

122  
25  
5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AUTOCONCEPTO Y DEPRESION EN  
ESTUDIANTES ADOLESCENTES

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE.  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
REYNA MIRANDA MAYA  
MARIA PAZ LOPEZ



DIRECTOR DE TESIS LIC GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO  
ASESORES METODOLOGICOS MTRA MA CRISTINA HEREDIA ANCONA  
LIC FABIAN MARTINEZ SILVA

MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Iniciar una obra es relativamente fácil,  
basta con avivar un poco de lumbre del entusiasmo.  
Perseverar en ella hasta el éxito, es cosa diferente;  
eso ya es algo que requiere continuidad y esfuerzo.*

## **DEDICATORIA**

A:

*Arely Yazmín Jiménez Paz*

*Aslye Rubí Miranda Moran*

*Por representar en nuestras vidas la motivación de crecer como personas,  
de madurar, y enseñarnos lo importante que es vivir la vida,  
así como valorar cada momento de nuestra existencia  
que muchas veces por cotidiano  
no alcanzamos a percibirlo.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A NUESTROS PADRES:*

*Ezequiel Miranda Juárez*

*Faustina Maya Estudillo*

*Juventino Paz Ruíz*

*Delfina López Orozco*

*Por su amor incondicional,  
apoyo y enseñanzas  
a lo largo de nuestras vidas*

*A NUESTROS HERMANOS:*

*Ezequiel, Elia,*

*Enrique y Margarita*

*Octavio, Juventino, J.*

*Luis, Estela, Teresa,*

*Martha, Alicia, Manuel*

*y especialmente a:*

*Bertha*

*Por los momentos felices que hemos pasado juntos,  
por el amor y apoyo que siempre nos unen.*

A:

*José Ramón S. M.*

*Por su gran cariño que le da  
chispa y vida a los instantes  
compartidos logrando crear  
lazos que unen nuestros sueños  
y esperanzas...*

*Miguel Angel M. de la C.*

*Por su amor y compañía ,  
por su apoyo incondicional,  
por despertar sentimientos  
que nunca soñé posibles.*

#### *A NUESTROS AMIGOS:*

*Miriam C., Pilar, Beida L. Joaquín, Jorge M., Miguel Angel V.*

*Nancy G., Verónica O, Julio M., Enrique G., Sara A. R., Sandra S. Evangelina G.,  
José Antonio P., Alberto R., Adriana S., Jesús.*

*Jorge Alberto C. C.*

*Elna P., Jorge Antonio C., Fabian C., Fabian D., Alma Eulalia Q. Nicolas A .  
Rocío G., Víctor Hugo, Irma C., Julio M., Alejandro, Cecilia, Felipe O. Aravid,  
Beatriz, Alfredo P.*

*Por ser seres auténticos,*

*por dejarnos compartir su vida,*

*por su fe en nosotras que muchas veces*

*fue más grande que la que nosotras mismas teníamos.*

A:

*Lic. Felix Jesús Oliva*

*Psic. Arturo Rosas*

*Psic. Roberto Peimbert*

*Por su apoyo,  
por ser guías, y compañeros,  
por darnos la oportunidad de conocernos  
más allá de lo que nosotras misma creíamos hacerlo.*

A LOS SINODALES:

*Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo*

*Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona*

*Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo*

*Lic. Rosa Elena Mendoza Valdéz*

*Lic. Fabián Martínez Silva*

*Por sus comentarios y sugerencias  
en la realización del presente trabajo.*

## INDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN	1
I. ADOLESCENCIA	
1.1. Definiciones de adolescencia	3
1.2. Teorías sobre la adolescencia	5
1.3. Aspectos Psicológicos del adolescente	12
II. AUTOCONCEPTO	
2.1. Antecedentes históricos	15
2.2. Definiciones sobre autoconcepto	18
2.3. Teorías del autoconcepto	22
III. DEPRESIÓN	
3.1. Antecedentes históricos	31
3.2. Definición de la depresión	34
3.3. Teorías de la depresión	37
IV. AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	
4.1. El autoconcepto en la adolescencia	43
4.1.1. Investigaciones sobre el autoconcepto	45



---

	Pag
4.2. La depresión en la adolescencia	48
4.2.1. Investigaciones sobre la depresión	50

## V. MÉTODO

5.1. Planteamiento del problema	53
5.2. Objetivos	54
5.3. Hipótesis	55
5.4. Variables	56
5.5. Muestra y sujetos	58
5.6. Tipo de estudio	58
5.7. Diseño de investigación	59
5.8. Materiales	59
5.9. Instrumentos	59
5.10. Procedimiento	64
5.11. Análisis estadístico	66

## VI. RESULTADOS

6.1. Tratamiento estadístico	67
6.1.1. Interpretación de Resultados	71
6.1.2. Correlación de Pearson	75
6.1.3. Prueba t de Student	76
6.2. Discusión y Conclusiones	77
6.3. Limitaciones y Sugerencias	81

BIBLIOGRAFÍA	83
--------------	----

## ANEXOS

---

## INTRODUCCIÓN

---

La adolescencia es un periodo del desarrollo humano que ha sido abordada ampliamente desde diferentes perspectivas y que por las características particulares que presenta, es parte importante en el establecimiento de la personalidad.

El desarrollo de la etapa de la adolescencia con sus acontecimientos y crisis característicos, lleva al joven a tener una visión más o menos clara de lo que es y de lo que se espera que sea, es decir, adquiere un sentido de identidad o autoconcepto al final de la etapa.

Ubicando al autoconcepto dentro del marco de la personalidad, la base sobre la que descansa éste es la identidad, que es un proceso que comienza en la niñez y continúa a través de la vida, siendo los años de la adolescencia cuando el joven, por el proceso de transformación que atraviesa, se da cuenta que no piensa igual que los demás, entrando en una etapa de cambios emotivos porque se siente extraño y diferente; esto le origina una serie de conflictos que al no ser manejados de manera conveniente pueden ocasionarle un estado de ánimo depresivo.

En el adolescente se ha llegado a encontrar una autoimagen pobre, elementos destructivos y autodestructivos, síntomas que nos señalan una depresión ya que debido a la inestabilidad que caracteriza a este periodo es frecuente que irrumpan en algunas ocasiones síntomas de diversos trastornos psicológicos que deberían de desaparecer con la conclusión de la etapa: la depresión es uno de ellos, así mismo también se pueden observar fenómenos como delincuencia, alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia, aislamiento social, bajo rendimiento escolar, suicidio, etc. , los cuales se encuentran estrechamente relacionados con ésta

Es por lo anterior, que el objetivo de esta investigación es describir cómo se manifiesta el autoconcepto y la depresión en los estudiantes de nivel medio superior, encontrar si existe alguna relación entre estas variables y, observar si hay diferencias de acuerdo al sexo del adolescente con respecto a su autoconcepto y a la depresión. Todo esto nos permitirá enriquecer más nuestros resultados para aportar datos que

faciliten la elaboración de programas preventivos de atención e intervención más efectivos.

El elegir estudiar estas variables en una población de adolescentes es no sólo por la etapa crítica por la que estos atraviesan, sino por las consecuencias que pueden tener un autoconcepto devaluado o una severa depresión en el desarrollo de su personalidad y que se puede prolongar hasta la vida adulta resultando así, patologías más definidas ya que esto repercute en toda la esfera psicológica del individuo, en sus pensamientos, conducta, trabajo, relaciones interpersonales, familiares, y en su rendimiento escolar.

Cabe mencionar que en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. el autoconcepto y la depresión se han estudiado de forma individual en los adolescentes, y hasta ahora no se han encontrado investigaciones en donde se hayan estudiado juntas estas variables en dicha población.

Para abordar la investigación, en el Capítulo I se dan varias definiciones sobre la adolescencia y se ubica de acuerdo a las diferentes teorías existentes, además se hace énfasis en los aspectos psicológicos del adolescente.

En el Capítulo II, se hace una revisión sobre los antecedentes del autoconcepto, se define y se presentan las diversas teorías por las que ha sido abordado éste.

En el Capítulo III, se exponen los antecedentes de la depresión, se dan definiciones y se describen las diferentes posturas teóricas sobre la depresión.

Para el Capítulo IV, se habla del autoconcepto en la adolescencia, se presentan las investigaciones más recientes realizadas en adolescentes que aborden el tema de autoconcepto; así también, se hace una revisión sobre la depresión en la adolescencia y se exponen las investigaciones más recientes realizadas en adolescentes.

En el Capítulo V se plantea el problema a investigar, y se describe la metodología que se empleó en este estudio.

En el Capítulo VI, se describen los resultados, el tratamiento estadístico, la discusión y conclusiones del trabajo, así como las limitaciones y sugerencias. Se incluye la bibliografía y los anexos con los instrumentos que se utilizaron

# CAPITULO I

## ADOLESCENCIA

### 1.1. DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA

La adolescencia constituye un momento esencial del desarrollo psicológico, si la estudiamos desde el punto de vista etimológico, el vocablo adolescencia proviene del verbo latino: “*adolescere*” cuyo significado es crecer, madurar, llegar a la maduración. Para la Psicología, el crecimiento al que alude la definición no sólo involucra los aspectos físico, también incluye todos los aspectos de la personalidad: intelectual, afectivo y social. Existen muchos autores preocupados por el estudio de la adolescencia, cada uno de ellos la abordan desde muy diversos puntos de vista.

Peter Bloss (1981), define a la adolescencia, como la suma total de los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo.

Por su parte, Aberastury A. (1982) hace una definición literaria de la palabra adolescencia derivándola de la lengua latina: *ad-a*, hacia más, *olescere* forma incoactiva de *olere*, crecer. Significando esto la condición o el proceso de crecer.

Otro autor, Knobel M. (1982) considera a la adolescencia como un período de aprendizaje, hace una descripción de lo que el llama “Síndrome del adolescente normal”, menciona que existen diez características que conforman la “sintomatología” de esta etapa: 1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad, 2. Tendencia a agrupar, 3. Necesidad de fantasear e intelectualizar, 4. Crisis religiosas, 5. Desubicación temporal, 6. Evolución sexual, desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, 7. Actitud social reivindicatoria, 8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, 9. Separación progresiva de los padres, y 10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Todos estos síntomas

interactúan de una manera constantemente fluctuante, lo que permite el logro de la adultez, a través de la adolescencia.

Muss Rolf (1984), define a la adolescencia como “crecer o desarrollarse hacia la madurez”, sociológicamente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Psicológicamente es una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas dentro de una sociedad dada distingue la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los 12 o 13 años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales. Tienden a iniciarse antes en las niñas que en los varones y a acortarse en las sociedades más primitivas.

Francoise Dolto (1992) sitúa a la adolescencia entre los 14 y los 18 años, definiéndola como una simple transición a la edad adulta. Dice que es una fase de mutación, donde se reproduce la fragilidad del bebé que nace, ya que al igual que éste, el adolescente es sumamente sensible a lo que recibe como mirada y oye como palabras.

Finalmente, Papalia (1992) coincide con varios autores al definir a la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Menciona que la adolescencia comienza con la iniciación de la pubertad, un periodo rápido de crecimiento físico y cambios psicológicos que llevan a la madurez sexual y que dura alrededor de dos años y termina cuando una persona es capaz de reproducirse. Continúa diciendo que, el final de la adolescencia no está definido en las sociedades occidentales, puesto que no hay una sola señal que indique que la vida adulta se ha alcanzado. En cambio, en algunas culturas no occidentales, la vida adulta se mira cuando comienza la pubertad y con ritos de pubertad significativos, que toman variedad de formas.

Como podemos ver, cada autor define la adolescencia, tomando en cuenta los elementos que configuran su teoría. Sin embargo, es obvia la dificultad de encontrar una definición, que en sí misma englobe aspectos médicos, biológicos, psicológicos, psicoanalíticos, conductuales, sociales y humanísticos.

## 1.2. TEORÍA SOBRE LA ADOLESCENCIA

Stanley Hall, es considerado como el padre del estudio de la adolescencia, ya que fue el primero en elaborar una teoría al respecto.

La tesis principal de su teoría, se centra en que la adolescencia de un individuo es una reminiscencia de etapas anteriores del desarrollo de la raza humana, un estudio que recapitula el periodo de la historia evolutiva de la humanidad; cuando mediante una revolución turbulenta, los seres humanos habían logrado abandonar su pasado más salvaje y echar los cimientos de una civilización, atribuía a este hecho el que los adolescentes tuvieran que pasar por una gran “tormenta y tensión” característica. (Fitzgerard, H. 1982).

Sigmund Freud en sus “Tres ensayos sobre teoría sexual”, se interesó en esta fase de la vida. La pubertad, para él era la última fase de desarrollo sexual del individuo y desde su punto de vista tendía al logro de tres objetivos: la genitalidad, es decir, la subordinación de las pulsiones parciales a la primacía genital y al servicio de la procreación; el abandono de los objetos incestuosos y la definición del rol sexual. (Freud, S., 1980).

Tomando como base el trabajo realizado por Freud, surgieron varios autores con enfoque psicoanalítico entre los cuales están: E. Erikson, P. Bloss, A. Aberastury y M. Knobel; cada uno con su propia teoría de la adolescencia

Erikson describe ocho etapas del desarrollo en donde, el Yo debe resolver tareas específicas con repercusiones psicológicas y universales, antes de proseguir a la siguiente etapa. Dichas etapas se mencionan a continuación: 1. Primera Infancia

(Confianza básica vs. Desconfianza); 2. Dos años (Autonomía vs Vergüenza y Duda); 3: Tres a cinco años (Iniciativa vs Culpa); 4. Etapa de Latencia (Industria vs Inferioridad); 5. Adolescencia y Juventud ( Identidad vs Confusión de identidad); 6. Intimidad vs Aislamiento; 7. Geratividad vs Estancamiento; y 8. Integridad del yo vs Desesperación. Estas crisis, deben ser resueltas dentro de una polaridad determinada. De esta forma, respecto a la etapa de la adolescencia, la formación de la identidad realmente consiste, en reestructurar todas las identificaciones anteriores a la luz de un futuro previsto. Es en la pubertad y en la adolescencia, donde radica el principal conflicto de desarrollo de la personalidad, ya que se busca primordialmente la identidad, y existe una confusión de roles. (Erikson, E. 1970 pag. 235-236).

La crisis de identidad es psicosocial, esto significa en un enfoque psicoanalítico que su aspecto psicológico incluye: 1) Que es parcialmente consciente e inconsciente; 2) Está acosado por la dinámica del conflicto; 3) Posee su propio periodo evolutivo, antes del cual no podría llegar a una crisis; 4) Se extiende, tanto al pasado como al futuro.

Las complejidades inconscientes son las siguientes: 1) La crisis de identidad en ocasiones es poco perceptible y en otras lo es muy marcadamente; 2) La formación de identidad, por norma posee un aspecto negativo que a lo largo de la vida puede permanecer como un aspecto rebelde de la identidad total. La identidad negativa, es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de la identidad que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables, o mediante las cuales se hace sentir como “diferentes” a individuos atípicos o a ciertas minorías específicas; 3) La naturaleza del conflicto de identidad, depende a menudo del pánico latente infiltrado dentro de un periodo histórico. Esto queda más claro en el siguiente párrafo: “ La juventud puede verse determinada, por lo que ocurrió antes de su vida o en la historia. Desde el punto de vista psicosocial, esto significa, que las identificaciones infantiles irreversibles, privarían al individuo de su propia identidad e históricamente, que los poderes creados impedirían a un

grupo realizar una identidad históricamente compleja” (Frias L. y Terrazas V. 1991, pag. 25-27).

Peter Bloss (1981), en su teoría sobre la adolescencia hace una distinción entre adolescencia y pubertad; define a la pubertad como el conjunto de manifestaciones físicas de la maduración, y a la adolescencia como el conjunto de procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. De esta forma es posible afirmar que la pubertad es el proceso de maduración biológica y la adolescencia el proceso de maduración integral del individuo, el cual está integrado por diferentes etapas:

1. Adolescencia Temprana. En esta etapa los cambios fisiológicos se presentan en forma brusca. La característica principal es la falta de catexia en los objetos de amor incestuoso. Debe lograrse la renunciación de los objetos de amor y como consecuencia la búsqueda de objetos nuevos. En el proceso de renunciamiento, los impulsos cambian hacia la genitalidad; los objetos libidinales, cambian de pre-edípicos y edípicos a objetos heterosexuales no edípicos. La amistad típica de la adolescencia temprana es donde se mezclan la idealización y el erotismo en un sentido muy especial. Adquieren una independencia apreciable de la autoridad parental, se hacen sintónicos y operan parcialmente dentro del Yo.

2. Adolescencia Propiamente Tal. La búsqueda de relaciones de objeto, asume nuevos aspectos diferentes a la etapa anterior. Aquí el hallazgo de un objeto heterosexual es posible, porque se abandonan las posiciones bisexual y narcisista, lo que caracteriza el desarrollo psicológico de la adolescencia. El adolescente, por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, desarrollando la capacidad para un amor heterosexual maduro. Su vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes. Esta fase tiene dos temas principales: El revivir del complejo de edipo y la desconectan de los primeros objetos de amor.



3. Adolescencia Tardía. Esta etapa, es primordialmente una fase de consolidación, en la existen los siguientes aspectos: a) Un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del Yo; b) Una extensión de la esfera libre de conflictos del Yo; c) Una posición sexual irreversible (constancia de la identidad), resumida como primicia genital; d) Una catexis de representación del Yo y del objeto relativamente constante; e) La estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarda la identidad del mecanismo psíquico

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo en un tiempo de crisis sus metas principales son logra una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad.

La fase final de la adolescencia, se ha considerado como una declinación natural del crecimiento, con la cual el individuo gana en acción positiva una integración social, constancia en sus emociones y estabilidad de la autoestima.

4. Post-adolescencia. Es la transición de la adolescencia a la edad adulta. En términos del desarrollo del Yo y de la organización de impulsos, la estructura psíquica ha adquirido al final de la adolescencia tardía una fijación que le permite al joven volver al problema de armonizar, las partes de los componentes de la personalidad. La organización de impulsos, ha alcanzado un estado de permanencia y fijación. La realización de los fines en términos de relaciones permanentes, roles y selección del medio se vuelven los más importantes, emerge la personalidad moral con énfasis en la dignidad personal o autoestima.

Otro enfoque que aporta explicaciones al proceso de la adolescencia, es el de la antropología cultural, abordado por autores como Mead y Benedict, los cuales destacan la importancia de las instituciones sociales, así como de los factores culturales en la pubertad y las experiencias del adolescente en sociedades primitivas; sosteniendo que la constitución biológica, no determina moldes particulares de la conducta. Benedict, ve el crecimiento como un proceso gradual y constante diferenciación de etapas en el proceso de la personalidad, donde cambia el

modo de relación interpersonal de una edad a otra, provocando discontinuidad en el proceso, además señala que en la sociedad occidental, la adolescencia es la etapa donde se producen los mayores cambios, pasando de un estatus irresponsable a un estatus responsable, de un cambio de sumisión a dominación y una actitud sexual contrastante. El cambio de juego irresponsable al trabajo responsable, produce una situación de conflicto, de la misma forma, la diferenciación entre sumisión e independencia es aún más extrema. Por otra parte, el hecho de que el adolescente tenga que asumir un papel sexual, que lo llevará a la posición de padre o madre, constituye una discontinuidad dependiendo mayormente de las instituciones sociales y las experiencias culturales.

En otra área, los valores y conductas de los padres han dejado de ser modelos, ya que son anticuados en comparación con los ofrecidos por otros medios. Ahora bien, en su proceso de independencia, el joven no responde a los valores de los padres, sino que se opone a ellos, por lo general de una manera brusca y violenta (Mead, M. 1973).

Gesell A. (1971) considera a la adolescencia como una transición decisiva entre la niñez y la vida adulta, cuya tarea primordial consiste en encontrarse a sí mismo; menciona que este periodo no necesariamente deberá ser turbulento, errático y atribulado. Sostiene, que el desarrollo no se ajusta a una pauta rectilínea, sino que implica fluctuaciones y oscilaciones, siendo necesario dejar al adolescente en libertad, procurando su desarrollo pero sin marcar restricciones.

Por otra parte, en el trabajo realizado por Aberastury, A. y Knobel, M. (1982), quienes en su libro "Adolescencia Normal", plantean una serie de disimilitudes entre la conducta y actitudes del adolescente en relación con ciertos cuadros nosológicos, en particular la psicopatía; esta comparación, tienen la intención de destacar una serie de características propias del adolescente, que de ninguna manera son patológicas y que lo único que pretenden, es señalar el carácter

de “normalidad” que presenta el individuo al atravesar por esta etapa en su camino a la maduración.

Señala en primer lugar , que el periodo de la adolescencia se caracteriza por un constante cambio, es decir, no es posible concebir el paso de la adolescencia como una situación estable, en este sentido es definida como “una etapa de la vida, durante la cual el individuo busca establecer una identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales intelectualizadas, verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición, y que a su vez tienen la estabilidad de la persona en un plano genital, lo que solo es posible si se elabora el duelo por la identidad infantil”. Esta búsqueda de identidad, es lo que hace que el joven emprenda varios caminos, a fin de lograr saber quién es él y qué papel juega; estos cambios y la necesidad de buscar su identidad, ha sido englobada por esos autores dentro de algo que han denominado “Síndrome Normal de la Adolescencia” (pag. 39-40).

Toda esta serie de cambios, se ven acentuados y dificultados en cierto sentido, no solo por la necesidad de adaptarse a un mundo adulto desconocido y en cierta forma hostil, sino además acentuado por el desprendimiento del mundo infantil, en el cual se viviría cómodamente, con una relación de dependencia con necesidades básicas cubiertas y roles claramente establecidos, en éste momento, es necesario desprenderse de todo esto, haciendo una serie de adaptaciones en sus patrones de comportamiento así como en sus actitudes.

Aberastury plantea como fundamental para alcanzar una plena maduración, el pasar por una serie de etapas, elaborando el duelo hacia ellas.

a) Duelo por el cuerpo infantil perdido. Implica toda la serie de cambios físicos, que no pueden ser controlados por el adolescente, y limitándose ha ser un “espectador impotente”.

b) Duelo por el rol y la identidad infantil. Este lo obliga a desprenderse de la dependencia infantil, aceptando una serie de responsabilidades.

c) Duelo por los padres. La relación de dependencia, se abandona paulatina y dolorosamente. En este sentido debe haber un doble duelo, los padres también tienen que abandonar la relación de sometimiento que guardan para con sus hijos.

En lo que respecta al desprecio que los jóvenes tienen hacia sus padres, no es más que una defensa para eludir la depresión que impone el desprendimiento de los patrones infantiles; en este sentido, los padres tratan en ocasiones de presionar económicamente a los jóvenes y lo único que crean es un abismo entre las generaciones, así mismo, se observa un incremento en la intelectualización, como un recurso ante la impotencia de acción; su nuevo plan de vida exige plantearse nuevos valores éticos y filosóficos, implicando el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de capacidad para lograrlos. Existe una falta de definición, saben mucho más lo que no quieren ser, que lo que pretenden de sí mismos.

La manera violenta de responder del joven, no es más que una medida tomada ante la desintegración, “El adolescente de hoy está harto de consejos, necesita hacer sus experiencias y comunicarlas pero no quiere, ni le gusta ni acepta que sus experiencias sean criticadas, calificadas o clasificadas, ni confrontadas con las de los padres”, en cierto sentido existe una mayor dependencia de los padres pero no es posible reconocerlo y se le solicita en cambio independencia, éste cambio brusco de una posición a otra es lo que caracteriza a éste periodo y es lo que los padres deben de comprender; es necesario imponer una libertad, pero con límites, con cautela, observación, contactos afectivos permanentes y aceptar que el joven está cambiando (Frias L. y Terrazas V. 1991 pag. 34-35).

En conclusión, no existe una definición ni teoría que englobe con precisión lo que es la adolescencia, sin embargo, los enfoques teóricos descritos concuerdan en

afirmar que la adolescencia es una etapa transitoria donde hay muchos cambios que afectan al individuo y de acuerdo con Aberastury y Knobel los llevan a manifestar ciertas conductas que son propias de ellos y que los orientan a encontrar su identidad, descubrir quiénes son, para así entrar en el mundo de los adultos, no sin antes pasar por un proceso de pérdidas, de duelos que le permiten madurar pero que llegan a ser causa de tristezas profundas que no todos los adolescentes superan con la misma rapidez.

### **1.3. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ADOLESCENTE**

El ser humano a lo largo de su vida experimenta transformaciones que dan lugar a diferentes etapas de desarrollo; las que no son estáticas y presentan características particulares que permiten distinguir una de otras.

Es evidente que el crecimiento físico en la adolescencia por su relativa brusquedad y por el hecho de que es vivido socialmente como una transformación cualitativa, no puede dejar de tener una repercusión sobre el plano psicológico. El adolescente necesita identificarse con su propia imagen, apropiarse tanto propioceptivamente como en lo que a su representación se refiere de su cuerpo en desarrollo. (Lehalle, 1990).

La adaptación a las transformaciones físicas se considera a menudo como difícil y afectada por la duración del crecimiento. Los adolescentes experimentan una cierta inquietud ligada a una sensación de desconcierto, de anormalidad corporal, a menudo no justificada. Se habla de dismorfofobia. Lehalle (1990) cita varios estudios sobre los efectos del desarrollo físico en la personalidad de los adolescentes, en los que se destaca que el hecho de que la pubertad sea precoz o tardía, parece tener consecuencias importantes y duraderas en los planos afectivo y social, dichas consecuencias se verán condicionadas por el sexo. Sucede así que los

adolescentes que creen no alcanzar los estereotipos físicos tienen tendencia a tener una opinión desfavorable de sí mismos en otros terrenos.

El periodo de la adolescencia no se puede analizar independientemente de los periodos precedentes. Los adolescentes tienen ya un largo pasado tras ellos que determina en gran medida sus modalidades de reacción frente a las circunstancias actuales. Las transformaciones psicológicas producidas durante la adolescencia condicionan la posterior adaptación del individuo.

El adolescente, en consecuencia a su pubertad, debe adaptarse a su nuevo cuerpo, aprender a funcionar con el nuevo rol que se le impone y realizar cambios en su forma de relacionarse con los demás particularmente con sus padres; todo lo anterior es posible si consigue elaborar lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo de niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia (Aberastury, 1982).

El adolescente se siente sólo, único e incomprendido, esto le lleva a experimentar un sentimiento de aislamiento que el mismo busca, acompañado generalmente de melancolía, de tristeza, estados en los que se complace, por más que reproche a su entorno de ser el responsable de lo que le pasa y de no comprenderle.

En estas depresiones se observa un placer morboso en mantener su pena únicamente por la satisfacción de sentirse existiendo.

Helen Deutsch ha observado este comportamiento en las adolescentes de quienes dice que proyectan su propia incomprensión del mundo en el sentimiento de ser incomprendidas y que se complacen en llorar. De todas formas, como lo ha señalado Mucchielli, sea cualquiera el comportamiento que adopten: megalomanía o depresión, los jóvenes quieren sobre todo, afirmar que de ahora en adelante son seres originales en posesión de una intimidad en la que ya nadie tiene derecho a penetrar (Lehalle, 1990).

La adolescencia parece ser un periodo en que las relaciones de amistad están muy cargadas afectivamente. La escuela y el grupo de pares son significativos en el proceso de socialización por el hecho de que favorecen la formación de “grupos espontáneos”, en los que el adolescente desarrolla lazos de amistad.

Se despierta la afectividad en el adolescente, el sentimiento asume gran importancia en su vida en especialmente sensible y padece repentinos cambios en su estado de ánimo y conducta, puede mostrarse triste, alegre, molesto, enfadado, etc. sin motivo aparente, su conducta puede oscilar entre lo apacible y lo agresivo, (Corbella, 1985).

Es durante la adolescencia cuando aparece el primer amor, las relaciones con el sexo opuesto adquieren un matiz diferencial de las que se mantienen con el mismo sexo. El adolescente toma conciencia de sus cambios biológicos y de su sexualidad, y ha de enfrentarse a ésta, librando una lucha entre sus impulsos y la represión social de la que es objeto, (Corbella, 1985).

Por anterior se considera a la adolescencia como un proceso crítico. Si además de ello, en la niñez temprana el individuo experimentó conflictos psicológicos, entonces se incrementa la posibilidad de que durante la adolescencia se presente algún desorden en la personalidad, (González Nuñez, 1986).

## CAPITULO II

### AUTOCONCEPTO

#### 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Una de las preocupaciones con las que el hombre se ha enfrentado a lo largo de su vida es el cuestionamiento de: ¿Quién soy?, ¿Hacia dónde me dirijo?, ¿Qué camino he de tomar?, ¿Qué quiero?, etc.

Esta tendencia hacia el conocimiento de sí mismo, ha persistido desde la época de los Griegos hasta la actualidad; Sócrates decía que, para alcanzar una vida buena, es necesario cumplir con la regla “Conócete a ti mismo”, lo que significa enfrentarse con honradez y franqueza al conocimiento propio y aceptar con sus consecuencias una verdad psicológica: considerar al Yo como algo que el mismo individuo crea (Hamachek, D., 1981).

De esta forma, se ha encontrado, que el origen del autoconcepto se ubica en los escritos de los antiguos Griegos. Con la distinción, que realizaran Aristóteles y otros, entre los aspectos físicos y no físicos del ser humano.

Rechazadas por los psicólogos la ideas metafísicas de alma, deseo, espíritu, por no ser aprehensibles con la metodología científica, surge el concepto de “Self” (autoconcepto) como el más importante objeto de la experiencia de cada individuo a causa de su primacía, continuidad y ubicuidad en todos los aspectos del comportamiento (Burns, 1979, cit. Oñate, 1989).



Platón inicia el estado del Self entendido como alma; sin embargo, Aristóteles, en el Siglo III A.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del Yo, pero va a ser San Agustín el que describe el primer atisbo de introspección personal; así, durante la Edad Media, la cuestión del Self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época. Más tarde, con el renacer cultural de Europa del Siglo XVII, el concepto de Self se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbs y Locke, (Musitu, Román, 1982).

Descartes en 1637 con su frase “pienso luego existo” coloca su “sí mismo” como base para poder hablar de sí mismo. Hobbes en su *Leviatán* (1651) aportó un código ético basado en el interés del Self. Allport (1954) consideró esta doctrina como un heraldo de la psicología social y de las doctrinas modernas de la autoestima. Pero Hobbes no estaba ya de acuerdo con algunas nociones de Descartes. Junto con Locke, atribuía mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el Self: “el autoconcepto sería siempre nuestras sensaciones y percepciones actuales”. En el siglo XVIII Hume (1740) siguió el argumento basado en la identidad. En Condillac (1715-1780), el autoconcepto no fue solamente la suma de las percepciones del hombre sino que incluyó lo que las unía. Posteriormente Kant (1781) introdujo la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto. El Self, tratado por Locke y Hume, lo entendió como unidad obtenida por la síntesis: el Self empírico. También lo consideró como agente: el puro ego. En la psicología fisiológica del siglo XIX la esencia del autoconcepto aparece en el substrato físico de la consciencia (Musitu, 1982, cit Oñate, 1989).

Pero sería W. James (1890), quién pondría las semillas que brotaron en el estudio posterior del Self. Los tatos somáticos proporcionaban las bases para el sentido de la identidad personal (Price-Williams, 1957). Identifica el Self como agente de la consciencia así como también una parte importante del contenido de ella misma. Esta naturaleza dual del Self como objeto y como proceso se encuentra

todavía vigente y así expresado en gran parte de la literatura actual (Musitu, 1982, cit. Oñate, 1989).

Para James (1890), el Self del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo. Considera también que el Self Empírico o "Mi" está formado por tres constituyentes: el Self Social o las opiniones que los demás tienen de él; el Self Material o cuerpo; el Self Espiritual con habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el Yo.

Merleau-Ponty (1945), ha tratado es aspecto sujeto -cuerpo del Self-, haciendo énfasis en la base física de esta unidad en el papel que juega en la percepción y la comunidad interpersonal. El acercamiento fenomenológico tuvo gran atractivo también para los gestaltistas. Köler (1929), igual que Merleau-Ponty, identificó el Self Experimental y la percepción corporal.

Curiosamente durante cincuenta años, entre 1915 y 1965, el Self fue marginado de la psicología social psicológica. El rechazo de la consciencia, por parte del conductismo, como concepto legítimo en la psicología se extendió también al Self como agente y como objeto de la consciencia. Aunque ausente de la psicología social psicológica, el estudio del Self persistió en otros campos: así en la psicología de la personalidad los estudios del Self se centraron en las discrepancias entre el Self Ideal y el Self Real, y en los aspectos evolutivos del Self. En la psicología sociológica el Self persistió como un concepto clave en el interaccionismo simbólico de la escuela de Chicago.

En 1965 el Dr. William Fitts inició uno de los programas más completos de investigación sobre autoconcepto. Una de sus primeras contribuciones ha sido el desarrollo y estandarización de la Escala Tennessee de Autoconcepto, la más confiable que tenemos hasta ahora para la medición del mismo.

## 2.2. DEFINICIONES SOBRE AUTOCONCEPTO

Cualquier definición de autoconcepto tiene problemas porque tal definición es utilizada en muchos sentidos por autores de las más diversas teorías y, a veces, en el contexto de una misma teoría (Wells y Marwell, 1976; cit. La Rosa 1986).

Antes de mencionar algunas definiciones sobre autoconcepto, debemos señalar que este se compone de dos elementos básicos:

### 1.- La autoimagen.

Constituye la imagen mental que el sujeto tiene de su yo y del yo de la persona que le gustaría ser, es decir, “La noción interna de sí una persona posee características y hasta que grado las posee, manifestándose por las caracterizaciones o descripciones que hace de si misma”. Existen cuatro clases de autoimagen.

a) Autoimagen Física. Comprende las cualidades y la adecuación al sexo pertinente (altura, obesidad, etc.)

b) Autoimagen Psicológica. Constituida por los rasgos de personalidad (timidez, honestidad, agresividad, etc.); basándose en pensamientos, sentimientos, emociones.

c) Autoimagen Ideal. Es lo que el individuo quisiera ser en lo físico y en lo psicológico, sus esperanzas y sus aspiraciones.

d) Autoimagen Real. Es la “imagen por reflejo” de lo que el individuo cree que las personas que le importan piensan a su respecto, tanto física como psicológicamente. Según el trato y evaluación de estos, el sujeto determinará su estimación.

## 2.- La autoestima.

Es una evaluación personal de los méritos y cualidades, que un sujeto realiza acerca de su propio valor, con base en su autoimagen y el la conciencia de valores de la sociedad (Sarafino, E., 1988).

La autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el sí mismo. “Si una persona se conoce a sí misma y esta consiente de sus cambios, crea su propia escala de valores, desarrolla sus capacidades y si se acepta y respeta, tendrá autoestima; por el contrario si una persona no se conoce, el concepto de sí mismo es pobre, no se acepta ni se respeta, entonces no tendrá autoestima o bien ésta estará distorsionada. (Rodríguez, M., 1985 pag. 6-7).

Wells y Marwell (1976), afirman que la forma en que una persona actúa irrealísticamente, se percibe y se estima, es comúnmente denominada el sí mismo real o simplemente, el autoconcepto. En otro contexto los mismos autores afirman que el autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente consideradas como teniendo tres aspectos fundamentales: el cognitivo (el contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación relacionada al contenido), y el conductual (respuestas comportamentales a la actitud) La autoestima es comúnmente identificada como el segundo aspecto, lo cual es considerado como principalmente motivacional.

Shavelson, Hubner y Staton (1976), observan que “en términos amplios, el autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí misma”, y continúan: “se pueden identificar siete características como críticas para la definición del constructo. El autoconcepto puede ser descrito como organizado, multifacético, jerárquico, estable, que se desarrolla, evaluativo y diferenciable” (pag.411).

Hutlock (1970), menciona que el autoconcepto que tienen las personas, sobre quiénes son y qué son, se compone de conceptos que tienen los individuos sobre su aspecto, adecuación sexual, importancia de sus cuerpos en la opinión de otros. El

aspecto psicológico, se compone de conceptos que tienen los individuos sobre sus capacidades e incapacidades, su valor y sus relaciones con los demás.

Byrne (1984), afirma que en términos generales, “El autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos, y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social” ( pag. 429).

Rivera (1987), dice que el autoconcepto se refiere a cómo se percibe la persona a sí misma, y cómo cree que la perciben las demás. Esta percepción puede ocurrir tanto consciente como inconscientemente y en algunas ocasiones se notarán contradicciones entre ambas percepciones.

Sarafino (1988), señala que el autoconcepto es una idea organizada, interna o personal que se tiene de las características propias (rasgos físicos, sexo, tendencias conductuales, disposición emocional, habilidades, intereses y objetivos), con una evaluación personal y detallada, es decir, es la idea personal organizada, que tiene una persona acerca de sus propias características, incluyendo la imagen y la estimación que tiene de ella misma.

William Fitts en 1965, señala que el autoconcepto es “la imagen que el individuo tiene de sí mismo”. El autoconcepto se basa en la identidad de la persona, pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: la Autoconciencia (es el acto por el cual la persona, viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma) y la Autoaceptación (implica tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad de la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de manera objetiva, no negar o distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las limitaciones propias, sino aceptarlas, considerándose uno mismo una persona de valor igual que otras ( cit. en Aranda, A., 1987 pag. 101).

Carl Rogers en 1950 define al autoconcepto como “una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente conscientes o inconscientes; está compuesto por percepciones de las propias características y habilidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los otros y el ambiente. También se relacionan, con los valores, experiencias y mitos que se persiguen. Toda persona tiene un concepto de sí mismo como única y diferente de cualquier otra”. (Cit en Salgado D. R 1985 pag 14)

El autoconcepto incluye varios componentes, como son:

a) El perceptual, que es la forma en que la persona se percibe a sí misma y cómo se ha hecho de las impresiones de las otras personas.

b) El conceptual, que se refiere a los conceptos que tienen de sus características, habilidades, recursos, fallas y limitaciones, así como la conceptualización de su pasado y de su futuro.

c) Las propias actitudes, que incluyen los sentimientos acerca de sí mismo y desenvolvimientos ante el status social y frente a su futuro.

El autoconcepto, no sólo incluye el conocimiento de lo que se es, sino de lo que se quiere ser y de lo que debe ser un individuo. Esto permite a la personalidad, una concepción coherente y unificada de sí mismo, dándole la posibilidad de desarrollarse más adecuadamente dentro de su medio ambiente. (Salgado, D.R., 1985).

Morris Rosemberg (1973), define al autoconcepto como “la totalidad de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo como objeto” (pag. 19).

Plantea tres componentes del autoconcepto:

1.- El sí mismo existente. Se refiere a como el individuo se ve a sí mismo.

2.- El sí mismo deseado. Es una fuerza motivacional, que sirve de referencia para juzgar el autoconcepto existente.

3.- El sí mismo presentado. De acuerdo con Rosemberg, los motivos del sí mismo presentado son relevantes, ya que generalmente se presenta una imagen característica del individuo.

### 2.3. TEORÍAS SOBRE EL AUTOCONCEPTO

El estudio del autoconcepto ha sido abordado desde diferentes enfoques teóricos. A continuación, se mencionan las aportaciones hechas por algunos autores.

#### a) Interaccionismo Simbólico

Hacia 1890 Williams James observó que el hombre tiene tantos selfs sociales cuantos son los individuos que lo reconocen y generan en su mente una imagen de él en su obra "Principios de psicología", introduce en su pensamiento el concepto de sí mismo y lo define como "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos, su vocación, sus ocupaciones y muchas otras cosas" (pag. 8).

Considera al sí mismo según tres aspectos:

1.- Sus elementos constituyentes, que son:

- El sí mismo material (consiste en las posesiones materiales del individuo)
- El sí mismo social (se refiere a cómo es considerado por sus semejantes)
- El sí mismo espiritual (comprende sus facultades y disposiciones psicológicas)
- El yo puro (es la corriente de pensamiento, que constituye el propio sentimiento de la identidad)

2.- Los sentimientos del sí mismo.

### 3.- Las Acciones destinadas a la búsqueda y la preservación del sí mismo.

En su libro, James afirma que las imágenes se incorporan formando el autoconcepto; el cual es un fenómeno enteramente consciente, en donde las evaluaciones que hace una persona de sí misma, dependen de sus aspiraciones (cit. en Hall, C. 1974).

Por otra parte, Cooley, Mead y otros interaccionistas simbólicos insistían en que el concepto que una persona tiene de su self surge sólo de la persona: Self espejo (looking glass self). Cooley (1902) define el self como el “sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo”, Así el autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo. Cooley asumió el self múltiple, al afirmar que cada uno es lo que cree que los demás creen que es. Esta construcción social del self fue un aspecto de interés primario para la psicología social, posiblemente por ofrecer un puente entre el individuo y el orden social. De esta forma, el self queda conformado por las respuestas, o mejor, por las interpretaciones subjetivas de las respuestas recibidas de las otras personas.

Mead (1972) señala que el sí mismo, está constituido a la vez por un componente sociológico, el “Mi” (que no es otra cosa, que una interiorización de los papeles sociales) y por un componente más personal que es el “Yo”. El “Yo”, representa al sí mismo en tanto sujeto y el “Mi”, representa el sí mismo en tanto objeto; esto significa que el “Yo”, es la reacción del organismo a las actitudes de otros, que es asumida por uno mismo.

De esta forma, el sí mismo de un individuo, se desarrolla a partir de los juicios que otro ofrece de él, en el interior de un contexto social, en el cual éste individuo y el otro interactúan; así, que hay que considerar al “Yo” y al “Mi”, como elementos constitutivos del sí mismo o self.



En ésta teoría de la Interacción simbólica, se enfatiza básicamente que en algún lugar del individuo existe una “conciencia” que proporcionan sentido e identidad, así como direccionalidad, a la acción.

## b) Conductismo

El conductismo no niega que los procesos internos existan, pero considera que sólo se deben usar para explicar conductas cuando pueden ser observados y medidos científicamente.

Algunos enfoques del aprendizaje no consideran el self como una estructura unitaria de la personalidad. Desde 1921 hasta hoy los conductistas se han cuestionado la validez del estudio del sí mismo, por lo mentalista del constructo o la no utilización de rigurosa metodología científica.

Entre los neoconductistas, Skinner (1977) rechaza la suposición tradicional del sí mismo como directriz unitaria responsable de la función psicológica de integración “... el sí mismo es simplemente una concepción para representar un sistema funcionalmente unificado”.

Cameron (1947) resume su análisis sobre el desarrollo de las autorreacciones siguiendo éste enfoque, y considera que las autorreacciones verbales o no, abiertas o cubiertas, no son sino patrones adquiridos de comportamiento. Permanecen siempre en el comportamiento humano, nunca se convierten en sustancia estática, ni se transforma en diagramas dentro de una psique en compartimientos.

Así mismo, opina que muchas frustraciones y conflictos radican en que ningún hombre en esta circunstancias universales, funda cada una de sus autorreacciones dentro de un todo coherente, simple y libre de ambigüedades. La concepción conductista de sistemas coherentes de actitudes y autorreacciones supone que estas respuestas son aprendidas, en forma semejante a como aprende las respuestas a objetos externos y a eventos.

Desde el punto de vista de la teoría conductista, el self ha de tratarse en términos de “cómo se mide”. El autoconcepto se define como “los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí mismo” (Staats y Staats 1968 y 1979, cit. Oñate, 1989 pag. 20), consideran que el self está constituido por las medidas o calificaciones en si mismas, por lo cual un autoconcepto “favorable” supone evaluaciones positivas en las escalas de medida.

### c) Psicoanálisis

Freud nunca habló del autoconcepto en sí, pero lo que el denomina como Yo, su descripción y funciones es equiparable al autoconcepto.

Al vocablo “Yo”, Freud adjudica dos usos principales, en el primero designa el “sí mismo” de una persona, como totalidad (incluyendo quizás su cuerpo) para diferenciarlas de otras personas, el otro uso denota una parte determinada de la psique que se caracteriza por atributos y funciones especiales. No es fácil, sin embargo, trazar una línea demarcatoria entre ambos sentidos del vocablo. Lo cierto es que tras su aislado intento de analizar en detalle la estructura y funcionamiento del yo casi no tocó el tema, su interés se centro en investigaciones sobre lo inconsciente en especial las sexuales y en el papel que estas desempeñan en el comportamiento patológico.

Los psicoanalistas contemporáneos, al describir al Yo retoman ambas acepciones del vocablo dadas por Freud y consideran que el autoconcepto de un individuo se conforma a partir de la interrelación de las tres instancias del aparato psíquico (Yo, Ello y Superyo) y las formas de comportamiento en su medio ambiente.

#### d) Neofreudianos

Según Musitu (1982), los neofreudianos Sullivan, Horney y Adler han teorizado sobre el origen del autoconcepto. Sullivan profundiza en el proceso interpersonal; considera que el conocimiento de otras personas está presente de manera muy importante en la evolución del individuo, y que hay que destacar un componente educativo. También analiza la manera que tiene el individuo de aprender a disminuir o a contrarrestar la amenaza de su autoestima. Sullivan considera el self como “la organización de las experiencias educativas, creadas por necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad” (cit. por Oñate 1986 pag. 20).

Horney denomina “ansiedad básica” a los factores que producen aislamiento y desamparo, siendo la fuente de desdichas y reduciendo la efectividad personal.

Adler da gran importancia a las debilidades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima. Para él los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior (cit. por Oñate 1986 pag. 20).

#### e) Teoría del Aprendizaje Social.

En esta teoría, Bandura en 1969 introduce dos variables en el estudio del self: autorrecompensa y castigo; lo que se llama autorrefuerzo. El autoconcepto o cualquier concepto del self depende de la frecuencia de autorrefuerzo, de modo que el desarrollo del self se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: El condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el self se puede comparar a un suceso u objeto que provoca una reacción de emoción placentera. En el operante el esfuerzo de las diferentes manifestaciones del self aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La

naturaleza o frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituye el autoconcepto de una persona.

El aprendizaje social añade al modelo de condicionamiento un elemento que se enfoca hacia el autorrefuerzo y aprendizaje vicario. Así mismo incorpora una serie de procesos internos del individuo, aunque da más importancia a lo observable. Los procesos mentales se aumentan implícitamente.

La teoría conductista está muy cerca de la posición interaccionista al optar por la conducta futura orientada, el autocontrol y la autoestima.

Bandura utiliza conceptos que se refieren a procesos simbólicos o cognitivos de la descripción del proceso de socialización en el que está inmerso el self o es una consecuencia. Rechaza los modelos mecanicistas de un periodo más temprano y enfatiza los procesos vicarios, simbólicos y autorreguladores en el aprendizaje humano. (Musitu, Pastor y Roman 1980, cit. Por Oñate, 1989).

#### f) Psicología Cognitiva

El cognoscitivismo bastante conectado con el interaccionismo simbólico, asume que para comprender o predecir la conducta de alguien, se debe comprender primero cómo este individuo representa o estructura cognitivamente el mundo, es decir, comprender su marco de referencia. Las estructuras cognitivas que desarrollan personas para representar al mundo externo les provee de líneas guías sobre cómo interpretar lo que les llega. Sin una organización de estas estructuras, ni la percepción, ni el pensamiento serían posibles. Nesser (1976) llama esquema a estas estructuras y lo define como una estructura interna al perceptor modificable por la experiencia y de alguna manera específica de lo que está siendo percibido, considera el esquema no sólo como plan, sino como ejecutor del plan, modelo para la acción.

Teóricos como Kelly (1955), Sarbin (1968), Epstein (1973) y Coopersmith (1977), han considerado al self como una estructura cognitiva o conjunto de

estructuras que organizan o modifican e integran funciones de la persona (Cit. por Oñate, 1989).

Los teóricos con un acercamiento cognitivo asumen que el self es similar a la definición de Nisser quien en 1976 diseñó un modelo para la acción (proceso) y un modelo de acción (estructura). El self se investiga como un conjunto de estructuras de conocimiento. Importante en los análisis cognitivos y del autoconcepto es la idea de que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas son diferentes. Así, en términos de autoconcepto, los individuos tienen esquemas sólo de aquellos aspectos de su conducta que son importantes para ellos en algún modo. (Marcus, 1977, cit. por Oñate, 1989).

#### e) Psicología Social

Erick Erikson señala que el Yo es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planeamiento; éste Yo da lugar a un significado de identidad y un estado de elevado bienestar.

El Yo salvaguarda la existencia coherente, filtrando y sintetizando todas las impresiones, recuerdos, etc., que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción al sujeto y lo aniquilarían, si no estuviese clasificado por un sistema confiable de protección

Así también, el Yo es un concepto de identidad del ser humano y persiste como entidad ontológica a través de su vida. El autoconcepto forma parte de ese yo y está estrechamente vinculado con el ego. El autoconcepto es lo que yo se de mi propio yo.

La función individual del autoconcepto, es la de darle una dirección estable a la acción, proporcionando criterio selectivo, a las consecuencias sociales y a las reflexiones del ego. (Erikson, E., 1974).

Erikson menciona, que la crisis de identidad es importante en cuanto a la formación del autoconcepto. La definición de la propia identidad, es el núcleo central de la problemática del individuo adolescente. Los conflictos en esta etapa del desarrollo, giran alrededor de la pregunta ¿Quién soy? Y esto deriva del encuentro con uno mismo y en cierta forma la verbalización consciente de esa identidad. (Erikson, E., 1974).

#### g) Psicología Humanista.

Rogers (1950) utiliza extensamente el concepto de sí mismo (self) y omite los constructos Yo (ego) y Super yo (super ego), en lo que se denominó “terapia centrada en el cliente”. La principal preocupación de Rogers son las actitudes hacia sí mismo, es decir, las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones en su medio social. Aunque las actitudes contengan una dimensión evaluativa, esta no constituye la autoestima en la perspectiva rogeriana, que es definida como aceptación del sí mismo.

Rogers pone énfasis en el cambio y desarrollo de la personalidad, proponiendo dos conceptos fundamentales:

- El organismo, que es el sitio de la experiencia, la cual incluye todo aquello que es potencialmente accesible a la conciencia en cualquier momento.
- El self, conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren a características, atributos, cualidades, límites, valores, y relaciones que la persona conoce como descriptivas de si misma. En el self, se encuentran también los valores asociados a las percepciones del yo, del mi y su relación con otros.

El autor distingue tres aspectos en las actitudes hacia uno mismo: El contenido específico de la actitud (dimensión cognitiva), un juicio respecto al contenido de la

actitud, de acuerdo a algunos patrones (aspecto evaluativo) y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo, que constituye la dimensión afectiva. La aceptación de uno mismo, o sea la autoestima, según Rogers, está relacionada con el último aspecto.

El autoconcepto es una “fotografía organizada” y una gestalt organizacional del sí mismo. “La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones del sí mismo, las cuales pueden ser conocidas”. (Rogers, 1950 pag. 379).

Roger, enfatiza el significado de autoconcepto como determinante de la conducta humana, argumentando que el ajuste psicológico existe cuando el concepto self, es tal que todas las experiencias sensitivas y viscerales del organismo, son asimiladas en un nivel simbólico dentro de la relación con el concepto del sí mismo. (Hall, C. y Lindzey, G. 1974).

Otra característica importante de la estructura del self es la consistencia, de tal modo que un comportamiento inconsciente con el autoconcepto genera tensiones psicológicas y malestar físico mientras que una totalidad emocional positiva hacia el self procede de una conducta consistente (Festinger, 1957; Heider, 1958: cit. Por La Rosa, 1986).

Dentro de la psicología humanista, Fitts autor de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT), contribuyó más al campo empírico que al teórico, su principal interés se sitúa en el área clínica y asesoramiento psicológico, lo que indujo a establecer la relación entre autoconcepto y rehabilitación.

Fitts (1965) sustenta que el autoconcepto revela al individuo en aspectos fundamentales de la personalidad, lo que permite a las personas dedicadas a la ayuda psicológica a comprender mejor al “cliente” y planear una adecuada asesoría en el proceso de rehabilitación y autorrealización. Aunque Fitts entienda por autoconcepto generalmente el aspecto positivo del sí mismo, o sea, la autoestima él discute otros aspectos tales como la estructura, componentes y consistencia. Este autor expresa su modelo conceptual en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal, enfatizando también la importancia de la libre comunicación.

## CAPITULO III

### DEPRESIÓN

#### 3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

“En el siglo IV A.C. Hipócrates afirmaba que los problemas que hoy llamamos psicológicos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: Sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra que es precisamente de estas palabras en griego que se deriva la palabra melancolía: Malas = Negro y Chile = Bilis. Sin embargo, el termino melancolía se utilizó hasta el siglo XV y XVI. Para Hipócrates la melancolía se conceptualizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia” (Calderón M. 1986 pag. 12).

Caelius Aurelianus señaló los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía (el vómito de bilis negra).

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como Acedia. Durante el periodo inicial de la acedia es tipificada como un estado del alma cuyo padecimiento se restringía a los religiosos que vivían en aislamiento y soledad de sus respectivas celdas.

La acedia era considerada como un vicio capital más. En un principio santo Tomás de Aquino sostenía que la acedia era producida por demonios y influencias astrales. Después la concibió como un desorden de la vida emocional y a partir de él la acedia se psicologiza y se medicaliza.

“Durante la etapa tardía de la edad media la acedia ya no es considerada un fenómeno que incluía solo a los clérigos sino también a los laicos, de esta manera la acedia desaparece del catálogo de los pecados y se aleja del concepto de tristeza” (Polaino-Lorente 1985 pag 16).



Ya para los siglos XV y XVI el término melancolía sustituye al término acedia.

“En México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema médico de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena a Martín de la Cruz. En uno de sus escritos recomienda como tratamiento un cocimiento de hierbas y un jugo obtenido de flores de buen olor; atendiendo las siguientes indicaciones: andar en un lugar sombreado, abstenerse del trato carnal, beber muy moderadamente el pulque o mejor aún no beberlo, dedicarse a cosas alegres como el campo, como la música, tocar instrumentos. . .” (Calderón N. 1987 pag. 13).

Durante el periodo Barroco, Robert Burton aún suscribiendo la teoría humoral, mantenía que la etiología de la melancolía era multifactorial, reconocía la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales. También hizo referencia a la alternancia de accesos y hipertímicos y melancólicos (Jackson, S. 1989).

Durante la ilustración, Pinel en su tratado médico-filosófico, sobre la alienación mental afirma que la melancolía consiste en “un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que él cree en peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal”. De ésta forma, para Pinel la idea exclusiva y el juicio falso no son síntomas secundarios, sino la esencia misma de la enfermedad, lo que justifica la aplicación del ámbito de la melancolía para incluir síndromes delirantes sin alteración timopática evidente.

Esquirol propone el término lipemania en lugar del de melancolía, ya que éste último abraza un dominio heterogéneo con inclusión de la mayor parte de la psicosis delirante, y por otra parte, evoca una patología humoral inconstante. Las aflicciones humorales constituirían a las causas más frecuentes de la lipemania. Según Gourgvitch Esquirol es el primero en 1819 en dar carta de ciudadanía al descenso del humor con pérdida del gusto por vivir como fenómeno patológico en sí

mismo; antes de él, la tristeza no acompañaba manifestaciones delirantes patentes, podía aparecer como excesiva o inexplicable, pero no salía del campo de la Psicología banal (Jackson, S. 1989).

En Francia, Jean Pierre Farlet presenta en 1854 una comunicación a la Academia de Medicina de París sobre la “Folie Circulaire” a los pocos días de que su compatriota Ballarger ofreciera su trabajo sobre la “Folie a double forme”. La forma circular se diferencia de la melancolía ordinaria por la secuencia regular de estados maníacos, melancólicos e intervalos lúcidos de variada duración. Farlet destacó el curso intermitente de la afección, el comienzo frecuentemente brusco y el carácter reversible de la mayoría de los episodios (Jackson, S 1989 pag 245).

Posteriormente en 1896 Kraepelin sigue las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, enunció el concepto de la locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente. Este autor incluyó en un concepto único la totalidad de las psicosis que hasta entonces se habían denominado periódicas y circulares: la manía simple, gran parte de los casos diagnosticados de melancolía y un pequeño número de síndromes demenciales. Todos estos cuadros son para Kraepelin, manifestaciones de la misma psicosis, basándose en el carácter hereditario, sintomatología afectiva, sucesión alternativa o periódica de fases maníacas o melancólicas y pronóstico uniforme. Fue precisamente el pronóstico la principal característica nosológica de esta psicosis según los postulados de Kraepelin (Jackson S. 1989).

Freud en su escrito de 1917 “Duelo y melancolía” establece la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión la cual consiste en que en la depresión hay una acentuada pérdida de autoestimación y en la pesadumbre en el mundo se torna pobre y vacío.

En 1929 Gillespie estudió un grupo de sujetos depresivos y puso tres grados de depresión: Reactiva, Autónoma e Involutiva. El principal factor para diferenciarlas consistía en la reactividad: Los pacientes reactivos ofrecían respuestas

emocionales a los cambios del ambiente, mientras que los autónomos mostraban una carencia total de capacidad de reacción (Jackson, S. 1989 pag. 197).

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado pues además de ser el problema más frecuente en el campo de la salud mental, es un padecimiento que acarrea muchos trastornos al ser humano, dado que la depresión es el estado emocional que con más frecuencia se presenta. Si bien la primera parte de este siglo fue considerada como la época de la angustia, la segunda va siendo la época de la melancolía , ya que en la segunda mitad de este siglo hemos visto cómo los cambios del siglo XX entran en conflicto con los moldes del siglo XIX, pues los cambios sociales y económicos son múltiples. Así entonces es imposible imaginar que exista ser humano alguno que no haya sufrido el síntoma de la depresión.

### **3.2. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN**

El término depresión alude a cualquier estado, desde un estado de ánimo totalmente normal en el hombre hasta un síntoma o un síndrome, o bien para algunos una entidad psicopatológica. Esta situación genera un problema en tanto el término se emplea para describir el estado mental de alguien que ha perdido un ser querido o algún objeto preciado; o bien para referirse al estado de ánimo de un sujeto que padece un trastorno psicótico. Así algunos estados clínicos o conductas semejantes se definen como una categoría y ésta se emplea para describir una amplia variedad de situaciones del ser humano desde la reacción de pena normal y adaptativa hasta la respuesta depresiva primaria o endógena muy inadaptada (Monroy G. 1990).

Considerando a la depresión como un estado general del organismo en el que se presenta por lo menos uno de los cambios en las áreas psicomotora, afectiva e instintiva se ha intentado hacer innumerables clasificaciones de la depresión o de los estados depresivos de acuerdo a los factores etiogénéticos, a un criterio etiológico. o

bien fenomenológico. Los factores etiogénéticos, considerados estos desde una perspectiva ontogenética. En tal sentido puede entenderse la clasificación establecida por Coderch (1975) en las dos grandes categorías de depresión: endógena y reactiva.

La “depresión endógena y psicótica” se considera incluida por la constitución genotípica hereditaria y por los cambios estacionales, posiblemente puesta en marcha por algunos acontecimientos desencadenantes concretos, pero que una vez iniciado el cuadro depresivo se independiza de las circunstancias o acontecimientos desencadenantes.

La “depresión reactiva” tendría, por el contrario, factores desencadenantes o pérdidas objetivas y concretas, conocidas o no conscientemente por el sujeto. Por tanto, la depresión reactiva representaría un conjunto diferenciado de formas:

-”Depresión analítica”, como reacción desencadenada en los primeros años de la vida del niño por traumática separación afectiva de la madre.

-”Depresión aprendida”, como reacción adquirida por experiencias mal adaptativas del sujeto en el medio ambiente.

-”Depresión neurótica”, como reacción surgida de una pérdida objetual afectiva, inconcientemente asumida (Rodríguez D. S. cit. en Ledesma J. y Melero M. 1989, pag. 103-104)

Muchas depresiones son reacciones ante factores ambientales y configuran un cuadro reactivo. Los factores exógenos son comúnmente inespecíficos y a la vez dependen de la reactividad individual por lo que las diferencias interindividuales e intraindividuales son de vital importancia.

La denominación depresión reactiva se utiliza para designar las depresiones usuales por pérdidas también usuales, dentro de las condiciones de la vida diaria. La depresión reactiva es conocida como el pesar y la pena que se expresan formal y socialmente en el duelo y en el luto. Cuando el cuadro se torna anormal se le denomina reacción psicótica depresiva.

Desde el modelo médico se ha observado el gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos, obviamente no incluidos en los cuadros neuróticos y psicóticos. Esto motivó a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la clasificación internacional de enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979.

La OMS describe a los episodios depresivos como: “una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo” (CIE 10, pag 152).

Según el CIE 10 en la sección F.33 con el nombre de Trastorno Depresivo Recurrente “caracteriza a este trastorno por la aparición de episodios repetidos de depresión que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave y, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía” (CIE 10 pag. 158).

La historia clínica de algunos pacientes, las múltiples investigaciones y las controversias establecen que las causas ambientales y psicológicas son factores determinantes para considerar a la depresión como exógena o reactiva; en otros en los que no existen factores desencadenantes evidentes se le considera como endógena, sin embargo en la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos subgrupos, pues además muchos expertos de la salud mental utilizan el término de depresión psicótica, por esta razón este tipo de clasificación también se debería usar.

Consideramos que la definición que describe mejor a la depresión es la propuesta por Arieti y Bemporad en 1993, quienes dicen que la depresión es una perturbación en el estado emocional del ser humano y es considerada un síndrome en la medida en que produce un grave trastorno de funcionamiento psicológico y de

algunas funciones somáticas, "... representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones" (pag. 18)

### 3.3. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

Todos los trastornos psicológicos presentan una etiología multifactorial, la depresión no es la excepción, varios autores de distintas corrientes han postulado modelos etiológicos para la depresión. A continuación se describen algunos enfoques:

#### a) Enfoque Psicoanalítico

La escuela psicoanalítica sostiene que la depresión tiene su origen en la etapa oral. El sujeto siente que las muestras de amor de sus padres están condicionadas a que él les de lo que ellos esperan, lo que hace que sienta constantemente la amenaza de abandono (medio a la pérdida de objeto amoroso) y por consecuencia, se siente inseguro, incapaz de ser amado y de amar. Esto genera gran hostilidad y agresión hacia el objeto de amor, generalmente la madre y lo desea destruir. Esta situación provoca culpa, pues ¿cómo va a destruir lo que más ama?, por lo que la expresión hacia afuera de esos sentimientos es reprimido y vertido hacia sí mismo, de ahí los elementos autodestructivos de la depresión.

El modelo de la agresión internalizada propuesto por Abraham en 1911 y Freud en 1917 nos presenta como mecanismo básico la conversión del instinto agresivo en un estado de ánimo depresivo. Dentro de este modelo la depresión tiene su origen en la pérdida de un objeto amado por parte del sujeto, y en la manera en que éste resuelve su duelo. Abraham y Freud (en Mendels, 1972) coinciden en señalar que la diferencia esencial entre duelo (pesadumbre) y depresión, estriba en

que en el duelo la pérdida es consciente, el sujeto conoce la causa de su pesar mientras que en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente. En esta última hay una acentuada disminución de la autoestimación, Freud (1917) afirmaba “en la pesadumbre el mundo se torna pobre y vacío en la melancolía, se vacía y torna pobre el yo mismo” (cit. en Mendels 1972 pag. 76).

Freud (en Mendels, 1972) señalaba que en el curso normal de duelo, la persona afectada, separa las emociones previamente asociadas con el objeto perdido y llega a identificarse ella misma con esos sentimientos. Sus pensamientos ambivalentes de odio y hostilidad hacia el objeto perdido se dirigen hacia el mismo sujeto; sentimientos no expresados y tal vez nunca reconocidos, provocando que se manifiesten: ideas de resentimiento hacia el objeto perdido por haberlo abandonado, de culpa causadas por la evocación de daños (reales o imaginarios) cometidos en contra del objeto perdido y un sentimiento de sufrimiento y pérdida.

Para resolver estos sentimientos es necesario el trabajo de duelo, el cual consiste en recordar conscientemente y fantasear, en ocasiones con el objeto perdido. Cada vez que esto sucede se van perdiendo los vínculos que existían entre el sujeto y el objeto reduciendo así los vínculos y permitiendo al sujeto canalizar su energía a otros objetos de amor, nuevos o tal vez ya existentes.

En el depresivo se presenta una falla del proceso normal de duelo. En lugar de identificarse solamente con el objeto perdido, el sujeto asume los atributos negativos que percibía del objeto. Lo que provoca que experimente sentimientos e ideas de autodesprecio, autodenigración, que derivan en conductas autodestructivas. Se desea destruir al objeto perdido, ahora incorporado.

Freud y Abraham, también concedían importancia a las experiencias tempranas. Una pérdida de amor en la infancia puede predisponer al sujeto que la sufrió a desarrollar depresión en épocas posteriores de su vida, en las cuales también sufre pérdidas o rupturas de ligas de apego. (Mendels, J., 1972).

Dentro de este enfoque teórico encontramos que hay autores que difieren de este postulado, en cuanto a cuál es el elemento central de la depresión, así tenemos:

Para Bibring, es la pérdida de la autoestima el elemento clave de la depresión. Dice que esta surge como consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes y que la depresión es “La expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del yo sin consideración de lo que puede haber causado la ruptura de los mecanismos que establece la autoestima...” ( Mendels, J. 1972 pag. 80).

Carlos Castilla del Pino (1974), considera que la depresión se genera cuando el proyecto de realización de la persona en la realidad y el compromiso ético que aquello implica no se da, lo que suscita un fracaso culpable pues, según afirma toda persona es, de algún modo, consciente de como asume o no su proyecto de vida y la culpa que siente ante esto es la depresión.

El no cumplimiento del proyecto de vida se determina en la infancia cuando surgen sentimientos ambivalentes frente al objeto amado, por un lado se desea lo que se ama y por el otro se prefiere destruirlo antes que perderlo.

Laurence Kolb (1989), afirma que “la depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales. Tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos dirigidos a la persona o personas de quienes depende la propia seguridad” de este modo viene a ser una penitencia expresada en forma de autocastigo, que puede ser un ligero abatimiento, el abandono paulatino de la persona y en casos extremos el suicidio (pag. 165).

#### b) Enfoque Cognoscitivo.

Desde un punto de vista cognoscitivo Beck en 1967, afirma que la depresión es más un trastorno del pensamiento con la consecuente alteración de la afectividad y de la conducta. Según él “ cada persona tiene un esquema, una norma o un marco



del pensar, con el que enfoca y experimenta la vida. La naturaleza y las características específicas de este esquema determinan las respuestas propias del individuo". Con base en ésta afirmación nos dice que el esquema del depresivo se caracteriza por una tendencia a la subestimación, autocrítica, autoculpación, con ideas de pérdida y exageración del principio del deber y deseos de huida y suicidio. El proceso del pensamiento se caracteriza por:

1.- Deducción arbitraria: Sacan deducciones denigrantes de sí mismos a partir de situaciones intrascendentes.

2.- Abstracción parcial: Toman un sólo aspecto de la realidad y lo llevan a la exageración.

3.- Generalización excesiva: A partir de un acontecimiento sin importancia saca conclusiones generales.

4.- Magnificación y minimización: Es la evaluación distorsionada de una situación. Exagera las dificultades y minimiza los logros.

5.- Clasificación inexacta: Clasificación de la experiencia en relación directa con la respuesta afectiva sin situarla en su contexto real (cit. en Mendels, J. 1972 pag. 89-92).

#### c) Enfoque Existencial

"Desde el punto de vista del Análisis Existencial, Strauss (1928), Minkovski (1930), Diego (1942), entre otros, dicen a partir de sus análisis fenomenológicos, que hay la evidencia de que en la depresión existe una profunda alteración de la estructura temporal del sujeto, por lo que hay una desorganización del ser psíquico". En términos de retrospección o de prospección, como el análisis existencial reduce la angustia y su tema a una modificación de la estructura constitutiva de la objetividad temporal (cit. en Ey, H. 1978 pag. 242-243).

#### d) Enfoque Estructuralista

Henri Ey (1978), afirma que según la teoría estructuralista, hay una relación entre el proceso orgánico y el proceso psicológico. El trastorno fundamental o Estructura Negativa es lo constituido por:

a) Pérdida de la actividad sintética del pensamiento: Abulia, torpeza, enlentecimiento, inhibición psicomotriz, por ejemplo.

b) Trastorno de la Conciencia: Que va de la ligera y casi imperceptible obnubilación al profundo estupor.

c) Desestructuración temporal ética de la conciencia melancólica: Es el trastorno fundamental y se trata de una lentificación, incluso de una detención, del tiempo vivenciado. El individuo pierde el impulso hacia el futuro y vive para siempre en el pasado. “el tiempo es y debe ser una perspectiva de muerte” (pag. 242).

La Estructura Positiva engloba la tragedia de su existencia a los fantasmas de la angustia original, “la ansiedad metafísica y la necesidad de someterse a una especie de imperativo categórico de infortunio y de mal” (pag. 242)

“... La melancolía no es un simple “dolor moral” o una simple “depresión” que pueden caracterizarse por sus contenidos ...” Se trata de un trastorno más profundo, más “formal” (pag. 243).

K. Schneider reduce la melancolía , la depresión, al núcleo de una angustia primordial, una angustia vital. H. Telebach en 1960, al igual que los autores clásicos, dice que la melancolía tiene una base hereditaria y de constitución ciclotímica, o sea que hay una predisposición genética. (cit. por Ey, H. 1978 pag. 243).

Por último es importante mencionar que existen algunos otros enfoques teóricos que tratan explicar la depresión desde su propia perspectiva tal es el caso de en enfoque conductual, sociológico y biológico.

## CAPITULO IV

# AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

### INTRODUCCIÓN

La formación del autoconcepto es un proceso que comienza en la infancia y continua a lo largo de toda la vida; pero es en la adolescencia en donde el joven por este mismo proceso de transformación por el que atraviesa, se da cuenta de que no es igual que los demás; entra en una etapa de cambios bio-psico-sociales que repercuten en la forma en la que el individuo se autopercibe, se siente y se comporta dentro de su contexto sociocultural. El ahora joven entra a una etapa de conflictos, pérdidas y emociones ambivalentes que lo llevan a sentirse extraño y diferente e incluso a deprimirse.

Debido a estos cambios tan peculiares varios autores se han motivado a postular diferentes enfoques teóricos con los que tratan de describir y explicar los fenómenos que acontecen en la adolescencia. De igual forma, son muchas las investigaciones que se han realizado con adolescentes; estudiando características propias de la etapa; así se ha estudiado el autoconcepto y la depresión. A continuación se hablará de estas dos variables en la adolescencia y se citarán algunas investigaciones más recientes sobre los temas.

#### 4.1. EL AUTOCONCEPTO EN LA ADOLESCENCIA

Para Allport, el sí mismo se forma mediante un largo proceso que comienza desde el nacimiento; él establece que existen siete factores que integran el sí mismo, los cuales se irán incorporando de acuerdo a la edad y circunstancias y al llegar a la adolescencia se espera que estén consolidados formando el autoconcepto, estos factores son: el sentido de Sí mismo corporal, sentido de una continua identidad de Sí mismo, estimación del Sí mismo (amor propio), extensión del Sí mismo, imagen de Sí mismo, el Sí mismo como solucionador racional y el esfuerzo orientado. De esta forma, al rededor de los 16 años , el autoconcepto ya se encuentra conformado sí y sólo sí los siete factores antes mencionados se fusionaron satisfactoriamente pues de lo contrario, estaríamos hablando de algún tipo de patología; a ésta fusión Allport le llamó "Proprium".

En la adolescencia, el joven se cuestiona ¿qué soy en realidad?; es así que la búsqueda de identidad de sí mismo, es la característica principal en ésta etapa. La imagen de sí mismo, depende de otras personas, busca popularidad, sigue los gustos que imperan en su grupo y raras veces se opone a las costumbres que rigen a los muchachos de su edad. (Allport, G., 1971).

Por su parte, Horrocks señala que, en ésta etapa el autoconcepto puede estar plenamente establecido, aunque a menudo se reserva cuando tienen nuevas experiencias personales y sociales; encontrando que algunos factores que influyen en el autoconcepto son:

- 1) Estructura Corporal. A través de ésta, se da cuenta el individuo de la proporción de su cuerpo, misma que va a generar una actitud hacia sí mismo y hacia la gente que lo rodea
- 2) Defectos Físicos. Las imperfecciones no afectan en sí mismo al autoconcepto, son más bien las frustraciones y los resentimientos que se sufren a razón de éste defecto.

- 3) Condición Física. El estado de salud afecta tanto a la apariencia personal, como la disposición anímica y como consecuencia al autoconcepto.
- 4) Vestimenta. Las prendas de vestir implican un símbolo de status teniendo así, un efecto sobre el autoconcepto, como una parte de la apariencia social o el rechazo, pues en base a esto, podrá aumentar la confianza en sí mismo.
- 5) Nombre y Apodos. De la forma en que los acepte, será como podrá causar o no un efecto sobre el autoconcepto. Cuando el individuo acepta en su nombre y le gusta, cree gozar de aceptación en su grupo social, incrementándose la autoconfianza.
- 6) Inteligencia. Sí una persona es incapaz de cumplir con una tarea, es probable que presente inadecuación e inferioridad o viceversa.
- 7) Patrones Culturales. Cada cultura tiene su propio patrón para la conducta de sus miembros, esperando que cada individuo desarrolle su patrón de personalidad; si rehusa aceptar los valores de grupo, se convertirá en inadaptado cultural, siendo mayor la desaprobación social y más perjudicado resultará su autoconcepto.
- 8) Influencias Familiares. Las actitudes y conducta de los padres, darán forma a la personalidad de los hijos dependiendo de sus reacciones, las cuales repercutirán en el autoconcepto, provocando seguridad o inseguridad. (Horrocks, 1987).

Por otra parte, en el enfoque de Erikson del Sí mismo en la adolescencia, afirma que durante los últimos años escolares el joven atraviesa la quinta edad y es cuando sufre una serie de cambios fisiológicos en su maduración genital surgiendo una incertidumbre acerca de los roles adultos que deberá asumir en un futuro; es aquí donde la identidad llega a su etapa final. La identidad es un proceso que se manifiesta a través de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones sucesivas de años tempranos del niño, incluyendo un contexto exitoso en las introyecciones realizadas en ésta época. La formación de la identidad depende del desarrollo del Yo, que se desenvuelve en el núcleo de su cultura comunitaria. En la adolescencia, el joven se preocupa por la forma en que los demás los perciben comparándose con los roles que en etapas anteriores les fueron asignados.

Un sentimiento de identidad óptima se experimenta como un sentimiento de bienestar psicosocial. Sus repercusiones más obvias son, un sentimiento de estar cómodos en nuestro cuerpo, un sentimiento de saber a donde va uno y una seguridad interior. Durante la búsqueda constante de identidad, éste se apoya en algunos elementos como son: los roles psicosexuales, el autoconcepto y la autoestima.

La búsqueda de la identidad, puede apreciarse en el constante esfuerzo de los adolescentes por definirse y redefinirse a sí mismos, basándose en las experiencias que han tenido anteriormente. (Erikson, E., 1974).

Los jóvenes tienen la inquietud de probar que son dignos de confianza, sin embargo carecen de habilidad para situarse ante una "identidad ocupacional" por lo que recurren a sus amigos; quienes también atraviesan por la misma etapa, surgiendo crisis de valores y estereotipos erróneos de conducta, considerándose que para evitar esto los adultos les brinden apoyo y seguridad, para permitirles reafirmar su identidad.

#### **4.1.1. Investigaciones Sobre Autoconcepto En Adolescentes**

Con el trabajo realizado por el Dr. William H. Fitts, en el cual desarrolló y estandarizó la Escala de Tennessee de Autoconcepto, se dio pauta para realizar investigaciones sobre el autoconcepto en diferentes poblaciones.

Es así como, en nuestro país encontramos que, Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrietos (1969), adaptaron al español esta escala y la aplicaron a un grupo de adolescentes mexicanos. A partir de este estudio, son diversos los trabajos que abordan el autoconcepto, aplicando esta escala (cit. por Frias, L. y Terrazas V. 1991).

De esta forma, en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., los trabajos con adolescentes se iniciaron a partir de los años ochentas con varios tipos de estudios: descriptivos, comparativos y correlacionales, en los cuales se trataban de describir y establecer diferencias entre grupos con características particulares (edad, sexo, grado

escolar, tipo de escuela, farmacodependencia, esquizofrenia, etc.), o se estudió la posible relación del autoconcepto con alguna otra variable (rendimiento escolar, éxito o fracaso en discusiones, autoconcepto de padres, etc.).

Considerando al autoconcepto parte esencial de la personalidad del individuo, son muchos los estudios que se han realizado con la población de adolescentes; por tal razón haremos un breve resumen de los autores más recientes que han investigado el autoconcepto en los últimos ocho años.

En 1990, Israel C. realizó un estudio en donde valoró el autoconcepto de un grupo de jóvenes que acababan de ingresar al nivel de educación medio superior en el Colegio de Ciencias y Humanidades de Naucalpan. Comparó el autoconcepto de hombres y mujeres a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y encontró diferencias significativas en ambos grupos. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas solo en cuatro subescalas: en Yo ético - moral, Comportamiento, Yo social y en Distribución de respuestas, en comparación con los hombres. Así encontró que el nivel de Autoconcepto fue mayor en el grupo de los hombres.

En 1993, Luna, R. y Ortiz G. realizaron un estudio al que llamaron "Análisis comparativo del autoconcepto en jóvenes con éxito y fracaso académico"; su propósito fue analizar cómo influye el autoconcepto que tienen los adolescentes de 16 a 19 años en relación a su rendimiento académico. Encontrando que no hay diferencias significativas entre el concepto de sí mismo de estudiantes adolescentes que presentan éxito y adolescentes con fracaso académico. Sin embargo, el grupo de alumnos con fracaso académico demostraron mayor nivel de autoestima que el grupo de éxito académico.

En otro estudio en el mismo año, Benitez R. Ana, comparó el autoconcepto de adolescentes hijos de padres divorciados y adolescentes hijos de familia integrada. En este estudio, Benitez concluyó que el divorcio no es un perturbador para los adolescentes, sino la forma de llevar a cabo la separación de los padres y la desintegración familiar. En el área de autoconcepto, los hijos de padres divorciados son impulsivos y los hijos de familias integradas se mostraban inseguros y apáticos



ante sus problemas. Los hijos de padres divorciados tienen problemas para integrar su identidad, por la pérdida del ser amado que es objeto de identificación. Por lo tanto, no encontró diferencias significativas entre los dos grupos respecto al autoconcepto, familia, relaciones interpersonales y lo sexual.

Oropeza Tena R. en 1995, realizó un estudio al que llamó “Estilos de crianza y autoconcepto “. En este trabajo exploró e identificó los estilos de crianza y el autoconcepto en estudiantes adolescentes de ambos sexos. Los resultados de este estudio señalaron que existen estilos de crianza relativamente específicos, que pueden funcionar como predictores de un autoconcepto y una autoestima devaluados, con todas las implicaciones individuales y sociales asociadas a ellas.

Por otra parte, García Arellano G. y Quintero Vargas F. en 1995, llevaron a cabo un estudio con población de estudiantes de Ciudad Universitaria con edades entre 18 y 48 años con el objeto de obtener normas de calificación para la Escala de Autoconcepto de Tennessee, con los resultados que obtuvieron estandarizaron dicho instrumento para la población mexicana, además encontraron que esta prueba es válida y confiable, ya que al evaluar el autoconcepto se puede estar seguro que se mide lo que se pretende medir.

En 1996, Sánchez de Ita J., realizó un estudio titulado “El autoconcepto del adolescente con trasplante renal”, en este trabajo encontró que cuando el adolescente trasplantado se evalúa a sí mismo con cambios en su cuerpo, existe una asociación entre los cambios corporales producidos por la enfermedad misma y por la ingesta de esteroides para evitar el rechazo renal y entre su autoconcepto. Las áreas del autoconcepto que se encuentran vinculadas fueron Yo físico y Yo conductual.

Paz Mora S. en 1997, realizó un estudio con el objetivo de identificar y comparar el autoconcepto de los alumnos del Colegio Nacional de Estudios Profesionales (CONALEP), de diferentes carreras y encontró que existen diferencias en el autoconcepto de los estudiantes de acuerdo a la carrera que están cursando.

Flores Romero T. en 1997, realizó un estudio al que tituló “Autoconcepto en adolescentes con padres divorciados”, en ese estudio llegó a la conclusión de que el divorcio afecta la estabilidad emocional del adolescente y con esto su autoconcepto, pero que, va a depender en gran medida de la relación que desde antes se haya tenido con cada uno de los padres y de la relación que a partir de este suceso se tenga con ellos.

En otro estudio, Fernández Mejía C. en 1997, realizó un estudio llamado “Percepción del autoconcepto en un grupos de adolescentes de nivel escolar medio superior”, el objetos de su investigación fue conocer cuál era la percepción del autoconcepto en adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), de la UNAM; para la evaluación del autoconcepto, aplicó la escala de Tennessee a 178 sujetos hombres y mujeres. En este estudio, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las escalas de la prueba: en autocrítica, identidad, conducta, Yo físico, Yo ético moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

## **4.2. LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

Muchos estudiosos de la adolescencia coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza éste periodo es frecuente que irruman, en algunas ocasiones, síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de ésta etapa, la depresión es uno de ellos.

En la transición de un estado a otro, el individuo cambia, esto significa pérdidas. El adolescente abandona su aspecto físico de niño, necesita aceptar su nueva imagen corporal la cual no maneja con habilidad. Además se enfrenta al hecho de que a pesar de persistir fuertes necesidades de dependencia empieza a ver que sus padres ya no son las figuras ideales que él había querido en la infancia, por lo tanto, empieza a rechazarlos, aparecen en él resentimientos ante los padres y los maestros, el adolescente empieza a combatir cualquier símbolo de sumisión a los

adultos y rechaza todo aquello que signifique autoridad: reglamentos, horarios, límites, etc. (Guisa, C. 1984).

De esta forma, el adolescente se encuentra en un proceso renuente, que ante las situaciones que le producen cambios emocionales, sus reacciones pueden fluctuar de un idealismo extremo a un optimismo que le permite ignorar todos los obstáculos, a un pesimismo aplastante que le produce depresión incluso pueden presentarse ambas conductas en forma alterna. El mismo adolescente puede encontrar solución a este proceso normal mediante el apoyo de sus compañeros y a través de la identificación con los adultos que son altamente significativos para él. Si la intensidad y las manifestaciones de este estado depresivo son significativamente diferentes al proceso normal adolescente y si a esto se suma una historia personal alterada, por ejemplo, con pérdidas parentales tempranas, rechazo materno, o antecedentes familiares de perturbaciones afectivas, entonces clínicamente se observa un trastorno de la afectividad: depresión. (Guiza, Cruz, 1984).

En la adolescencia hay situaciones que provocan reacciones depresivas en el joven estas son: la elaboración del duelo por la pérdida del rol y el cuerpo infantil, así como la pérdida de la protección y dirección de los padres de la infancia, lo que implica un desprendimiento del núcleo familiar. La incomprensión y posición ambivalente de los padres ante el crecimiento de sus hijos, ya que a veces los tratan como niños y a veces como adultos lo que provoca descontrol y sentimiento de culpa por desear ser independientes y por responder a los requerimientos naturales de esta etapa de su vida. A esto debemos agregar situaciones "cotidianas" como problemas con o entre los padres, presiones en la escuela y desilusiones amorosas que provocan en él adolescente un concepto devaluado de sí mismo.

Erikson (1965) considera que la depresión en el adolescente tiene su origen en los cambios psíquicos estructurales, secundarios a los biológicos, sociales y psicológicos.

Jacobson (cit.en Arieti y Bemporad 1993) supone que la habilidad emocional del adolescente refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. El adolescente debe forjar una nueva imagen de sí mismo; las presiones que el “ello” y el superyo” ejercen en el proceso de formación de una nueva identidad hacen que se turnen periodos de actuaciones sexuales y agresivas, actitudes moralistas y sentimientos de culpa y vergüenza o inferioridad. Durante la adolescencia, el “yo es relativamente débil, por lo que las oscilaciones en el estado de ánimo reflejan la dominación del “ello” o “superyo”. Así también, este autor señala que las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden obedecer a demás a otros motivos; por ejemplo, la renuncia a vínculos y a objetos infantiles, la no consecución de ideales inalcanzables a los conflictos derivados de los sentimientos de vergüenza o culpa.

Para Aberastury (1987) la depresión durante la adolescencia guarda estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer. El ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia que los adolescentes pueden presentar, son manifestaciones de la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo. (Kaplan, 1986).

#### **4.2.1. Investigaciones Sobre Depresión en Adolescentes**

Se han realizado varios estudios sobre la depresión en adolescentes. En la Facultad de Psicología de la UNAM., en 1988, Suárez González V. llevó a cabo una investigación en donde concluyó que la escala de Zung es válida y confiable para detectar algunos aspectos de la depresión en adolescentes estudiantes mexicanos.

En 1988, Ramírez Yáñez J., en su estudio exploratorio sobre depresión en adolescentes utilizó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, con el objeto de determinar la incidencia de depresión y la relación que guarda esta con las variables: Sexo y muerte física del padre. Con los resultados obtenidos, encontró, que más de la cuarta parte de la población estudiada, presentaba índices de depresión del tipo “ambulatoria”, que esta tendencia es mayor en las mujeres que en los hombres; y que la muerte física del padre en este estudio no fue un factor que influyera en la presencia de la depresión.

Monroy Gutiérrez A. en 1990, en su estudio comparativo sobre síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores, encontró que existen síntomas depresivos tanto en los sujetos que consumen sustancias volátiles como en aquellos que no las utilizan. Los síntomas depresivos que encontró en ambos tipos de sujetos corresponden a una reacción neurótica con rasgos de ansiedad. También encontró que en los adolescentes no inhaladores presentaban niveles mas altos de depresión.

En 1992, Ledezma Reyes M., realizó una investigación llamada “Rendimiento escolar y depresión en adolescentes” en el encontró que existe una relación significativa entre el rendimiento escolar y la depresión adolescente. Para su estudio formó dos grupos (alumnas internas y externas) en donde encontró que las alumnas internas mostraron una tendencia no significativa a presentar síntomas relacionados con la depresión; así también presentaron disminución en su autoestima y un incremento en la preocupación por su propia salud y en ideas acerca de la muerte.

En 1995, Navarro Rojas A., realizó un estudio llamado “Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos”, en el cual encontró diferencias en cuanto a las fantasías de suicidio entre los dos grupos de adolescentes, así llegó a la conclusión de que es importante tomar en cuenta todos los indicios o cualquier alteración física o psicológica por mínima que sea, que presente el adolescente, ya que indicadores como: soledad, abatimiento, agresión, frustración y culpa, suelen estar presentes en el adolescente suicida.

Al hacer una revisión de la literatura y de las investigaciones acerca del Autoconcepto y la Depresión en los adolescentes, se ha visto que son fenómenos muy importantes, por lo que en este estudio nos interesó observar como se manifiestan y de que forma se relacionan.

## CAPITULO V

### MÉTODO

#### 5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de si mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de su salud mental; en el caso de los adolescentes, debido a que se encuentran en una etapa de desarrollo en la cual se presentan muchos cambios tanto físicos como fisiológicos, psicológicos y sociales, el individuo que atraviesa esta etapa suele experimentar episodios depresivos precisamente por estos cambios, ya que son pérdidas que el adolescente tiene que afrontar , así como asumir la nueva personalidad que ha ido adquiriendo. El elegir estudiar el autoconcepto y la depresión en una población de adolescentes estudiantes es no solo por la etapa crítica por la que estos atraviesan, sino por las consecuencias que pueden tener un autoconcepto devaluado o una severa depresión en el desarrollo de su personalidad que se puede prolongar hasta la vida adulta, resultando así patologías más definidas, ya que esto repercute en toda la esfera psicológica del individuo, en sus pensamientos, conducta, trabajo, relaciones interpersonales, familiares y en su rendimiento escolar. De esta forma, conocer el grado de depresión y el autoconcepto de el individuo es de suma importancia, tanto para identificar las manifestaciones normales de este periodo como para poder identificar cuando adquieren características patológicas.

Así pues, nuestro interés en estudiar el autoconcepto y la depresión, es enfatizar la importancia que tienen estas variables en el desarrollo de la personalidad del adolescentes

para así poder aportar datos que posibiliten la elaboración de programas de atención preventiva y de intervención si este estudio así nos lo reporta.

Por lo tanto los problemas a resolver en esta investigación quedan planteados de la siguiente manera:

¿ Qué características presenta el autoconcepto y la depresión en estudiantes adolescentes?

¿ Existirá alguna relación entre el autoconcepto y la depresión en adolescentes estudiantes?

¿ Existirá alguna diferencia entre hombres y mujeres con respecto al autoconcepto y la depresión ?

## 5.2. OBJETIVOS

### Objetivo General:

Describir el tipo de autoconcepto y el grado de depresión en estudiantes adolescentes de nivel escolar medio superior.

### Objetivos Específicos.

Establecer que tipo de interacción existe entre el autoconcepto y la depresión de los estudiantes adolescentes.

Determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto al autoconcepto y la depresión.



### 5.3. HIPÓTESIS

Ht En el adolescente estudiante de nivel medio superior existe una relación entre el autoconcepto y depresión.

H1 Existe una relación significativa entre las escalas de autoconcepto y la depresión en estudiantes adolescentes.

H0 No existe una relación significativa entre las escalas de autoconcepto y la depresión en estudiantes adolescentes.

Ht En el adolescente estudiante de nivel medio superior existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto al autoconcepto y depresión.

H1 Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al autoconcepto.

H0 No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al autoconcepto.

H1 Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la depresión.

H0 No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la depresión.

## 5.4. VARIABLES

Variable Dependiente:

Autoconcepto  
Depresión

Variable Independiente:

Sexo

Variable Atributiva:

Adolescencia  
Nivel escolar

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

**Autoconcepto.** El autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia, y aceptabilidad social (Byrne, 1984; citado por La Rosa 1986).

**Depresión.** La depresión es una perturbación en el estado emocional del ser humano y es considerada un síndrome en la medida en que produce un grave trastorno de funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas; "...representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones" (Ariceti; Bemporad, 1993 pag.18).

**Sexo.** Conjunto de caracteres que diferencian al hombre de la mujer. Perteneciente a la conducta sexual que incluye un reconocimiento explícito de las relaciones biológicas y sociales del macho y la hembra. (English A. C. , 1977).

**Adolescencia.** Es la fase de transición entre la infancia y la edad adulta, se inicia con las transformaciones fisiológicas propias del crecimiento físico alrededor de los 11 o 12 años y finaliza a los 19 o iniciados los 29; dicha duración puede verse afectada por variaciones individuales y culturales (Papalia, 1992).

**Nivel escolar.** Conjunto de adquisiciones realizadas por un alumno en comparación al programa escolar que le corresponde normalmente a su edad cronológica.(De Landsheere, G., 1985).

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

**Autoconcepto.** Puntuaciones obtenidas en las 14 escalas del Test de Autoconcepto de Tennessee.

**Depresión.** Puntuaciones crudas del Test de Automedición de la Depresión de Zung.

**Sexo.** Para la evaluación de esta variable se eligieron a sujetos de ambos sexos.

**Adolescencia.** Para la evaluación de esta variable se tomó como criterio la edad de los sujetos (15 a 19 años ).

**Nivel Escolar.** Se eligieron a sujetos estudiantes adolescentes de nivel medio superior que cursarán cuarto, quinto y sexto grado.

## 5.5. MUESTRA Y SUJETOS

La investigación se llevó acabo en la Escuela Nacional Preparatoria No. 1, utilizando los salones de clases. La muestra se seleccionó de forma no probabilística de tipo intencional, ya que se tomaron sujetos que fueran estudiantes adolescentes de bachillerato. Las características demográficas de la muestra se resumen en la siguiente tabla:

Edad	No. Sujetos	Sexo		Nivel Escolar		
		M	F	1°	2°	3°
15	40	20	20	40	-	-
16	38	13	25	20	18	-
17	47	22	25	7	23	17
18	35	20	15	4	9	22
19	20	15	5	2	4	14
Total	180	90	90	73	54	53

## 5.6. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo exploratorio porque estuvo destinado a determinar que características de autoconcepto y que grado de depresión presentan o manifiestan en algún momento los adolescentes, estas variables no fueron manipuladas y se encontraban en su escenario natural; fue transversal porque se hizo una sola medición y se pretendió dar propuestas

## 5.7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue un diseño no experimental de campo y ex-post-facto ya que no existió un grupo control, se evaluó a los sujetos en su medio y porque ya ocurrieron los eventos. El diseño fue de dos muestras independientes con una sola medición.

## 5.8. MATERIALES

- Cuadernillos de las escalas de Tennessee y Zung
- Hojas de respuesta de las escalas de Tennessee y Zung
- Lápices y gomas

## 5.9. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

### 1.- Escala de Autoconcepto de Tennessee.

En este estudio se utilizó la versión estandarizada de García A. y Quintero V., quienes en 1995 aplicaron el instrumento a una muestra poblacional de 1,000 (mil) sujetos, 502 hombres y 498 mujeres con un rango de edad de 18 a 48 años, quienes pertenecían a cada una de las Facultades de Ciudad Universitaria; con dicha población quedaron conformadas las normas para la población mexicana (Ver anexo). La Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT) está formada por 100 afirmaciones autodescriptivas que la persona usa para describir la imagen que tiene de si mismo, la cual se autoadministra y se aplica en forma grupal. La EAT está disponible en dos formas: La forma de consejería (forma C) y la forma clínica y de investigación (forma C e I). Ambas formas usan exactamente los mismos ítems. La forma C provee puntuaciones para las 14

escalas básicas; la forma C e I provee las mismas 14 puntuaciones, pero también provee 15 puntuaciones adicionales para su uso en los campos clínico y de investigación.

La EAT está conformada por subescalas de **Hileras:** Identidad (lo que yo soy), Autosatisfacción (como yo me siento conmigo mismo), Conducta (lo que yo hago); y **Columnas:** Yo Físico, Yo Ético-moral, Yo Personal, Yo Familiar, Yo Social, Escala de Autocrítica.

De acuerdo a los intereses de este estudio, se utilizó la forma C la cual a continuación se describe brevemente a continuación:

Puntuaciones para la forma C, Hileras y Columnas.

Puntaje de Autocrítica (AC)

Esta escala está compuesta por 10 ítems; todos ellos son afirmaciones ligeramente derogativas o debilidades comunes que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a sí misma. Las personas que niegan la mayoría de estas afirmaciones son generalmente defensivas y están realizando esfuerzos deliberados para presentar una imagen favorable de sí misma.

Puntuación Total (PT).

La Puntuación Total (también llamada Puntuación Total Positiva) puede considerarse por sí misma como la puntuación más importante en la EAT. Esta refleja el nivel global de autoestima. Un individuo con puntaje total alto tiende a estar a gusto consigo mismo, siente que es una persona valiosa y digna, tiene confianza en sí misma y actúa de acuerdo con esta imagen. Una persona con puntuación total baja duda acerca de

su valía, se ve a sí misma como indeseable, a menudo se siente ansiosa, deprimida e infeliz, y tiene poca confianza en sí misma.

### Hileras y Columnas.

Hilera 1. Los ítems de Identidad son los ítems de lo que “Yo soy” por medio de los cuales la persona describe su identidad básica como la autodescribe y autopercibe.

Hilera 2. La Puntuación de Autosatisfacción esta derivada de aquellos ítems en los cuales el individuo describe cuanta satisfacción siente con la autoimagen percibida. En general esta puntuación refleja el nivel de autoaceptación.

Hilera 3. La Puntuación de Conducta se calcula de aquellos ítems que expresan lo que “Yo hago” o la dirección en que “actúo”. Esta puntuación mide la percepción de una persona de su propia conducta o la dirección en que esta funciona.

Columna A. La Puntuación de “Yo Físico” presenta el punto de vista que un individuo tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B. La Puntuación de “Yo Personal” refleja la sensación de valía personal de un individuo, sentimientos de adecuación como personas y autoevaluación de la personalidad independiente al cuerpo o su relación con otros.

Columna D. La Puntuación de “Yo Familiar” refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia. Esto se refiere a la percepción del sí mismo de una persona, en relación a su círculo inmediato de asociados.

Columna E. La Puntuación de “Yo Social” es otra categoría de “cómo el sí mismo se percibe en relación con otros”, pero define a “otros” en una dirección más general; reflejando la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otra persona en general.

#### Variabilidad.

Las puntuaciones de Variabilidad miden el monto de inconsistencia de un área de autopercepción a cualquier otra. La puntuación de Variabilidad Total (VT) representa el monto total de variabilidad para el registro completo. Una puntuación alto sugiere que el autoconcepto de una persona es de esta manera variable de un área a cualquiera de las otras, como también indica poca integración. Las personas que puntúan alto tienden a encasillar ciertas áreas del sí mismo y a visualizarlas separadas del resto del sí mismo.

#### Distribución.

La puntuación resume el patrón de Distribución de Respuestas de una persona a través de las cinco opciones de respuesta disponibles para cada ítem de la EAT. Esto es interpretado como una medida de otro aspecto de la autopercepción : la certeza acerca de la dirección en que ve su sí mismo. Una puntuación alta indica que el examinado está muy definido en lo que él dice acerca de su sí mismo, una puntuación ligeramente baja revela lo opuesto. Puntuaciones bajas se encuentran también en persona quienes están siendo defensivas y reservadas y quienes evitan comprometer su sí mismo al emplear respuestas “3”

Por otra parte, la EAT puede usarse en personas desde los 13 años que tengan un nivel de lectura por lo menos de 6º. grado . También es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos. La calificación puede realizarse en forma manual .



## 2.- Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD).

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 declaraciones, de los cuales 10 está hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y 10 para una respuesta sintomáticamente negativa. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión.

A un lado de las declaraciones aparecen 4 columnas cuyos encabezados dicen: Nada o pocas veces, Algunas veces, Muchas Veces y La mayoría de las veces o siempre. La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala, una depresión de significación clínica (ver anexo).

### Forma de Aplicación.

Para aplicarla solamente es necesaria la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma. Se da al sujeto la lista de declaraciones y se pide que señale la aseveración que se apege más a su caso en ese momento; si surgiera alguna duda puede ser aclarada sin ningún problema.

### Forma de Calificación.

La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponde a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1, 2, 3, 4, ó 4, 3, 2, 1 dependiendo de la puntuación.

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. En seguida se remite a una tabla que convierte la puntuación bruta al índice de SDS.

Una vez obtenido el índice SDS es posible deducir el diagnóstico final en la Tabla de Impresiones Clínicas Equivalentes Globales (ver anexo).

#### Validez y Confiabilidad.

Lara Tapia y colaboradores en 1976, al trabajar la adaptación y estandarización de la escala de Zung en nuestro país, estudiando cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos, concluyeron que las normas estándar de la escala original son *válidas* y se considera su utilidad en la investigación clínica y farmacológica en nuestro país, así como su uso en la clínica como diagnóstico. La *confiabilidad* de la escala de Zung ha sido validada mediante su comparación con otras escalas de medición de la depresión no autoadministradas como las Clyde, Hildreth, Beck, y otras y fundamentalmente con la escala del MMPI .

## 5.10. PROCEDIMIENTO

La muestra se obtuvo de la siguiente forma:

Para la aplicación de los instrumentos se habló previamente con los profesores de las diferentes materias impartidas en la preparatoria, solicitando su colaboración; se les explicó que se trataba de una investigación y que con los instrumentos se evaluaría el grado de depresión de los alumnos y su autoconcepto. De esta forma, se acordó con cada profesor el día, la hora y el salón de clases.

Se administraron los dos instrumentos el mismo día. Primero se aplicó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. A cada uno de los alumnos se les proporcionó un cuestionario de la prueba y un lápiz con goma. Habiendo entregado todos los cuestionarios, se les daban las siguientes instrucciones: “En la hoja que acaban de recibir se encuentra una lista de declaraciones, tienen que poner una marca en el recuadro más aplicable a su caso en este momento. Tienen que señalar una respuesta de cada una de las preguntas”

Durante la aplicación se aclararon las dudas que surgieron en algunos alumnos y una vez que terminaba todo el grupo, se procedía a administrar la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

En esta aplicación, a cada uno de los alumnos se les entregó el cuadernillo con las preguntas y una hoja de respuestas. Primeramente se les explicaba la forma de llenar la hoja de respuestas, diciendo: “En su hoja de respuestas encontrarán un rectángulo dividido en varias partes, ahí colocarán los siguientes datos: nombre, sexo, edad y grado escolar. En esta misma hoja, se darán cuenta que está organizada de tal forma que ustedes respondan en forma alternada las preguntas. Por favor tengan cuidado y sigan el orden, según el número de pregunta”.

Después, se leyeron las instrucciones para el llenado del cuestionario, impresas en la primera hoja del protocolo: “Las afirmaciones de este cuadernillo están para ayudarte a describirte como tú mismo te ves; por favor responde como sí te describieras ante ti mismo y no ante ninguna persona. No omitas ninguna afirmación, lee cuidadosamente cada una, después selecciona una de las cinco opciones de respuesta, encierra en un círculo la respuesta que hayas elegido si deseas cambiar una respuesta después de haberla encerrado en un círculo, no borres pon una X sobre la respuesta y después encierra en un círculo la respuesta que desees. Ten cuidado de no equivocarte en el número de la respuesta, ya que el número de las preguntas no va en forma progresiva.”. Por último, se preguntaron dudas y cuando ya nos las hubo, se indicó que podían comenzar.

La aplicación se llevo a cabo en dos semanas, una vez concluidas, se procedió a revisar cada una de las pruebas, separando aquellas que estaban incompletas y las que no pertenecían al rango de edad. De tal forma, que la muestra para la presente investigación quedó conformada por 180 sujetos con las siguientes características: sexo, 90 mujeres y 90 hombres, con edades fluctuantes entre 15 y 19 años y de los tres años del nivel escolar medio superior.

### **5.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

En el análisis de los datos se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Primero se obtuvieron las puntuaciones de las medias y las desviaciones estándar de cada una de las variables de autoconcepto y de la variable depresión.
- Como segundo análisis se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson ( $r$ ) para establecer el grado de relación entre las variables (autoconcepto y depresión).
- Finalmente, se compararon las variables para establecer las diferencias existentes entre hombres y mujeres a través de la prueba estadística  $t$  de Student.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

Los resultados de la investigación se presentan en tres apartados: Tratamiento Estadístico, Discusión y Conclusiones; Limitaciones y Sugerencias.

#### 6.1. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se empleó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para procesar los datos obtenidos. Las funciones estadísticas utilizadas fueron las siguientes:

Se utilizó la Estadística Descriptiva para obtener medias y desviaciones, con el objeto de describir de que forma se presentan las variables en la muestra de estudio.

Se obtuvieron las medias y desviaciones del Autoconcepto y de la Depresión; por grupos: hombres y mujeres, así como para la muestra total.

Posterior a esto, se realizó una Correlación de Pearson para determinar la existencia de una relación significativa entre las variables investigadas. Este coeficiente de correlación puede obtener valores entre  $r = 1$  y  $r = -1$ , que significa que la relación entre variables es perfecta positiva o negativa respectivamente; cuando la relación decrece el valor  $r$  se acerca a 0, lo cual significa que no existe relación alguna entre las variables.

El coeficiente obtenido debe ser lo suficientemente alto, para que sea aceptado a algún nivel de significancia adecuado, como es 0.01 ó 0.05, que sería aceptar el 1% ó el 5% de error en el pronóstico.

Se correlacionó cada una de las variables de Autoconcepto con la variable Depresión para determinar si existía alguna relación significativa.

Finalmente se utilizó la Prueba *t* de Student para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Para obtener esto, se compararon las muestras con cada una de las variables. De igual manera, se comparó el Autoconcepto y el Nivel de Depresión (Escala de Tennessee y Zung) para observar si existían diferencias entre los sujetos por sexo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos organizados en tablas.

Tabla 1. Análisis Descriptivo de hombres y mujeres con respecto a la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

Variables del Autoconcepto (Tennessee)	Hombres		Mujeres		Media	Desviación
	Media	Desviación	Media	Desviación	Total	Total
Autoestima PT	332.82	28.19	340.84	32.42	336.83	30.56
Autocrítica AC	35.23	6.85	33.17	5.99	34.20	6.50
Yo Físico	70.43	7.46	69.38	7.94	69.91	7.70
Yo Ético Moral	66.22	7.35	70.74	8.95	68.48	8.47
Yo Personal	67.38	7.08	68.63	7.44	68.01	7.27
Yo Familiar	66.64	7.42	68.28	8.38	67.46	7.93
Yo Social	62.66	7.72	63.90	7.30	63.28	7.52
Identidad	123.02	10.33	125.13	10.64	124.07	10.51
Autosatisfacción	102.80	13.70	104.30	15.50	103.55	14.61
Conducta	107.58	10.19	111.46	11.69	109.52	11.11
Variabilidad	55.24	11.31	55.35	11.80	55.30	11.53
Distribución	122.10	20.13	126.70	22.01	124.40	21.16

Tabla 1'. Análisis Descriptivo de hombres y mujeres con respecto a la Escala Automedición de la Depresión.

Variable de la Depresión ( Zung )	Hombres		Mujeres		Media Total	Desviación Total
	Media	Desviación	Media	Desviación		
Depresión	35.60	6.35	36.78	6.81	36.19	6.59

Tabla 2. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ( r ): del Autoconcepto en relación con la Depresión.

VARIABLES AUTOCONCEPTO ( Escala de Tennessee )	VARIABLE	VALOR DE ( r )	SIGNIFICANCIA ( P )
Autoestima (PT)	DEPRESIÓN ( Escala de Zung )	- 0.5000 *	.000
Autocrítica (AC)		0.1552	.037
Yo Físico		- 0.4896 *	.000
Yo Ético Moral		- 0.2883	.000
Yo Personal		- 0.4767 *	.000
Yo Familiar		- 0.4240 *	.000
Yo Social		- 0.3577	.000
Identidad		- 0.4068 *	.000
Autosatisfacción		- 0.4176 *	.000
Conducta		- 0.4808 *	.000

\* Correlaciones medias e inversamente proporcionales

Tabla 3. PRUEBA "t" DE STUDENT: Comparación de las escalas de Autoconcepto de Tennessee entre hombres y mujeres.

Escalas de Tennessee	Valor de "t"	Grados de libertad (df)	Probabilidad Significancia (P)	Hipótesis Nula (H0)
Autoestima (PT)	- 1.77	178	. 078	Se acepta
Autocrítica (AC)	2.14	178	. 034	Se rechaza
Yo Físico	- 0.91	178	. 365	Se acepta
Yo Ético Moral	- 3.70	178	. 000	Se rechaza
Yo Personal	- 1.15	178	. 252	Se acepta
Yo Familiar	- 1.39	178	. 165	Se acepta
Yo Social	- 1.10	178	. 273	Se acepta
Identidad	- 1.35	178	. 179	Se acepta
Autosatisfacción	- 0.69	178	. 493	Se acepta
Conducta	- 2.37	178	. 019	Se rechaza
Distribución	- 1.46	178	. 145	Se acepta
Variabilidad total	- 0.06	178	. 949	Se acepta

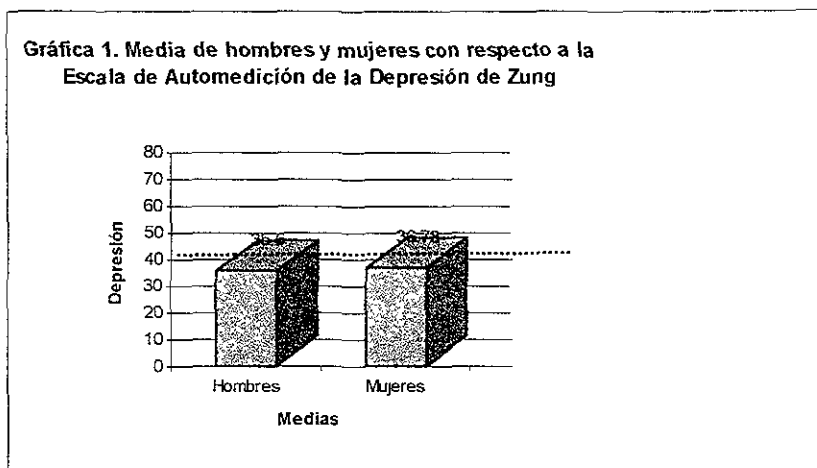
\* Cuando la significancia  $P > .05$  Se acepta  $H_0$ , por lo tanto, No hay diferencias entre los grupos y cuando  $P \leq .05$  Se rechaza  $H_0$ , por lo tanto, Si existen diferencias entre los grupos.

Tabla 4. PRUEBA "t" DE STUDENT: Comparación de la Escala de Depresión de Zung entre hombres y mujeres.

Escalas de Zung	Valor de "t"	Grados de libertad (df)	Probabilidad Significancia (P)	Hipótesis Nula (H0)
Depresión	- 1.21	178	. 228	Se acepta

\* Cuando la significancia  $P > .05$  Se acepta  $H_0$ , por lo tanto, No hay diferencias entre los grupos y cuando  $P \leq .05$  Se rechaza  $H_0$ , por lo tanto, Si existen diferencias entre los grupos.





\* Las medias graficadas corresponden a las puntuaciones brutas obtenidas en la prueba. Los valores menores a 40, indican ausencia de depresión, mientras que los valores mayores a 40 indican presencia de depresión (ver cuadro de conversión a índices SDS en anexo ).

### 6.1.1. Interpretación de Resultados

#### a) Escala De Autoconcepto De Tennessee.

Autoestima (PT)

De acuerdo a los resultados obtenidos las medias de los hombres y de las mujeres se encuentran dentro del intervalo de normalidad. Esto significa que tanto hombres como mujeres se sienten a gusto consigo mismos, se sienten personas valiosas y dignas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen. ( Ver tabla 1, perfil 1 y 2 )

### Autocrítica (AC)

Los puntajes obtenidos en las medias de hombres y mujeres se encuentran dentro de un rango normal, lo que significa que, los sujetos de la muestra tienen una apertura normal y saludable en su capacidad de autocrítica. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### Yo Físico (Columna A)

De acuerdo a los puntajes para esta escala, las medias que se obtuvieron para hombres y para mujeres se encuentran dentro del intervalo de normalidad; lo que significa que los individuos tienen un punto de vista adecuado sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y su sexualidad.(Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### Yo Ético - Moral (Columna B)

Las medias para hombres y mujeres corresponden a un rango de normalidad; significando que, los sujetos examinan sus cualidades morales, relaciones con Dios, sentimientos de ser “ buenas o malas “ personas y satisfacción con su religión o falta de ésta, de una manera adecuada. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### Yo Personal (Columna C)

Los puntajes de las medias para hombres y mujeres se encuentran dentro del rango de normalidad; lo cual significa que su sensación de valía personal, sus sentimientos de adecuación como personas y la autocvaluación de su personalidad son apropiados. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### Yo Familiar (Columna D)

De acuerdo a los puntajes obtenidos, las medias para hombres y mujeres cayeron en un rango normal, esto significa que los sentimientos, los méritos y valores como miembros de familia, son percibidos de manera adecuada. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2).

### Yo Social (Columna E)

En esta escala se pueden apreciar los puntajes de las medias de hombres y mujeres, estos puntajes se encuentran dentro del intervalo de normalidad; lo que nos indica que los sujetos se perciben de manera adecuada en relación con otros. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2).

### Identidad (Hilera 1)

De acuerdo a los resultados obtenidos, las medias para hombres y mujeres cayeron dentro del intervalo de normalidad; lo que nos indica que los sujetos describen su identidad básica como la autodescriben y la autoperciben. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2).

### Autosatisfacción ( Hilera 2)

Los puntajes obtenidos en esta escala reflejan una media que cae dentro del rango normal para los hombres al igual que para las mujeres. Esto nos indica que el nivel de autoaceptación en las mujeres de acuerdo a su imagen percibida, es adecuado. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2).

### Conducta (Hilera 3)

Los puntajes de esta escala reflejan unas medias tanto para los hombres como para mujeres, que caen en un rango de normalidad. Esto significa que tanto hombres como mujeres se perciben de una manera adecuada en relación a su conducta o la dirección en que funciona ésta. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### Distribución

Los puntajes de las medias para hombres y mujeres se encuentran dentro del rango de normalidad; indicándonos así, que los sujetos están bien definidos en lo que dicen acerca de su sí mismo, es decir, tienen una adecuada autopercepción. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### Variabilidad Total

Las puntuaciones medias para los hombres y para las mujeres cayeron en rango de normalidad, lo que sugiere que en los sujetos de la muestra existe una variabilidad adecuada en relación a las áreas que conforman el Autoconcepto. (Ver tabla 1, perfil 1 y 2 ).

### *B) Escala De Automedición De La Depresión De Zung.*

De acuerdo a los resultados obtenidos, la media para los hombres y para las mujeres nos indican que los sujetos de la muestra en general y por grupos independientes (hombres y mujeres) no se encuentran deprimidos, ya que de acuerdo al cuadro de conversión a índices SDS y a las impresiones clínicas equivalentes del

Test de Zung (Ver cuadro en anexos de pruebas), estos valores equivalen a un índice inferior a 50, lo que significa que tanto hombres como mujeres se encuentran dentro de los valores de la normalidad y no presentan ningún rasgo característico de depresión. (Ver tabla 1' y gráfica 1).

### 6.1.2. Correlación Producto-Momento de Pearson

Con base en los resultados en el presente estudio, no se encontró una relación alta en ninguna de las áreas de Autoconcepto con respecto a la Depresión; sin embargo, las correlaciones obtenidas fueron significativas y moderadas. Por lo tanto, en éste trabajo se *rechaza* la hipótesis nula que dice: “ No existe una relación significativa entre las escalas de Autoconcepto y la Depresión en estudiantes adolescentes “.

Las correlaciones encontradas entre los puntajes de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung se muestran en la tabla 2.

Como se puede observar en ésta tabla, los valores más altos que se obtuvieron en las correlaciones fueron para las áreas de Autoestima (PT), Yo Físico, Yo Personal, Yo Familiar, Identidad, Autosatisfacción y Conducta, en donde las correlaciones fueron moderadas e inversamente proporcionales, esto significa que mientras los puntajes de estas variables de Autoconcepto tienden a incrementarse, la variable Depresión disminuye, es decir, que las variables no presentan una misma dirección ni intensidad. De tal forma que, mientras los adolescentes de la muestra incrementan sus sentimientos de valía, de dignidad y su confianza en ellos, tienden a percibirse de una forma adecuada en relación a su cuerpo; se sienten a gusto consigo mismos y se sienten parte de un círculo familiar. Así mismo, los sujetos adquieren una identidad que los lleva a comportarse de acuerdo con su imagen percibida, de esta forma se sienten satisfechos con lo que son. En

consecuencia, los sentimientos de inferioridad, de menosprecio y de tristeza que pudieran llegar a manifestarse como síntomas depresivos tienden a disminuir o desaparecer.

### 6.1.3. Prueba t de Student

Con base en los resultados de la comparación, en el presente estudio se *rechaza* la hipótesis nula que dice que: “ No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al Autoconcepto”, ya que a pesar de que en la mayoría de las variables de Autoconcepto no hubo diferencias significativas en el valor de “ t “; en las áreas de Autocrítica, Yo Ético - Moral y Conducta sí se encontraron diferencias por sexo.

En las tablas 3 y 4 se muestran los puntajes obtenidos en la prueba “ t “, los grados de libertad (df), y el nivel de significancia (P) para cada una de las variables de Autoconcepto y para la variable Depresión respectivamente. Tomando como referencia dichos datos se rechaza o acepta la hipótesis nula.

Como se puede observar únicamente se encontraron diferencias por sexo en tres áreas del Autoconcepto: En Autocrítica, Yo Ético - Moral, y en el área de Conducta en donde se rechazó la hipótesis nula, dado que se encontró que los hombres tienen una capacidad de autocrítica mayor que las mujeres; sin embargo, las mujeres tienden más a examinar sus cualidades morales, sus sentimientos de ser “buenas o malas” personas, y sus relaciones con su sistema de valores éticos están más introyectadas en comparación con los hombres. En cuanto al área de Conducta, las mujeres tienen una mayor percepción de lo que “ellas hacen” y de la dirección en que funciona su comportamiento en comparación con los hombres. (Ver tabla 3).

Por otra parte, en cuanto a los resultados para la variable Depresión, se encontró que no hay diferencias por sexo, además, tanto hombres como mujeres presentaron valores inferiores en la prueba de Zung, indicando éstos valores que los sujetos de la muestra en general no se encuentran deprimidos; por lo tanto, se *acepta* la hipótesis nula que dice que: “ No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la depresión” (Ver tabla 4).

A pesar de los resultados, cabe mencionar que un porcentaje de la muestra de adolescentes presentaron niveles de depresión mínima o ligera y unos cuantos casos síntomas de depresión moderada o marcada ( Ver cuadro de conversión a índices SDS), por tal razón, los valores promedio obtenidos ( de la muestra global ) para la prueba de Zung, se acercan al puntaje equivalente a una depresión mínima o ligera.

## 6.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio fue planteado pretendiendo investigar si existía una relación entre el autoconcepto y la depresión en una población de estudiantes adolescentes; para esto fue necesario seleccionar a sujetos que tuvieran entre 15 y 19 años de edad y como característica importante de nuestro interés, que fueran estudiantes de nivel medio superior de la Escuela Nacional Preparatoria No. 1 de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Partiendo del supuesto de que existía una relación entre el autoconcepto y la depresión, nos interesó saber si, además podría encontrarse alguna diferencia entre los hombres y las mujeres con respecto a su autoconcepto y al nivel de depresión. Así también, describir como se presentan estas variables en la muestra de adolescentes.

De esta forma, con base en el análisis de resultados se concluye lo siguiente:

*Existe* una relación significativa entre las escalas de autoconcepto y la depresión; las correlaciones que se encontraron fueron moderadas e inversamente proporcionales en las áreas de Autoestima (PT), Yo Físico, Yo Personal, Yo Familiar, Identidad, Autosatisfacción y Conducta; estos resultados se podrían explicar debido a que la mayoría de los sujetos de la muestra no se encontraban deprimidos, y el porcentaje de la muestra que se encontraba deprimido manifestaba una depresión mínima o ligera; sin embargo,

En el caso de la autoestima, los resultados obtenidos coinciden con los encontrados por Martín T. , quien encontró que existe relación entre la autoestima y la depresión. En su estudio sobre “Depresión y Autoestima” señala que uno de los componentes esenciales de la depresión es el bajo nivel de autoestima de los sujetos depresivos. Así mismo, concluye que en el bajo nivel de autoestima manifestado por los depresivos tiene especial importancia la intensa dependencia que el depresivo manifiesta en su autoevaluación y comportamiento de la idea negativa de sí mismo que descubre en su entorno social y que sin duda tiende a generalizar. (Cit en Ledesma J. y Melero M. 1989)

Durante la adolescencia se presentan ciertos cambios a los cuales el adolescente debe adaptarse para poder alcanzar su madurez. Erikson (1965) y Aberastury (1987) coinciden en señalar que durante este periodo las manifestaciones depresivas guardan estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer.

Debido a esta serie de cambios emocionales; en el presente trabajo se encontró que algunos adolescentes sí manifestaron síntomas depresivos, sin embargo, de acuerdo con Aberastury (1987), esta sintomatología es un proceso de adaptación a un nuevo estado de madurez y es lo que ella considera como “síndrome normal de la adolescencia”.



Por otra parte, se encontró que “ *si existen* diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al autoconcepto”, con lo que se rechaza la hipótesis nula, ya que en las áreas de Yo ético - moral y Conducta las mujeres puntuaron por arriba de los hombres; y en el área de Autocrítica las puntuaciones más elevadas fueron para los hombres.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Fernández Mejía C. (1997), quien en su estudio sobre percepción del autoconcepto en adolescentes encontró que existen diferencias por sexo en las áreas de Yo ético - moral y Yo Físico; así mismo, sustenta sus hallazgos con los estudios realizados por Bryan y Petrangelo (1989) y Verkuyten (1995) quienes sugieren que si existen diferencias en la forma de integrar el autoconcepto entre los hombres y las mujeres.

Israel C. (1990), realizó un estudio en donde valoró el autoconcepto de adolescentes de bachillerato, encontrando diferencias por sexo.

Haciendo un análisis más profundo de los resultados que obtuvimos en la Escala de Tennessee, suponemos que, el Autoconcepto de las mujeres esta mas vertido hacia el exterior dado que sus valores, y su conducta dependen mas de lo social, por lo que su Autocrítica esta en función de como es vista, mientras que en los hombres su autocrítica depende más de valores internos.

Con respecto al análisis cualitativo del Autoconcepto, podemos concluir que tanto hombres como mujeres presentan un buen autoconcepto y a pesar de que se encontraron algunas diferencias por sexo, estas cayeron dentro de lo que es considerado como un autoconcepto normal.

Erikson (1974) menciona que el autoconcepto es una característica importante en el desarrollo de la adolescencia que trae consigo una serie de conflictos que deben canalizarse en forma adecuada, para prevenir fallas en la personalidad del adolescente.

Como se ha mencionado, el autoconcepto es un componente muy importante de la personalidad y por lo tanto de gran interés para su estudio. Existen algunos trabajos en donde se ha estudiado el autoconcepto en adolescentes.

En otras conclusiones, en lo que se refiere a la comparación por sexo con respecto a la depresión. Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, ya que “*no existen* diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la depresión”.

Estos resultados pudieron deberse posiblemente a que a pesar de ser válida y confiable la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, este instrumento por derivarse de un modelo médico, no es tan sensible para captar síntomas finos de depresión, por lo que consideramos que no fue suficiente para detectar aspectos dinámicos de ésta entre los sujetos, y por ser un instrumento el cual está estructurado para contestarse con respuestas de “nada o pocas veces, algunas veces, muchas veces y, la mayoría de las veces o siempre”, sólo dará indicios de depresión si las respuestas se cargan a los extremos, además, no se utilizó otro instrumento para explorar depresión, y así descartar que los adolescentes presentaran mecanismos defensivos como negación y actuación en el momento de contestar la prueba.

De esta forma, con los resultados obtenidos, se confirma lo señalado por Stanley Lesse y James Toolan (1968) quienes afirman que la depresión es un trastorno difícil de diagnosticar debido a que éste se enmascara detrás de diversas conductas y síntomas que es a lo que llaman “una depresión sonriente”.

En el análisis cualitativo de la depresión, en el estudio se encontraron sujetos con depresión mínima o ligera y en menos casos, la depresión fue moderada. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes evaluados no manifestaron síntomas depresivos.

Por ser la adolescencia un periodo muy vulnerable, consideramos a la depresión como una manifestación normal de esta etapa de desarrollo.

De acuerdo con Guiza Cruz (1984), quien afirma que el adolescente atraviesa por un proceso de cambios emocionales y que sus reacciones pueden fluctuar de un optimismo a un pesimismo extremo que le produce depresión e incluso pueden presentarse ambas conductas de forma alterna; características propias de un proceso normal adolescente, en donde el mismo sujeto puede encontrar solución; sin descartar la posibilidad de que se llegue a manifestar este estado depresivo de forma patológica.

En forma general podemos concluir que:

- Hay una relación significativa entre el autoconcepto y la depresión de estudiantes adolescentes.
- Existen diferencias en el autoconcepto de hombres y mujeres.
- El perfil de autoconcepto de los estudiantes adolescentes se encuentra dentro de la normalidad.
- No se encontraron diferencias por sexo en la variable depresión.
- La muestra de adolescentes en forma global no manifestó algún tipo de depresión.

### **6.3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

#### **Limitaciones**

Al realizar el presente trabajo, nos enfrentamos a una serie de limitaciones que a continuación se exponen.

- En la mayoría de los sujetos de la muestra no se encontraba presente la variable depresión y por lo tanto, no se obtuvieron correlaciones altas.

- Problemas en la calificación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, dado que es un instrumento muy complejo cuya calificación requiere de varios procedimientos manuales, lo cual retarda la obtención de resultados.
- Debido a que los instrumentos utilizados fueron construidos de forma diferente, consideramos, que faltó aplicar otra prueba y/o entrevista clínica para explorar más a fondo la depresión, y así corroborar resultados para tener una visión más clara de este fenómeno.
- Carencia de investigaciones en donde se estudien estas dos variables juntas, con las cuales se pueda apoyar y comparar los resultados.

### Sugerencias

Tomando en cuenta toda la información arrojada en esta investigación nos permitimos realizar las siguientes sugerencias:

- En investigaciones posteriores sobre estas variables se sugiere que se elijan sujetos deprimidos y no deprimidos por separado para tener un grupo control.
- Utilizar otras pruebas y/o entrevista clínica a demás de la Escala de Zung para una mayor exploración de la depresión.
- Crear estrategias que faciliten la calificación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.
- Realizar más investigaciones de este tipo, ya que actualmente no se encontró la información suficiente respecto a estas variables en la Facultad de Psicología.
- Para una investigación más amplia del autoconcepto y la depresión en adolescentes, sería conveniente llevar a cabo el seguimiento de los casos que resultarán con patologías.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Aberastury, A. y Knobel, M. (1982). *La adolescencia Normal*. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
2. Allport, G. (1971) *La Personalidad*. Herder. Barcelona, España.
3. Aranda, A. (1987). *Estudio Correlacional Entre Autoconcepto Y Rendimiento Escolar En Alumnos De Nivel De Licenciatura De La UPIICSA*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
4. Arieti, S.; Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia De La Depresión*. Editorial Paidós. México.
5. Ayuso G. J. L. (1981). *Las Depresiones. Nuevas Perspectivas Clínicas, Etiopatogénicas Y Terapéuticas*. Editorial Interamericana. España.
6. Bandura, A. (1969). *Modificación De La Conducta*. Editorial Trillas. México 1977.
7. Bastin, G. (1970). *Diccionario De La Psicología Sexual..* Editorial Herder. Barcelona, España.
8. Benitez R. A. M. (1993). *Estudio comparativo Entre Hijos De Padres Divorciados E Hijos De Familia Integrada Respecta Al Autoconcepto*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
9. Bloss, P. (1971). *Psicoanálisis De La Adolescencia*. Editorial Joaquín Mortis. México.
10. Bloss, P. (1981). *La Transición Adolescente*. Editorial Amorrortu. Argentina.
11. Bryan, A. y Petrangelo, G. (1989). *Self-Concept and Sex Role Orientation in Adolescence*. *Journal of Sex Education and Therapic*. Vol. 1 15 (1): 17-29.
12. Byrne, M. (1984). *The General. Academic Self Concept Nomological. Net. Work. A Review Of Construct. Validation Research*. *Review of Edutational. Research*. 54.
13. Calderon, N. G. (1987). *Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento* Editorial Trillas, México.
14. Camerun, M. (1974). *The Psychology Of Behavior Disorders A Biosocial Interpretation*. Houghton. Mifflin. Company Boston.
15. Castilla, del P. C. (1974). *Un Estudio Sobre La Depresión*. Fundamentos de antropología Dialéctica. Editorial Peninsula, España.

- 16.Coderch, J. (1975). *Psiquiatría Dinámica*. Editorial Heder. Barcelona , España.
- 17.Coopersmith, S. (1959). *Self-concept: Its Development in Inansy*. Encuentro de la "American Psychology". San Francisco.
- 18.Corbella, J. (1985). *Enciclopedia Práctica De Psicología*. Tomo 1 Ediciones Orbís. Barcelona España.
- 19.De Landsheere, G. (1985). *Diccionario de la Evaluación y la Investigación Educativas*. Editorial Oikos-Tau. Barcelona, España
- 20.Dolto, F. (1992). *La Causa De Los Adolescentes*. Editorial Seix Barral. Argentina, Buenos Aires.
- 21.Downie, N. M. Heath, R. W. (1986). *Métodos Estadísticos Aplicados*. 5ta. Edición. Editorial Harla. México.
- 22.English. A. C. (1977). *Diccionario De Psicología Y Psicoanálisis*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- 23.Erickson, E (1970). *Infancia y sociedad*. Editorial Home. Buenos Aires Argentina.
- 24.Erickson, E. (1974). *Identidad , Juventud Y Crisis*. Edirtorial Páidos. Buenos Aires, Argentina
- 25.Ey, H. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Fondo Editorial Toray-Masson. España.
- 26.Fernández, M. C. (1997). *Percepción Del Autoconcepto En Un Grupo De Adolescentes De Nivel Escolar Medio Superior*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM:
- 27.Fitts, W. H. (1965). *Tennessee Self Concept Scale Manual*. Nashville: Counselor Recording And Tests.
- 28.Fitzgerard, H. (1982). *Psicología Del Desarrollo. La Edad Adolescente*. Editorial Manual Moderno. México.
- 29.Flores, R. M. T. (1997) *Autoconcepto En Adolescentes Con Padres Divorciados*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
- 30.Freud, S. (1978). *Duelo Y Melancolía*. Tomo XIV . Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1917.
- 31.Freud, S. (1980). *Tres ensayos sobre su teoría sexual*. Biblioteca Nueva. Tomo II. Barcelona. España.

32. Frias, L. M. C. (1991). *Estudio Correlacional Entre La escala de Tennessee De Autoconcepto Y El Diferencial Semántico De Jorge de la Rosa*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
33. García, A, M<sup>a</sup> G., y Quintero V. D. (1995). *Adaptación Y Estandarización De La Escala De Autoconcepto De Tennessee*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.
34. Gesell, A. (1971). *El Adolescente De 10 A 16 Años*. Editorial Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
35. González N. J. J., Romero A. J. De Tavira y Noriega F. (1986). *Teoría Y Técnica De La Terapia Psicoanalítica De Adolescentes*. Editorial Trillas. México.
36. Guiza Cruz, V., Souza y Machorra, M.; Cardenas A. Y Stanton, G., C. J.; Escotto Morett, J. Murow Troice, E.; Salgado Arteaga, G. (1984). "Depresión En La Adolescencia: Mesa Redonda". *Revista Facultad de Medicina*. UNAM Vol. 22. No. 7. Pag. 226-275, México.
37. Hall, C., Lindzey, G. (1974). *La Teoría Del Sí Mismo Y La Personalidad*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
38. Hamacheck, E. (1981). *Encuentros Con El Yo*. Editorial Nueva Interamericana, México:
39. Henze, G. L. M. (1980). *Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.
40. Horrocks, J. (1987) *Psicología de la adolescencia*. Editorial Paidós. México.
41. Hurlock, E. (1970) *Psicología De La Adolescencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
42. Israel, C.T. (1990). *El Autoconcepto En Adolescentes De Primer Ingreso En EL Nivel Educativo Medio Superior*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
43. Jackson, S. W. (1989). *Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*. Editorial Turner, España.
44. Kaplan, J. (1986). *Adolescencia. El Adios A La Infancia*. Editorial Paidós. Argentina
45. Kerlinger, N. (1975). *Investigación del Comportamiento. Técnicas Y Metodología*. Editorial Interamericana, México.
46. Knobel, M (1982). *El Síndrome De La Adolescencia Normal. Normalidad Y Patología De La Adolescencia*. Editorial Paidós. Barcelona, España.

47. Kolb, L. C. (1989). *Psiquiatría Clínica Moderna*. Prensa Médica Mexicana. México.
48. La Rosa, J. (1986) *Escalas del Locus De Control Y Autoconcepto. Construcción Y Validación*. Tesis de Doctorado En Psicología. UNAM.
49. Lara T. H. y Cols. (1976). *Algunas Normas Para La Medición De La Depresión*, Revista de Neurología Psiquiátrica 17:5-15.
50. Ledezma, R. M. (1992). *Rendimiento Escolar Y Depresión En Adolescentes. Estudio Comparativo*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM:
51. Ledesma, J. A. y Melero, M. L. (1989). *Estudios Sobre Las Depresiones*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, España.
52. Lehalle, H. (1990). *Psicología De Los Adolescentes*. Colección Los Noventa. Editorial Grijalbo. México.
53. León, V. O. (1988). *Estudio comparativo de autoconcepto entre dos grupos de adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.
54. Lesser, S. (1968). *The Multivariant Mask of Depression*. Supplement Depression. American Journal of Psychiatry. U.S.A. Mayo (1968). 124:11 pp 35-39
55. Luna, R, y Ortiz, G. (1993). *Análisis Comparativo Del Autoconcepto en Jóvenes Con Exito y Con Fracaso Académico*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
56. Mead, G. (1972). *Espíritu, Persona Y Sociedad*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
57. Mead, M. (1973). *Adolescencia Y Cultura En Samoa*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
58. Mendels, J. (1972). *La Depresión*. Editorial Herder. Barcelona, España.
59. Merleau-Ponty, M. (1945) *Phenomenologie De La Perception*. Gallimart, París. (Traducción al español: Fenomenología de la Percepción, Peninsula, Barcelona, 1975).
60. Monroy, G. A. (1990) *Estudio Comparativo De Síntomas Depresivos Entre un Grupo De Adolescentes Inhaladores y No Inhaladores*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.



61. Musitu, G. y Román, J. N. (1982). *Autoconcepto: Una Introducción A Esta Variable Intermedia*. Universitas Tarraconensis. Revista de Psicología, Pedagogía, y Filosofía., Vol. IV. No. 1.
62. Muss, R. (1984). *Teorías de la adolescencia*. Editorial Paidós. México
63. Nava H. A. (1986). *EL Autoconcepto En Esquizofrénicos*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
64. Navarro R. A. M. (1995). *Fantasías De Suicidio En Adolescentes Deprimidos Y No Depimidos*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM:
65. Neisser, U. (1976). *Procesos Cognitivos Y Realidad, Principios E Implicaciones De La Psicología*. Editorial Morata, Madrid.
66. Neurología-Neurocirugía Psiquiátrica, México, Vol. 17, No.1. pp. 5-15.
67. Oñate, M. P. (1989). *El Autoconcepto*. Editorial Narcea. Madrid, España.
68. Oropeza, T. R. (1995). *Estilos De Crianza Y Autoconcepto En Los Adolescentes*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
69. Papalia, E. D. (1992). *Desarrollo Humano*. Editorial Mc Graw-Hill. México.
70. Paz, M. S. (1997) *Autoconcepto En Alumnos Del Colegio Nacional De Educación Profesional Técnica*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
71. Polaino-Lorente, A. (1985). *La Depresión*. Editorial Martínez Roca, Barcelona, España.
72. Ramírez, Y J. (1988). *Un Estudio Exploratorio Sobre Depresión En Adolescentes*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
73. Rivera O. (1987). *Integración De Estudios Psicológicos*. Editorial Diana. México.
74. Rodríguez, E. M. (1985). *Autoestima. Clave del Éxito Personal*. Editorial Manual Moderno. México.
75. Rogers, C. (1950). *Significance of the Self Regarding Attitudes and Perception. Feeling and Emotions*. Ed. Mc Graw Hill, New York.
76. Rogers, C. (1977). *Psicoterapia Centrada En El Cliente*. Paidos, Buenos Aires.
77. Rosemberg, M., (1973). *La Autoimagen Del Adolescente Y La Sociedad*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
78. Sahvelson, R. J., Hubner, J. J. *Self-Concept: Validation Of Construct Interpretations*. Rev of Educat. Research.

79. Salgado, D. R. (1985). *Estudio Sobre La Formación De Autoconcepto Entre Adolescentes De Familias Integradas Y Adolescentes Procedentes De Familias Donde Falta La Figura Paterna*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM.
80. Sánchez de Ita, J. C. (1996) . *El Autoconcepto Del Adolescente Con Transplante Renal*. Tesis De Licenciatura. Facultad De Psicología, UNAM:
81. Sarafino, E. (1988) *Desarrollo Del Niño Y Del Adolescente*. Trillas. México.
82. Skinner. B. F. (1977). *Ciencia Y Conducta Humana*. Editorial Fontanella. Barcelona.
83. Stanley, Lessee y Toolan J. (1978). *La Depresión En Los Niños Y Los Adolescentes. Psicología Social De La Adolescencia*. Caplan. G.; Levobci, S. Editorial Paidós. Argentina.
84. Suárez, G. V. (1988). *Validación de la escala de automedición de la depresión de Zung*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.
85. Well, E. L. y Marwell, G. (1976). *Self Steem its Conceptualization and Measurment*. Sage Publications, Londres.



PERFIL 2

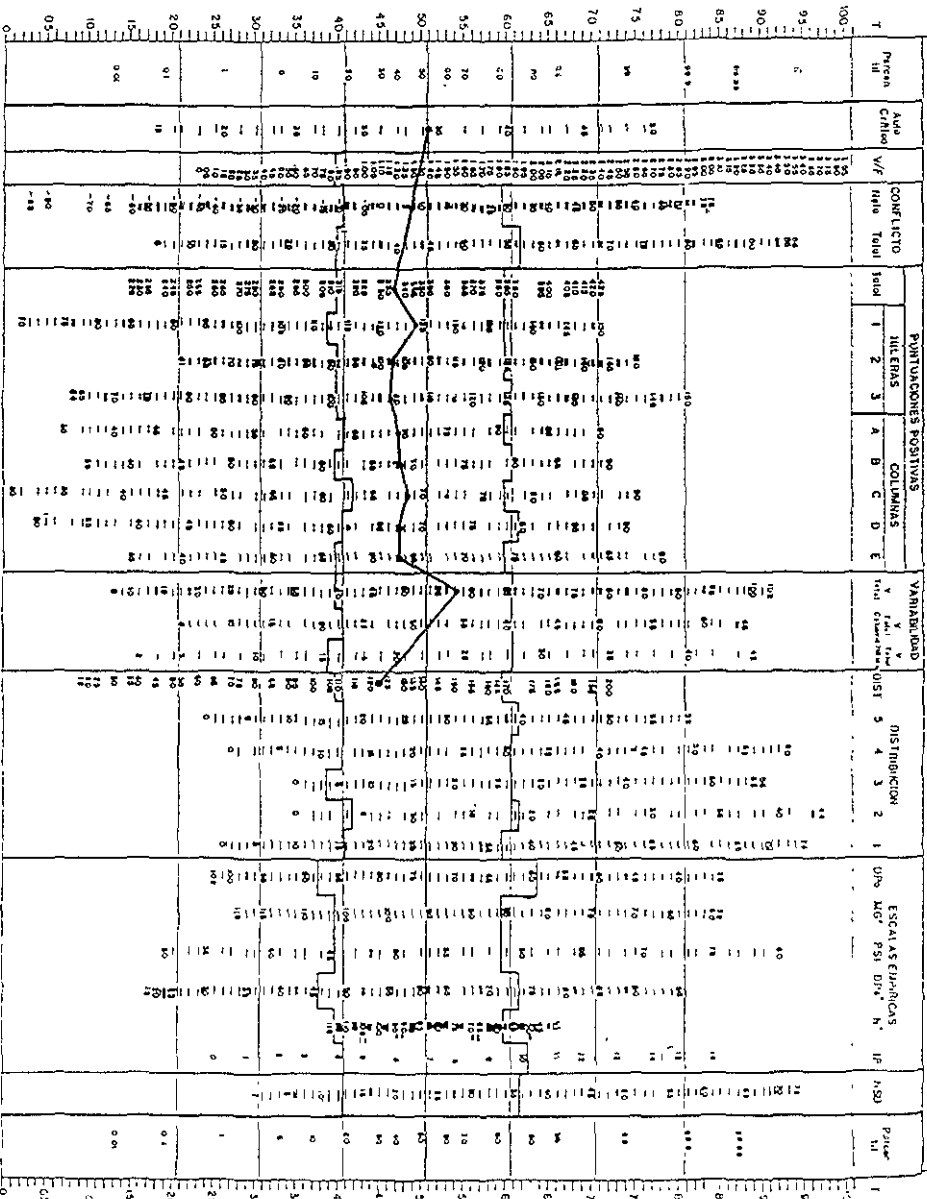
Perfil Global  
( 180 casos )

ADAPTACION Y ESTANDARIZACION A POBLACION UNIVERSITARIA MA GUADALUPE GARCIA ARELLANO FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE  
HOJA DE PERFIL PARA ADULTOS

Nombre

FORMA CIENCA Y DE INVESTIGACION



Paradojas  
Neurosis  
Límites del Autoconcepto  
Puntaje

## ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

*William H. Fitts, Ph. D.*

*Adaptación y estandarización en la población universitaria Mexicana:*

*M. Guadalupe García Arellano y F. Daniel Quintero Vargas*

### INSTRUCCIONES

En la hoja de respuestas que se encuentra por separado, en el cuadro superior pon tu nombre y la otra información solicitada, excepto los datos sobre tiempo, más tarde llenaras estos espacios, escribe únicamente en la hoja de respuestas, no pongas ninguna marca en este cuadernillo.

Las afirmaciones de este cuadernillo están para ayudarte a describirte como tú mismo te ves; por favor respóndelas como sí te describieras ante ti mismo y no ante ninguna persona. No omitas ninguna afirmación, lee cuidadosamente cada una, después selecciona una de las cinco opciones de respuesta, encierra en un círculo la respuesta que hayas elegido, si deseas cambiar una respuesta después de haberla encerrado en un círculo, no borres pon una X sobre la respuesta y después encierra en un círculo la respuesta que desees. Ten cuidado de no equivocarte en el número de la respuesta, ya que el número de las preguntas no va en forma progresiva.

Cuando estés listo para comenzar, localiza en tu hoja de respuestas el espacio marcado como "Hora inicio" y anota la hora; cuando termines anota la hora final en el espacio de tu hoja de respuestas marcando como "Hora de terminación".

Recuerda, encierra en un círculo un número de respuesta para cada afirmación.

1	2	3	4	5
COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO

Encontraras los números de respuesta repetidos en la parte superior de cada página para ayudarte a recordarlas.

1	2	3	4	5
COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO

**Item**

**No.**

- 1.- Gozo de buena salud
- 3.- Soy una persona atractiva
- 5.- Me considero una persona sucia
- 19.- Soy una persona decente
- 21.- Soy una persona honrada
- 23.- Soy una mala persona
- 37.- Soy una persona animada
- 39.- Soy una persona calmada y tolerante
- 41.- Soy un don nadie
- 55.- Tengo una familia que siempre puede ayudarme en cualquier tipo de problema
- 57.- Soy miembro de una familia feliz
- 59.- Mis amigos no tienen confianza en mí
- 73.- Soy una persona amigable
- 75.- Soy una persona popular con los hombres
- 77.- Me es indiferente lo que hacen otras personas
- 91.- Me es difícil decir la verdad
- 93.- Algunas veces me enojo
- 2.- Me gusta mostrarme agradable y limpio todo el tiempo
- 4.- Estoy lleno de achaques y dolores
- 6.- Soy una persona enferma
- 20.- Soy una persona religiosa
- 22.- Soy un fracaso moral
- 24.- Soy una persona moralmente débil
- 38.- Tengo mucho control sobre mí mismo
- 40.- Soy una persona odiosa
- 42.- Me estoy volviendo loco
- 56.- Soy una persona importante para mi familia y mis amigos
- 58.- Mi familia no me ama
- 60.- Siento que mi familia no confía en mí
- 74.- Soy popular entre las mujeres
- 76.- Soy malo(a) con todo el mundo
- 78.- Me es difícil ser amable
- 92.- Algunas veces pienso cosas tan malas como para hablar de ellas
- 94.- Algunas veces, cuando no me siento bien me enojo
- 7.- No soy gordo ni soy flaco
- 9.- Me gusta mi apariencia física
- 11.- Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo

1	2	3	4	5
COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO

- 25.- Me siento a gusto con mi conducta moral
- 27.- Estoy satisfecho de mi relación con Dios
- 29.- Debo ir más a la iglesia
- 43.- Estoy satisfecho en ser justo lo que soy
- 45.- Soy tan alegre como debería ser
- 47.- Me desprecio a mi mismo
- 61.- Estoy satisfecho con mis relaciones familiares
- 63.- Entiendo a mi familia tan bien como debería
- 65.- Debería confiar más en mi familia
- 79.- Soy tan sociable como quiero ser
- 81.- Trato de agradar a otros pero no exagero
- 83.- Desde el punto de vista social, no soy bueno del todo
- 95.- Me desagradan algunas personas que conozco
- 97.- Algunas veces me río de chistes colorados
- 8.- Ni soy demasiado bajo ni demasiado alto
- 10.- Debería sentirme mejor
- 12.- Debería tener más atractivo sexual (sex appeal)
- 26.- Me siento bien con mi religión tal como la practico
- 28.- Deseo ser mas digno de confianza
- 30.- Debería evitar decir tantas mentiras
- 44.- Estoy satisfecho con mi inteligencia
- 46.- Me gustaría ser una persona distinta
- 48.- Desearía no renunciar tan fácilmente como lo hago
- 62.- Trato a mis padres también como debiera (usa la forma pasada si tus padres ya no viven)
- 64.- Soy demasiado sensible con las cosas que dice mi familia
- 66.- Debería querer más a mi familia
- 80.- Estoy satisfecho en mi trato con otras personas
- 82.- Debería ser mas cortés con los demás
- 84.- Debo llevarme mejor con otras personas
- 96.- Algunas veces chismoseo un poco
- 98.- Algunas veces me gusta decir groserías
- 13.- Me gusta cuidarme físicamente
- 15.- Trato de ser cuidadoso con mi apariencia
- 17.- A menudo actúo torpemente
- 31.- Soy fiel a mi religión en mi vida diaria
- 33.- Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo cosas que están mal
- 35.- Algunas veces hago cosas muy malas
- 49.- En cualquier situación puedo cuidarme
- 51.- Me siento culpable por cosas sin importancia

- 53.- Hago cosas sin pensar antes acerca de ellas  
 67.- Trato de ser amable con mi familia y mis amigos

1	2	3	4	5
COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO

- 69.- Tengo verdadero interés en mi familia  
 71.- Cedo ante mis padres (usa la forma pasada si tus padres ya no viven)  
 85.- Trato de entender los distintos puntos de vista de otros compañeros  
 87.- Me llevo bien con otras personas  
 89.- Me es difícil perdonar a los demás  
 99.- Prefiero ganar a perder un juego  
 14.- La mayor parte del tiempo me siento bien  
 16.- Soy malo en juegos y deportes  
 18.- Duermo mal  
 32.- La mayoría de las veces lo que hago esta bien  
 34.- Algunas veces utilizo medios injustos para obtener ventaja  
 36.- Tengo dificultad al esforzarme para hacer que las cosas sean correctas  
 50.- Mis problemas los resuelvo fácilmente  
 52.- Cambio mucho mis ideas  
 54.- Trato de escapar de mis problemas  
 68.- Hago mi parte del quehacer en el hogar  
 70.- Peleo con mi familia  
 72.- Debería actuar como mi familia piensa que es correcto  
 86.- Veo buenas cualidades en toda la gente que conozco  
 88.- Me siento incomodo con otras personas  
 90.- Me es difícil hablar con extraños  
 100.-Algunas veces dejo para mañana lo que debería hacer hoy



# ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5

7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5

OCCUPACION ACTUAL		NOMBRE			
	ESTADO CIVIL	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	
	M		M	NUMERO DE AÑOS	
	F		F	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACION
				TIEMPO TOTAL	

# ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN A POBLACIÓN UNIVERSITARIA  
 MA GUADALUPE GARCÍA ARELLANO  
 FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

HOJA DE PUNTUACION

FORMA CLINICA Y DE INVESTIGACION

NOMBRE		EDAD	SEXO M F	ESCOLARIDAD NÚMERO DE AÑOS		
OCUPACIÓN ACTUAL		ESTADO CIVIL	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACION	TIEMPO TOTAL

	COLUMNA A Yo Físico						COLUMNA B Yo Ético-Moral						COLUMNA C Yo Personal						COLUMNA D Yo Familiar						COLUMNA E Yo Social						AUTOCRÍTICA							
	P-1	P-2	P-3	N-4	N-5	N-6	P-19	P-20	P-21	N-22	N-23	N-24	P-37	P-38	P-39	N-40	N-41	N-42	P-55	P-56	P-57	N-58	N-59	N-60	P-73	P-74	P-75	N-76	N-77	N-78	91	92	93	94				
Hilera 1 Identidad (Lo que ella es)	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4				
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2				
P _____ N _____						P _____ N _____						P _____ N _____						P _____ N _____																				
P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____																				
Hilera 2 Autosatisfacción (Cuanto ella se ocupa)	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4				
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2				
P _____ N _____						P _____ N _____						P _____ N _____						P _____ N _____																				
P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____																				
Hilera 3 Conducta (Como ella actúa)	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5		
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4				
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2				
P _____ N _____						P _____ N _____						P _____ N _____						P _____ N _____																				
P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						P+N _____ P-N _____						Ac= _____														

## ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

FECHA:

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre	Puntuación
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	1	2	3	4	
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	4	3	2	1	
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR	1	2	3	4	
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	1	2	3	4	
5. COMO IGUAL QUE ANTES	4	3	2	1	
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	4	3	2	1	
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	1	2	3	4	
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	1	2	3	4	
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	1	2	3	4	
10. ME CANSO SIN MOTIVO	1	2	3	4	
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	4	3	2	1	
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	4	3	2	1	
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	1	2	3	4	
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	4	3	2	1	
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	1	2	3	4	
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE	4	3	2	1	
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	4	3	2	1	
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	4	3	2	1	
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO	1	2	3	4	
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	4	3	2	1	

PUNT. BRUTA  
INDICE SDS

Indice de SDS	Impresiones Clínicas Equivalesntes Globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal sin psicopatología
50 - 59	Presencia de depresión mínima o ligera
60 - 69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o mas	Presencia de depresión severa o extrema

Conversión de la puntuación bruta del índice de SDS									
Punt Bruta	Indice SDS	Punt Bruta	Indice SDS	Punt Bruta	Indice SDS	Punt Bruta	Indice SDS	Punt Bruta	Indice SDS
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	42	46	58	58	73	70	88
23	29	35	43	47	59	59	74	71	89
24	30	36	44	48	60	60	75	72	90
25	31	37	45	49	61	61	76	73	91
26	33	38	46	50	63	62	78	74	92
27	34	39	47	51	64	63	79	75	94
28	35	40	48	52	65	64	80	76	95
29	36	41	49	53	66	65	81	77	96
30	38	42	50	54	68	66	83	78	98
31	39	43	51	55	69	67	84	79	99

ESCALA	MEDIA	D S
Ac	33.9	5.9
V/F	1.34	52
C. Net	9.4	19.9
C. Tot	43.5	11.9
P.Tot	347.8	34.4
Identidad	125.3	11.6
Autosatisfacción	109.0	16.5
Conducta	113.4	11.8
Yo Físico	72.1	8.7
Yo Ético Moral	70.6	8.8
Yo Personal	69.6	8.1
Yo Familiar	69.5	8.6
Yo Social	65.7	8.8
V Total	52.9	12.3
V. Columna	30.8	8.7
V. Hilera	22.0	5.7
Distribución	137.6	25.6
5's	27.1	10.4
4's	20.8	9.2
3's	15.7	10.2
2's	10.5	7.1
1's	26.0	10.4
Defensividad Positiva	60.2	11.8
Mal Ajuste General	95.8	10.5
Psicosis	52.2	6.7
Desorden de Personalidad	73.0	11.0
Neurosis	85.4	27.8
Integración de Personalidad	6.8	2.7
Número de Signos de Desviación	23.3	11.2

Medidas de Tendencia Central. Con base en estas medidas quedo conformado el perfil de normas para población mexicana. (Tomada de Garcia A , Y Quintero, V 1995 pag. 81)