., & al, e. (2012). UNA PROBLEMÁTICA A RESOLVER: SOLEDAD Y AISLAMIENTO ADOLESCENTE. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 15(1).

Contreras, Y., & Miranda, O. &. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf>

Cruz, A., & Jara, M. y. (2010). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR PERSONAS ADULTAS MAYORES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS. *Anales en Gerontología*(6), 31-49.
<file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Dialnet-EstrategiasDeAfrontamientoUtilizadasPorPersonasAdu-6140291.pdf>

De la Mora, G. (2020). Aislamiento social y vigilancia para contener la pandemia por COVID-19: algunas acciones de gobiernos y actores sociales. *Notas de coyuntura del CRIM-UNAM*(26), 1-6.

https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_026_gabriela-de-la-mora_aislamiento-social-y-vigilancia_0.pdf

Díaz, J. (2018). DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN JÓVENES UNIVERSITARIOS. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de

México].<https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/98730/TESIS%20%20E2%80%9CDEPRESI%C3%93N%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20FAMILIAR%20EN%20J%C3%93VENES%20UNIVERSITARIOS%E2%80%9D%20->

[%20JAQUELINE%20DIAZ%20ENRIQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=yD](https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/98730/TESIS%20%20E2%80%9CDEPRESI%C3%93N%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20FAMILIAR%20EN%20J%C3%93VENES%20UNIVERSITARIOS%E2%80%9D%20-%20JAQUELINE%20DIAZ%20ENRIQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=yD)

e Maat, S., Dekker, J., & Schoevers, R. &. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566 –578. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK73313/>

DSM-V. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5. *American Psychiatric Association*.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Falcón, L. M. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *Revista Eniac Pesquisa*, 6(2), 315-324.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230907>

Furlong, A. (2008). The Japanese Hikikomori Phenomenon: Acute Social Withdrawal among Young People. *The Sociological Review*, 56(2), 309-325. doi:10.1111/j.1467-954X.2008.00790.x

Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 255-266. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80521287004.pdf>

- García-Campayo, J., Alda, M., & Sobradie, N. y. (2007). Un caso de hikikomori en España. *Med Clin*, 129(8).
- Gatón, A., & González, M. &. (2015). Trastornos afectivos estacionales, “winter blues”. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, 35(126), 367-380. doi:10.4321/S0211-57352015000200010
- Gené-Badia, J., & al, e. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Elsevier*, 48(9), 604-609. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656716301809?token=E74BB4CA4D3779A0DB3A89FEA1BB5D516112B9187A16E8D358FFC951D1450ABB3DB2158872E873BE8B8ADCC70F197473&originRegion=us-east-1&originCreation=20220914213627>
- Godínez, A. (2017). El aislamiento social y los factores sociales en México. *Salud pública de México*, 59(2), 119-120. file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/8078-Texto%20del%20art%C3%ADculo-28458-1-10-20170404.pdf
- González, A., Ríos, L., & Ruiz, L. y. (2019). Estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en pacientes crónicos desde tres paradigmas de la psicología. *Psicología Científica*, 17(6), 1-5. <http://www.psicologiacientifica.com/estrategias-manejo-depresion-pacientes-cronicos-paradigmas-psicologia/>
- González, M. (2020). Propuesta de Intervención para el Tratamiento de los Síntomas Depresivos y de Ansiedad en Adolescentes. *Centro Universitario Cardenal Cisneros*, 8. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42858/TFM_Gonzalez_Garcia_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- GÓMEZ, A. (2008). Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia. *Elsevier*, 27(6), 68-77. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13123518>
- Guaita, V. L. (2007). Aspectos emocionales de la comunicación en niños en riesgo por pobreza extrema. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(24), 177-192. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645447009.pdf>

- Guidano V.F. 1987. Complexity of the Self. Bollati Boringhieri, Torino. Ed. La Complessità del Sé.
- Gutiérrez, A., Barrera, J., & Cuevas, A. y. (2000). Formas clínicas de depresión. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2(1), 5-44.
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>
- Gutiérrez, L., & Martínez, J. y. (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de psicología*, 29(2), 624-632.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.124061>
- Hart, D., & Fegley, S. y. (1993). Perceptions of past, present and future selves among children and adolescents. *British Journal of Developmental Psychology*, 11, 265-282.
- Heinrich, L. &. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature. *Clin Psychol Rev*, 26(6), 695-718.
- Hernandez, B. G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, 48(3), 228-248.
<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668005.pdf>
- Huyhua, S., & Tejada, S. &. (2020). Sentimientos de los adolescentes frente al aislamiento social por la COVID-19 desde la metodología fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermería*, 36.
<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/viewFile/4176/659>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2009. Estadísticas de Suicidio de los Estados Unidos Mexicanos
- Iriarte, M., Estévez, R., & Basset, I. (2018). Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 7(13). doi:<http://dx.doi.org/10.23913/rics.v7i14.71>
- Jiménez, M., Gallardo, G., & al, e. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218.

file:///C:/Users/ADMIN/Documents/9n0%20semestre/TESIS%20DA%20PA
RTE/Marco/distimia/80629187008.pdf

- Lander, R. (2011). DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. *Psicoanalítica*, 45-49. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2018-Lander-depresion.pdf>
- Lang, U. &. (2013). Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiol Biochem*, 36(1), 761-77.
- Leyva, R., & Hernández, A. e. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>
- Li, T. &. (2015). Comportamiento social de aislamiento juvenil (Hikikomori): una revisión sistemática de estudios cualitativos y cuantitativos. *Revista de psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda*, 49, 595-609. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0004867415581179>
- López, C. y. (2003). RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(2), 5-19. <https://www.masterforense.com/pdf/2003/2003art7.pdf>
- López, M., & Simón, T. &. (1997). Intento suicida reiterado en la adolescencia. *Revista Medisan*, 1(1), 42 – 47.
- López, V., González, N., & Andrade, P. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a6.pdf>
- Malagon, M. (2020). Aislamiento social caracterizacion clinica, sociodemografica, terapeutica y familiar en una muestra de sujetos atendidos por un equipo de atencion domiciliario especializado en psiquiatria. *Departamento de psiquiatria y medicina legal UAB*.
- MARTINELLI, M. (2017). EL HOMBRE DE LAS RATAS. *Litorales*, 1461. file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Dialnet-AislamientoYPatologiaInherenteParalelismoEntreEIRe-4809963%20(3).pdf

- Martorell, C., González, R., & Ordóñez, A. y. (2011). Estudio confirmatorio del cuestionario de conducta antisocial (CCA) y su relación con variables de personalidad y conducta antisocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(31), 97-114.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645439006.pdf>
- Martorell, C., González, R., Ordóñez, A., & Gómez, O. (2011). Estudio confirmatorio del cuestionario de conducta antisocial (CCA) y su relación con variables de personalidad y conducta antisocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(31), 97-114.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645439006>
- Medicina, A. N. (2016). Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 3(6), 6-8.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175i.pdf>
- Méndez, M., & Montoya, M. y. (2002). TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE: ¿EVIDENCIA O PROMESA? *Psicología Conductual*, 10(3), 563-580.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/07.M%C3%A9ndez_10-3oa.pdf
- Mestre, V., & Samper, P. y. Navarro, F (2004). Personalidad y contexto familiar como factores predictores de la disposición prosocial y antisocial de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 445-457.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80536306.pdf>
- Mena, J., Correa, R., & Nader, A. y. (2004). trastorno afectivo bipolar: Evaluación de cambios funcionales cerebrales a partir de la técnica Neuro-spect. *Alasbimn Journal*, 6(23), 56-90.
<http://bellota.sisib.uchilecl/alasbimn/CDA/imprime/0,1208,PRT%253D6192%2526LNID%253D33,0.html>
- Montesó, P. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Elsivier*, 46(3), 167-172.
[doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009)

- Morales, M. (2022). Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 9(17).
<https://cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/251/484>
- Muscatell, K., & Slavich, G. &. (2009). Eventos estresantes de la vida, dificultades crónicas y los síntomas de la depresión clínica. *J Nerv Ment Dis*, 197(3), 154-160. doi:<https://doi.org/10.1097%2FNMD.0b013e318199f77b>
- Navas, W., & Vargas, M. (2012). ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: INTERVENCION EN CRISIS. *Cúpula*, 26(2), 19-35.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- Nervaez, G. C. (197). Un cuestionario para simplificar el diagnostico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro-psiquiatria*, 127-135.
<file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/1406-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2486-1-10-20140811.pdf>
- NICE. (2011). Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (up date). 1 95-97. *NICE guideline*.
<http://guidance.nice.org.uk/CG90>
- OMS. (2015). Adolescentes y Salud Mental.
http://www.who.int/topics/adolescent_%20health%20/es/
- Medicina, A. N. (2016). Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 3(6), 6-8.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175i.pdf>
- Méndez, F., Olivares J., y Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente (pp. 139-185)
- Montesó, P. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Elsivier*, 46(3), 167-172.
 doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>

- Morales, M. (2022). Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 9(17).
<https://cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/251/484>
- Muscatell, K., & Slavich, G. &. (2009). Eventos estresantes de la vida, dificultades crónicas y los síntomas de la depresión clínica. *J Nerv Ment Dis*, 197(3), 154-160. doi:<https://doi.org/10.1097%2FNMD.0b013e318199f77b>
- OMS. (2017). Depresión: qué debe saber. OMS.
<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>
- Oñate, M. (2014). Aislamiento y patología inherente. *Aequitas*, 4, 83-166.
 file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Dialnet-AislamientoYPatologiaInherenteParalelismoEntreElRe-4809963%20(3).pdf
- Organización Mundial de la Salud. 2021. Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pacheco, P. (2015). Depresión en niños y adolescentes . *Precop SCP*, 15(1), 30-38.
<https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
- Perarnau, M., Fasulo, S., & García, A. (2010). Síntomas, Síndrome y Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de mujeres universitarias. *Fundamentos en Humanidades*, 11(22), 195-209.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18419812012>
- Pereyra, E. R., Ocampo, M. J., & Vélez, S. E. (2010). PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE. *Peru Med Exp Salud Publica*, 27(4).
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n4/a05v27n4.pdf>

- Pérez, A., & García, G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
<https://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pérez, E. A., Cervantes, V. M., Hijuelos, N. A., & Pineda, C. A. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Universidad Autónoma de Yucatán*, 28, 89-115.
<file:///C:/Users/ADMIN/Documents/9n0%20semestre/TESIS%20DA%20PARTE/Marco/depresion%20mayor/bio172c.pdf>
- Pérez, E., Cervantes, V., & Hijuelos, N. e. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed* , 28, 89-115. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
<https://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Perez, N. (2020). AISLAMIENTO SOCIAL Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL TERCERO A QUINTO DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PUBLICA, ICA, 2020. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de ICA].
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/921/1/Nury%20Sarai%20Perez%20Cabrera.pdf>
- Pérgola, F. (2012). Breve Historia de la Depresión. *Revista 01*, 1(1), 6.
file:///C:/Users/ADMIN/Documents/9n0%20semestre/TESIS%20DA%20PARTE/Marco/antecedentes/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf
- Pita, R. (2017). Aislamiento social y soledad en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años. *Universitas Miguel Hidalgo*, 1-8.
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4850/1/TD%20Pita%20D%C3%ADaz%20Rosario.pdf>

- Pretty, G. H., & Andrews, L. &. (1994). Exploring adolescents' sense of community and its relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology*, 22, 346-358.
- Psychiatric, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V. *Association, American Psychiatric*, 5.
- Quiñonez, F., Pérez, M., & Martínez, M. &. (2015). La ansiedad en adolescentes de bachillerato de la Región Norte de Jalisco. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 1-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi151m.pdf>
- Rodríguez, A. y. (2014). Características sociales y familiares vinculadas al desarrollo de la conducta delictiva en pre-adolescentes y adolescentes. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 99-115.
- Romero, M. (2019). Hikikomori. Las voces silenciosas de la sociedad japonesa. *México y la Cuenca del Pacífico*, 8(23), 123-138. doi:<https://doi.org/10.32870/mycp.v8i23.561>
- Ruiz, L., Colín, R., & Corlay, I. y. (20087). TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MÉXICO: LA RELACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN, LOS SÍNTOMAS FÍSICOS DOLOROSOS Y LA CALIDAD DE VIDA. *Salud Mental*, 30(2). <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3002/sm300225.pdf>
- Sadek, N. y. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64(3), 462-485.
- Shaffer, D. &. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Salud, O. M. (1999). Clasificación Internacional de Enfermedades 10 -Trastornos.
- Salud, O. M. (2003). Clasificación multiaxial de. *Medica Panamericana*.
- Sanabria, A., & Rodríguez, U. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Diversitas*:

Perspectivas en Psicología, 6(2), 257-274.
<https://www.redalyc.org/pdf/679/67915140005.pdf>

Sánchez, P. S. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11(28), 1-15.
<http://reme.uji.es/articulos/numero28/article1/article1.pdf>

Sanz, J. &.-V. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000100006&script=sci_arttext&tlng=pt

Sanz, J. y. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. *Manual de Psicopatología*, 2, 341-378. <https://docplayer.es/12406088-Sanz-j-y-vazquez-c-1995-trastornos-del-estado-de-animo-teorias-psicologicas-en-abelloch-b-sandin-y-f-ramos-eds.html>

Spielmanns, G. I., & Berman, M. &. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 142-149. doi: 10.1097/NMD.0b013e31820caefb

Spurrier, P. (2006). Adolescentes, depresión y modernidad. *Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 14. <http://www.eol.org.ar/virtualia/>

Suwa, M. &. (2013). The phenomenon of “hikikomori ” (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology*, 19, 191-198. <https://www.jpsychopathol.it/issues/2013/vol19-3/01b-Suwa.pdf>

Teo, A. R. (2010). Hikikomori, a Japanese CultureBound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-5. *The Journal nervous and mental disease*, 198(6), 444–449. doi:10.1097/NMD.0b013e3181e086b1

Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. *Masson S.A*, 4. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/917d77906412cb76c897dbf6f6180e48.pdf>

- VÁZQUEZ, C., & SANZ, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, 1(1), 59-81.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/46715.pdf>
- Vieitez, A., & Lopez, M. (2004). Psicopatología de la mujer En: Lopez Mato A. *Psiconeuroinmunoendocrinología II*, 321-44.
- Vilariño, M., & G. Amado, B. y. (2013). Menores infractores: un estudio de campo de los factores de riesgo . *Anuario de Psicología Jurídica*(23), 39-45.
<https://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/uforense/descargas/Menores-infractores-un-estudio-de-campo-de-los-factores-de-riesgo.pdf>
- Weissmann, P. (2003). Concepciones sobre la adolescencia en la Argentina en los albores del siglo XX. *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría. Argentina*, 18.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., & Rroig, S. y. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Revista de servicios sociales* , 66, 61-75.
http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reto_soledad_vejez.pdf
- Zarragoitia, I. (2010). La estigmatización en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(3), 254-268.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- Zoch, C. 2002. Depresión. Universidad de Costa Rica.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>