

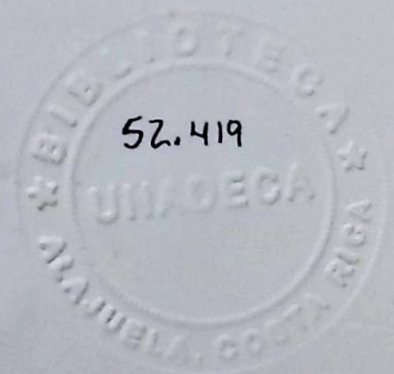
Universidad Adventista de Centro América

Conductas depresivas en los Adventistas del Séptimo Día y el efecto sobre el desarrollo espiritual

Para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Ivannia Carolina Gutiérrez Jiménez

Alajuela, Costa Rica. Setiembre 2013



Resumen

Esta investigación tiene como propósito conocer cómo se relacionan los niveles de depresión y el desarrollo espiritual de los miembros de la Iglesia Adventista de Liberia. Se toma a niños, adolescentes y adultos. Enfatiza en dos mujeres adultas con resultados severos, según la aplicación del Test de Depresión de Beck. Los aspectos más susceptibles de estos miembros a la depresión son los siguientes: físicos, mentales, familiares y espirituales. Se proporciona recomendaciones que facilitarán el proceso para mejorar dicha condición depresiva y espiritual. Se comprueba que la depresión afecta la espiritualidad, por lo tanto, descuidan los deseos de asistir a la iglesia y participar en las actividades de la congregación. Se encuentra que existe una afectación espiritual de los miembros que están pasando por lapsos depresivos.

Palabra clave: depresión, espiritualidad, iglesia, familia, mujeres.

Abstract

This research aims to know how to relate the levels of depression and spiritual development of the members of the Seventh Day Adventist Church in Liberia. Given to children, adolescents and adults. It emphasizes two adult women with severe outcomes, depending on the application of the Beck Depression Test. The most likely of these members to depression are: physical, mental, familiar and spiritual. It provides recommendations to facilitate the process to improve the condition and spiritual depression. It is found that depression affects spirituality, therefore, neglect the wishes of the church to attend and participate in the activities of the congregation. It is found that there is a spiritual involvement of the members who are going through periods of depression.

Agradecimientos

A Dios principalmente por la vida, también por la gran oportunidad que me ha dado de finalizar uno de mis sueños y aspiraciones, y lograr concluir con esta etapa de estudios.

A mi familia por su apoyo incondicional, por mis hijas que son mi fuente de ánimo y superación, a mi esposo por acompañarme con su cariño y compartir conmigo en esta etapa anhelos y expectativas.

A mí querida madre por su amor, su ayuda y sus oraciones.

A mi hermana Carmen por su apoyo económico y por todo lo que ha hecho por mí y por mi familia, no tengo como agradecerle.

A mi tutora por su orientación, su rigurosidad y su exigencia, lo que me hizo constante.

También agradezco a los demás profesores que me han ayudado en todo este proceso.

A los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de Liberia que participaron como muestra para esta investigación, muchas gracias por que confiaron sus historias y sus intimidades conmigo.

Tabla de contenido

Universidad Adventista de Centro América.....	1
Alajuela, Costa Rica. Setiembre 2013	1
Objetivo general	6
Objetivos específicos.....	7
Justificación.....	7
Viabilidad.....	8
Limitaciones	9
Definición de términos	9
Capítulo 2	12
Marco teórico	12
Ética en la investigación.....	22
Teorías que fundamentan el estudio.....	53
Teoría utilizada en esta investigación.....	60
Capítulo 3	67
Marco Metodológico	67
Paradigma.....	67
Tipo de Estudio	67
Población.....	68
Muestra.....	68
Instrumento.....	68
Baremo	74
Unidad de Análisis	74
Aplicación del Instrumento	74
Capítulo 4.....	76
Análisis de Datos.....	76
Capítulo 5	79
Conclusiones y Recomendaciones	79
Referencias	99
Apendice 1.....	105

Capítulo 1

Introducción

La depresión se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien vivió en el Siglo IV a.C. y utilizó el término melancolía, cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis en el cerebro. La sintomatología del orden afectivo ha seguido siendo la misma durante veinticinco siglos. Las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando continuamente. De la Rosa et al. (s.f.) menciona que Aleteo, en el siglo II formuló el cuadro más completo de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que la recuperación, después de un episodio, no aseguraba la cura.

Según menciona (Diccionario, 2008): La palabra depresión proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

La Caja Costarricense de Seguro Social (2005) cita a La Organización Mundial de la Salud, los que han categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más incapacitantes y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. La depresión es dos veces más frecuente en las mujeres por razones que no han sido aún hoy aclaradas. El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12,7% para los hombres y de un 21,3% para las mujeres. Extrapolando esos porcentajes, en Costa Rica se consideraría que 254 000 hombres y 426 000 mujeres podrían sufrir de este trastorno a lo largo de su vida.

Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en los adultos. Es importante destacarlo, puesto que esta población ha sido invisibilizada, no solo por los padres y madres de familia, sino por los mismos funcionarios y funcionarias de salud y por las autoridades institucionales.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (1995), establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos. La gravedad y duración de estos varía mucho de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste, vacío o enojo y malhumor, casi todo el tiempo, pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o pareja (dificultad para sentir cariño por los seres queridos), pérdida o aumento importantes de apetito y peso, insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas.

Declaración del problema

¿Cuál es la relación entre conductas depresivas y el desarrollo espiritual en los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia, durante los meses de mayo- agosto de 2013?

Objetivos

Objetivo general

Determinar los posibles niveles de depresión en los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia y la relación de la depresión y el desarrollo espiritual.

Objetivos específicos

- a. Indagar cómo influye la depresión en la vida cotidiana de los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia, Costa Rica.
- b. Buscar por medio de un instrumento el cual detecta niveles de depresión. para conocer cuándo la depresión está en los primeros niveles y qué se debe hacer para que no avance.
- c. Explicar cómo está relacionada la depresión con la salud mental, física y su vida espiritual.
- d. Hacer conciencia en los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de Liberia, Costa Rica, cuando la depresión lleva al suicidio.

Justificación

El tema de la depresión es importante, ya que consiste en un trastorno de estado de ánimo y puede llegar a afectar la salud, tanto física como mental, influye, también, en las relaciones con las demás personas y en el aspecto espiritual.

Debido a que este tema puede afectar a las familias y a los miembros que la conforman, sin duda, podría estar afectando la espiritualidad de los miembros en la iglesia y su vida personal. Este es el propósito que impulsa a realizar este estudio, para conocer los niveles y el grado de afectación por los que, posiblemente, estén pasando algunos miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia, y que repercute en su desarrollo espiritual.

Este trabajo de investigación nace por la inquietud de identificar los posibles niveles de depresión que podrían estar experimentando los miembros de la iglesia Adventistas del Séptimo Día. Por lo tanto, no solo la necesidad de conocer y brindar información sobre la depresión, sino

también, contribuir en mejorar si está afectando a algunos miembros y cómo salir de dicho estado, por medio de estrategias psicológicas.

Un estudio de esta naturaleza no se ha hecho en la Iglesia Adventista del Séptimo Día de Liberia, de allí la necesidad de esta investigación, con el fin de fortalecer las relaciones en las familias y la vida espiritual de sus miembros, al conocer que, según (Moreno, 2008) “La depresión es un trastorno con altísima incidencia y prevalencia en la población en general. El paciente que la padece sufre de gran malestar, merma la calidad de vida, hay repercusiones socio familiares, laborales y conyugales”.

Viabilidad

Esta investigación llega a ser viable, porque la investigadora cuenta con la asesoría de un profesional de la Escuela de Psicología de la Universidad Adventista de Centroamérica y la accesibilidad al Inventario de Depresión de Beck BDI-II Manual, cuyo instrumento se aplicará a la muestra, para conocer los posibles niveles de depresión de las personas. Dicho instrumento tiene los factores de confiabilidad y validez establecidos por la psicometría para medir lo que se espera: conocer los niveles de depresión en los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia.

También, tiene a su favor, la disposición de la Misión Norte de Costa Rica, para otorgar el permiso necesario para aplicar el instrumento de investigación a los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia. Dicha investigación se realizará con los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia, durante los meses de mayo a agosto del 2013. La investigadora tiene fácil acceso a la muestra.

Delimitaciones

Algunas delimitaciones de esta investigación son:

1. Los resultados de esta investigación son válidos únicamente para los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia.
2. La edad requerida para ser parte de esta investigación es de niños de 5 años hasta adultos 60 años.

Limitaciones

Pueden surgir limitaciones en cuanto a las respuestas de las personas a las que aplicará el instrumento denominado El Inventario de Depresión de Beck BDI-II Manual, en cuanto a la veracidad de las respuestas y del nivel de comprensión de ellas. Otras limitaciones en cuanto a la disposición de las personas a las cuales se les aplicó el instrumento de medición y a la dificultad de continuar con la recolección de datos y en lo que se refiere a que las personas comprendan los ítems del instrumento y logren responder lo que verdaderamente estén sintiendo en ese momento.

Definición de términos

Baremo

Escala de valores que se emplea para evaluar los elementos o características de un conjunto de personas o cosas.

Congregación

Hermandad de fieles de una misma práctica religiosa, generalmente cristiana.

DSM-IV

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de Asociación Americana de Psiquiatría, que contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona

descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Depresión

Caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y los acontecimientos de la vida cotidiana.

Espiritualidad

Parte de la teología que estudia el dinamismo que produce el Espíritu en la vida del alma: cómo nace, crece, se desarrolla, hasta alcanzar la santidad a la que Dios nos llama desde toda la eternidad y transmitirla a los demás con la palabra, el testimonio de vida y con el apostolado eficaz.

Iglesia Adventista del Séptimo Día

El vocablo “adventista” se relaciona con la palabra *advenimiento* (venida, llegada). En este caso específico, “advenimiento” se refiere a la segunda venida de Jesús a esta tierra, en gloria y majestad, un acontecimiento visible y personal. La Iglesia Adventista como institución religiosa, se originó en un movimiento de reavivamiento que abarcó la primera mitad del siglo XIX, y cuyo tema central giró alrededor de la segunda venida de Jesús. El énfasis en el regreso de Cristo a la tierra fue el resultado de un estudio profundo de las profecías bíblicas, realizado por un número considerable de líderes, pastores y laicos de distintas confesiones cristianas.

Comunicación asertiva

Es una forma de expresión congruente, consciente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es transmitir nuestras ideas y sentimientos, actuando desde nuestro interior con autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante, típica de la ira, la ansiedad y la culpa.

**BIBLIOTECA
UNA DE CA
ALAJUELA COSTA RICA**

Capítulo 2

Marco teórico

Antecedentes

Los antecedentes internacionales

Entre los antecedentes internacionales se cita una investigación realizada en México, por García (2002) con el tema: *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. La muestra consta de adolescentes entre 12-17 años. Como resultado de este estudio se presenta las siguientes conclusiones a) las mujeres tienen la tendencia a desarrollar sintomatología de las depresiones más factible y b) sexo, edad, nivel de estudio y rechazo, son algunos de los factores que hacen más susceptibles a la depresión según los sujetos de la muestra.

Otra investigación fue hecha en México, por Hernández (2010). Con el título "*Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*". La muestra en una paciente de 19 años indica, según el DBI-II, depresión en el grado moderado y severo (23 puntos) parte de la investigación fue realizar 13 sesiones como tratamiento psicoterapéutico.

La siguiente investigación fue realizada en Perú por Ramírez (2009). Con el título: *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*, cuya población fue 623 niños entre 7 a 15 años, indicando a) en la que hay mayor probabilidad de sintomatología depresiva en las mujeres que en los varones b) muestra una tendencia a presentar mayores niveles de depresión en los adolescentes que en los niños.

Antecedentes nacionales

Entre las investigaciones hechas en Costa Rica, está la formulada por Lutz en 1992 con el título: *Adaptación del inventario de depresión para niños de escolares del cuarto, quinto y sexto grado pertenecientes al área metropolitana de San José*. La muestra fue de 160 niños. Las edades de los niños eran de 8 a 13 años. Los resultados: que la distribución de género presenta trastornos de somatización y conducta con un 52,5% en varones y 47,5% en las niñas. Así mismo, la distribución para las condiciones de normalidad y depresión tienden a semejarse, pues muestran un porcentaje mayor en las niñas 42,5% y un 35% en los niños.

Otra tesis, sustentada por Brenes, Castro y Pinto (1988) con el título: *Mujer y Depresión*. La muestra fueron 15 participantes. Los resultados arrojaron que el 95% de las mujeres mostró inhibición en las acciones y falta de asertividad; no asumen un rol activo en su vida, no tienen metas definidas, por lo que son más propensas a tener depresión.

Teorías y modelos explicativos de la depresión

Existen diversas teorías que tratan de darle una respuesta a la depresión, entre las que se menciona a (Muñoz, 2002), quien expone que no todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad, hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión, entre las que destacan las teorías conductuales, las cognitivas y de la depresión. Se tomará como base para esta investigación las teorías cognitivas.

Teorías conductuales de la depresión

El modelo conductual sugiere que la depresión es, fundamentalmente, un fenómeno aprendido, relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno, por ejemplo, relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas, las emociones y las relaciones.

Dichos factores se entienden como recíprocos. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.

Dado el amplio número de enfoques conductuales se expondrá, brevemente, los más relevantes, tales como el enfoque de la disminución del refuerzo positivo, presentado por Lewinsohn, entrenamiento en autocontrol Rehm y el modelo de Nezu y sus colaboradores.

La disminución del refuerzo positivo

La depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Esta teoría indica que ocurre la depresión cuando surge un acontecimiento evocador de depresión, produciendo una disminución de la tasa de refuerzo positivo y aumenta el número de experiencias negativas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas.

Este enfoque de la disminución del refuerzo positivo presentado por Lewinsohn, et al. (1985) propuso varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos), que pueden ayudar a salir de la depresión, tales como: capacidad de iniciativa, competencia social, buscar acontecimientos positivos, ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o bien, en el medio ambiente y un grado alto de apoyo social.

Entrenamiento en autocontrol Rehm (1977)

Dicho autor propuso un modelo de autocontrol para la depresión, donde intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para

manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual.

En el entrenamiento de autocontrol, tal como se desarrolló, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplica pocos refuerzos, mientras que la tasa de autocastigo es elevada.

Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia, a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol, por ello, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

El modelo de Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu y Perri, 1989)

Dichos autores desarrollaron una formulación de la depresión, donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son el déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Dada esta asociación, sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. De acuerdo con la formulación de Nezu, los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo.

Teorías biológicas de la depresión

A pesar de la gran cantidad de investigaciones que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y la patogénesis de la depresión mayor. La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del

cerebro (los neurotransmisores). Las investigaciones se centran fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas, noradrenalina y dopamina, serotonina y la acetilcolina y el sistema nervioso central, junto con cambios profundos del funcionamiento del tallo cerebral, del hipotálamo y las estructuras del sistema límbico.

Teorías cognitivas de la depresión

Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos que puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos, por ejemplo, autoconcepto, atribuciones. Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

La teoría cognitiva de Beck

Actualmente, la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva, propuesta por Beck et al. (1979), según la cual, la depresión es, en gran medida, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno de tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente. En ese sentido, para los terapeutas cognitivos, la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los *esquemas* son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente

el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje mediante la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, por lo que juega un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas.

Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos, tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce que, muy probablemente, los individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad, por ejemplo, confianza, seguridad, amor, que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión:

- 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro
- 2) los pensamientos automáticos negativos
- 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información
- 4) disfunción en los esquemas.

La *tríada cognitiva* (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos, el paciente no se da cuenta de él o de su proceso de interpretación: repetitivos, involuntarios e incontrolables.

Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos, de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave, estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente. El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio.

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son:

- La *inferencia arbitraria* (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye).
- La *abstracción selectiva* (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información).
- La *sobregeneralización* (elaborar una regla general, a partir de uno o varios hechos aislados).
- La *magnificación* y la *minimización* (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento).
- La *personalización* (atribuirse a uno mismo fenómenos externos, sin disponer de evidencia para ello).
- El *pensamiento absolutista dicotómico* (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales que, como se indicó, toman la forma de creencias centrales o “asunciones silenciosas”.

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso, por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo; determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son

importantes para la toma de decisiones. Ejemplos de estos esquemas son: “yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira”, “si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona”. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose, finalmente, la depresión en donde el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas. Juntamente con estas características se han de considerar los problemas de salud física, por suponer, igualmente, una pérdida. Existen situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión.

La base de esta investigación es la teoría cognitiva y los planteamientos de Beck, quien se basa en los procesos, esquemas y cogniciones. Lo que refleja el estudio de la presente investigación en indagar la presencia o no de niveles de depresión y la influencia que tiene este trastorno en el desarrollo espiritual de los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día que asisten en el templo de la localidad de Liberia.

Historia de la depresión

Los primeros aportes históricos de lo que hoy se reconoce como depresión es indispensable conocerlos, así como los métodos que utilizaban y las creencias que tenían de cómo se iniciaba este trastorno, con el propósito de comprender cómo se trata la depresión en la actualidad y saber qué principios la rigen en este momento. Al parecer, el médico griego Hipócrates, siglo IV y V a.C. fue un día a la casa del filósofo Demócrito, quien, según sus amigos, estaba dando señales de desequilibrio mental y lo encontraron seleccionando animales para contemplar las vísceras. En esa ocasión y como queriendo justificar su comportamiento, el filósofo había dicho al médico que él tenía cierto interés en torno de la naturaleza y las causas de la locura; así mismo, habría añadido que deseaba escribir, por lo tanto, había seleccionado el tema de estos

animales, no por desprecio a los dioses, sino para buscar la sede y la naturaleza de la bilis, cuyo exceso atribuía corrientemente la causa de la locura.

En la época de Hipócrates, la bilis, tanto amarilla como negra, era considerada estrechamente vinculada con la anomalía del comportamiento, pudiéndose distinguir por ejemplo, el temperamento colérico y el temperamento melancólico, según como prevaleciera uno u otro fluido. Por lo demás, la bilis amarilla y la bilis negra, junto con la sangre y la flema, ya eran consideradas como los humores fundamentales del organismo humano, capaces de asegurar la salud física y psíquica del individuo, mientras se mantuvieran entre sí, en perfecto equilibrio y armonía. En particular la bilis negra o atrabilis se describía como un fluido denso, frío, oscuro e irritante, se creía que su sede estuviese en el bazo y que podía producirse también por evaporación de la parte acuosa de los otros humores. Era considerada similar a la tierra, también seca y fría, además se relaciona con el otoño y con la edad presenil. Cuando la bilis negra hubiese tomado la delantera sobre los demás fluidos, podía salir de su sede natural, inflamarse, corromperse y, finalmente, oscurecer la mente. La melancolía producida por exceso y alteración de un humor corpóreo, presentaba, ante todo, síntomas psíquicos, tales como tristeza, temor, falta de apetito, malestar del sueño, alucinaciones y delirios.

Para Hipócrates, la terapia de la melancolía consistía en reponer el humor en abundancia, en equilibrio armonioso en los otros tres. Con este objetivo, aconsejaba un régimen higiénico-dietético adecuado, no separado, sobre todo, en el caso de pacientes que colaboran poco, con el uso de fármacos (como el eléboro o la mandrágora), que debido a sus propiedades purgativas y eméticas pudiesen eliminar el exceso de atrabilis o bilis negra. Generalmente, recogían dichas hierbas con particulares precauciones y rituales, debido a las valencias simbólicas que todos les atribuían.

Para la segunda mitad del ochocientos, no se notan particulares progresos en lo que se refieren al tratamiento de la depresión. En la terapia, junto con medicamentos ya conocidos como (arsénico, estricnina, estrofantó, etc.), se emplea también nuevos fármacos como los anestésicos o los primeros hipnóticos producidos al final del siglo. También, se utiliza algunas técnicas que habían aparecido en la medicina, a saber: el magnetismo animal, el hipnotismo y la electroterapia.

Freud (1856-1939) elaboró una interpretación psicodinámica de la depresión. En: *Luto y Melancolía* (1917) subrayó de qué modo esas dos condiciones estuviesen mancomunadas por la pérdida de un objeto de fuerte resonancia emotiva por introyección de sentimientos negativos no resueltos.

Melanie Klein (1882-1960) consideró la experiencia depresiva como una fase fundamental en el desarrollo del niño. La psicoterapia (del psicoanálisis a la terapia contemporánea) se propuso en la primera mitad del siglo XX como tratamiento innovativo en el tratamiento de la depresión, considerando también los escasos resultados logrados por la contemporánea psiquiatría biológica. Alrededor de la mitad del siglo XX comenzaron a emplearse dos tratamientos que se revelaron particularmente eficaces frente a la depresión: la terapia electroconvulsiva y los psicofármacos.

La primera fue introducida por la psiquiatría en 1938, por medio de Ugo Cerletti (1877-1963). Se difundió rápidamente en los principales países occidentales. En lo que se refiere al segundo tratamiento, a finales de los años cincuenta, se introdujo en la terapia los “antidepresivos tricíclicos” y siguió el descubrimiento de las “benzodiazepinas”. Junto con las terapias psicofarmacológicas, en los últimos años se desarrolló varias teorías sobre la

génesis de la depresión, los cuales ponían en evidencia el papel determinante de los neurotransmisores (Urteaga, 2004).

Las investigaciones y los estudios que éstos y otros personajes realizaron referentes a la depresión, muestran la importancia y las implicaciones que ha tenido este trastorno por muchos siglos de la historia. Al encontrar todos los métodos que se utilizaba para brindar una mejoría en la condición de las personas que estaban sufriendo este mal, se demuestra que la ayuda dada a los pacientes que estaban pasando por periodos depresivos era fundamental para dar un alivio y ofrecer técnicas que llegaran a cumplir lo que se espera y lo que por muchos años se ha investigado, lo cual es mejorar la calidad de vida de la persona que está atravesando por estos momentos y a quienes le rodean.

Ética en la investigación

Esta investigación tiene como principio ético respetar la individualidad de los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, los cuales participaron voluntariamente en ella. Se respeta su confidencialidad. Al igual que la beneficencia, cuyo concepto es tratar a las personas de una manera ética. Implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación. En este sentido, se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles de las personas que colaboraron con esta investigación.

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento consciente, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación. Los datos y análisis de éstos, han sido llevados bajo el consentimiento de las personas que participaron, así como los instrumentos utilizados para la recolección de datos. Así se logró proporcionar la información del sujeto para entender, en función de la inteligencia, el razonamiento y el lenguaje en las capacidades de las personas. Ha sido necesario explicar a los involucrados en esta investigación, que existen riesgos, o que, en algún momento, las personas no deseen seguir participando, ya se requiere de datos e información que algunos no estén dispuestos a brindar, respetándose así la participación.

La depresión

El conocimiento de la depresión, de las repercusiones que en los familiares pueda surgir, los síntomas y las características por las que posiblemente pasen las personas que estén sufriendo, todos éstos y otros aspectos son necesarios que los conozcan, tanto los acompañantes del paciente como el paciente en sí.

La depresión es un sentimiento de tristeza intensa que puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento que pueda desencadenar este estado de ánimo en la persona, por ejemplo, pérdida de trabajo, pérdida de alguna persona significativa, estrés elevado, un suceso violento, embarazo, menstruación, enfermedades, medicamentos, usos de drogas, herencia-genética, entre muchos más. No podemos reducir la depresión a un solo factor. Es el resultado de la coincidencia de varios factores. Tanto en su fase inicial como en su proceso de desarrollo juegan ciertos factores biológicos, históricos, ambientales y psicológicos (crf. Fennell, 1998, 169).

Las personas confunden, a menudo, la depresión con la infelicidad. Muchas veces, escuchamos decir “*me siento deprimido*”, aunque la persona quería decir únicamente que no se siente feliz. Mientras uno no ha experimentado la depresión, no puede darse cuenta de la enorme diferencia entre estar deprimidos y ser infelices. Cuando somos infelices, no obstante, la magnitud de la tragedia que nos ha golpeado, nos mantenemos en contacto con la realidad. Cuando los demás nos ofrecen consolación y amor, podemos sentir, incluso, gratitud por el calor y el apoyo que nos brindan. Pero cuando estamos deprimidos, nos sentimos como excluidos del resto del mundo. La consolación y el amor que nos ofrecen los demás no penetran mediante esta barrera y no nos sentimos ni consolados ni animados. Experimentar una verdadera depresión significa sentirnos como aprisionados en la paz o sofocados por algún material denso, pesado o sepultados en un túnel oscuro. La persona no se interesa en nada y de nadie y no siente esperanza (Kenneth, 2002).

El contenido de este trabajo de investigación se centra en la depresión, una de los trastornos más extendidos, que causan dolor y que son más difíciles de afrontar, tanto quienes lo padecen como quienes los acompañan, sobre todo, sus familiares. Actualmente, el término depresión es utilizado, frecuentemente, dentro de la sociedad. Las personas dicen estar “deprimidas”. Morales (2009), cita la declaración dada por la Organización Mundial de la Salud donde se menciona: “la depresión, es el más común de los desórdenes mentales y afectará al 10% de la población en general en algún momento de su vida”.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) la depresión es un conjunto de síntomas que se manifiesta por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales.

El diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de cinco o más de los siguientes síntomas, siendo obligada la presencia de los dos primeros:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
3. Aumento o pérdida de peso.
4. Agitación o lentitud psicomotriz.
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Sentimientos de inutilidad o culpa.
7. Disminución de la capacidad para concentrarse.
8. Pensamientos recurrentes de muerte.
9. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

Es frecuente que las personas acudan a los centros de salud en busca de ayuda. Hay mayor apertura a la psicología y a las terapias, aunque es recomendable realizar un diagnóstico médico para descartar algún padecimiento físico que pueda desencadenar la depresión, aunque los médicos o psiquiatras prescriben medicamentos que no necesariamente controle todos los aspectos de la depresión.

En la actualidad, cuando los médicos diagnostican depresión prescriben de manera automática un medicamento. Esta es una práctica muy común y puede ayudar a “tratar la depresión”. Puede ayudar también a disminuir el riesgo de suicidio, pero puede no ser el pasaje para una vida libre de ella. En otras palabras, el medicamento *puede tratar los síntomas, pero puede pasar por alto las causas subyacentes* (Nedley, 2006).

Por definición, la depresión mayor incluye una combinación de síntomas, pero el diagnóstico de síntomas no identifica la *causa* de la depresión. Para encontrar una solución a largo plazo, es necesario identificar las causas de la depresión y tratar cada una de forma

sistemática. La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Algunos factores que pueden causar o aumentar el riesgo de sufrir depresión

Factores relativos a la alimentación

Los ácidos grasos Omega-3 tienen muchos efectos beneficiosos que van desde la prevención de enfermedades cardíacas hasta propiedades antiinflamatorias. Una alimentación con bajo contenido de Omega-3 aumenta el riesgo de depresión. Existen dos tipos de grasas que son abundantemente esenciales para nuestra dieta: los ácidos grasos Omega-3 y los ácidos grasos Omega-6 los cuales se encuentran en abundancia en muchos alimentos, por eso, es extremadamente raro que se desarrolle problemas físicos o mentales, debido a una falta de Omega-6. Los ácidos grasos Omega-3 no son tan abundantes, por lo que es más común advertir efectos adversos de una dieta baja en Omega-3.

Cuanto más bajo sea el nivel de Omega-6, más alto será el índice de depresión. Podemos obtener los beneficios de los ácidos grasos Omega-3 de una dieta vegetal llamada “ácido linoleico”. Una cierta cantidad de vegetales tiene un alto contenido de Omega-3 y puede satisfacer todas las necesidades de esta grasa esencial que el cuerpo requiere, algunos de estos alimentos son: aceite de semilla de lino, nueces negras, semillas de ajonjolí, fresas, arándanos, bananos, manzanas, entre otros.

Factores sociales

Algunos son la separación de los padres, las personas que han sido víctimas de abuso sexual tiene un mayor riesgo de sufrir depresión. Los acontecimientos graves o estresantes como la muerte del cónyuge, la pérdida del empleo pueden desencadenar la depresión. Las personas que

tienen “codependencia” hacia otra persona, es decir; *dependencia extrema o enfermiza de los demás*. Las personas con adicciones.

Consideramos que este es un factor importante, ya que hay personas que “cargan” con situaciones del pasado (como separaciones, divorcio de los padres, violaciones u otros) que afectaron fuertemente su vida y hasta su personalidad, y esto los hace más susceptibles a que las situaciones actuales les hagan retomar lo que han sufrido y, posiblemente, no se percaten de la relación que hay de lo que han pasado y lo que en este momento puedan sufrir, esto hace que el episodio depresivo pueda ser más severo.

Factores médicos

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.^[11] En algunas familias, la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Este es un factor fundamental: conocer la historia de vida del paciente, si en su familia hay herencia a padecer de este tipo de trastorno u otro similar y si tienen algún tipo de estudio médico.

Factores invariables

Incluye los aspectos de la edad, sexo, antecedentes familiares de depresión. (Nedley, 2006): menciona que “las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión”.

Un escritor menciona la relación tan estrecha que tienen el cuerpo con la mente y el enfoque espiritual del cuidado que hay que tener en la mente.

Muy íntima es la relación entre la mente y el cuerpo. Cuando una está afectada el otro simpatiza con ella. La condición de la mente influye en la salud mucho más de lo que generalmente se cree. Muchas de las enfermedades son el resultado de la depresión mental. Las penas, la ansiedad, el descontento, remordimiento, sentimientos de culpabilidad, y desconfianza, menoscaban las fuerzas vitales y llevan al decaimiento y a la muerte (Ellen. G.White.Estate,Inc, 1959).

Algunos ejemplos bíblicos de personajes que sufrieron episodios depresivos

En la Biblia encontramos ejemplos de grandes profetas, reyes y personas que sufrieron síntomas de depresión y la forma en que lograron superarla al tener un encuentro con Dios. Es de conocer, entonces, que las personas que confían en Dios puedan pasar por episodios depresivos, que en algunos momentos su fe caiga y no necesariamente quiera decir que están desconfiando de su Creador. Una cita bíblica hace mención del momento en el que el profeta Elías estaba desanimado, se encuentra en 1 Reyes 19:4 *“El se fue por el desierto un día de camino, y vino y se sentó debajo de un enebro; y deseando morirse, dijo: Basta ya, oh Jehová, quítame la vida, pues no soy yo mejor que mis padre”*.

La depresión del profeta había alcanzado su grado máximo. En la hora de victoria en el monte Carmelo, se había exaltado hasta los cielos. Ahora, al recordar lo que le había sucedido solo unos pocos días antes, su ánimo llegó a la más profunda depresión. Deseó morir. Su sufrimiento fue una reacción ocasionada por una gran tensión. Es lo que se experimenta, a veces, después de que el alma es exaltada hasta las alturas de la gloria y de la victoria; lo que suele venir después de un gran reavivamiento religioso, cuando el alma cede ante el desánimo y la depresión que provocan las pruebas de la vida diaria.

Es bueno recordar que nadie en este mundo puede morar para siempre en la cima de

la montaña. La senda de la vida, a veces, desciende por el valle, donde las penalidades y los desengaños son los factores inevitables de la existencia. Es fácil estar feliz y animado cuando nos va bien en todo sentido, pero no es tan fácil cuando decae el ánimo y parece que todo el mundo quisiera deprimírnos. Es entonces cuando uno más necesita aferrarse de Dios para no abandonarse a la duda y a la desesperación. Cuando estemos en la hondonada, elevemos la vista y subamos de nuevo a las alturas (Ampuero M. V., 2010)

Lo que indica que no excluye que los cristianos que tengan muchos o pocos años de serlo, sientan, en algunos momentos por diferentes circunstancias: angustia, temor, miedo a la muerte y depresión, como sucedió con Elías. Continuando con lo que experimentó Elías,

White menciona “El que había mantenido su confianza en Jehová a través de los años de sequía y hambre, el que había estado intrépidamente frente a Acab; el que durante el día de prueba había estado en el Carmelo delante de toda la nación como único testigo del Dios verdadero, en un momento de cansancio permitió que el temor de la muerte venciese su fe en Dios. Y así sucede hoy cuando estamos rodeados de dudas y las circunstancias nos dejan perplejos o nos afligen la pobreza y la angustia, Satanás procura hacer vacilar nuestra confianza en Jehová. Entonces es cuando despliega delante de nosotros nuestros errores y nos tienta a desconfiar en Dios, a poner en duda su amor. Así espera desalentar el alma, y separarnos de Dios” (Ellen.G.White.Estate,Inc., 1957)

Moisés, el líder que se quería morir

Moisés, el hombre escogido por Dios para ser guía del pueblo de Israel. Este gran hombre de fe, un verdadero modelo de quien se dice que «se sostuvo como viendo al Invisible», experimentó la depresión con gran intensidad hasta el punto de querer morir. Cansado de la

desobediencia y las quejas constantes del pueblo, abrumado por el peso de la responsabilidad, sintiéndose muy solo y agotado, su espíritu desfallece:

«Y dijo Moisés a Dios: ¿Por qué tratas mal a tu siervo? y ¿por qué no he hallado gracia en tus ojos, que has puesto la carga de todo este pueblo sobre mí? ...No puedo yo solo soportar a todo este pueblo que me es pesado en demasía. Si vas a tratarme así, yo ruego que me des muerte, si he hallado gracia a tus ojos; y que yo no vea mi desventura» (Números 1:11-15)

Los síntomas de la depresión que estaba experimentando Moisés, según (Martínez, 2010)

En una etapa inicial Moisés interpela a Dios y parece que le pide cuentas por su forma de actuar, incluso, le reprocha que le llamara a esta tarea. Abundan los «por qué» que reflejan la protesta y la confusión del gran líder. Hasta cinco preguntas le formula Moisés a Dios, preguntas con un contenido netamente depresivo. Moisés se siente perjudicado y maltratado, sentimientos típicos de la depresión cuando la mente distorsiona los hechos, y ve la realidad mucho peor de lo que es.

Moisés necesita verter libremente todo lo que hay en su corazón. Es una protesta terapéutica, porque la libre expresión de pensamientos y emociones tiene un notable efecto liberador. Es como una descarga del peso que le oprime. Moisés no puede contenerse. Necesita vaciar el enojo y la frustración contenidos en su corazón. Las palabras de Moisés y, sobre todo, su forma y tono, revelan irritabilidad, otro síntoma habitual en la depresión.

Es llamativo que Moisés, considerado *«el hombre más manso de toda la tierra»* (Números. 12:3) llegue a este extremo de irritabilidad. El hastío y las palabras duras, casi agresivas, contra el pueblo, nos revelan a un hombre cansado, decepcionado, sin fuerzas para seguir adelante. La descarga de Moisés llega a su máxima intensidad en Números 11:12: *«¿Concebí yo a todo este pueblo? ¿Lo engendré yo para que me digas: Llévalo en tu seno,*

como lleva la que cría al que mama?» Moisés deja entrever el deseo de abandonarlo todo. Hoy diríamos que le presenta su dimisión a Dios. Sin embargo, en el versículo siguiente, la descarga emocional empieza a dar sus frutos y ya es capaz de articular una queja más razonada y concreta: « *¿De dónde conseguiré yo carne para todo este pueblo?»* (Números 11:13).

Por tanto, como Moisés tiene una gran necesidad de vaciar su corazón, presentarle a Dios sus cargas. No podemos, sin embargo, omitir un hecho importante: Moisés no se queja de o contra Dios, sino a Dios. Aun en medio de su depresión, le habla a Dios desde una posición de sumisión y lealtad. No es pecado decirle a Dios cómo nos sentimos, aunque nuestra protesta sea tan enérgica como la de Moisés. El pecado radica, más bien, en la amargura de corazón acumulada tras meses o años de silencio. Silenciar nuestras cargas y dudas es un excelente caldo de cultivo para las crisis de fe.

Otro síntoma típico de la depresión son los pensamientos distorsionados. La manera de razonar, sentir y percibir la realidad se altera profundamente en el sentido de verlo todo desde una óptica pesimista y sin esperanza. Estos pensamientos negativos son característicos de la depresión y los vemos con gran claridad en este pasaje. Moisés, confundido por su visión depresiva, erraba en su valoración de Dios y en la evaluación de su trabajo. En cuanto a Dios, pensaba que le había abandonado e, incluso, que quería perjudicarlo. En cuanto a sí mismo, se sentía un fracasado. La crisis va a ir creciendo hasta culminar en Números 11:15 con las ideas de muerte: «*Yo te ruego que me des muerte*».

Es un proceso que tiene su lógica. Las ideas de fracaso, de inutilidad e, incluso, de culpa injustificada, llevan a Moisés a sentirse como en un callejón sin salida, en el que solo la muerte parece una liberación. Primero Moisés dirigió su hostilidad (queja) contra Dios; luego, contra el pueblo, y termina contra sí mismo. La tensión se había hecho insoportable. Moisés ha perdido su autoestima, hecho clave en toda depresión, y ello conlleva la pérdida de esperanza. Ante esta

situación, la única salida que ve es la muerte. Puesto que no hay luz por ninguna parte, lo mejor es desaparecer. Moisés no veía ninguna salida de su túnel.

Algunas personas con depresión grave pueden tener una experiencia similar a la de Moisés en cuanto al deseo de morirse. No olvidemos, en estos casos, que las ideas de suicidio en la depresión son la consecuencia de una mente enferma, que es incapaz de pensar nada positivo. En este punto, empezamos a entender que la depresión es, muchas veces, una verdadera enfermedad que afecta a la mente, los sentimientos e, incluso, la voluntad de la persona.

La respuesta de Dios para Moisés

Es necesario examinar un aspecto crucial del pasaje que es también clave para un adecuado tratamiento del deprimido: ¿Cómo actúa Dios? Veamos la respuesta que le da a Moisés:

Reúneme setenta varones de los ancianos de Israel, que tú sabes que son ancianos del pueblo y sus principales. Y tráelos a la puerta del Tabernáculo y esperen allí contigo. Y yo descenderé y hablaré allí contigo y tomaré del espíritu que está en ti y pondré en ellos. Y llevarán contigo la carga del pueblo, y no la llevarás tú solo Números 11:16-17

En el momento necesario, cuando Moisés no puede más y desea la muerte, surge la palabra balsámica del médico supremo. Dios sabía bien la causa del estado de Moisés y la respuesta viene de la manera más adecuada. Dios le provee a Moisés de lo que más necesitaba: Comprensión de parte de Dios, no censura a Moisés por su depresión ni le trata ásperamente, ni una palabra de reproche sale de la boca del Señor. La comprensión sustituye a la reprensión.

Ayuda práctica

Dios provee una salida. La respuesta de Dios no se limita a comprender a su siervo deprimido, sino que es sumamente práctica. Le proporciona la ayuda más asequible para que Moisés pueda salir de la depresión. El estado emocional de Moisés era muy parecido a una

ciudad asediada por el enemigo. Lo más urgente es encontrar una salida que alivie este cerco. El trato amoroso y delicado de Dios surtió efecto. Moisés pudo salir del valle oscuro de la depresión. Los acontecimientos posteriores de su vida muestran que esta crisis no fue estéril. Sin duda, Moisés pudo aprender valiosas lecciones de esta dolorosa experiencia. En (Hechos 1:26-27), revela dos de los grandes secretos de la fe de Moisés: “Tenía la mirada puesta en el galardón” y “Se sostuvo como viendo al Invisible”. Esta doble expresión de la fe de Moisés es la columna que le permitió asirse de Dios en la hora oscura de su depresión. Es la misma columna que todo creyente tiene a su alcance (Martínez, 2010).

Causas de la depresión

Los factores que influyen en que una persona pueda ser susceptible a padecer depresión son tanto factores endógenos (la persona se deprime sin existir una causa interna) y exógenos (cuando hay una causa externa), además del efecto que tiene el entorno en el que crecimos. Las causas según Saludalia son los factores psicosociales y según Zúñiga lo que más influyen en la depresión son la familia y los factores de personalidad, epidemiología y los asuntos irresueltos del pasado. A continuación se dará la explicación de éstas causas.

Los factores psicosociales

Los factores relacionados al entorno y la capacidad del individuo para responder a las demandas. Es una de las explicaciones que también se le da al origen de la depresión. En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, hay que considerar, aparte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí.

Según (Saludalia, 2006) Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

La familia

Algunos trabajos indican que las malas relaciones en la familia, cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, permanecen tras su recuperación; este grado de psicopatología en la familia puede afectar la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes vinculados con ese ámbito.

Factores de personalidad

Todos los seres humanos, cualquiera que sea su personalidad, pueden deprimirse y, de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos perfiles (dependiente, obsesivo-compulsivo o histérico) presentan un mayor riesgo de depresión que los antisociales, paranoides o grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna.

Las personas con una opinión pobre de sí mismas, o que consistentemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien, que se dejan embargar por las presiones, son más propensas a la depresión.

Epidemiología

El trastorno depresivo mayor presenta una prevalencia estimada de 15% en los hombres y en las mujeres puede alcanzar 25%. Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que este trastorno tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Algunas hipótesis para explicar estas diferencias son los factores hormonales, los efectos del parto y los diferentes agentes de estrés psicosocial para las mujeres respecto de los hombres.

Consideramos que por las distintas actividades que realizan las mujeres y, especialmente, las mujeres solteras con hijos, tiendan a padecer más de depresión, muchas de ellas trabajan fuera de casa, tienen que cuidar a sus hijos u otros familiares, tienen problemas económicos y algunas de ellas con historias de vida con episodios traumáticos.

Asuntos irresueltos del pasado

Una depresión es el resultado de acarrear numerosas situaciones afectivas mal resueltas, tales como duelos o peleas con nuestros padres durante nuestra infancia, conflictos con exparejas y amigos, donde no se ha logrado expresar abiertamente nuestras necesidades emocionales y puntos de vista. Ese cúmulo de vivencias que no cerraron adecuadamente persiste en el inconsciente como una carga pesada que va succionando la energía y vitalidad de la persona. La

depresión es una manera inadecuada de querer cerrar esa situación abierta. Por ello, es fundamental aclarar y resolver aquellas situaciones pasadas que sentimos irresueltas, cuando se conversa, confronta y expresa lo que se siente con las personas involucradas en cuestión, es una forma eficaz de limpiar estas heridas emocionales abiertas (Zúñiga, 2003-2004).

La depresión en las diferentes etapas de la vida

La depresión afecta a todas las edades y cada una de las etapas de la vida tiene sus características de cómo se presenta en un niño, un joven, un adulto y un adulto mayor, por esto, se realizará la descripción de cómo afecta la depresión en cada etapa de la vida.

La depresión en los niños

La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño. Otro ámbito del medio que influye poderosamente sobre el comportamiento depresivo infantil es la escuela. Es cierto que la disminución en el rendimiento escolar es una de las primeras señales indicadoras –que casi nunca falta- de la posible aparición de un cuadro depresivo en la infancia.

Pero lo que podría tomarse como causa también puede ser su consecuencia. Quiere esto decir que el fracaso escolar no necesariamente está causado por la depresión, sino que también puede ser un síntoma de este. De este modo, el fracaso escolar, las dificultades del aprendizaje y la disminución del rendimiento pueden ser causa y consecuencia de las depresiones infantiles, manifestación de estas y factor que las suscita.

El desorden depresivo no se presenta en idéntica forma en los niños y los adultos.

Según Polaino-Lorente (1988) se refiere a la depresión infantil: en que se muestra

en forma enmascarada mediante ciertos síntomas como la agresividad, la irritabilidad, el descenso en el rendimiento académico, etc. A menudo, esta sintomatología se asocia con quejas de tipo somático, como dolores de cabeza, pérdida de apetito, etc.

La familia es el entorno más inmediato del niño, en donde debe sentirse seguro, experimentar protección y, además, recibir los cuidados básicos, sobre todo, es el lugar donde se establecen los vínculos afectivos. Al inicio del desarrollo evolutivo, es decir, de 0 a 3 años, los niños requieren establecer con la madre una relación significativa denominada “apego”. Un adecuado apego garantizará una buena integración social y personal del niño, mientras que un apego inseguro se relaciona con varios tipos de problemas de conducta y también con la depresión.

Conforme el niño va creciendo, es importante que mantenga una relación saludable con los padres, en la que se preste especial atención a la construcción de una adecuada autoestima. Asimismo, se debe incentivar en él la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración. Todos estos elementos permitirán la prevención primaria de la depresión infantil. La escuela es el segundo ambiente en donde el niño interactúa. Por lo tanto, si se siente seguro y contento en ella, podrá desarrollarse en forma saludable. Por el contrario, si experimenta estrés, bajo rendimiento, problemas conductuales, falta de apoyo o amenazas por parte de sus compañeros, es probable que ingrese en estados depresivos.

Signos de alarma

- Un niño que era alegre, se vuelve triste, llora constantemente y está malhumorado.
- Un niño que era seguro de sí, se vuelve inseguro.
- Un niño que era sociable y disfrutaba del juego, se vuelve insociable, prefiere estar y jugar solo.

- Un niño que era cariñoso, se vuelve huraño y desconsiderado.
- Un niño que era dócil y obediente, se vuelve difícil.
- Comienza a dormir más, menos o más irregularmente que antes.
- Come mucho más o mucho menos que antes.
- Se siente más cansado.
- Tiene mucho más problemas para concentrarse en lo que hace.
- Disminuye su rendimiento escolar.

El enfoque evolutivo plantea que en los niños menores (menos de 7 años), los síntomas se presentan en forma menos definida y son más efímeros que en los mayores. Antes y aún a los siete años, los pequeños se encuentran en el estado pero-operacional, caracterizado por evaluaciones hechas en términos absolutos y basadas en las acciones, más que en las propias cogniciones; tienden a concebirse con base en lo que poseen, hacen y según la apariencia física de sus cuerpos, con una concepción inestables de sí mismos, con acciones y factores físicos transitorios.

Aquí su estado de ánimo tiende a ser inestable, y a estar muy ligado al contexto donde se mueve. Varios autores Brumbrack y Weinberg (1977, citado por Lutz, 1992). señalan que las principales alteraciones detectables en niños deprimidos menores a siete años, giran en torno del componente afectivo, con manifestaciones tales como: tristeza, llanto fácil, ausencia de interés o placer, aislamiento, rencor, indefensión y algunas alteraciones en el dormir y comer. Los infantes son descritos como no responsivos, inmóviles, desatentos y teniendo trastornos en el comer y el dormir.

Al pasar al estadio de las operaciones concretas entre los siete y ocho años hasta los 10 años, donde sus evaluaciones están basadas en la comparación con los otros, las concepciones de sí mismo en términos de factores más personales y significativos, así como más estables y permanentes.

Pasa a concepciones psicológicas más allá que lo material. Así, el niño de esta edad es capaz de experimentar una pérdida en la autoestima como resultado de los fracasos, que puede acompañarse de un afecto depresivo más duradero. Ahora, la depresión se caracteriza por la presencia de una autoimagen negativa, auto-reproche y autocrítica excesivas. En la medida que el niño asienta su capacidad para hacer atribuciones basadas en cualidades personales y buscando estándares de comparación para evaluar su desempeño, alrededor de los 10 años, es capaz de experimentar culpa, sentimiento de minusvalía y desvalimiento, cuando su desempeño escolar se encuentra por debajo de otros, vivencia el fracaso en una forma de limitación estable y duradera.

Se encuentra aquí la auto-culpa, que es el componente que sobresale en las depresiones en niños de 10 a 12 años. A esta se le agrega una pérdida de interés más profunda, problemas más severos en el dormir y el comer, deseos de morirse, por portarse mal y una combinación de ira con tristeza/aislamiento. Finalmente, entrando en la adolescencia, a la vez que se acentúa la autoconciencia, son consideradas más claramente las perspectivas futuras con respecto al resto de la vida, una nueva condición adquirida. Se pronuncian los sentimientos de desesperanza en la depresión que ocurre en esta etapa de niñez tardía e inicio de la adolescencia.

En una revisión de investigaciones realizadas alrededor la sintomatología presente en la depresión infantil, se encontró algunas características presentes a lo largo del estudio de indicadores. Entre estos indicadores se encuentran: la tristeza o disforia, auto-imagen negativa, culpa, ira, auto-desaprobación, agresividad, aislamiento, auto-reproche, escasa o excesiva energía, alteraciones en el comer y dormir y problemas escolares diversos, señalaron Brumbrack y Weinberg (1977, citado por Lutz, 1992) según menciona (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005):

Además, gran cantidad de estudios han evidenciado que la depresión infantil se asocia, frecuentemente, con trastornos de conducta, diversidad de quejas somáticas y, en menos

proporción, con ansiedad. Estudiaron los patrones complejos de las emociones. Ellos consideran que el núcleo emocional común está constituido por la tristeza, la hostilidad dirigida hacia dentro y vergüenza o timidez, las que pueden ser acompañadas por otras. Estudiaron las diferencias por género al experimentar la depresión, encontrando que, en términos generales, la tristeza fue la característica predominante en el caso de la depresión en niñas, mientras que en los varones, se caracterizó por la ira y la hostilidad dirigida hacia afuera.

Las niñas deprimidas se asemejaron más a los adolescente y adultos, en la cantidad de temor y timidez reportados, en tanto, los varones mostraron menos tristeza, pero más hostilidad dirigida hacia el afuera. Congruente con esto, otro estudio con niños de II a VII grado, encontró que, en el caso de los varones, las condiciones asociadas con la depresión fueron problemas de conducta e impopularidad. Lo que se presentaba también, pero además se agregaba un factor de quejas somáticas.

En una evaluación con maestros, padres y clínico, al analizar la conducta del niño o niña depresiva, se encontró que los maestros lo catalogan o definen como ansiosos(as), introvertidos(as) y rehúyen las tareas, en tanto las madres y los padres los percibían como menos competentes socialmente, en tanto los clínicos percibían un afecto global disminuido.

Ling y asociados, cita Kashani et al. (1981, citado por Lutz, 1992) citados por (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005) consideran que para hablar de depresión debe estar presente un cambio reciente en el comportamiento, ausencia de otro trastorno mental y la presencia de al menos cuatro de las siguientes 10 características:

- 1.- cambio significativo en el estado de ánimo.
- 2.- aislamiento social.
- 3.- pobre desempeño escolar.
- 4.- alteraciones del sueño.
- 5.- comportamiento agresivo no presentado previamente.
- 6.- auto-desaprobación e ideas de persecución.
- 7.- carencia de energía.
- 8.- quejas somáticas.
- 9.- fobia escolar.
- 10.- pérdida de peso o anorexia.

En niñas y niños pre-puberales se puede presentar la ansiedad de separación y los temores que la acompañan. Mientras que el insomnio está asociado con la depresión en la adolescencia, junto con el malhumor, el aislamiento de las actividades sociales y resistencia a cooperar con las labores familiares e, incluso, puede presentar descuido e inatención al trabajo escolar y a la apariencia personal. Además, se conoce que la depresión es una causa mayor o importante del fracaso o la deserción escolar en adolescentes normales e inteligentes.

Según (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005): “Actualmente se considera que la prevalencia de depresión en los adolescentes va de un rango de 2 a 6 % en la población general, hasta un 50 – 60 % en las poblaciones de internos(as) psiquiátricos(as)”

Criterios específicos de depresión

En adultos y adolescentes, el desarrollo de criterios específicos de depresión ha aumentado la confianza diagnóstica. Los criterios para uso específico en niños y adolescentes, partiendo del Manual de Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales, según menciona (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005) son los siguientes:

1.- Estado de ánimo deprimido

Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días. En los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico como sentirse malo, malhumorado e irritable y no necesariamente triste. En los niños puede ser un estado de ánimo irritable. El estado de ánimo y el afecto parecieran ser más influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos(as).

2.- Anhedonia

Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo. En los adolescentes, la anhedonia se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades recreativas, así como en el cambio

de relaciones interpersonales con sus pares. Es muy frecuente que los adolescentes sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no lo logran hacerlo ahora. Una anhedonia total es muy difícil encontrar en un adolescente, pero sí reportan, con frecuencia, el cambio de intereses y de placer. En relación con la interacción social, los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos(as) a grupos menos aceptados por las madres y los padres.

3.- Pérdida o ganancia de peso

Cambios en el apetito y el peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos(as), y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y sus madres y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura. En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.- Insomnio o hipersomnio

Para entender los cambios en los patrones de sueño en los adolescentes, es importante conocer sobre los patrones de sueño de los adolescentes normales. Éstos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana y duermen más de la cuenta durante los fines de semana. El insomnio medial y terminal es poco frecuente en adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia.

5- Agitación o retardo psicomotor

Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no solo un sentimiento subjetivo del joven. En ellos, esta información es difícil de obtener, si uno no conoce al adolescente en su estado no depresivo y si la madre o el padre tienen dificultad para atribuir el cambio a algo más que ser algo normal.

6.- Fatiga o pérdida de energía

Los adolescentes pueden confundir la fatiga y la pérdida de energía con otros síntomas de depresión y con sueño. Debe establecerse una diferencia entre la “pereza “de realizar los quehaceres domésticos y las actividades placenteras y no se deben confundir entre sí, la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aún con suficiente sueño. Una queja constante de los adolescentes es “estoy aburrido”, que incluye a ambos o a cualquiera de los dos.

7.- Sentimientos de Inutilidad o de culpa

Excesivos o inapropiados casi cada día (No los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Los adolescentes frecuentemente externalizan sus sentimientos con expresiones como que los tienen de encargo.

8.- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o indecisión.

Este es uno de las medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad para hacer preguntas sobre el rendimiento escolar, cuando el paciente no es capaz de reportar la identificación de su pensamiento, cavilaciones o síntomas semejantes. Las clases proveen un espacio finito de tiempo en el cual hacer la tarea. Un adolescente, quien previamente era capaz de terminar su trabajo durante el período de clase permitido, cuando está deprimido(a), es incapaz de completar los trabajos, llevándolo a aumentar las tareas por llevar a casa por el trabajo incompleto de la clase. Puede durar horas largas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte

(No solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Como en los adultos, si se les pregunta, directamente, admiten los deseos de morirse y articulan planes e ideación suicida específica. El peligro en los adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a percibir como una mayor catástrofe lo que un adulto

llame un evento menor. Más difícil para evaluar en un adolescente es la preocupación con la muerte y los temas mórbidos. Algunas madres y padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos cinco de estos síntomas presentes durante el período de dos semanas, con al menos uno de los síntomas, sea humor depresivo o pérdida de interés o placer. El primer fracaso al diagnosticar la depresión en las y los adolescentes es la falla en entrevistar directamente a las y los adolescentes sobre la presencia o ausencia de tales síntomas específicos y la tendencia de tomar el valor.

La depresión en los adolescentes

Para el diagnóstico de los trastornos afectivos en general, se utiliza los criterios de CIE-10, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, correspondiente a la adaptación en español y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995). Pero, aun siendo la sintomatología muy similar a la del adulto, las manifestaciones son diferentes. Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión en los adolescentes

- Problemas escolares.
- Depresión en los padres, lo que posiblemente desencadena depresión en los hijos.

- Experiencias de pérdidas o estrés, incluye fallecimiento de seres queridos (padres), soledad, cambios en el estilo de vida (cambio de país) o problemas en las relaciones interpersonales (amigos).
- Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, centro escolar, familia, trato diferente por la raza).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado.
- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas
- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo que causa depresión, cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
- Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de la depresión en el adulto.

La depresión de los adultos mayores

La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer actividades que quedaron postergadas, mientras uno criaba a los hijos y desarrollaba su carrera. Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos y la incapacidad para participar en

actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida, debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima que, a su vez, conducen al aislamiento social y la apatía.

Algunos cambios corporales naturales asociados con el envejecimiento pueden aumentar el riesgo de que una persona experimente depresión. Estudios recientes sugieren que las bajas concentraciones de folato en la sangre y el sistema nervioso pueden contribuir a la depresión, el deterioro mental y la demencia. Los investigadores también sospechan que puede existir una relación entre la aparición de la depresión en la vejez y la enfermedad de Alzheimer.

Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio. Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial, aquellas con discapacidades o que están confinadas a hogares de ancianos (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005).

Las características de cada adulto mayor va a indicar la presencia o no de depresión, por

ejemplo, aquellas personas que han tenido durante toda su vida mucha actividad física, o que han trabajado en alguna institución por muchos años, cuando viene la jubilación y el estar en casa y buscar algún otro entretenimiento hace que, por tener tanto tiempo, se sientan “inútiles” y no sepan nuevas actividades por hacer. Algunos pueden presentar depresión, es por eso que el apoyo de las personas que le rodean es fundamental, para hacerle sentir que aún puede aportar mucho y que son valiosas las actividades que realicen.

Según estudios realizados por (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005):

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial para identificar si no existe alguna enfermedad o que, tal vez por el efecto de medicamentos, la persona tenga episodios depresivos y realizar una exhaustiva entrevista y conocer si hay alguna situación como un proceso de duelo, la pérdida de empleo o algún tipo de maltrato de cualquier forma que esté afectando su estado de ánimo.

Entre las enfermedades que pueden propiciar episodios depresivos están:

Diagnóstico Diferencial

Trastornos psiquiátricos, Trastornos de ansiedad, Reacciones de adaptación, Duelo, Psicosis, Otros trastornos afectivos (bipolar, orgánico). Condiciones médicas con síntomas similares a la depresión o que pueden causar depresión:

Metabólicos y endocrinológicos:

Trastornos electrolíticos, Insuficiencia renal, Porfiria aguda intermitente, Enfermedad de Wilson, Metales pesados, Hipotiroidismo e hipertiroidismo, Enfermedad de Addison, Diabetes mellitus, Enfermedad de Cushing, Disfunción paratiroidea.

Trastornos degenerativos/neurológicos:

Enfermedad de Huntington, Lesión cerebral traumática, Accidente vascular cerebral, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer y otros síndromes demenciales.

Enfermedades infecciosas:

Encefalitis, meningitis, Endocarditis, Hepatitis, Mononucleosis, Enfermedades de transmisión sexual: sífilis y SIDA, Tuberculosis.

Enfermedades Autoinmunes:

Fibromialgia, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis reumatoidea.

Enfermedades hematológicas y malignas:

Cáncer de colon, Carcinoma de páncreas, Cáncer de estómago, Tumores cerebrales, Efectos paraneoplásicos de cánceres de pulmón, Anemias.

Enfermedades Gastrointestinales:

Síndrome de colon irritable, Pancreatitis crónica, Enfermedad de Crohn, Cirrosis, Encefalopatía hepática.

Enfermedades cardiovasculares:

Infarto al miocardio, Angina, Cirugía de "bypass" de arterias coronarias, Cardiomiopatías.

Enfermedades pulmonares:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Apnea del sueño.

Algunos Medicamentos que pueden causar depresión:

Acyclovir, Alcohol, Anfetaminas, anfetaminoides, Corticosteroides, Anticonvulsivantes, Barbitúricos, Benzodiacepinas, Bloqueadores beta adrenérgicos, Clonidina, Anticonceptivos orales, Glicósidos digitales, Disulfiram, Enalapril, Levodopa, Metildopa, Metronidazol, Nifedipina, Antiinflamatorios no esteroideos, Fenilefrina, Derivados procaínicos, Reserpina Sulfonamidas,

Teofilina, Tiazidas, Hormonas tiroideas, Trimetoprim sulfametoxazol, Vinblastina, Vincristina, entre otros.

Algunos tratamientos para combatir la depresión

Entre los tratamientos que actualmente se utiliza contra la depresión, están las terapias psicológicas, los antidepresivos (prescritos por un médico o psiquiatra), aunque en algunos casos sea necesaria la combinación de ambos. Y expondremos el uso y cómo funcionan los antidepresivos en el cuerpo.

Es necesario conocer cómo funciona las células del cerebro (denominadas neuronas) se comunican unas con otras enviando señales químicas, llamadas neurotransmisores mediante un espacio entre las células que se conoce como sinapsis. *La depresión se ha vinculado con la deficiencia de alguno de estos cuatro neurotransmisores diferentes: serotonina, norepinefrina, dopamina y epinefrina.* Esta deficiencia de neurotransmisores puede ocurrir debido a una escases de suministro (producción insuficiente o inadecuada de neurotransmisores) o a un exceso de la (demanda de receptores deficientes en las neuronas receptoras, es decir, ya sea un número muy reducido de receptores o de receptores que no funcionan adecuadamente).

La destrucción o reabsorción acelerada de los propios neurotransmisores también puede dar como resultado una disminución de estas sustancias. En cualquiera de estos casos se produce *una alteración del mecanismo de transmisión de mensajes cerebrales que ocasiona una deficiencia en el funcionamiento cerebral.* Independientemente de cuál sea la causa del problema, aumentar los niveles de neurotransmisores puede tratar la deficiencia y mejorar la depresión. Los antidepresivos corrigen la escasez de neurotransmisores.

Los antidepresivos están diseñados para corregir la deficiencia de neurotransmisores *aumentando las reservas de uno o de más de estos importantes químicos cerebrales en el*

organismo. La clasificación de los antidepresivos se basa en la estructura química y en cómo afectan al cerebro los diferentes fármacos. Las tres clases principales de antidepresivos sintéticos recetados son: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Los antidepresivos tricíclicos

Los antidepresivos tricíclicos (AT) aumentan el nivel de norepinefrina en el cerebro. Al comienzo del tratamiento, la mayoría de las personas tienen la boca reseca y sufren somnolencia, razones por las que se recomienda tomar estos medicamentos antes de acostarse. Algunos efectos secundarios son: aumento de peso, mareos, estreñimiento, entre otros.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Es prescrito para pacientes que presentan síntomas específicos como dormir y comer en exceso durante largos periodos, sensibilidad al rechazo y ataques de pánico podría obtener mejores resultados con IMAO. Aunque como cualquier medicamento puede producir efectos secundarios, entre ellos, temblores, mareos, aumento de peso, boca seca, aumento de presión sanguínea, etc.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Indica Nedley (2006) "Son los más nuevos de las tres clases especiales de antidepresivos. *Los ISRS tienden a ser "los antidepresivos de preferencia" debido a sus reducidos efectos secundarios*; sin embargo, pueden ocasionar insomnio, agitación, cefaleas, náuseas y diarrea". Como todo medicamento, tiene sus consecuencias si no se usa adecuadamente, además, estos antidepresivos nunca deben mezclarse y existen efectos secundarios, si se utiliza por mucho tiempo.

Es posible que la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir directamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos, para hacer frente a la depresión. Consecuentemente, como indican las investigaciones psicosociológicas, los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovechar o desarrollar los mecanismos para manejar la depresión. Además que estos tipos de depresivos tienen efectos más notorios cuando el paciente asiste a sesiones psicoterapéuticas.

Algunos instrumentos para medir la depresión

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica.

La depresión se puede medir con diferentes escalas que los investigadores han realizado entre algunos está el Test de Beck, el que más se utiliza en esta investigación. Sin embargo, existen otros, a saber, las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es este último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado.

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son, según (Lobo.A, 2002):

- ~ Beck Depression Inventory
- ~ Hamilton Rating Scale for Depression
- ~ Montgomery Asberg depression Rating Scale.

- **Beck Depression Inventory (BDI)**

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destaca además, la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad del trastorno.

La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. Se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad.

- **Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)**

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los dos días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986. Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y

alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento (Ramírez, s.f).

- **Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)**

La MADRS es una escala heteroaplicada publicada en 1979, que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale. La escala debe ser administrada por un clínico y existen versiones auto-aplicadas.

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002.

Como conclusión, las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son la BDI, la MADRS y la HAM-D. Estos instrumentos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La HAM-D y MADRS, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la escala BDI, que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión (Medicina clínica , 2002).

Teorías que fundamentan el estudio

Para esta investigación se utilizó la Terapia Cognitiva de Beck, que tiene como finalidad proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones

cognitivas y supuestos personales. Beck comenzó a creer que “las personas deprimidas no buscan el fracaso, más bien distorsionan la realidad hasta el punto en el que no pueden reconocer el éxito cuando sucede”. Beck percibe a la personalidad como un reflejo de la organización y estructura cognoscitiva del individuo, las cuales son influidas, tanto biológica como socialmente. Dentro de las restricciones de la neuroanatomía y bioquímicas propias, las experiencias personales de aprendizaje ayudan a determinar cómo se desarrolla y se responde.

Los conceptos implicados en la teoría de Beck incluyen cogniciones, esquemas y distorsiones cognitivas o errores de lógica (1979). Las cogniciones se refieren a la conciencia de una persona. Son bastante cambiables y provocadas por estímulos. Un ejemplo de una cognición negativa es el sentimiento “soy un fracaso total”.

Esquemas cognoscitivos

Los esquemas son estructuras cognoscitivas que consisten en las creencias y supuestos centrales fundamentales del individuo acerca de la forma en que opera el mundo. Estos esquemas se desarrollan temprano en la vida, a partir de la identificación con otras personas que son significativas. Las personas forman conceptos acerca de sí mismos, los demás y del mundo. Estos esquemas moldean la personalidad. Pueden ser adaptativos o desadaptativos, de naturaleza general o específicos.

Los patrones conductuales y emocionales que forman la personalidad, por consiguiente, se derivan de las reglas individuales acerca de la vida y las creencias respecto del yo. Ejemplo de esquemas son: “A menos que otras personas me aprueben, no valgo nada” o “Si no puedo realizar algo a la perfección, no debo hacerlo en absoluto”. Los esquemas son mucho más estables que las cogniciones, pero dependen de los estados de ánimo de las personas.

Distorsiones cognitivas

Los errores sistemáticos en el razonamientos, llamados distorsiones cognitivas son evidentes durante la angustia psicológica (Beck 1967). Las distorsiones en las cogniciones surgen cuando los acontecimientos estresantes desencadenan esquemas irreales. Cada individuo tiene un conjunto de vulnerabilidades idiosincráticas que predisponen a la personas a la angustia psicológica en una forma única. Estas vulnerabilidades parecen relacionadas con la estructura de la personalidad y el esquema cognoscitivo.

Hay varias de estas distorsiones cognitivas. La *interferencia arbitraria* implica extraer una conclusión específica sin evidencia que la apoye, aun frente evidencia contradictoria (por ejemplo, después una S en lugar de una MB en la primera prueba, un estudiante podría concluir en forma errónea que no será capaz de aprobar el curso).

La *abstracción selectiva* se refiere a conceptualizar una situación con base en un detalle tomado de contexto e ignorar todas las demás explicaciones posibles (por ejemplo, un individuo que está nervioso por la posibilidad de tener un accidente, mientras conduce, se fijará en todos los reportes acerca de accidentes de tráfico en los noticieros, reconfirmando la creencia de que conducir es una actividad peligrosa).

La *generalización excesiva* implica abstraer una regla general de uno o dos incidentes aislados y aplicarla con demasiada amplitud (por ejemplo, escuchar sobre un hurto en la ciudad puede conducir a concluir que todos están siendo asaltados).

La *magnificación y minimización* implicar ver un acontecimiento como más significativo o menos de lo que es en realidad (por ejemplo, pensar que si no se nos pide asistir al baile de gala de graduación se acabará la vida).

La *personalización* consiste en atribuirse a uno mismo los eventos externos sin evidencia de relación (por ejemplo, los padres que suponen que ellos tienen la culpa, cada vez que sus hijos se portan mal).

El *pensamiento dicotómico* se refiere a categorizar las situaciones con extremos (por ejemplo, considerar el desempeño propio en una tarea como un éxito completo o un fracaso total). Las personas con frecuencia expresan sus distorsiones cognitivas en términos de *suposiciones condicionales*, creencias que dependen de ciertas condiciones.

Tales suposiciones comienzan con frecuencia con un *sí*. Un paciente propenso a la depresión puede decir: “Si no tengo éxito, nadie me respetará” o “Si no le agrado a esa persona debo ser antipático”. Estas personas pueden funcionar bastante bien hasta que experimentan una serie de fracasos o rechazos. Estos *errores de lógica*, con frecuencia, implican un estilo de pensamiento negativo sistemático (Engler, 1996).

Castillo (2010) cita a (Lewinson, 1979; Miller y Seligman, 1984; Burns y Beck, 1979; Persons y Rao, 1985) los cuales indican que a partir de este suceso se desencadena la activación de esta tríada cognitiva, manteniendo al individuo en un estado depresivo, donde las experiencias contrarias de ella son eliminadas al no confirmar dichos esquemas, produciéndose una interpretación desadaptativa, sesgada de la realidad y del mundo, que tienen un carácter negativo y poco realista, obstaculizando su adecuada adaptación a los sucesos vitales que le acontecen.

Al respecto, diferentes investigaciones sistemáticas han confirmado que sujetos depresivos recuerdan mejor los sucesos perjudiciales que los benéficos, de la siguiente manera:

- Procesando más profundamente información, cogniciones y sentimientos negativos que los no depresivos.
- Presentando una mayor incurrancia en pensamientos de rechazo e inadaptación social.

- Elaborando una visión negativa de sí y del futuro.

- Imaginando, prediciendo y evaluando como más probables resultados nocivos de los sucesos que experimentan.

Dichos esquemas disfuncionales depresógenos tienen su origen en el individuo, al ir aprendiendo y codificando experiencias frustrantes e insatisfactorias a lo largo de su vida.

Uno de los aspectos importantes a los que hay que prestar especial atención es la valuación del riesgo del suicidio, dado que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos. Muchos profesionales aún creen el mito de que preguntar a una persona depresiva acerca de la presencia de ideas suicidas “puede hacer que empiece a pensar en ellas” o hacer que le parezca más aceptable la idea del suicidio. En realidad, se ha observado que el hecho de animar a un paciente hablar de sus ideas suicidas suele ayudarlo a ver esas ideas de una forma más objetiva, proporciona información relevante para la intervención terapéutica y ofrece un cierto grado de alivio.

Es necesario hacer una exploración de los motivos que una persona puede tener para pensar en el suicidio; las razones que los pacientes aducen con más frecuencia para explicar sus intentos de suicidio se pueden clasificar fácilmente. Algunos pacientes manifiestan que su objetivo es darse por vencido, escapar de la vida: la vida es “simplemente demasiado” o “no merece la pena vivirse”. Su malestar emocional o mental es intolerable, no ven a sus problemas y están “cansados de luchar”. Como primer paso para ayudar al paciente suicida, el terapeuta debe entrar en su mundo y ver la realidad desde la óptica del paciente (Beck, 2002).

Supuestos depresógenos

Aunque se pueden encontrar temas comunes en el sistema de creencias de los pacientes depresivos, cada paciente tiene un conjunto de reglas propio. Las reglas con base en las cuales el individuo trate de integrar y asignar un valor a los datos brutos de la experiencia, se basa en supuestos fundamentales que conforman su patrón de pensamientos automáticos. Durante el periodo de desarrollo, todo individuo aprende una serie de reglas o fórmulas mediante las cuales intenta “dar un sentido” al mundo.

Estos supuestos determinan cómo va a organizar el individuo las percepciones en cogniciones, cómo se va a marcar sus objetivos, cómo evalúa y modifica su conducta y cómo interpreta sus experiencias. En esencia, los supuestos básicos forman la matriz de los significados y valores personales, el marco en el cual los acontecimientos adquieren relevancia, importancia y significados. Estas reglas se activan en situaciones que afectan a las áreas relevantes para la vulnerabilidad del individuo, por ejemplo: aceptación- rechazo, éxito- fracaso, salud-enfermedad. Por ejemplo, un paciente que medía su propia valía en función de la calidad de las cosas que hacía o del número de objetos que era capaz de tener.

Beck (2002), especificó algunos de los supuestos que predisponen a la tristeza o a la depresión. Algunos de los ejemplos de ellos son:

1. Para ser feliz debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz debo obtener la aceptación y la aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien muestra un desacuerdo conmigo, significa que no le gusto.
6. Mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.

Si un paciente lleva deprimido mucho tiempo, defiende sus supuestos y conclusiones negativas con gran tenacidad. Rara vez examina y pone en duda sus puntos de vista. Forman parte de su identidad, tanto como ser hombre o mujer.

Un tema recurrente en los supuestos de los depresivos es la fuerte tendencia a los “debería”, o reglas de vida. El paciente está seguro de que estas reglas son aplicables a todas las situaciones. Forman parte de la estructura cognitiva con base en la cual se organizan las experiencias cotidianas. Con frecuencia, los pacientes comparan mentalmente lo que “deberían” hacer con lo que “hacen” en realidad. Tras esta comparación, suelen juzgar su comportamiento y, a sí mismos, como inadecuados, en relación con su conjunto de patrones o modelos ideales.

Los supuestos como profecías auto-cumplidas, muchos o quizás la mayoría de los supuestos depresógenos tienden a cumplirse por su propia naturaleza. Si un paciente cree que va a ser desgraciado sin la aprobación de los demás, probablemente lo *será*. Al predecir las consecuencias, también hace que se cumplan.

La terapia puede ayudar a un paciente a cambiar este tipo de creencias, demostrándole cómo se convierten en profecías que por su propia naturaleza contribuyen a cumplirse, que atrapan al que las cree en su misma circunstancia que se supone la creencia iba a ayudar a evitar. La identificación de los supuestos del paciente es el primer paso para la modificación de los mismos. Una vez que los supuestos se han verbalizado dejando, por lo tanto, de estar ocultos, muchos pacientes se dan cuenta inmediatamente de que eran absurdos y desadaptativos. Esto no es sorprendente, si se piensa que muchas personas consideran estos supuestos como verdades incuestionables.

Teoría utilizada en esta investigación

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. La terapia cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar que, a su vez, afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (lo que se llaman distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en los supuestos teóricos subyacentes que los efectos y la conducta de un individuo están determinados, en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo en estructurar el mundo.

Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso”. Consecuentemente, esta persona puede responder a las situaciones en términos de adecuación, incluso, aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en

experiencias de aprendizaje altamente específicas, dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos, (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y, (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Técnicas conductuales incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También, se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos, Mientras que el *role playing* constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido.

La modificación cognitiva mediante la modificación conductual, las técnicas conductuales se emplea con los pacientes depresivos más graves, no solo para modificar la conducta, sino también para elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento.

Entre los materiales relacionados con estas técnicas conductuales, se encuentra un Cuestionario de Actividades Semanales, donde el paciente tiene que registrar sus actividades cada hora, un Cuestionario de Dominio y Agrado en la que el paciente evalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior y la Asignación de Tareas Graduales, en las que el paciente

emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos (Beck, 2002).

La espiritualidad

Es parte fundamental de todo ser humano, lo cual evoca una fuente de sabiduría, que llena a la persona de energía y entusiasmo para enfrentar los desafíos. Algunas personas buscan la espiritualidad por medio de la religión y otros de algún otro medio, por ejemplo, meditaciones, ejercicios u otros. Pero en el caso de los cristianos, su espiritualidad se basa en todo lo que esté relacionado con Dios y lo que se menciona en su Palabra por medio de la Biblia. En ese sentido, se menciona:

Etimológicamente, la palabra espiritualidad surge en el occidente cristiano a inicios del primer milenio, a partir del término latino *spiritualitas*, proveniente del sustantivo *spiritus* (espíritu) y del adjetivo *spiritual* (espiritual), traducciones de los términos griegos *pneuma* (soplo), y *pneumatiké*, es decir, etéreo o no material.

Inicialmente se le equiparó a la práctica de la “religión”, entendida esta como el conjunto de instituciones que formulan, organizan, administran o coordinan el instrumental de teorías, doctrinas, dogmas, preceptos, normas, signos, ritos, símbolos, celebraciones o devociones, en torno a una creencia trascendental y a través de las cuales se conservan, cultivan o expresan colectivamente las experiencias espirituales personales (Rodríguez, 2011).

Esto con el fin de medir la influencia que tiene la espiritualidad en las personas y, específicamente, en esta investigación, tomando en cuenta que la espiritualidad es básica y fundamental para todo individuo, y lo que la espiritualidad implica que es la religión, las

doctrinas, las normas y los preceptos que tienen las iglesias. En particular, la Iglesia Adventista del Séptimo Día, dado que su filosofía cristiana se basa en la Biblia y en 28 creencias y estas miden, en algún grado, la espiritualidad de los miembros de la iglesia.

Las creencias de los Adventistas del Séptimo Día

La iglesia Adventista del Séptimo Día es un movimiento mundial que agrupa a más de diecisiete millones de personas, quienes guardan el sábado como día de reposo y esperan la segunda venida de Jesús como un evento cercano.

Como producto de ese reavivamiento, surgió un grupo de creyentes, cuya intención inicial no era fundar una iglesia, sino prepararse para la segunda venida de Cristo. De este grupo de creyentes, a su vez, surgieron los pioneros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Ellos dieron inicio al movimiento espiritual que hoy proclama un mensaje de esperanza y amor a todas las naciones de la tierra. Un movimiento que, además de anunciar la segunda venida de Jesucristo, también ofrece a la sociedad actual un programa integral que busca mejorar la calidad de vida de nuestro planeta (Partida, 2013).

Los Adventistas del Séptimo Día, además de creer en la segunda venida de Cristo, tienen 28 creencias que fundamentan en la Biblia. Estas creencias son una forma de vida en sí mismas, porque reflejan cómo debe vivir el cristiano, siendo evidencias prácticas de vidas transformadas por la fe. Tomaremos algunas de esas creencias, para conocer en lo que está basada su filosofía.

Creencia N° 1

Los Adventistas del Séptimo Día creen en la Palabra de Dios: que abarca el Antiguo y el Nuevo Testamento, constituyen la Palabra de Dios escrita, transmitida por

inspiración divina mediante santos hombres de Dios que hablaron y escribieron impulsados por el Espíritu Santo (2 Pedro. 1: 20-21, 1 Tesalonicenses. 2: 13).

De esta creencia se basan para la guía de todas las demás, ya que es en la Biblia donde se encuentran las doctrinas que fundamentan la filosofía Adventista. Por lo que al pensar en lo que se refiere a la depresión, los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día utilizan los ejemplos bíblicos, de personajes que, en la Antigüedad pasaron por periodos depresivos y cómo este trastorno puede ser abordado de una forma espiritual.

Creencia N° 7

La naturaleza humana, el hombre y la mujer fueron hechos a la imagen de Dios, con individualidad propia, y con la facultad y la libertad de pensar y obrar. Aunque fueron creados como seres libres, cada uno es una unidad indivisible del cuerpo, mente y espíritu, que dependen de Dios para la vida, el aliento y todo lo demás (Salmos 8:4-8, 1 Juan 4:7-8).

Teniendo el conocimiento de que somos creados por Dios, sin embargo, cuando entró el pecado en el mundo se perdió mucho las capacidades y habilidades. Una de las que afectó es que los problemas dañan más fácilmente los sentimientos y el estado en general de las personas.

Creencia N° 11

El crecimiento de Cristo, Jesús triunfó sobre las fuerzas del mal con su muerte en la cruz. Aquel que subyugó los espíritus demoníacos durante su ministerio terrenal, quebrantó su poder y aseguró su destrucción definitiva. La victoria de Jesús nos da la victoria sobre las fuerzas malignas que todavía buscan controlarnos y nos permiten andar en él en paz, el gozo y la certeza de su amor (Colosenses 1:13-14, Mateo 20:25-28, Juan 20:21).

El crecimiento en Cristo es todas las acciones que hacen que el cristiano tenga una relación con Dios, por ejemplo, estudiar la Biblia, la oración y todo lo que esté relacionado con el conocimiento de Jesús. Y esta creencia hace que la espiritualidad de los miembros se fortalezca en cuanto es efectiva la realización de estas actividades. El estudio diario de la Biblia brinda ánimo a quien las estudia, fortalece la espiritualidad, aclara la mente y nos conecta con nuestro Creador. En las Escrituras encontramos temas para cada situación que nos suceda y da un bálsamo para cada sufrimiento, dolor, enfermedad o cualquier circunstancia, pero es necesario leer con fe.

Creencia N° 12

La iglesia es la comunidad de creyentes que confiesan que Jesucristo es el Señor y Salvador. Como continuadores del pueblo de Dios del Antiguo Testamento, se nos invita a salir del mundo; y nos congregamos para adorar, para estar en comunión unos con otros, para recibir instrucción en la Palabra, para la celebración de la Cena del Señor, para servir a toda la humanidad y para proclamar el Evangelio en todo el mundo (Génesis 12:3, Efesios 2:19-22, Colosenses 1:17-18).

Las razones por las que es necesario asistir y compartir con los demás miembros de la iglesia es porque se comparten debilidades y deben ser exhortados. Quizás encontremos que otros estén pasando por situaciones parecidas o quizás peores que las nuestras, y eso pueda ayudar a disminuir el sufrimiento. Además de los temas y actividades que realizan en la iglesia, proporcionan fuerza y sabiduría para enfrentar los desafíos o los temores que puedan experimentar las personas con depresión. El cálido trato de otro y el salir de la casa ayudan a despejar los pensamientos que, generalmente, están enfocados en sí mismos, encerrados en girar en sus propios razonamientos.

Creencia N° 22

La conducta cristiana, somos llamados a ser un pueblo piadoso que piense, sienta y actúe en armonía con los principios del cielo. Para que el Espíritu recree en nosotros el carácter de nuestro Señor, participamos únicamente en lo que produzca en nuestra vida pureza, salud y gozo cristiano. Esto significa que nuestras recreaciones y nuestros entretenimientos estarán en armonía con las elevadas normas cristianas de gusto y belleza. (3 Juan 2, 2 Corintios 10:5). (Polanco, 2012).

Capítulo 3

Marco Metodológico

Paradigma

El paradigma de esta investigación es naturalista, pues consiste en comprender e interpretar la naturaleza construida, holística. Su propósito son las explicaciones en un tiempo y espacio. La dimensión del paradigma naturalista es la interacción de factores, los valores dados que influyen en el proceso, fenomenología, las teorías relacionadas, criterios de calidad, técnicas cualitativas, análisis de datos (Echavarría, 2009).

Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo cualitativa, con rasgos descriptivos y exploratorios, ya que mediante ella se pretende determinar si existe o no depresión en los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día y, si la hay, determinar cuál es el grado de severidad que se presenta en los miembros.

El tipo de estudio es de tipo correlacional, debido a que su propósito es conocer la relación entre dos o más conceptos, categorías o variables de un contexto en particular. Esta investigación también presenta un tipo de estudio exploratorio, ya que se estudiará un tema ampliamente conocido, como es la depresión, pero con un enfoque diferente, cuál es el efecto que la depresión podría tener en el desarrollo espiritual de los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de la ciudad de Liberia.

Población

La población, según lo dicho por Sampieri et al. (2006) “en los estudios cualitativos el tamaño de la muestra no es importante, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados, sino la profundidad de la población”. Los miembros de la iglesia Adventista de Adventista del Séptimo Día de la ciudad de Liberia, los cuales asisten al templo ubicado en el Barrio Condega, cuya población aproximada es de 120 miembros. Esta iglesia fue organizada alrededor de 1980 y ha permanecido en ese mismo lugar. De los miembros actuales, 60 son mujeres, 30 varones y 30 entre niños y jóvenes.

El estudio se realizará con la disponibilidad de los miembros en los horarios más convenientes, el material que se utilizará será el instrumento y también se podrá aclarar dudas si se presentaran. Se respeta las respuestas que expongan los miembros, en total confiabilidad.

Muestra

La muestra que se pretende, se escogerá por oportunidad, ya que de acuerdo con lo que menciona (Hernández, 2010): “son individuos que requerimos y que se unen por algún motivo ajeno a la investigación, que nos proporciona una oportunidad extraordinaria para el reclutamiento”.

Instrumento

En 1961 se publica la primera edición del Inventario de Depresión de Beck (BDI), en los cincuenta años transcurridos, el BDI se ha convertido en el instrumento de auto-informe para evaluar la depresión más utilizado e investigado. En el año 2011 *Pearson España* publica la adaptación española del BDI-II, los criterios sintomáticos que mide el instrumento, los primeros nueve (1-9) mide el episodio mayor y del trastorno distímico (1, 3, 4, 5, 8, 10,11). En

correspondencia con los criterios diagnósticos depresivos del DSM-IV, los ítems del BDI-II miden el 100% de los síntomas de depresión mayor y el 100% de distimia.

Consejos para la utilización del BDI-II en investigaciones y la práctica clínica

Es importante analizar también las puntuaciones de los ítems del BDI-II, no solo la puntuación total, por ejemplo; el análisis de los ítems, 2 y 9 (además de la puntuación total), ayuda a evaluar el riesgo de suicidio. Una puntuación de 2 o 3 en el ítem de 9 de **ideación suicida** (multiplica por siete la probabilidad de suicidio en pacientes depresivos). Una puntuación de 2 o 3 en el ítem 2 de **pesimismo- desesperanza** (predice también el suicidio como la escala de desesperanza de Beck).

El Instrumento para evaluar la depresión El Inventario de Depresión de Beck BDI-II Manual. El cuestionario consta de 21 preguntas. Para contestar el inventario la persona debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluye el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. La persona debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

La forma actual es el BDI-II: es un instrumento auto-administrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en los adultos y los adolescentes mayores de 13 años, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde 0 hasta el 3. Al final, da un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

Los ítems miden tristeza: pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos y deseos suicidas. Llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

El Test BDI-II mide algunos síntomas físicos, entre los que destacan, alteraciones del sueño, sexuales y del apetito. Alteraciones del sueño: las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, la interrupción frecuentes del sueño y despertar de demasiado temprano en la mañana. Por regla general, el paciente recupera su patrón de sueño habitual cuando desaparece la depresión. Alteraciones sexuales y del apetito: la pérdida de apetito y de deseo sexual son, con frecuencia, los primeros signos de la depresión.

Ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente, en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retornan el apetito y el deseo sexual. Algunos pacientes comen en exceso, llegando a engordarse bastante al comienzo de la depresión, en tanto que otros ganan peso en la fase intermedia y adelgazan cuando la depresión se agudiza (Beck, 2002).

El Test BDI-II se aplicó a los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia, el día 27 de mayo del 2013, del cual se obtuvo la muestra de 14 mujeres adultas y 18 varones adultos. De las mujeres, dio como resultado en 10 de ellas un puntaje de mínimo, 3 con el resultado de leve, ninguno moderado y una persona con resultado de severo. De los varones, los resultados dieron 15 mínimos, una persona con el resultado de leve y dos de ellos con el resultado de moderado.

Se aplicó a los niños el Cuestionario de Depresión Infantil (Modificado de Beck) a un total de 11 niños: 7 niños y 4 niñas, entre las edades de 5 a 10 años, los resultados dieron que siete resultaron sin depresión, tres de ellos con depresión ligera, uno de ellos con depresión moderada y ninguno presentó depresión severa.

Se aplicó el Inventario de Beck- Depresión en Adolescentes, dos mujeres y dos varones, una de las mujeres dio el resultado sin depresión, la otra con depresión moderada. En los varones uno dio como resultado depresión leve y el otro varón no presentó depresión.

Las personas que respondieron al Test BDI-II se codificaran para que sea sencillo analizarlo y respetando la confidencialidad. Las personas adultas con la letra **A** para indicar el sexo masculino y la letra **X** para indicar sexo femenino. La edad será indicada en cantidad que presenta la persona y según haya sido el resultado de la prueba será **M** indicando mínimo, **L** indicando leve, **M** indicando moderado y **S** para indicar severo. Por ejemplo: AY43S lo cual se interpreta como una persona adulta, mujer de 43 años y con el resultado de severo.

Recolección de Datos

La observación

Otro de los instrumentos para medir y afirmar los datos que arrojó el test de Beck BDI-II es la observación. (Rodríguez, 2012), cita a Álvarez –Gauyo cuando expresa:

A lo largo de la historia de la humanidad, la observación ha sido... la piedra angular del conocimiento”. Incluso, en las primeras etapas del desarrollo de las personas, durante la niñez, la observación es el recurso por excelencia con que se cuenta para conocer el entorno y aprender sobre el mundo. La observación como método para recolectar información no se limita a la obtención de “datos visuales” únicamente. Se trata de toda

una experiencia de recolección, de información sobre el mundo que nos rodea o el entorno por estudiar, donde se involucra “todas las facultades humanas relevantes.

Por su parte, la observación, como técnica de investigación, es una estrategia de recolección informativa que tiene características propias:

1. Se basa en lo que se percibe mediante los sentidos, especialmente, mediante la observación, lo que la diferencia de la investigación documental, la entrevista o los cuestionarios donde se recopila la “visión” que tiene alguien más de un fenómeno o situación.
2. Se basa en el estudio de determinadas situaciones en “su contexto natural”, a diferencia de otras técnicas como la experimentación o la entrevista, que crean un marco artificial para la recolección de información.
3. Estudia los hechos actuales. No es posible estudiar por medio de esta técnica los sucesos pasados.

Continúa mencionando (Rodríguez, 2012): “que la observación concentra su mayor peso en los sujetos, es decir, se refiere a una persona que observa a otra”.

La ... observación participante permite adentrarse en las tareas cotidianas que los individuos desarrollan al conocer más de cerca las expectativas de la gente, sus actitudes y conductas ante determinados estímulos las situaciones que los llevan a actuar de un modo u otro, la manera de resolver los problemas familiares o de la comunidad (Rodríguez, 2012).

Por su parte, Hernández (2010), menciona que para ser un buen observador cualitativo se necesita:

“Saber escuchar y utilizar todos los sentidos, poner atención a los detalles, poseer habilidades para descifrar y comprender conductas no verbales, ser reflexivo y disciplinado para escribir anotaciones así como flexible para cambiar el centro de atención si es necesario”.

La entrevista

La entrevista cualitativa es íntima, abierta, flexible. Esta se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, mediante las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y construcción conjunta de significados respecto de un tema. Las entrevistas se dividen... estructuradas, el entrevistador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a estas (Hernández, 2010).

La entrevista se va a utilizar en las mujeres, cuyo resultado presente niveles elevados de depresión, según los datos de la aplicación del Test de Beck, BDI-II.

El propósito de utilizar estos dos métodos de recolección de datos, es con el fin de conocer más detalladamente los aspectos relacionados con los niveles de depresión presentes en los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, según los resultados altos, cuando se les aplicó el Test de depresión de Beck.

Estos métodos se utilizaron con estas personas bajo su total consentimiento. La observación se realizó para conocer, de una forma participativa, la relación que tiene la persona (a la que se le aplicó el Test de Beck) con su familia y así confirmar si presenta aislamiento, o bien, tristeza, que son algunos aspectos que atañen con las demás personas y si la familia ha observado cambios en las personas que presentan niveles depresivos.

En lo que se refiere a la entrevista, se realizó para conversar con la persona afectada por la depresión e indagar los aspectos relacionados con su salud física, mental y el aspecto espiritual. Al preguntar a estas personas si han percibido cambios en su desarrollo espiritual en cuanto a la depresión y si esta ha afectado su espiritualidad, haciéndola sentirse fría espiritualmente y con poca participación en las actividades que disfrutaba en la Iglesia.

Baremo

Manual BDI-II

Rangos

Mínimo	0-13
Leve	14-19
Moderado	20-28
Severo	29-63

Fuente: Elaboración propia, 2013.

Unidad de Análisis

Depresión

Espiritualidad

Miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día

Aplicación del Instrumento

Para la aplicación del instrumento se ha obtenido el permiso necesario en la Misión Norte de Costa Rica, para aplicarlo a los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día de la ciudad de Liberia. La observación es específicamente para las personas, cuyo resultado del

Test de Depresión de Beck dio los rangos más elevados y, de una forma más detallada, se tomará para realizar el análisis a las mujeres adultas con resultado severo.

Al aplicar el instrumento BDI-II, se realizó en el lugar de reunión, es decir, en el templo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Se hizo de manera grupal y con el tiempo aproximado de 15 minutos. Además del Test de Beck para medir la depresión (BDI-II en adultos, la modificación para niños y el Test de Beck de Depresión para adolescentes).

También se utilizó la observación y la entrevista, lo que permitió confirmar los datos obtenidos en el Test de Beck y así tener un resultado más confiable con estos instrumentos y conocer cuáles fueron los niveles de depresión que presentan los miembros de la Iglesia Adventistas del Séptimo Día en la ciudad de Liberia, Guanacaste.

Capítulo 4

Análisis de Datos

El análisis de datos cualitativos se caracteriza por ser ecléctico, paulatino y paralelo con el muestreo y la recolección de datos, distinguiéndose del análisis cuantitativo por no seguir reglas ni procedimientos concretos, ya que es el investigador quien construye su propio análisis.

En ese sentido, dicho análisis considera las reflexiones e impresiones registradas por el investigador en la bitácora de campo durante su inmersión inicial y profunda, además de los datos provenientes de las notas que toma de la observación que hace del ambiente y de la recolección enfocada que realiza mediante las entrevistas, documentos y materiales diversos; en tanto, sigue generando más datos y acumulando grandes volúmenes de ellos.

Análisis de resultado en niños

El Cuestionario de Depresión Infantil (Modificado de Beck) se aplicó a niños de 5 a 10 años, a un total de 11 niños: 7 niños y 4 niñas, dando como resultado que siete están sin depresión, tres con depresión ligera, uno con depresión moderada. Ninguno presentó depresión severa o grave.

Menciona Polaino-Lorente (1988): En la actualidad, se considera que la depresión tiene una fuerte carga genética. Es decir, si alguno de los padres sufre depresión, el niño tiene mayor predisposición a sufrirla. Por otro lado, si la madre es depresiva, aumentará el riesgo en el niño, no solo por el factor genético, sino también por la dificultad para establecer una relación vincular sana.

En los adolescentes

Contestaron el Test cuatro adolescentes, dos muchachas y dos muchachos entre las edades de 14 a 16 años. Dos varones, los cuales no tienen niveles depresivos y, en las muchachas, una de ellas no tiene depresión y la otra muchacha presenta depresión moderada.

En los adultos

En los Test BDI-II que fueron contestados por los miembros adultos que asisten a la Iglesia Adventista del Séptimo Día: 14 fueron 14, 10 de ellas dieron el resultado del Test mínimo, tres con puntaje leve, ninguno con puntaje moderado y uno con resultado severo. En los varones: 15 dieron como resultado mínimo, uno con puntaje leve, dos personas con resultado moderado y ninguno severo.

En el resultado del test BDI-II se obtuvo 30 puntos, indicando depresión severa. En el ítem número 7 **Auto-desprecio** indica la opción 3, No me gusta quien soy, debido al sobrepeso que tiene, se le nota estresada, triste, angustiada, ya que no se siente bien con el sobrepeso que tiene, ha intentado varias formas de bajar de peso con pastillas, ejercicios, dietas, pero no le ha dado el resultado que espera.

Esto hace que se autocritique, que se sienta angustiada por las demás enfermedades que está padeciendo a raíz del sobrepeso, ha buscado ayuda en doctores y en el centro hospitalario de la región, sin encontrar la ayuda necesaria y eficaz. Los dolores de espalda hacen que se le haga difícil dormir y descansar, se despierta para acomodarse en la cama y no logra conciliar el sueño. Cuando sale a vender y regresa a su casa no tiene deseos de atender a su familia, ni a su esposo, ni a los demás que viven en su casa.

En el resultado del test BDI-II se obtuvo como resultado 42 puntos, indicando depresión severa, según los datos que arroja la entrevista: AX28S es una mujer casada que tiene tres hijos varones, en edades de 3 a 9 años.

En estos momentos está separada de su esposo, tienen problemas, debido a que el marido toma mucho licor y la ha agredido físicamente, por lo que ella decidió irse a vivir con sus padres. Ocasionalmente, él ve a los niños. Ella depende económicamente de los ingresos que le da el esposo. En algunas ocasiones, él toma mucho licor y se descuida de los hijos y del dinero que debe darles.

En el ítem **9 Pensamientos o deseos suicidas** indicó 2, el cual manifiesta deseos de matarse, son pensamientos que ha tenido en algunas ocasiones, al pensar en la situación que está pasando con su esposo y ahora que viven con sus padres, éstos le piden que lo deje definitivamente y le hacen sentir culpable, porque le dicen a ella que ya conocía como era él de “borracho y agresor”, y que es culpa de ella que los niños vean a su padre en estas condiciones, porque cuando toma licor llega a la casa a querer llevarlos al apartamento en el que vive y hacer “escándalos”. Además de esto, se le nota estresada, preocupada, triste, con bajos deseos de asistir a la iglesia y de involucrarse en las actividades que allí se realiza.

Como recomendación a estos sentimientos suicidas: realizar un proceso de duelo, ya que la separación del esposo ha afectado sus pensamientos, la relación con los demás familiares y el concepto de sí misma, por cuanto se causa sufrimiento, sentimientos de soledad y tristeza.

Capítulo 5

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

En el caso de las mujeres adultas, que obtuvieron un nivel severo de depresión AX28S y AX40S ambas se dedicaron a la crianza de los hijos, y descuidaron su apariencia física, las metas y aspiraciones, pues en algún momento desearon estudiar y trabajar. Lo que es probable les afecte más severamente en los episodios depresivos. En lo que se refiere al aspecto espiritual, ambas manifiestan bajos deseos de participar en las actividades, de relacionarse con otros miembros de la iglesia, una de ellas AX40S es diaconisa, el cual consiste en servir y participar en la iglesia cuando hay bautismos, ellas colaboran al brindar las toallas y ayudar en otras actividades como la recolección de diezmos y ofrendas, además de otros ritos. Participar en estas ceremonias religiosas le ha ayudado a mantenerla un poco más involucradas en la iglesia.

En el caso de AX28S ha perdido el ánimo de asistir al templo, porque en estos momentos se siente más fría con las actividades de la iglesia, y en su vida espiritual ha dejado de orar por alrededor de cuatro meses, al estar orando anteriormente y no ha sentido la eficacia de la oración y percibe como que “Dios no le contesta”, cree que hay algo que le hace falta para que Dios le responda las oraciones, por lo que la ha desmotivado en su desarrollo espiritual.

En lo que se refiere a las personas que obtuvieron niveles menos severos de depresión, es probable que este momento no tenga una situación en particular que les esté afectando, tales como separaciones, problemas familiares, aspecto físico, enfermedades u otro aspecto que influya en el estado de ánimo.

En los niños

La depresión se ha manifestado por la separación que han tenido los padres, lo que lleva a confirmar que a los niños les afecta lo que sucede en sus hogares. En el caso de los niños que no presentan niveles de depresión, posiblemente no haya alguna condición que afecte su desarrollo emocional, ya que los niños tienen una forma muy característica en la que no “pueden ocultar” cuando algo les afecta, y lo manifiestan en diferentes conductas, fácilmente palpables u observables de los cambios que puedan estar presentando, si hubiera algo que dañe su integridad.

En los adolescentes

Estos jovencitos manifiestan que necesitan ser más controlados por sus padres y por las personas que están a cargo de ellos, que les tomen en cuenta en las decisiones de la casa, necesitan recibir más apoyo y cariño de las personas que aprecian, ya que están pasando por una etapa de “conflictos” de identidad, por lo que requieren de mayor compañía y ayuda para poder sobrellevar las responsabilidades escolares y familiares.

La pérdida de la autoestima juega un importante papel en la depresión adolescente. Los muchachos y las muchachas de este tipo son *exageradamente conscientes de sus fracasos, se concentran muchos en sí mismos, se preocupan por su estado, temen el rechazo y cualquier frustración resquebrajará, aún más, la disminuida valorización que tienen de sí mismos* (Krauskopf, 2009).

Por lo que es indispensable que los padres o encargados de los adolescentes, conozcan cómo está su autoestima y su funcionamiento en general, para reconocer cuando presentan bajos niveles de autoestima, ya que esto fácilmente les puede llevar a la depresión.

Recomendaciones

Algunas de las recomendaciones dadas por Beck (2002) para el mejoramiento del tratamiento psicológico y ayudar al paciente que presenta depresión: “Realizar trabajos en casa; registrar las cogniciones durante los periodos de tristeza, ansiedad, enfado, durante los periodos de apatía, con el objeto de hacer más clara la relación entre pensamiento y conducta”.

Recomendaciones para las personas que estén pasando por depresión

A) Centrarse en la autocrítica y trabajar en respuestas para hacerle frente es decir, evaluar los problemas de una forma realista, en lugar de autocriticarse.

B) Hacer una lista de “deseos”, prestando especial atención a objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consiste en que el paciente logre centrarse en sus propias necesidades y tareas específicas en la casa.

Cuando el paciente tenga ansiedad, se le puede enseñar diversas técnicas de autocontrol para hacerle frente a la ansiedad. Generalmente, el mayor antídoto contra la ansiedad es la actividad física. Las actividades físicas repetidas, tales como rebotar una pelota, saltar la cuerda o correr, suelen ser recomendables. A algunos pacientes les ayuda realizar actividades como limpiar la casa o trabajar en el jardín.

Hay muchas actividades que se pueden hacer para levantar el ánimo. Las siguientes le ayudarán a sentirse mejor. Algunas veces, se requerirá de ayuda adicional (como psicoterapia o medicación. Esta receta es para mejorar el estado de ánimo. En cada una de las actividades escriba el plan que tenga (qué harás, cuán seguido y con quién), tal y como puede observarse.

Actividad Plan	(qué, frecuencia, con quién)
Ejercicio	
Buena alimentación	
Solución de problemas	
Actividades sociales	

Fuente: Elaboración propia, 2013.

Para los miembros de la Iglesia en general, ya que en ocasiones piensan que es incorrecto que un cristiano pase por momentos de desánimo, que “no está dando un buen testimonio”, hay algunas recomendaciones en lo que bíblicamente se puede referir a la depresión; aunque la palabra depresión como tal no se encuentra en la Biblia (excepto nuevas versiones) hay sinónimos de depresión.

El término “depresión” en la Biblia, no se encuentra, excepto en la versión *Nueva Traducción Viviente*. En cambio, la Biblia usa palabras como: abatido, triste, afligido, desanimado, angustiado, quebrantado, etc. Muchos personajes bíblicos que muestran los síntomas de este estado emocional, entre los cuales se puede mencionar a Agar, Moisés, Noemí, Saúl, David, Salomón, Elías, Nehemías, Job, Jeremías, Juan el Bautista, Judas Iscariote y Pablo.

Nadie es inmune a la depresión

La Biblia muestra que la depresión afecta a cualquier persona. A los pobres como Noemí, la suegra de Ruth; a los ricos como el rey Salomón. A los jóvenes como el pueblo de

David; a los mayores como Job. A las mujeres como Ana, que era estéril; a los hombres, como Saúl y Jeremías (el “Profeta llorón”). Comprensiblemente, la depresión puede venir después de una derrota:

Vino, pues, David con los suyos a la ciudad, y he aquí que estaba quemada, y sus mujeres y sus hijos e hijas habían sido llevados cautivos. Entonces David y la gente que con él estaba alzaron su voz y lloraron, hasta que les faltaron las fuerzas para llorar (1 Samuel 30:3-4).

Curiosamente, una decepción emocional también puede venir después de una gran victoria. Elías el profeta derrotó a los falsos profetas de Baal en el monte Carmelo, en un despliegue impresionante del poder de Dios (1 Reyes 18:38). Pero en lugar de ser alentado, Elías se encontraba asustado por temor a la venganza de Jezabel:

Y él (Elías) se fue por el desierto un día de camino, y vino y se sentó debajo de un enebro; y deseando morirse, dijo: Basta ya, oh Jehová, quitame la vida, pues no soy yo mejor que mis padres (1 Reyes 19:4).

Incluso Jesucristo, que era como nosotros en todo, menos en el pecado, pudo haberse sentido algo deprimido cuando los mensajeros vinieron a Él para informarle que Herodes Antipas había decapitado a su amado amigo Juan el Bautista:

Entonces llegaron sus discípulos, y tomaron el cuerpo y lo enterraron; y fueron y dieron las nuevas a Jesús. Oyéndolo Jesús, se apartó de allí en una barca a un lugar desierto y apartado; y cuando la gente lo oyó, le siguió a pie desde las ciudades (Mateo 14:12-13).

Dios no está enojado por nuestra depresión

El desánimo y la depresión son parte normal del ser humano. Pueden ser desencadenados por la muerte de un ser querido, enfermedad, pérdida de un trabajo o situación, el divorcio, el abandono, o muchos otros eventos traumáticos. La Biblia no muestra que Dios castiga a su pueblo por su tristeza. Más bien, Él actúa como un Padre amoroso:

Y David se angustió mucho, porque el pueblo hablaba de apedrearlo, pues todo el pueblo estaba en amargura de alma, cada uno por sus hijos y por sus hijas; mas David se fortaleció en Jehová su Dios (1 Samuel 30:6).

Y levantándose de mañana, adoraron delante de Jehová, y volvieron y fueron a su casa en Ramá. Y Elcana se llegó a Ana su mujer, y Jehová se acordó de ella.

Aconteció que al cumplirse el tiempo, después de haber concebido Ana, dio a luz un hijo, y le puso por nombre Samuel, diciendo: Por cuanto lo pedí a Jehová (1 Samuel 1:19-20).

Porque de cierto, cuando vinimos a Macedonia, ningún reposo tuvo nuestro cuerpo, sino que en todo fuimos atribulados; de fuera, conflictos; de dentro, temores. Pero Dios, que consuela a los humildes, nos consoló con la venida de Tito; y no solo con su venida, sino también con la consolación con que él había sido consolado en cuanto a vosotros, haciéndonos saber vuestro gran afecto, vuestro llanto, vuestra solicitud por mí, de manera que me regocijé aún más (2 Corintios 7:5-7).

Dios es nuestra esperanza en medio de la depresión

Una de las grandes verdades de la Biblia es que Dios es nuestra esperanza cuando estamos en problemas, incluye la depresión. El mensaje es claro. Cuando la depresión golpea, fije sus ojos en Dios, su poder y su amor por usted:

“Y Jehová va delante de ti; él estará contigo, no te dejará, ni te desampará; no temas ni te intimides” (Deuteronomio 31:8).

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas” (Josué 1:9).

“Cercano está Jehová a los quebrantados de corazón; Y salva a los contritos de espíritu” (Salmos 34:18).

“No temas, porque yo estoy contigo; no desmayes, porque yo soy tu Dios que te esfuerzo; siempre te ayudaré, siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia” (Isaías 41:10).

“Porque yo sé los pensamientos que tengo acerca de vosotros, dice Jehová, pensamientos de paz, y no de mal, para daros el fin que esperáis. Entonces me invocaréis, y vendréis y oraréis a mí, y yo os oiré” (Jeremías 29:11-12).

“Y yo rogaré al Padre, y os dará otro Consolador, para que esté con vosotros para siempre: el Espíritu de verdad, al cual el mundo no puede recibir, porque no le ve, ni le conoce; pero vosotros le conocéis, porque mora con vosotros, y estará en vosotros” (Juan 14:16).

Jesús dijo "enseñándoles que guarden todas las cosas que os he mandado; y he aquí yo estoy con vosotros todos los días, hasta el fin del mundo. Amén" (Mateo 28:20).

"porque por fe andamos, no por vista" (2 Corintios 5:7)

Respuestas bíblicas de la depresión

Si la respuesta bíblica conocía el fenómeno de la depresión, podemos preguntarnos ¿Qué respuestas dieron los libros sagrados a dicho trastorno? La respuesta se encuentra en algunas convicciones fundamentales que constituyen los remedios: la convicción de que es siempre amado y apreciado por Dios, que está cerca de él, y del mundo en general, no es hostil, sino bueno, ya que manifiesta la grandeza de Dios, que el mundo tiene un sentido, porque en él está presente su Creador, que es normal manifestar las propias emociones. Dichas convicciones se subrayan en particular en algunos salmos, a saber:

- a) *Aprecio y amor incondicional de parte de Dios.* La fe bíblica ofrece un punto de referencia indiscutible por su valor por ejemplo en el Salmo 9, 10: 33- 35

¡Levántate Yahvéh, alza tu mano, oh Dios!

¡No te olvides de los desdichados!

¿Por qué el impío menosprecia a Dios

Dice en su corazón: "no vendrá a indagar"?

Lo has visto ya, que la pena y la tristeza

las miras tú para tomarlas en tu mano:

el desvalido se abandona a ti,

tú socorres al huérfano.

- b) *Convicción de que el mundo por lo general, no es hostil, sino bueno y manifiesta la grandeza. Se puede tener como referencia el Salmo 8, en el que el salmista contempla la excelencia del Creador:*

*¡Oh Yahvéh Señor nuestro
que glorioso tu nombre por toda la tierra!
Quiero cantar tu majestad
que se alza por encima de los cielos.*

*Al ver tu cielo, hechura de tus dedos
la luna y las estrellas, que fijaste tú
¿qué es el hombre para que de él te acuerdes,
el hijo de Adán para que de él te cuides?*

- c) *Convicción de que el mundo tiene un sentido porque en él está presente Dios.*

Se puede tomar como referencia Salmo 23 que manifiesta su fuerte convicción de la presencia de Dios incluso en la oscuridad, o el Salmo 139: 13-14 que canta la maravilla de la sabiduría de Dios:

*Porque tú mis riñones has formado,
me has tejido en el vientre de mi madre.
Yo te doy gracias por tan grandes maravillas:
pródigo soy, prodigio son tus obras.
Mi alma conocías cabalmente.*

d) *Convicción de que es normal manifestar las propias emociones interiores.*

Algunos salmos manifiestan con fuerza sentimientos de desilusión, cólera o dolor por ejemplo el salmo 6, que parece describir los síntomas característicos de la depresión como lamentos, insomnio, debilidad física, etc. 139: 3-8:

*Tenme piedad Yahvéh que estoy sin fuerzas
sáname que mis huesos están desmoronados
desmorona totalmente mi alma,
Y tú, Yahvéh, ¿hasta cuándo?*

*Estoy extenuado de gemir
baño mi lecho cada noche
inundo de lágrimas mi cama;
mi ojo está corroído por el tedio
he envejecido entre opresores.*

Todos estos remedios propuestos por la antropología bíblica son válidos también hoy. El valor terapéutico de dichas convicciones permanece intacto. La fe cristiana, sin embargo, añade otras perspectivas en los acontecimientos y, por lo tanto, también en lo que se refiere a la depresión (Urteaga, 2004).

¿Cómo salir de la depresión?

Algunas recomendaciones de acciones que son necesarias para afrontar y salir más rápidamente de la depresión.

Se requieren de tres pasos: paciencia, comprensión real del proceso de cambio, confianza en uno mismo. Tanto si usted es una persona con ansiedad la Auto

preparación puede enseñarle lo necesario para eliminar sus problemas. Nuestra mente se deteriora si dejamos que sigan las pautas destructivas. Esto es lo que son la ansiedad y la depresión. No son más que hábitos repetidos negativos y destructores. La Auto-orientación nos enseña dos aspectos: (1) cómo romper las pautas destructivas que distorsionan el pensamiento y dejan a la persona vulnerable a la depresión y a la ansiedad, y (2) cómo sustituir los pensamientos por una forma de vida sana y adaptable. Proverbios 23:7 *Porque cuál es su pensamiento en su corazón, tal es él....*

Para algunas personas es difícil acompañar a los que están pasando por periodos de depresión o quizás no saben cómo hacerlo. Además de tener paciencia y saber acompañar a esa persona, se requiere amor y ayuda espiritual.

Llevar las cargas, uno del otro

“Dijo Jesús a sus discípulos: Imposible es que no vengán tropiezos; mas ¡ay de aquel por quien vienen! Mejor le fuera que se le atase al cuello una piedra de molino y se le arrojase al mar, que hacer tropezar a uno de estos pequeñitos” (Lucas 17.1-2).

Es difícil, para alguien que nunca ha experimentado el dolor emocional de la depresión, comprender verdaderamente lo que es. Cuando estás ministrando a un amigo o a un miembro de una familia que está en depresión, no seas como los amigos de Job que fueron rápidos en acusarlo y encontrarlo en falta. Mejor permítenos: “Sobrellevad los unos las cargas de los otros, y cumplid así la ley de Cristo” (Gálatas 6.2).

Le pertenecemos

No, los cristianos no somos inmunes a la depresión. Si, a causa de falso orgullo, rehusamos buscar tratamiento para nuestra depresión, muy probablemente permaneceremos en la depresión. Dios nos ha confiado nuestras mentes y cuerpos para que los cuidemos, mientras permanezcamos en este planeta. Somos responsables de buscar tratamiento para nuestra depresión y por hacer todo lo que sea necesario para estar saludables espiritual, emocional y físicamente. Por sobre todo, debemos esforzarnos por recordar que, aun cuando sucumbamos ante la depresión, a la ansiedad o a cualquier otro tipo de desorden emocional que exista en este mundo, primero, por sobre todo, somos hijos de Dios.

Especialmente, cuando los que acompañan a las personas que pasen por momentos depresivos o a los que reconocen que están sufriendo de depresión y quieran usar estrategias que puedan ayudar a superar más rápidamente la depresión.

Tratamientos generales para la depresión basados en el estilo de vida

-Ejercicio físico regular

No debería sorprendernos que el ejercicio ayude a controlar la depresión. Teniendo en cuenta que el ejercicio contribuye a mejorar las funciones del cuerpo ¿Por qué no esperar que también mejore las funciones mentales?

Según Nedley (2006):

Incluso si no está deprimido el ejercicio físico es bueno para la mente. En un amplio estudio realizado por los Institutos nacionales de salud (National Institutes of Health) se analizaron 1 900 sujetos sanos. Se demostró que las mujeres que hacen ejercicio solo a veces o nunca tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir depresión

en los próximos ocho años, en comparación con aquellas que se ejercitan moderadamente por lo menos algunas veces a la semana. La actividad física no solo previene la depresión, sino que también es un buen tratamiento para aquellos que están deprimidos.

Manejo del estrés

- Si los problemas parecen asfixiarte, considera uno de cada vez.
- Disfruta con las pequeñas cosas, consigue tiempo para ti mismo.
- Aprende a reconocer cuándo necesitas parar, todos tenemos un límite.
- No seas demasiado severo contigo mismo.

Problemas del sueño

- Mantén una rutina en tus horarios de sueño.
- Realiza algo relajante antes de irte a dormir.
- Evita las siestas o dormir durante el día; pueden agravar el problema.
- Evita o reduce los excitantes (café, bebidas energéticas o con cola, tabaco o alcohol,

especialmente, desde el atardecer).

- Si no puedes dormir, levántate y vete a otra habitación (puedes ver la televisión o leer) hasta que te sientas somnoliento. Si te quedas en la cama puedes concentrarte en escuchar la radio con la luz apagada y en un volumen muy bajo.

- No te duermas en el sofá.

El tratamiento de las alteraciones del sueño suele consistir en ayudar a la persona a relajarse, puede emplearse instrucciones grabadas en una cinta. Se anima a que la persona conozca cuál es el ciclo del sueño natural y a que se acueste cuando está verdaderamente cansado. Finalmente, si la persona no logra conciliar el sueño es mucho mejor que se levante y haga algo, en lugar de quedarse acostado en la cama, experimentando pensamientos negativos.

Confianza en uno mismo

Cuanto antes se haga responsable de su propio programa de curación, antes volverá a tener una vida sana. Al principio, confiar en usted mismo para conseguir lo que necesita, puede parecer un consejo desalentador. Sobre todo, si está deprimido. Entiendo perfectamente su punto de vista y he tratado de anticipar su inercia. ¿Alguna vez ha tratado de empujar un coche que se ha calado? Empujar con la espalda con todos los músculos y sigue empujando y empujando hasta que empieza a notar un leve movimiento, después ve que se mueve más, y cada vez más rápido y con mayor facilidad. En este caso, también se enfrentó a la inercia. Los objetos en posición de descanso (también las personas, la ansiedad y la depresión) se resisten al movimiento. Sus esfuerzos iniciales serán los más difíciles, pero con el apoyo, la motivación, un movimiento que en cuanto empiece se sucederá con facilidad. (Luciani, 2010).

La siguiente lista de sugerencias lo puede ayudar con los síntomas más comunes de la depresión en los niños:

- (1) **Autoestima baja y tendencia a criticarse a sí mismo:** Elogie a su niño frecuentemente con sinceridad; acentúe lo positivo; de una manera comprensiva, ponga en tela de juicio las críticas de su niño hacia sí mismo y señálele sus pensamientos negativos cuando ocurran.
- (2) **Culpabilidad:** Ayude al niño a distinguir entre los acontecimientos que él puede controlar y los que están fuera de su alcance: ayúdelo a que comience a hablar positivamente de sí mismo; estimule la restitución, de ser necesario.
- (3) **Estabilidad familiar:** Mantenga una rutina y disminuya los cambios en asuntos familiares; comente acerca de los cambios con anticipación para reducir las preocupaciones.

- (4) **Desesperación e impotencia:** Pida a su niño que escriba o hable de sus sentimientos y que anote sus pensamientos placenteros de 3 a 4 veces al día, para que éstos vayan aumentando en un período de 4 a 6 semanas.
- (5) **Pérdida de interés y tristeza:** Prepare una actividad interesante al día; planifique acontecimientos especiales; comente temas agradables.
- (6) **Apetito y problemas de peso:** No lo obligue a comer; prepare sus comidas favoritas; haga que la hora de comer sea placentera.
- (7) **Dificultades para dormir:** Mantenga un horario constante para dormir; participen en actividades relajantes como leer o escuchar música suave; terminen el día con una nota positiva.
- (8) **Agitación e inquietud:** Cambie las actividades que causan agitación; enséñele al niño técnicas de relajación; un masaje puede ayudar; estimule el ejercicio y la recreación.
- (9) **Temores excesivos:** Reduzca las situaciones que causan ansiedad e incertidumbre; apóyelo y tranquilícelo; la planificación puede reducir la incertidumbre.
- (10) **Comportamiento agresivo e ira:** Rechace la conducta destructiva de una manera amable pero firme; dele validez a sus emociones y estimule al niño a expresar sus sentimientos de ira apropiadamente; no reaccione con ira; sea consistente en sus respuestas a la conducta inadecuada.
- (11) **Dificultad para pensar y para concentrarse:** Anime a su niño a participar en juegos, actividades, charlas familiares; trabaje con los maestros y los psicólogos escolares para promover el aprendizaje.
- (12) **Pensamientos suicidas:** Esté alerta a las señales de suicidio; busque ayuda profesional inmediatamente.
- (13) **Si la depresión persiste:** Consulte con su médico para que le haga un examen; pida ser derivado o referido al psicólogo escolar, al psicólogo clínico o a un psiquiatra.

Mitos de la depresión en los cristianos

La depresión no respeta edad ni sexo ni grupo socio-económico, es un hecho que la mayoría de nosotros aceptamos rápidamente, pero es difícil entender cuando llega a ser un problema personal o de un cristiano muy espiritual. Los cristianos no son la excepción. Ellos también experimentan la depresión.

También hay una serie de falsos conceptos comunes entre los cristianos sobre la relación entre la depresión y la espiritualidad. En un artículo de Revista Cristiana, realizado por (Parker, 2008) menciona los principales mitos que los cristianos hacen de la depresión:

Mito N° 1

Si yo fuera un mejor cristiano no me deprimiría

Job es el perfecto ejemplo de un hombre que había hecho todo correctamente. De hecho, Dios estaba tan satisfecho de la espiritualidad de Job, que permitió que Satanás llevara a su vida una tremenda adversidad. Job entonces se deprimió.

Muchos cristianos creen que si ellos son lo suficientemente fuertes en la fe, podrán prevenir la depresión. O si entran en depresión, piensan que podrán vencerla siendo más espirituales. Si aún permanecen en depresión concluyen que son espiritualmente inadecuados. Sin embargo, a veces todos estos esfuerzos no cambian la realidad de la depresión. La auto-condenación no es la respuesta. Es importante conseguir ayuda.

Mito N° 2 la depresión debe ser un signo de pecado no confesado

El pecado no confesado puede, por supuesto, ser una causa de depresión. El rey David experimentó una tremenda carga de culpa y depresión por su pecado con Betsabé. “Mientras callé se envejecieron mis huesos en mi gemir todo el día” (Salmo 32.3). David confesó su pecado y eventualmente experimentó alivio de su depresión.

En la lucha contra el pecado en nuestras vidas, tenemos dos elecciones. Podemos confesar el pecado y recibir perdón, o podemos negar el pecado e inconscientemente intentar mantenernos lejos de él. Esta forma de actuar utiliza los mecanismos de defensa de la negación y la represión. Rehusar el reconocimiento del pecado demanda una tremenda cantidad de energía mental. La depresión es, a menudo, el resultado de ello.

Hay tiempos, sin embargo, cuando la depresión no se relaciona a un pecado inconfeso o a un mal actuar. Nuevamente, Job es el mejor ejemplo. Puede haber muchas otras causas para la depresión: factores físicos y de medio ambiente, una pérdida significativa, un prolongado estado de fatiga, por mencionar solo algunas.

Mito N° 3 PUEDO CURARME DE LA DEPRESIÓN ORANDO Y LEYENDO MÁS LA BIBLIA

Las personas que tienen este mito, intentaron corregir su depresión mediante un cambio de comportamiento. Pasaron horas orando y se involucraron en dos o tres estudios bíblicos, además de participar regularmente en los cultos en la iglesia, y sin ningún efecto apreciable sobre su depresión. En muchos casos, esto ha incrementado sus sentimientos de culpa y fracaso.

Por cierto, es vitalmente importante permanecer cerca del Señor. El Señor es el sanador primario y toda sanidad de desórdenes emocionales y físicos finalmente viene mediante el poder del Espíritu Santo. A veces la oración es una experiencia emocional en la cual realmente sentimos la presencia del Espíritu Santo. Podemos sentirnos rejuvenecidos y nos es recordado el amor de Dios. Sin embargo, Dios usa muchas formas de sanar. Trabaja por medio de doctores, psiquiatras, consejeros, pastores, familiares y otros creyentes.

Para esas personas depresivas que han experimentado la aparente oración sin respuesta, les ofrezco el siguiente incentivo: Dios nos encuentra donde estemos. Dios sabe de nuestra depresión y de las limitaciones de nuestros sentimientos durante la depresión. Debemos recordar que la fe no siempre es un sentimiento. Es una realidad y una verdad y no desaparece aun cuando nuestros sentimientos lo hagan.

Mito N° 4 YO NO MEREZCO SER FELIZ

Muchas personas creen que si están deprimidas, es porque están siendo castigadas por pecados pasados o presentes y que ese es el estado en que Dios los quiere en ese momento. Satanás tiene gran interés de que nos sintamos indignos e infelices. Si nos estamos sintiendo culpables e indignos, hemos sido debilitados como testigos de Dios.

El Señor quiere que seamos felices y que estemos contentos, porque ese es un testimonio de su gloria. Esto no significa que debemos estar absolutamente felices todo el tiempo, negando el sufrimiento traído por problemas y dolor. Es cierto que somos pecadores y que hemos caído de la gloria de Dios, pero

mediante el gratuito regalo de Jesucristo, se nos ha otorgado un camino para lograr la felicidad a pesar de nuestros defectos.

No merecemos la felicidad por nuestros propios méritos, pero sí la merecemos porque Jesús nos la dio como un regalo. Jesús dijo: "Yo he venido para que tengan vida, y para que la tengan en abundancia" (Juan 10.10b). Por esto somos libres para ser felices, no porque lo hayamos ganado, sino por lo que Dios ha hecho por nosotros.

Mito N° 5 LA DEPRESIÓN ES UNA SEÑAL DE QUE HE PERDIDO MI SALVACIÓN

La línea de pensamiento es: «Si ya no siento la presencia del Espíritu Santo, significa que él se apartó de mí. Por lo tanto, no soy más salvo». Este es un sub-producto de la culpa que flota libremente y del pensamiento negativo que acompaña a la depresión.

La salvación no reside en nada que hagamos o no hagamos fuera de aceptar el regalo de Dios de la vida eterna mediante su Hijo. El hecho de que un desorden psicológico, tal como la depresión, puede alterar nuestros sentimientos y encausarnos en el pensamiento negativo no altera la realidad constante de la muerte de Jesús en la cruz y de nuestra salvación por medio de la fe en él. Juan 3.16 asegura: «Porque de tal manera amó Dios al mundo, que ha dado a su Hijo unigénito, para que todo aquel que en él cree, no se pierda, mas tenga vida eterna».

Mitos en cuanto al suicidio

Mito: “La gente que habla de quitarse la vida, nunca lo lleva a cabo”. Realidad: Tome cualquier amenaza de suicidio con seriedad. El 80% de los que se han quitado la vida, le avisaron a alguien.

“El corazón del entendido adquiere sabiduría; y el oído de los sabios busca la ciencia” (Proverbios 18:15).

Mito: “Nunca toque el tema del suicidio con personas que están atravesando por una depresión profunda, podría darle ideas”. Realidad: Pero la mayoría de las personas que padecen depresión o ansiedad profunda han pensado quitarse la vida. Si alguien está considerando el suicidio como alternativa, puede resultar de gran ayuda hablar con otra persona para evitarlo.

“El sabio de corazón es llamado prudente, y la dulzura de labios aumenta el saber” (Proverbios 16:21).

Mito: “Un cristiano comprometido nunca se suicidaría.” Realidad: La pérdida de esperanza que acompaña el estado de ansiedad severa también puede poner su fe bajo una gran presión. Al igual que Jeremías, el gran hombre de Dios, el creyente más ferviente puede caer preso de la desesperación y desear el suicidio. Cuando Jeremías estaba siendo atormentado y su vida corría peligro, elevo a Dios su lamento:

“Maldito el día en que nací; el día en que mi madre me dio a luz no sea bendito... ¿Para qué salí del vientre? ¿Para ver trabajo y dolor, y que mis días se gastasen en afrenta?” (Jeremías 20:14, 18). (Sociedades Bíblicas Unidas, 2006)

Referencias

Ampuero, M. (20 de Mayo de 2010). Ministerio Jesús Voltara. Disponible en:

www.jesuvoltara.com.br

[Consulta el 15 de julio de 2013].

Ampuero, M. (2000). Comentario Bíblico Adventista . Mountain View, California: Pacific Press Publishing Association.

Beck, A. -R.-S.-E. (2002). Terapia Cognitiva de la Depresión. New York: Desclée de Brouwer.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2005). Binass. Retrieved 2013 20-Junio from Binass:

Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepressionsuicidio.pdf>

[Consulta el 22 de abril de 2013]

Castillo. (14 de Octubre de 2010). psicovital. Obtenido de psicovital. Disponible en:

<http://www.psicovital.com> [Consulta el 18 de julio de 2013]

De la Rosa, E. G. (s.f.). Depresión y Suicidios. Obtenido de Depresión y Suicidios: Disponible

en: www.scrib.com/doc/40865267/Depresion-y-suicidios [Consulta el 14 de mayo de

2013]

Diccionario. (2008). Definición. Disponible en: <http://definicion.de/depresion/> [Consulta el 28

de junio de 2013]

Echavarría, R. B. (2009). Investigación: Un camino al conocimiento. San José: Editorial

Universidad Estatal a Distancia.

Ellen, W. (1959). Ministerio de Curación. Miami: Asociación Publicadora Interamericana.

Ellen, W. (1957). Profetas y Reyes. Miami: Asociación Publicadora Interamericana.

- Elsevier. (13 de Abril de 2002). Elsevier. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/validacion-las-versiones-esp%C3%B1ol-montgomery-asberg-depression-rating-13029223-originales-2002> [Consulta el 11 de junio de 2013]
- Engler, B. (1996). Introducción a las Teorías de la Personalidad. México: Interamericana Editores.
- García, R. (31 de diciembre de 2012). Consejero Bíblico. Disponible en: <http://www.consejerobiblico.me/2012/12/31/que-dice-la-biblia-acerca-de-la-depresion/> [Consulta el 26 de mayo de 2013]
- Hernández, R. F. (2010). Metodología de la Investigación.. México: McGraw-Hill.
- Krauskopf, D. (2009). Adolescencia y Educación. San José: Editorial EUNED.
- Lobo, A. C. L.-R. (18 de 5 de 2002). guiasalud.es. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf [Consulta el 7 de julio de 2013]
- Luciani, J. J. (2010). Cómo superar la Ansiedad y la Depresión. Madrid: Amat.
- Martínez, P. (14 de Abril de 2010). Jóvenes Cristianos. Disponible en: <http://www.jovenes-cristianos.com/> [Consulta el 25 de abril de 2013]
- Moreno, A. C. (2008). La depresión yn sus máscaras Aspectos terapeuticos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Muñoz, R. B. (2002). Behavioralpsycho.com. Disponible en: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf> [Consulta el 24 de junio 2013]
- Nedley, N. (2006). Cómo salir de la Depresión. Ardmore, OK: Nedley Publishing.
- Parker, K. (2008). Desarrollo Cristiano.com. Disponible en: <http://www.desarrollocristiano.com/articulo.=1067>
- Partida, G. P. (2013). Sus amigos los adventistas. Prioridades, 18.

Polaino-Lorente, A. (1988). *Las Depresiones Infantiles*. Madrid: Ediciones Morata.

Polanco, J. (2012). *En esto Creemos*. México: GEMA Editores.

Ramírez, F. (s.f). SAIEMP. Disponible en: <http://www.actiweb.es/saiemp/hamd.html>

[Consulta el 11 de mayo de 2013]

Rodriguez, A. A. (2012). *Tecnicas Cualitativas de Investigacion*. San Jose: Universidad de Costa Rica

Rodríguez, M. F. (29 de Julio de 2011). Cuadernos hispanoamericanos. Disponible en:

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_2.pdf [Consulta el 12 de julio de 2013]

Saludalia. (sábado de octubre de 2006). Saludalia. Disponible en:

<http://www.saludalia.com/salud-mental/depresion-causas-de-la-depresion> [Consulta el 12 de junio de 2013]

Sociedades Bíblicas Unidas. (7 de Mayo de 2006). *Esperanza para el Corazón*. Obtenido de Esperanza para el Corazón: <http://www.esperanzaparaelcorazon.org>

Urteaga, J. (2004). *La depresión*. Madrid: Ediciones Palabra.

Zúñiga, A. S. (30 de invierno de 2003-2004). *Revista Universitaria Guadalajara*. Disponible en:

<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug30/art4.html> [Consulta el 17 de julio 2013]

Apéndice 1
UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTROAMÉRICA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Consejo Técnico

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Solicitud Aprobación de

Tema de Trabajo de Investigación

Yo, Ivannia Carolina Gutiérrez Jiménez con cédula (o pasaporte) N° 8-079-505 estudiante de la escuela de Psicología, respetuosamente someto a consideración del Consejo Técnico el siguiente tema para mi trabajo de Investigación, como requisito final de graduación.

TEMA:

Conductas depresivas en los Adventistas del Séptimo Día y el Efecto en el Desarrollo Espiritual.

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA:

Determinar cuál es la relación entre conductas depresivas y el desarrollo espiritual en los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia durante los meses de Mayo- Agosto del 2013.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:

El tema de la depresión es importante debido a que afecta la salud; tanto física como mental, y la relación con las demás personas. Un estudio de esta naturaleza no se ha realizado en la iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia, de ahí la necesidad de esta investigación con el fin de fortalecer las relaciones y la vida espiritual de sus miembros.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los posibles niveles de depresión existentes y analizar los efectos sobre el desarrollo espiritual en los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia durante los meses de Mayo- Agosto del 2013.

Apendice 2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los niveles de depresión existentes en los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia durante los meses de Mayo- Agosto del 2013.
2. Indagar cómo influye la depresión en la vida cotidiana de los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia durante los meses de Mayo- Agosto del 2013.
3. Explicar cómo está relacionada la depresión con la salud física y mental los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Liberia durante los meses de Mayo- Agosto del 2013
4. Hacer conciencia en los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día cuándo la depresión puede llevar al suicidio, durante los meses de Mayo- Agosto del 2013.

YO, Ivannia Carolina Gutiérrez Jiménez me comprometo a trabajar en esta investigación con seriedad académica y la honestidad que el grado al que aspiro implica.

Firma del alumno(a)

Fecha de entrega de la solicitud

PARA USO DEL CONSEJO TÉCNICO

El resultado del estudio de la solicitud de aprobación del tema para el trabajo de investigación ha sido:

APROBADA

APROBADA CON LAS SIGUIENTES ENMIENDAS

NO APROBADA POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

[Firma]
Firma, Presidente del Consejo Técnico

Fecha 20/03/13

Apendice 3

Agosto 27, 2013

Universidad Adventista de Centro América

Escuela de Psicología

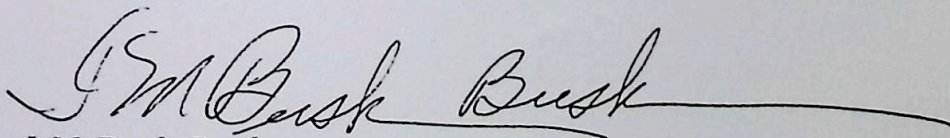
Yo, Ina Bush Bush -cédula 800300195- informo que la estudiante de la carrera de
Psicología –*Ivannia Carolina Gutiérrez* con cédula (o pasaporte) N^o -⁸⁰⁰⁷⁹⁰⁵⁰⁵ ha
cumplido con los requisitos de trabajo de investigación titulado:

Conductas depresivas en los Adventistas del Séptimo

Día y el efecto sobre el desarrollo espiritual.

Por este medio se solicita proveerla con una fecha para la defensa de su trabajo de
investigación.

Atentamente,



I. M. Bush Bush

Tutora de Investigación

Apendice 4



Asociación Misionera Norte de Costa Rica de los
Adventistas del Séptimo Día

14 de febrero de 2013

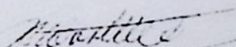
Licda. Ivannia Gutiérrez Jiménez
Escuela de Psicología
UNADECA

Atención: Ina Bush Bush, Ph.D
Tutora Trabajo de Investigación

Estimada hermana Ivannia:

Reciba un saludo cordial del Personal de la Misión Norte de Costa Rica.
En base a su solicitud, no hay problema en que aplique los test necesarios que su
Escuela de Psicología le pide. Ya hable con el Pr. Wagner Vargas, pastor de la
Iglesia Adventista de Liberia al respecto, póngase de acuerdo con él y adelante!

Atentamente,


Pastor Milton A. Castillo
Presidente
Misión Adventista del Norte



AIM

Apendice 5

AVAL DE REVISIÓN FILOLÓGICA

Residencial: 26 66 36 42
Telefax: 26 66 07 65
Correo electrónico:
Carné profesional:

Celular: 88 31 71 46
Apartado postal: 307-50101
minalusa-dra56@hotmail.com
COLYPRO: 15 681

Guanacaste, 16 de agosto del 2013

Tribunal Académico de Psicología
Universidad Adventista de Centroamérica

Distinguidos académicos:

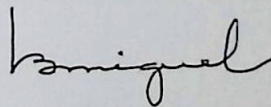
Doy fe de haber leído y revisado la tesis de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, intitulada:

“Conductas depresivas en los Adventistas del Séptimo Día y el efecto sobre el desarrollo espiritual”.

La sustentante es: **Ivannia Carolina Gutiérrez Jiménez**

La tesis de Graduación, cuya tutora es la Dra. Ina Pryce, incorpora, en su versión definitiva, las recomendaciones de competencia lingüística, estructural, morfológica, sintáctica, semántica y estilística, derivadas de una minuciosa revisión filológica, por lo tanto, se encuentra disponible para su defensa académica.

Agradezco a la **Universidad Adventista de Centroamérica**, la inestimable oportunidad de ser participe en la revisión de estilo de este insumo académico que, sin duda, fortalecerá el invaluable acervo investigativo de tan prestigiosa institución.



Lic. Miguel Fajardo Korea (*)

Premio Nacional de Educación Mauro Fernández-2008;

Premio Universidad Nacional Omar Dengo, 2009.

(*) Español, Lingüística y Literatura. Autor y Académico Propietario II-B, UNA. Premio Nacional de Difusión Cultural, 2001.

Apendice 6

**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMERICA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
PRESENTACIÓN DE TESIS**

ACTA No 05-2013

Los suscritos miembros del Comité Evaluador, hacemos constar que el día 9 de septiembre de 2013 fue realizada la exposición y defensa de la tesis titulada:

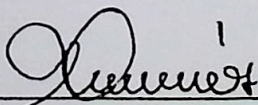
**CONDUCTAS DEPRESIVAS EN LOS ADVENTISTAS DEL SÉPTIMO DÍA Y
EL EFECTO SOBRE EL DESARROLLO ESPIRITUAL**

Presentada como requisito de graduación para optar al grado de Licenciatura en Psicología por la candidata a graduación:

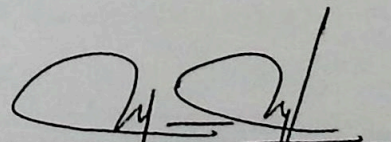
IVANNIA CAROLINA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ

Este comité determino aprobar dicha Tesina con una nota de 80. En virtud de lo cual confirmamos la presente Acta.

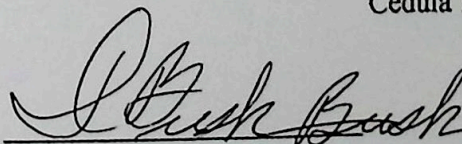
Dado en Alajuela, Costa Rica a los nueve días del mes de septiembre del año dos mil trece.



MSc. Ana Lorena Quirós Calvo
Cédula 3-302-933



MSc. René Mario Medina Morales
Cédula 134000134822



Dra. Ina Bush Bush
Cédula 800-300-195

Apéndice 7

BDI-II Spanish Translation Fecha: _____

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione **una frase** en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Encierre en un círculo el número al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, encierre en un círculo el número más alto de ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) o el número 18 (Cambios de Apetito).

- | | |
|--|---|
| <p>1. Tristeza</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No me siento triste. 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo. <p>2. Pesimismo</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro. 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre. 2 No espero que las cosas me salgan bien. 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar. <p>3. Fracaso</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No me siento como un fracaso. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Mirando a mi pasado, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona, soy un fracaso total. <p>4. Falta de Placer</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba. <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho y no las hice. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo. | <p>6. Sentimientos de Castigo</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida. 2 Espero ser castigado(a) por la vida. 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. <p>7. Auto-Desprecio</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona. 1 He perdido la confianza en mí mismo(a). 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a). 3 No me gusta quien soy. <p>8. Auto-Crítica</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre. 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo. 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos. 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede. <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Quisiera matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad. <p>10. Llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No lloro más de lo que solía llorar. 1 Lloro más de lo que solía llorar. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo. |
|--|---|

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.</p> <p>12. Falta de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.</p> <p>1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.</p> <p>2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.</p> <p>3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>2 Ahora tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo dificultad en tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Falta de Valor Personal</p> <p>0 No siento que soy inservible.</p> <p>1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.</p> <p>2 Me siento inservible en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inservible.</p> <p>15. Falta de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más que de costumbre.</p> <hr/> <p>1b Duermo algo menos que de costumbre.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que de costumbre.</p> <hr/> <p>2b Duermo mucho menos que de costumbre.</p> <hr/> <p>3a Duermo todo el día.</p> <hr/> <p>3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.</p> <p>1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.</p> <p>2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.</p> <p>3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios de Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>3a No tengo nada de apetito.</p> <hr/> <p>3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultades de Concentración</p> <p>0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.</p> <p>1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.</p> <p>2 Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No me canso o fatigo más que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer muchas de las cosas que antes hacía.</p> <p>3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.</p> <p>21. Falta de Interés en el Sexo</p> <p>0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.</p> <p>1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.</p> <p>2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.</p> <p>3 He perdido el interés en el sexo por completo.</p>
---	--

16 17 18 19 20 21 A B C D E

Copyright © 1999 by Aspen Publishers, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher. The Psychological Corporation and the Psychological Corporation are registered trademarks of The Psychological Corporation. Published by Aspen Publishers, Inc. Printed in the United States of America.

_____ Subtotal Page 2

_____ Subtotal Page 1

_____ Total Score

Note: Este cuestionario ha sido impreso en tinta azul y negra. Si su copia no aparece clara, asegure que ha sido fotocopiada en v devoluciones reservadas.

Apendice 8

Universidad Adventista de Centroamérica

Escuela de Psicología

Licenciatura en Psicología

Conductas depresivas en los Adventistas del Séptimo Día y su desarrollo espiritual

Cuestionario de Depresión Infantil (Modificado de Beck)

Datos Generales

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Instrucciones: Para cada grupo de frases rodee un círculo o marque una equis (X) aquella que refleje mejor el estado actual de su hijo.

- A. 0. Generalmente duerme bien.
 - 1. Le es difícil quedarse dormido.
 - 2. Le es difícil quedarse dormido y además tiene un sueño muy alterado (se despierta durante la noche y no puede volver a dormir, pesadillas, habla o llora dormido...)

- B. 0. Generalmente come bien.
 - 1. Su apetito no es tan bueno, más bien come poco.
 - 2. Casi nunca tiene apetito y no come casi nada.

- C. 0. Generalmente es tranquilo.
 - 1. Algunas veces se altera más de lo normal ante ciertas situaciones.
 - 2. Es muy irritable, ante cualquier situación, por pequeña que sea.

- D. 0. Le gusta estar con otros niños.
 - 1. Es poco interesado en el juego con otros niños.
 - 2. Quiere estar siempre solo, rechaza la compañía de los demás niños.

- E. 0. Es un niño bastante seguro de sí mismo.
 - 1. A veces expresa temor de que las acciones que debe hacer le salgan mal.
 - 2. Siempre dice que a él o ella todo le sale mal, que no sirve para nada.

- F. 0. No suele sentirse cansado.
 - 1. Se siente fatigado, sin fuerzas con frecuencia.
 - 2. Siempre está cansado, sin fuerzas aunque no haya hecho nada.

- G. 0. Generalmente hace sin dificultad su trabajo escolar.
1. Le cuesta trabajo realizar su trabajo escolar.
 2. No rinde absolutamente nada en su trabajo escolar, no es capaz de un trabajo, por pequeño que sea.
- H. 0. Generalmente tiene buen ánimo
1. Se le nota triste, decaído, con cierta frecuencia.
 2. Siempre está triste.
- I. 0. Nunca habla de hacerse daño.
1. A veces expresa el deseo de morir.
 2. Siempre dice que quiere matarse, que no quiere vivir más.
- J. 0. No suele llorar más de lo normal.
1. Llora con cierta frecuencia.
 2. Llora por cualquier causa y, a veces, sin motivo aparente.
- K. 0. Generalmente disfruta (juguetes, juegos, situaciones placenteras...)
1. No suele disfrutar de las situaciones en la medida que lo hacen los demás niños.
 2. Nunca disfruta de nada, siempre está insatisfecho, descontento.
- L. 0. Suele ser un niño optimista.
1. A veces expresa temores respecto de las acciones futuras.
 2. Siempre está temiendo que sucedan hechos terribles, está preocupado por el futuro.
- M. 0. No suele expresar sentimientos de ser menos que los demás en cualquier sentido.
1. A veces se compara con los demás en un sentido negativo.
 2. Suele decir con mucha frecuencia que es más malo o más feo que los demás.
- N. 0. No suele preocuparse por problemas de salud.
1. Se preocupa muchas veces por problemas de salud.
 2. Está tan preocupado por problemas de salud que no suele hablar de otro tema.
- O. 0. Le gusta ir a la escuela o al colegio.
1. A veces pone alguna excusa para faltar a la escuela o al colegio.
 2. Se niega ir a la escuela o al colegio sin que existan un motivo aparente.
- P. 0. No suele expresar sentimientos de culpa
1. En ocasiones, se siente culpable por algunas situaciones que pasan.
 2. Siempre se siente culpable de cualquier hecho que pase.

Apendice 9

Esta guía de observación se realizará tres veces a la semana, durante una hora, en un lapso de dos semanas. Se tomará en cuenta cada ítem, el cual debe dar al menos 3 de 5 ocasiones para que se presente de forma continua e indicar que se desarrolla lo que se observa en él.

Fecha: _____ Evento: _____ Hora: _____

1. Tiene comunicación asertiva con sus familiares más cercanos

Sí _____ No _____

2. Tiene signos de fatiga física, cansancio, decaimiento

Sí _____ No _____

3. Su ánimo está triste

Sí _____ No _____

4. Tiene ánimo de realizar las actividades cotidianas

Sí _____ No _____

5. Sus movimientos corporales se muestran tensos

Sí _____ No _____

6. Le grita a los que tiene cerca

Sí _____ No _____

7. Su salud en general, ¿es buena?

Sí _____ No _____

Apendice 10

Preguntas para la entrevista de las mujeres adultas que tuvieron los puntajes más elevados del test BDI-II de Beck

1. ¿Cómo está su salud en general?
2. ¿Tiene alteraciones del sueño?
3. En el área espiritual ¿Cómo está su relación con Dios?
4. ¿Ha sentido cambios en su vida espiritual? Si es así ¿Cuáles son esos cambios?
5. En su hogar ¿Su familia le ha manifestado que usted ha cambiado el trato con ellos?
¿Cuáles serían estos cambios?
6. ¿Ha perdido el interés en hacer las actividades que realizaba?

La siguiente es miembro de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, mujer adulta de 28 años, obtuvo el nivel severo de depresión, según el Test BDI-II

AX28S

I: ¿Cómo está su salud en general?

AX28S: me he sentido más cansada, estresada.

I: ¿Tiene alteraciones del sueño?

AX28S: bueno, el problema que tengo es con uno de mis hijos, porque se levanta sonámbulo y tengo que estar pendiente de lo que hace por los peligros, hasta sale de la casa. Es que él es el que ha tenido problemas, desde pequeñito le daban ataques de epilepsia, eso le duró hasta los 5 años y ahora he notado que le quedó mucho eso de que se levanta dormido y en clases es muy

distraído, se sale de la clase para ir a jugar cualquier cosa, tienen que hacerle unos exámenes para saber qué es lo que tiene, entonces, él es el que me hace desvelarme.

I: En el área espiritual ¿Cómo está su relación con Dios?

AX28S: para serle sincera tengo cuatro meses de no orar ni estudiar la Biblia, por los problemas con mi esposo, es que yo empecé el programa de las cuarenta madrugadas, y en ese momento todavía estábamos juntos, y vieras que hacía todo lo del programa y era cuando más problemas habían, él llegaba borracho y entonces tuve que separarme, porque llegaba haciendo escándalos y me daba miedo que me lastimara a mí o a los güilas.

I: ¿Ha sentido cambios en su vida espiritual? Si es así ¿Cuáles son esos cambios? Bueno, aunque los cambios ya me los mencionó y han sido evidentes.

I: En su hogar ¿Su familia le ha manifestado que usted ha cambiado el trato con ellos? ¿Cuáles serían estos cambios?

AX28S: en estos momentos sí y me siento mal, porque como ahora estoy viviendo con mis papás ellos me están diciendo que por culpa mía es que estoy así, con esos problemas con él, porque tenía cuatro meses de no tomar licor, pero hace poco vino haciendo escándalos y entonces tuve que ponerle una medida de restricción y eso me pone triste, porque el güila más grande es el que más nota el trato del papá y le dice que es un mentiroso.

I: ¿Ha perdido el interés de hacer las actividades que realizaba?

AX28S: sí he perdido el interés, pero al mismo tiempo, me digo a mí misma, que tengo que hacer algo para estar mejor económicamente, como meterme a un curso o estudiar otra cosa.

Entrevista realizada a la mujer adulta de 40 años, que presenta el nivel severo de depresión

I: ¿Cómo está su salud en general?

AX40S: Bueno, no estoy bien, porque tengo unas varices que me están molestando mucho, me duelen y aunque son pequeñitas, me molestan mucho. Cuando salgo a trabajar tengo que venir en la tarde y echarme Cofal porque me duelen muchísimo y hace poco me salió un espuelón que todavía es peor, porque me duele al caminar, no puedo andar en bici porque estuve con un dolor en la vagina que no me deja montarme en la bicicleta y el doctor me prohibió. Y lo peor es que todo me dicen que es por el sobrepeso, (llora,) cuando voy al Ebais, ni siquiera el doctor deja que me sienta, porque me dice: "Ajá, usted no ha bajado nada de peso", y no me deja que le diga nada, ni me examina. He tenido que pagar por fuera para que me hagan algo. No puedo ni caminar para hacer ejercicio, porque vengo "muerta" del dolor.

I: Ha intentado buscar otro tipo de trabajo, que no le sea tan molesto estar en esa situación todos los días.

AX40S: El problema es que yo no estudié y tengo una deuda en el banco, que no deja que esté sin trabajar, porque se me hace peor. Por eso yo les he dicho a estos "güilas" que tienen que estudiar, porque hasta para trabajar de misceláneo piden el bachillerato.

I: Ya me comentó de los problemas de salud que tiene, y además de eso ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, o alteración del sueño?

AX40S: Sí por los mismo dolores que le estoy contando, tengo unos problemas en la espalda que vieras que tengo que acostarme de un lado y para moverme y darme vuelta tengo que agarrarme del respaldar de la cama.

I: ¿Cuánto es el sobrepeso que tiene, por tantos problemas de salud?

AX40S: son 25 kilos de más.

I: Hay varias actividades que puede hacer para bajar de peso, empezando por detalles pequeños, como tratar de hacer el tipo de ejercicio que no le moleste, comer porciones más pequeñas, evitar lo más que se pueda lo que sea grasoso y coma más frutas y verduras.

AX40S: Es que ese es uno de los problemas que tengo, porque si compro frutas todos quieren comer y como aquí vivimos todos revueltos, no puedo decir que esto es solo mío y que no me lo toquen.

I: Supongo que es un poco más difícil acomodarse con eso, pero, en realidad, tiene que hacerlo para ayudar a su salud. En el área espiritual ¿Cómo está su relación con Dios?

AX40S: En eso me siento mejor, porque ahora tengo el cargo de diaconisa y eso me ayuda mucho en la iglesia, me hace estar más involucrada en las actividades de Dios.

I: En su hogar ¿Su familia le ha manifestado que usted ha cambiado el trato con ellos? ¿Cuáles serían estos cambios?

AX40S: Los cambios han sido por los malestares que tengo, llego tan cansada a la casa, que solo quisiera acostarme, pero antes me estresaba que estuviera la casa limpia y ahora ya no me preocupo tanto, porque la verdad nadie entiende mis dolores y, bueno, también me ayudan las nueras, ellas me ayudan a limpiar cuando pueden, porque una está estudiando y la otra está