



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA DE MEDICION
DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
MEXICANOS DE 12 A 16 AÑOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
PATRICIA ESCALANTE CASTILLO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MAGDALENA VARELA MACEDO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



MÉXICO, D.F.

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

JULIO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADEZCO...

A DIOS, por la oportunidad de Vivir, la Luz y el Amor.

A MIS PADRES, Ciro y Amparo, por todo el Amor, Cariño, Apoyo y Paciencia, que han tenido conmigo y por el ejemplo de superación que siempre me han dado.

A MI DIRECTORA, La Dra. Magdalena Varela, por su Enseñanza y Guía a lo largo de este proyecto.

A MI AMIGA, Ritva De la Mora Pliego, por su Amistad y Compañía a lo largo de todo este tiempo.

A MIS SINODALES, La Dra. Georgina Ortiz, La Lic. Elsa Ortega, La Lic. Rebeca Paz y La Lic. Miriam Camacho, por sus comentarios y sugerencias a este proyecto.

A LA MTRA, Lourdes Monroy, por su asesoría y comentarios en el análisis estadístico de este trabajo.

A LOS PROFESORES, que de alguna manera con su ejemplo y amor a la Enseñanza y a la Psicología dejaron huella en Mi a lo largo de toda mi Educación y de mi Vida.

A LOS ALUMNOS Y PROFESORES, de las Instituciones Educativas donde se aplico el instrumento, por su participación y apoyo.

PATRICIA ESCALANTE CASTILLO.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO 1.- DEPRESIÓN.....	7
1.1 Algunas consideraciones históricas sobre la Depresión.....	7
1.2 Definiciones y causas de la Depresión.....	8
1.3 Intentos para clasificar la Depresión.....	12
1.3.1 Reactiva – Endogena.....	12
1.3.2 Psicótica- Neurótica.....	13
1.3.3 Primaria – Secundaria.....	14
1.3.4 Unipolar – Bipolar.....	14
1.3.5 Depresión Tóxica.....	14
1.3.6 Depresión Involuntiva.....	15
1.3.7 Depresión por Agotamiento.....	15
1.4 La Depresión en la Adolescencia.....	15
1.5 Diferencias entre Género.....	19
1.6 Sintomatología.....	20
1.6.1 Aspectos Psicósomáticos.....	21
1.6.2 Aspectos Psicológicos de la Depresión.....	22
1.7 Investigaciones sobre Depresión en Adolescentes.....	23
CAPITULO 2.- LA ADOLESCENCIA.....	26
2.1 El ciclo Vital.....	26
2.2 Adolescencia.....	28

2.3 Características Emocionales y Cognitivas de la Adolescencia.....	29
2.4 Características Físicas de la Adolescencia.....	30
2.4.1 Los Cambios Femeninos.....	32
2.4.2 Los Cambios Masculinos.....	33
2.4.3 Los Temores Femeninos.....	33
2.4.4 Los Temores Masculinos.....	35
2.5 Características Psicosociales de la Adolescencia.....	35
2.6 La Familia del Adolescente.....	41
CAPITULO 3.- MÉTODO.....	43
3.1 Justificación y Planteamiento del Problema.....	43
3.2 Objetivo.....	43
3.3 Hipótesis.....	44
3.4 Variables.....	44
3.5 Sujetos.....	45
3.6 Tipo de Muestra.....	45
3.7 Tipo de Estudio.....	46
3.8 Elaboración del Instrumento.....	46
3.9 Escenario.....	52
3.10 Procedimiento.....	52
3.11 Resultados.....	53
3.12 Análisis y Discusión.....	61
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	64

CONCLUSIONES.....	65
GLOSARIO.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXO.....	73

RESUMEN

En México se emplean traducciones de instrumentos Psicológicos desarrollados en otros países, los cuales no están validados ni normalizados en población mexicana. Y por lo tanto utilizan normas extranjeras, lo que da lugar a errores en el diagnóstico de la depresión en adolescentes. Por esto es de suma importancia contar con instrumentos validados que permitan a los especialistas detectar tempranamente la depresión y así realizar tratamientos adecuados y oportunos, es por eso que: El presente trabajo tiene como objetivo principal elaborar una Escala de Medición para la Depresión en Adolescentes, en esta investigación participaron 600 sujetos de 12 a 16 años; con estudios a nivel Secundaria, tanto de escuelas públicas como privadas. Donde se realizó un Análisis de Consistencia interna a través del alfa de Cronbach donde se obtuvo un coeficiente de consistencia de .9557, y un análisis de la estructura Factorial de la Escala de Depresión, donde se obtuvieron cinco factores principales, los cuales explican el 34.8% de la varianza total de la prueba. Los nombres y valores de consistencia interna de cada uno de los factores de la Prueba son: Sentimientos de Minusvalía .9283. Sentimientos de Melancolía .8870. Sentimientos de Satisfacción .7552. Sentimientos de Decepción .7991, y Síntomas Psicósomáticos .8259, respectivamente.

Otra de las finalidades fue determinar la presencia o no de un estado depresivo, y hacer una comparación utilizando las variables. Edad, Sexo, Grado Escolar y Tipo de Escuela. Se realizó un análisis de varianza de cada una de las variables, en la totalidad de la prueba y en cada uno de los factores resultantes donde se realizó una prueba Post-Hoc de Secheffé. Los resultados que se obtuvieron en esta investigación nos muestran que la sintomatología depresiva se está manifestando a edades más tempranas y principalmente en la población femenina.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más grandes de nuestro tiempo es la depresión, es una de los síndromes más comunes y de las que más estragos ha causado durante las últimas décadas. Su prevalencia es estimada en un 12% en los hombres y en un 26% en las mujeres. Incrementándose con el paso del tiempo. Se estima que el 50% de los pacientes con síndrome depresivo. Inician entre los 20 y los 50 años, pero las estadísticas epidemiológicas recientes sugieren que la incidencia se está incrementando entre personas menores de 20 años. La depresión durante la adolescencia a menudo persiste en la edad adulta, etapa en que las víctimas enfrentan mayores riesgos de suicidio.

Uno de los factores que hacen difícil de diagnosticar la depresión en adolescentes es que los cambios emocionales y conductuales frecuentes se asocian con los cambios físicos y hormonales de este periodo.

Y por otra parte es que en México se emplean traducciones de instrumentos Psicológicos desarrollados en otros países, los cuales no están validados ni normalizados en población mexicana, y por lo tanto utilizan normas extranjeras, lo que da lugar a errores en el diagnóstico de la depresión en adolescentes. Por esto es de suma importancia contar con instrumentos validos que permitan a los especialistas detectar tempranamente la depresión y así realizar tratamientos adecuados y oportunos. Por lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo principal elaborar una Escala de Medición para la Depresión en Adolescentes de 12 a 16 años.

En el capítulo uno de este proyecto se habla de la Depresión donde se define desde tres aspectos principales y se clasifica el termino, también se dan las causas y diferencias entre hombres y mujeres y las investigaciones realizadas dentro del campo de la Psicología.

Definición de Depresión

***Biológico:** Modificación de Neurotrasmisores (Norepinefrina, Catecolaminas, Serotonina) que produce malestares físicos como son sueño, falta de apetito, insomnio, dolores de cabeza, etc.

***Psicológico:** Hay alteraciones conductuales, emocionales y cognitivas, como son, mal humor, falta de concentración, retraimiento, agresión, frustración, soledad, apatía. Etc.

***Social:** Es una conducta aprendida en alguna etapa de la vida, que se manifiesta en el sujeto como mecanismo de defensa cuando se encuentra en situaciones estresantes.

Clasificación de Depresión

- ***Reactiva:** Se da por situaciones traumáticas externas.
- ***Endogena:** Se da por cambios internos ya sean metabólicos o fisiológicos.
- ***Psicótica:** Hay un deterioro grave en el funcionamiento afectivo del individuo,
- ***Neurotica:** No hay pérdida de contacto con la realidad, pero si hay pérdida de interés.
- ***Primaria:** El síndrome depresivo se presenta solo.
- ***Secundaria:** El síndrome depresivo se presenta asociado con otra enfermedad ya sea Psicológica o Física.
- ***Unipolar:** Los sujetos solo presentan episodios depresivos.
- ***Bipolar:** Los sujetos presentan episodios Maniaco-Depresivos.
- ***Dep. Toxica:** Es causada por la utilización de fármacos o drogas.
- ***Dep. Involutiva:** Aparece después de los 40 años y se considera un proceso normal.
- ***Dep. por Agotamiento:** Se presenta después de que el sujeto se sometió a una sobre carga emocional.

Diferencias depresivas entre Hombres y Mujeres.

- ***Hombres:** Los hombres presentan poca sintomatología depresiva a lo largo de su vida, pero es más evidente en aspectos, académicos, económicos y de disfunción sexual.
- ***Mujeres:** En las mujeres la sintomatología depresiva se presenta en más etapas como son, aparición de la menarca, en el embarazo, después del parto, en el climaterio, y aspecto importante es en la aceptación de los demás asía ellas.

En el capítulo dos se habla de la Adolescencia, de sus características, de los cambios físicos, emocionales y cognitivos. Y en el capítulo tres, del Método y Resultados, para lo cual se utilizó una muestra de 600 Adolescentes, donde se consideraron las diferencias entre Edad, Sexo, Grado Escolar y Tipo de Escuela. Se realizó un Análisis de Consistencia interna a través del alfa de Cronbach y un análisis de la estructura Factorial de la Escala de Depresión.

También se realizó un análisis de varianza de las variables, Edad, Sexo, Grado Escolar, y Tipo de Escuela, analizadas en cada factor de la Escala de Depresión, donde se utilizó una Prueba Post-Hoc de Sechffé.

CAPITULO 1.- DEPRESIÓN

1.1 ALGUNAS CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE LA DEPRESIÓN.

A lo largo de la historia el hombre ha dejado, en diversos documentos, crónicas sobre su conducta, así como comentarios acerca de individuos que presentaban tendencia a la melancolía.

El cuadro patológico de la depresión en su forma más severa, fue descrito por primera vez en la época grecorromana con el nombre de melancolía. En el siglo IV a C. Hipócrates afirmaba que los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales, sangre, bilis negra, bilis amarilla, y flema; y que la melancolía era producto de la bilis negra que subía al cerebro.

Por su parte Aristóteles en el siglo III a C. Consideraba que todos los grandes pensadores, poetas, artistas y estadistas, tenían un temperamento melancólico. Arateo de Cappadocia, en el siglo I d C. Hablaba de la manía y de la melancolía como problemas médicos, considerándolos como dos expresiones de una enfermedad recurrente, aunque potencialmente curable. A los pacientes melancólicos los describía como tristes, somnolientos, pudiendo desear morir al llegar a cierta edad.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado (obsesivamente), en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Señaló dos causas posibles de la melancolía, en primer lugar las psicológicas y en segundo las físicas.

No fue sino hasta principios del siglo XX que se da la identificación precisa de los cuadros depresivos y se habla de la existencia de dos clases diferentes de depresión; la endógena, cuyo origen es atribuido a una anormalidad bioquímica, y la exógena o reactiva que es consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos.

El uso del término depresión se introduce aproximadamente hace un cuarto de siglo, el cuadro psicopatológico fue descrito desde siglos atrás como una entidad clínica cuyos síntomas principales tales como la tristeza, la suspicacia y la tendencia al llanto entre otros se manifiestan ante el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y/o las dificultades familiares.

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. Así entonces no es posible imaginar que exista ser humano alguno que no haya sufrido el síntoma de la depresión, ya que generalmente se manifiesta dicho sentimiento de diversas formas, por ejemplo, cuando en el sujeto hay tristeza, infelicidad o pesimismo y en otros casos como sensación de soledad.

1.2 DEFINICIONES Y CAUSAS 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 objetopreciado; 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 está 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.

Considerando a la depresión como un estado general del organismo en el que se presentan 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 etiopatogénicos.

La depresión se puede definir de muchas maneras, dependiendo de la corriente teórica que la explique; para la psicobiología es la manifestación del comportamiento a partir del sistema nervioso central genéticamente vulnerable en relación a la modificación de neurotransmisores. Desde el punto de vista médico, Everett y Toman (1959) postularon que las catecolaminas y la serotonina desempeñan un papel trascendente en la relación con la depresión, es decir con el descenso de norepinefrina o hiperactividad colinérgica, se producen estados depresivos en las personas.

Los teóricos de orientación conductual mencionan que la depresión es causada por una pérdida de reforzadores o extinción de las respuestas (Yates, 1972), o bien sustituye al miedo si la persona aprende que una amenaza es incontrolable (Seligman, 1975).

Para los sociólogos es el resultado de una estructura que impide al individuo desempeñar determinados roles.

Para algunos psiquiatras como Hill (Medoc 1980, pág.22). La depresión se caracteriza por la excesiva vulnerabilidad ante circunstancias adversas. Las personas deprimidas tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma exagerada, de tal manera que su conducta llega a ser excesiva o deficiente.

Klob (1972), también en el campo de la Psiquiatría, define a la depresión como un tono afectivo de tristeza, variando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo. El sujeto deprimido se desprecia a si mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo, es desconfiado y se siente melancólico. Supone que tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia y en la hostilidad, dirigida hacia personas que no son el objeto de una devoción o hacia personas de quien depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a volcarse contra el propio yo del individuo.

Fenichel (1966) comparte la idea de que la característica básica de que la vida mental del deprimido es la ambivalencia. Las cantidades de amor y odio que coexisten en el sujeto son aproximadamente iguales, son incapaces de amar, porque su amor siempre está acompañado de odio.

Dentro de la tradición psicoanalítica se considera que la depresión es hostilidad internalizada ante la pérdida de un objeto amado ambivalente o bien una reacción a la separación de un objeto significativo o de dependencia,

Así Freud (1915, pág. 209 – 210) diferencia entre los conceptos de duelo y melancolía. Entiende duelo como la reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, sin la pérdida del amor propio. El examen de la realidad demuestra que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo, a través de un proceso lento y paulatino. Pero puede surgir la melancolía en el lugar del duelo, que se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una sensación de desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar, inhibición en las funciones, la disminución del amor propio y un empobrecimiento del yo. Esta última se traduce en reproches y acusaciones que el sujeto se hace a si mismo y puede llegar a una espera de castigo. El sujeto sufre una pérdida de objeto que ha tenido efecto en su propio yo. "La sombra del objeto cayó así sobre e Yo". La melancolía posee un contenido más amplio que en el duelo normal:

- a) la pérdida del objeto
- b) la ambivalencia
- c) la regresión de la libido al Yo.

Para Bleichmar (1980) la depresión forma parte de la categoría de los trastornos del humor o de la afectividad. Define a la tristeza como la que desencadena un dolor psíquico por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto. Considera que está relacionada con la pérdida de objeto y la imposibilidad de la realización de un deseo en su esencia. Distingue diferentes tipos de depresiones:

1. La depresión por pérdida simple de objeto (duelo normal)
2. Depresión narcisista
3. Depresión culposa
4. Depresión mixta

La depresión por pérdida de objeto está caracterizada por el duelo normal, o sea, la muerte de un ser querido. Es la pena porque el objeto ya no está.

La depresión narcisista se genera por no lograr el ideal de la perfección del yo del sujeto.

La depresión culposa se genera por la agresión del sujeto hacia un objeto, ya sea en la realidad o en la fantasía, que produce sentimientos de inadecuación o maldad.

En la depresión mixta se mezclan dos de las categorías anteriores.

Las depresiones crónicas son de origen más temprano, más severas y de pronóstico más pobre.

Para Watzlawick (1983) teórico lingüista, el síntoma es el mensaje no verbal que puede ser neurótico, psicossomático o psicótico.

Por otra parte para Morales (1988) el término de depresión puede ser interpretado en diferentes formas, como síntoma, el cual se presenta con carácter casi exclusivo, como síndrome, en el que lo nodal es la tristeza, y como enfermedad, cuya manifestación habitual es un síndrome depresivo cuyo síntoma central es así también, la tristeza.

Tal es la complejidad a la que nos enfrentamos cuando pretendemos dar cuenta del fenómeno de la depresión. Menciona cinco características nosológicas que la distinguen:

1. Una alteración específica del estado de ánimo; tristeza, sensación de soledad apatía.
2. Una concepción negativa de si mismo, acompañada de autoreproche y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo, de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos como anorexia, insomnio, disminución de la libido, etc.
5. Cambios en el nivel de actividad.

Para Mendels (1977) la depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica que es abrumadora y desesperante, se distingue de la tristeza por su intensidad, duración y evidente irracionalidad, así como por los efectos en la vida de aquel que sufre. Como factores que predisponen menciona:

1. Factores genéticos.
2. Una personalidad reprimida.
3. Carencias infantiles específicas.
4. Una condición en que la respuesta "no soy bueno" se presenta como consecuencia.
5. Factores precipitantes como angustia, stress, enfermedad, etc
6. Miedo al éxito y exceso de frustración.
7. Tensiones afectivas que suceden en un período crucial del desarrollo.

Por otra parte, Seligman (1975 y 1981) basándose en la teoría del aprendizaje, define así a una persona deprimida: se siente triste, cualquier pequeño esfuerzo le cansa, pierde el sentido del humor y las ganas de hacer cualquier cosa hasta aquello que normalmente le entusiasmaba. Menciona que tales estados de ánimo suelen ser poco frecuentes y se disipan en poco tiempo, sin embargo hay muchas otras en las que se presenta una y otra vez llegando a más intensidad. Cuando es grave se convierte en un síndrome o en un síntoma. Así, la persona deprimida percibe sentimientos de aversión hacia si mismo, se siente inútil y culpable de sus insuficiencias, cree que nada de lo que haga aliviará su condición y ve el futuro negro. Puede producirse ataque de llanto, baja de peso y trastornos del sueño. Pierde el interés por la gente y por su vida sexual. El afectado puede empezar a pensar en matarse y las ideas esporádicas de suicidio convertirse en deseos.

Seligman (1981), expresa que existen pocos trastornos psicológicos que sean tan debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave. De aquí, la importancia de un adecuado diagnóstico, así como una pronta terapia. También postula que una de las causas de la depresión es la de indefensión aprendida. La indefensión es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son incontrolables. Un acontecimiento es incontrolable cuando no podemos hacer nada para cambiarlo, cuando hagamos lo que hagamos siempre ocurrirá lo mismo. Las circunstancias bajo las cuales se produce la indefensión, son aquellas donde un sujeto está sin defensa, frente a un determinado resultado, es decir, que ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias. Así, la etiología de este estado es producida por el aprendizaje de que las respuestas y el reforzamiento son independientes. La causa de la depresión es la creencia de que la acción es inútil. Es decir, que el sujeto deprimido cree o ha aprendido que no puede controlar aquellos elementos de su vida que alivian el sufrimiento, que resultan gratificantes o proporcionan el sustento.

A partir de investigaciones de laboratorio concluyó que la depresión y la indefensión aprendida, tienen seis síntomas paralelos.

1. Disminución de la iniciación de respuestas voluntarias.
2. Disposición cognitiva negativa.
3. Curso temporal alterado.
4. Agresión disminuida o introyectada .
5. Alteraciones en el apetito, en el área social y en el área sexual.
6. Cambios fisiológicos causados por cambios de norepinefrina y actividad colinérgica

1.3 INTENTOS PARA CLASIFICAR LA DEPRESIÓN

Entre los diferentes intentos de clasificación de la depresión se han hecho varios, algunos de ellos serán mencionados a continuación:

1.3.1 REACTIVA – ENDOGENA

La distinción se basó en la presencia o ausencia de eventos precipitantes en la historia del sujeto antes de la aparición del primer brote depresivo. Incluye características tales como la edad, presencia o ausencia de algunos síntomas como serían: pérdida de apetito, despertar en las primeras horas de la mañana, desilusión depresiva, variaciones de ánimo durante el día, pérdida de la libido, culpa, etc.

En la depresión reactiva, la aparición de la enfermedad es una reacción del sujeto a situaciones traumáticas externas, asociada a la dificultad de conciliar el sueño, pérdida de autoestima, ausencia de ilusiones y pérdida de peso.

El término endógeno sugiere que la depresión proviene de cambios internos tal vez de origen metabólico, o de otros tipos de cambios fisiológicos en el paciente, (para el concepto psicoanalítico lo interno constituiría la historia del paciente) en oposición a la depresión reactiva que es el resultado de una mala estructura psíquica del paciente, y un evento frustrante.

Se ha visto que la clasificación aún cuando todavía prevalece, no es del todo útil, pues frecuentemente se ha dicho que el término "endógeno", es una forma infortunada de nombrar una enfermedad cuya etiología no se ha demostrado.

1.3.2 PSICOTICA – NEUROTICA

Se ha constituido la dicotomía depresión psicótica – depresión neurótica como otro intento de clasificar la depresión. El término depresión psicótica no implica en este caso la presencia de una psicosis definida como defecto en la organización de funciones mentales, es decir, alteración en la percepción de la realidad, pero si un deterioro grave en el funcionamiento afectivo del individuo. Los individuos con serio deterioro funcional durante la enfermedad depresiva, pueden ser incluidos en esta categoría. Sin embargo, buen número de clínicos incluyen dentro de este padecimiento a los enfermos que presentan mala percepción de la realidad, es decir, ideación psicótica, incluyendo aquellos de otro padecimiento, como sería la esquizofrenia, que tengan síntomas depresivos. La depresión neurótica donde el sujeto no pierde contacto con la realidad, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde interés en las situaciones externas.

La persona tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. Aparece el desaliento, la pérdida de confianza, perturbaciones en el sueño y en el apetito, así como en la capacidad para el trabajo.

1.3.3 PRIMARIA - SECUNDARIA

Esta clasificación se hizo con fines de investigación desde el punto de vista biológico. Se basa en que el estado depresivo se puede acompañar por síntomas físicos o neurovegetativos.

En la depresión primaria el episodio depresivo ocurre en ausencia de otra enfermedad psiquiátrica, incluyendo esquizofrenia, sociopatía, neurosis de ansiedad o angustia e histeria. En tanto, que la depresión secundaria aparece asociada simultáneamente a otra enfermedad, ya sea psiquiátrica o de cualquier otra especialidad médica.

Esta clasificación puede resultar inadecuada para el acercamiento y entendimiento del paciente desde el punto de vista terapéutico, porque es simple para la complejidad que presenta la enfermedad depresiva, pero en cambio es una buena medida para investigar la correlación de la depresión con otros malestares.

1.3.4 UNIPOLAR - BIPOLAR

Se considera que un paciente deprimido con una historia de periodos maníacos o hipomaníacos, padece depresión bipolar mientras que la designación de unipolar se da a los pacientes que no tienen historia de manía.

Los síntomas y signos de manía incluyen: irritabilidad, incremento de la actividad física o psíquica, habla apresurada, sensaciones de grandiosidad, sueño escaso, en ocasiones delirio y pobreza de juicio.

Los estudios realizados con los familiares de pacientes deprimidos, demuestran que hay más parientes con historia de depresión en los bipolares que en los unipolares.

1.3.5 DEPRESIÓN TOXICA

Su origen es externo, una fuente tóxica como fármacos, alcohol o infecciones víricas que producen la depresión. Entre los síntomas se observan alucinaciones, torpeza, letargia, cambios de humor. El sujeto puede estar adormilado, o padecer insomnio. Los sujetos se presentan con poco apetito y apatía ante la sexualidad.

1.3.6 DEPRESIÓN INVOLUTIVA

Se caracteriza por una depresión muy intensa, que se presenta después de los 40 años. También se conoce con el nombre de "depresión del climaterio", se considera un proceso fisiológico normal. Sin embargo, el proceso endocrino no es el único factor que la provoca, generalmente, se encuentra asociada a ideas de inutilidad, "de que será una carga para los familiares". El individuo no se resigna a llevar una vida menos activa (no es raro encontrar esta clase de depresión en personas que han sido jubiladas). Además, existe una gran decepción de no haber llegado a la "meta de los sueños". Puede estar agravada por la conciencia de errores anteriores que se logran medir ahora. Estos estados depresivos son respuestas a ciertas situaciones o para rehuir las responsabilidades dentro de su grupo social o familiar. La depresión involutiva sugiere llegar a parecerse a la depresión neurótica, sólo que en diferentes etapas de la vida.

1.3.7 DEPRESIÓN POR AGOTAMIENTO

Se distingue de la depresión reactiva, por sobrevenir después de una sobrecarga emocional prolongada o repetida. El acontecimiento estresante es más bien, un conflicto familiar, profesional o moral de carácter permanente, que se encuentra ligado al ambiente en el que se desenvuelve el individuo. Una forma particular de estas depresiones tiene lugar en los hombres sobrecargados de responsabilidades que sobrepasan sus posibilidades: jefes de empresas, políticos, etc. Las depresiones de agotamiento tienen tres fases: fase de trastornos de labilidad irascible (susceptibilidad exagerada), fase de trastornos somáticos y fase de depresión severa.

1.4 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 irrumpen, 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. (Guiza, 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.

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 perderlo del todo. (Kaplan, 1986).

Kolb (1989), dice que la depresión en los adolescentes se produce como reacción ante la privación, la pérdida de una liga afectiva, y lo más frecuente es que se deba a relaciones familiares adversas; los adolescentes que la sufren, tienen aspecto triste o infeliz y suelen aislarse socialmente, y si se les pregunta hablan de que nadie los quiere ni los ama. Con gran frecuencia los chicos deprimidos tienen un concepto negativo de sí mismos. Los padres de los adolescentes también tienen dificultades de la personalidad, que se expresan en explosiones de ira, berrinches o crítica, así como grados variantes de distanciamiento emocional de sus hijos. En estas familias es común la depresión en uno de los padres; los golpes excesivos se utilizan como forma de castigo, y algunas madres emplean medidas punitivas cuando destetan al niño, o lo adiestran para que controle sus esfínteres. El divorcio; la separación, la ausencia de los padres durante meses en los cuales el niño, está al cuidado de sustitutos indiferentes; la muerte del progenitor importante; del sustituto parental importante; o la suspensión repentina del interés que un padre ha puesto en su hijo; son frecuentes en las familias donde crece el adolescente deprimido.

Los jóvenes durante la adolescencia tienden a comportarse de tal forma que a las personas adultas no les convence, por lo que son motivo de prejuicios negativos, rechazo y marginación agravado por su mundo interno lleno de ideas distintas a las marcadas socialmente, llevándolo a ser un individuo solitario, llegando a manifestarse, en ocasiones síntomas depresivos.

Por otro lado, Nolen-Hoeksema (1990) afirma que la depresión es un problema para la minoría de los adolescentes. Kandel y Davies, citados por Guevara (1992), encontraron una estrecha relación entre la depresión en un grupo de adolescentes de 14 años y grados de depresión de los mismos, sujetos 9 años después, este encuentro indica que la depresión cuando sucede durante la adolescencia no pasa en corto tiempo.

La depresión se manifiesta de acuerdo a la sociedad en que se vive, nivel de desarrollo, cultura, posición económica y nivel escolar. Algunos de los adolescentes deprimidos se muestran presionados por la sociedad, por una posición incierta entre su realidad y con cambios en las relaciones interpersonales (causadas por el nivel de estructura urbana).

Entre otros Caplan y Lebovici (1973) mencionan que la depresión de los jóvenes está matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por la inquietud, pérdida de interés rápido en las cosas y paradójicamente búsqueda de estimulación constante, fatiga y hastío, dificultad para concentrarse en los estudios y bajo rendimiento escolar, así como evasión de sus problemas.

Campillo (1988) resalta que cuando un joven está deprimido, difícilmente verbaliza, lo expresa por conducta o por crisis, lo que se relaciona con el alto porcentaje de suicidios que se registran en esta etapa de la vida. El porcentaje de suicidios que él menciona es de 3 adolescentes a un adulto.

Aunque el suicidio no es el tema principal que nos envuelve, suele ser una consecuencia de los trastornos depresivos, especialmente en la adolescencia. Diferentes estadísticas muestran que se han elevado los registros de suicidios entre los jóvenes menores de 24 años

Magnuson (1988) menciona que este evento puede ser contagioso entre los jóvenes y define a la depresión como una enfermedad severa.

Gold (1988) también reporta que el porcentaje de suicidios entre adolescentes ha ascendido a más del doble, desde 1950 y no es raro encontrar siempre un apartado sobre el suicidio en todos los libros o artículos acerca de la depresión.

Krauskopf (1982) define a la depresión en la adolescencia con estos síntomas: fastidio persistente, intranquilidad, fatiga sin causa aparente, preocupaciones somáticas, anorexia, insomnio, dificultad para concentrarse, lo que les repercute en el rendimiento escolar causándoles mucha frustración y pérdida de la autoestima.

Por esto último los muchachos suelen poner mucha atención a sus fracasos, se concentran demasiado en sí mismos y temen el rechazo.

Mezzich (1979) también encontró, comparando la sintomatología de la depresión de los adultos con la de los adolescentes, que difieren entre sí. Describe que de seis factores que estudio, el aislamiento social y actuar impulsivamente no son características de la depresión adulta.

Cuevas (1988) y Brunet y Negro (1987) consideran que el desprendimiento emocional de los padres y la falta de roles autónomos y satisfactorios puede producir resultados catastróficos en el adolescente y sufrir fácilmente una depresión.

Así parece que la depresión se puede presentar en esta etapa de la vida con facilidad.

1.5 DIFERENCIAS ENTRE GENERO.

Siempre ha existido entre los humanos la curiosidad y necesidad de encontrar diferencias entre los hombres y las mujeres, y la depresión no se ha escapado a esta intriga. Por tanto, existen datos que satisfacen dicha curiosidad. También es un problema a resolver para la psicología, por razones culturales y biológicas podría existir diferencia y si es así ¿qué implicaciones tendría para el tratamiento?

Los estudios epidemiológicos muestran que durante muchos años y, hasta la década de los sesentas, existía una proporción de tres mujeres deprimidas por cada hombre, actualmente esta proporción se está haciendo menor. (Gold 1992).

La satisfacción con el propio cuerpo está más directamente relacionada con la autoestima de las mujeres que de los hombres y es probable que esto tenga que ver con la depresión en mujeres que están en la adolescencia temprana. En una revisión que hizo Mc. Carthy (1980), acerca de la imagen ideal del cuerpo femenino y diferencias sexuales relacionadas con la depresión, encontró que las culturas Estadounidense y Europea que son las que más idealizan la imagen de la mujer sumamente delgada tienen problemas alimenticios y grados más altos de depresión en las mujeres que en los hombres.

Estudios de Noyes y Kolb (1985), sugieren que las mujeres que experimentaron un período de depresión en la adolescencia temprana tienen riesgo y tendencia a la depresión después. También encontraron que las jovencitas que actuaban con mayor firmeza y seguridad, y que eran más inteligentes, al ser consideradas por la sociedad como violadoras de su rol femenino eran rechazadas y esto estaba muy relacionado con los riesgos a la depresión.

Sturgeon (1981) coincide con estos datos. Justifica que las mujeres durante su vida y desarrollo están expuestas a un sin número de estímulos y de cambios que las hace ser más vulnerables a los estados depresivos, entre ellos menciona la menarca, embarazo y parto, lactancia y climaterio.

Casamadrid (1986) estudió aspectos del climaterio, menciona a la depresión como una consecuencia de lo que piensa y siente la mujer que atraviesa por esta etapa.

Witkin (1985) encontró en la práctica clínica que la depresión es inseparable de la programación interna del cuerpo femenino. Estos síndromes no son exclusivos de ellas, pero sí son más frecuentes en las mujeres que en los hombres en una proporción de dos a uno.

1.6 SINTOMATOLOGIA

El cuadro clínico de la depresión puede presentar distintos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro y otro en el cual éstas se encuentran enmascaradas, predominando los problemas en los sistemas somáticos que son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Calderón (1984, pág. 75) divide los síntomas en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos

*TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD Y DE LA CONDUCTA

Síntomas

Indiferencia

Irritabilidad

Tristeza

Impulsos suicidas

Pesimismo

Impulsos a la ingestión de alcohol y otras drogas

Miedo

Ansiedad

*TRASTORNOS DE LA ESFERA INTELECTUAL

Síntomas

Sensopercepción disminuida.	Ideas de culpa
Trastornos de la memoria	Ideas de fracaso
Disminución de la comprensión	Pensamiento obsesivo
Inseguridad	Ideas suicidas

*TRASTORNOS SOMÁTICOS

Síntoma

Trastornos del sueño	Trastornos urinarios
Disminución de la Libido	Trastornos sensoriales
Cefalea tensional	Trastornos dérmicos
Trastornos digestivos	Trastornos respiratorios
Trastornos cardiovasculares	Trastornos ginecológicos

1.6.1 ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS

Cuando las personas se encuentran bajo la presión de una emoción intensa, como es la depresión, se produce una baja general en las defensas del organismo. (Camacho y Hernández 1987).

El cuerpo reacciona provocando diferentes alteraciones, que en ocasiones son el camino para la expresión de la depresión, sin que esta última sea la reacción más obvia.

Sucede la posibilidad de que el síndrome depresivo esté oculto y se exprese por síntomas psicopatológicos que no sean los clásicos de la depresión. En el caso de enmascaramiento orgánico se habla de equivalente depresivo orgánico (Martínez, 1973).

Kennedy y Wiesel (1981) unieron a los equivalentes somáticos de la depresión en tres categorías; algias, perturbaciones del sueño, y perturbaciones del apetito, sin que necesariamente aparezcan en el sujeto los fenómenos psicopatológicos clásicos de la depresión.

López también considera que en los enfermos deprimidos, existen síntomas que no pertenecen a la serie de la tristeza o de la inhibición. Estos síntomas son los que con mayor frecuencia constituyen los llamados trastornos psicósomáticos, es decir que un síntoma puede tener un equivalente depresivo, lo cual se enlaza con el hecho de que trastornos neuróticos, alteraciones psicósomáticas y fases depresivas se suplan unas a otras a lo largo de la vida.

A continuación se muestra el conjunto de síntomas que los sujetos enfermos expresan en un interrogatorio sistémico.

Algias generales	Pérdida de peso	Diarreas
Astenia	Anorexia	Micción imperiosa
Cefaleas	Vómitos	Aumento de peso
Alteraciones Sexuales	Caída del cabello	Sudoración
Hipersensibilidad Sensorial	Náuseas	Nerviosismo
Alteraciones del Epigastrio	Bostezos	Salivación
Alteraciones del Esquema Corporal	Temblores	Prurito
Alteraciones Cardiacas	Opresión Torácica	Hipertensión
Vértigos-mareo-confusión	Opresión en el cuello	Dependencia Medicamentosa
Estreñimiento	Ansiedad respiratoria	Boca (Sequedad, Mal sabor, Halitosis)

1.6.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN.

Para Erikson (1970) la llamada por él "Crisis de Identidad" puede causar conflictos si no se resuelve satisfactoria mente cada etapa, y esto puede llevar al sujeto a presentar síntomas depresivos a lo largo de su vida. Esto puede ser de la siguiente manera:

Puede ser parcialmente consistente y parcialmente inconsistente. Es un sentido de continuidad e igualdad personal, pero es también una cualidad de vivir no-consciente de sí mismo. Se siente acosado por la dinámica del conflicto que le causa el no haber logrado sus objetivos y cubrir las expectativas de los demás.

Posee su propio período evolutivo, antes del cual no podría llegar a una crisis, ya que las condiciones somáticas cognoscitivas y sociales no están aún dadas, y más allá del cual no debe rezagarse debido a que todos los desarrollos inmediatos y futuros dependen de él. Se extiende tanto al pasado como al futuro, está enraizado en las etapas de la infancia y dependerá para su preservación y renovación de cada una de las etapas evolutivas subsecuentes. Pero si no se logra cubrir satisfactoriamente alguna de estas etapas posteriores el sujeto vuelve a presentar esta sintomatología depresiva como res puesta.

1.7 INVESTIGACIONES SOBRE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

Se han realizado varios estudios sobre 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 un 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 más altos de depresión.

En 1992, Ledesma 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.

En 1990, Axelrod Praes R. realizo en su tesis de Doctorado "Una alternativa para medir depresión". El propósito de su investigación fue elaborar una prueba para medir Depresión en sujetos Mexicanos que tuviera validez y confiabilidad suficientes. Los resultados que obtuvo fueron que a mayor nivel de escolaridad, mayor probabilidad de sentirse deprimido.

Las mujeres adultas tienden más hacia la depresión y los varones son más susceptibles a deprimirse en la adolescencia y que es menos severa la depresión de los adolescentes que la de los adultos.

En 1996, Gonzáles Forteza, C.F. en su tesis de Doctorado con el título "Factores Protectores y de Riesgo de Depresión e Intentos de Suicidio en Adolescentes". Elabora un Instrumento que quedo integrado por las siguientes escalas. Estrés cotidiano familiar, Estrés cotidiano social, Autoestima, Locus de Control, Impulsividad, Relación con papá y mamá, Recursos de apoyo, Respuestas de enfrentamiento, Sintomatología Depresiva, Ideación Suicida.

En 2001, Varela Macedo M. en la investigación "Estudio para la validación de un escala de Depresión en Estudiantes de Nivel Medio Superior". Donde utilizo como instrumento la escala de Calderón basada en la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (1965); que consta de 20 reactivos, a manera de pregunta, que se refiere a las mismas áreas consideradas por Zung y Durham 1964, (Citado por Calderón, 1987). Al realizar un análisis factorial con rotación varimax, obtuvo tres factores principales, sin embargo el tercero se elimino porque quedó conformado por solo un reactivo que es ¿Ha disminuido su interés sexual?, al primer factor se le denominó Manifestaciones Emocionales de la Depresión y al segundo Manifestaciones Conductuales de la Depresión y al realizar el análisis factorial y de consistencia interna, concluyo que la prueba es útil y apropiada para medir sintomatología depresiva en la población en la que fue validada la escala.

Pero un dato importante de esta es que el factor que se elimino explica el 40% de la varianza total de la prueba.

Alfeld-Liro. Sigelman (1998) En la Investigación Sex Differences in Self- Concept and Symptoms of Depresión During the Transición to Collage. Encontraron que al tener un bajo concepto de si mismo los síntomas depresivos son mayores y que esta sintomatología es mayor en las mujeres con respecto a los hombres, que pasan por el mismo proceso de adaptación a la universidad.

CAPITULO 2.- LA ADOLESCENCIA

2.1 EL CICLO VITAL

Los seres humanos parten de un ciclo de evolución filogenética y al mismo tiempo tienen su propio desarrollo ontogenético. En el sentido figurado es un camino por el que vamos pasando desde el nacimiento hasta la muerte. Algunos teóricos se han enfocado al estudio del ciclo vital, entre ellos Erikson (1985), marcó los diferentes estadios psicosociales por los cuales una persona va atravesando a lo largo de su vida, teniendo como punto básico el desarrollo de la identidad propia.

A la identidad puede comprenderse, por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del si mismo, y por la otra, como una fuerza integradora que unifica estas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria.

Erikson (1968) considera a la identidad como una estructura que está sujeta a varias crisis a lo largo de la vida y para su desarrollo se requiere de la interacción humana.

El proceso de identidad surge como una configuración del desarrollo que paulatinamente va integrado producto de la síntesis y resíntesis del yo los factores constitucionales, las necesidades libidinales, las capacidades, identificaciones significativas, defensas afectivas, sublimaciones exitosas y los roles congruentes.

El "ajuste final" de los elementos que conforman la identidad será durante la adolescencia, cuyo término indica la adquisición de una identidad propia "supra ordenada a cualquier identificación singular con individuos en el pasado, incluyen todas las identificaciones, pero también las altera de manera que se origine un todo único, racional y coherente".

Erikson (1970) delimita la llamada por él "Crisis de identidad como algo psico y social" de la siguiente manera:

Psico en tanto:

- 1) Es parcialmente consistente y parcialmente inconsistente. Es un sentido de continuidad e igualdad personal, pero es también una cualidad de vivir no-consciente de si mismo.

- 2) Está acosado por la dinámica del conflicto.
- 3) Posee su propio período evolutivo, antes del cual no podría llegar a una crisis, ya que las condiciones somáticas, cognitivas y sociales no están aún dadas, y más allá del cual no debe rezagarse debido a que todos los desarrollos inmediatos y futuros dependen de él. (se refiere a la adolescencia).
- 4) Se extiende tanto al pasado como al futuro, está enraizado en las etapas de la infancia y dependerá para su preservación y renovación de cada una de las etapas evolutivas subsecuentes.

Social en tanto:

Existe una dimensión comunitaria dentro de la cual un individuo debe encontrarse así mismo. Depende del apoyo, primero, de modelos parentales y luego, de modelos comunitarios.

Erikson formuló un marco cronológico para el desarrollo del Yo, donde enfatiza la forma como evoluciona durante el ciclo vital el sentido de identidad de una persona. El dividió en periodos el ciclo de vida y para cada uno de éstos especifica la cualidad yoica que debe aparecer si el sentimiento de identidad se desarrolla adecuadamente.

Para cada período corresponde una crisis, misma que aparece como conflicto entre dos Cualidades yoicas alternativas, una de las cuales se asocia con el desarrollo yoico normal, y la otra con el anormal. Resolver cada crisis implica el prevalecimiento de la cualidad yoica saludable sobre la otra.

En el cuadro siguiente se especifican los ocho períodos y las cualidades yoicas dicotómicas (Erikson 1963):

PERIODO	CUALIDAD YIOCA
ORAL-SENSORIAL	Confianza vs. Desconfianza Básica
ANAL-MUSCULAR	Autonomía vs. Vergüenza y Duda
LOCOMOTOR-GENITAL	Iniciativa vs. Culpa
LATENCIA	Industria vs. Inferioridad
PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	Identidad vs. Confusión de Rol
ADULTEZ JOVEN	Intimidad vs. Aislamiento
ADULTEZ	Generatividad vs. Estancamiento
MADUREZ	Integridad del Yo vs. Desesperación
VEJEZ	Autocrítica vs. Imbecilidad

2.2. ADOLESCENCIA.

Actualmente, existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características del adolescente, sin embargo es difícil completar alguna que contenga los tres aspectos básicos de la vida humana: el biológico, el psicológico y el social.

Etimológicamente el termino adolescencia proviene del latín “adoleceré” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Esto no sólo significa el crecimiento físico, sino también el mental. En el aspecto somático representa el alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característicos del individuo adulto y el desarrollo del aparato reproductor que hace posible la procreación.

La adolescencia también puede definirse como la edad que sigue a la niñez , desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental y generalmente va acompañado de trastornos emocionales. En la mujer suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14; estos límites varían según los climas, las razas y los medios sociales que pueden determinar adaptaciones precoces o retardadas en la vida adulta.

De acuerdo a Papalia y Olds (1988), la adolescencia es un período muy importante de los seres humanos donde se dan diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos, intelectuales como en la personalidad del individuo; dura aproximadamente una década y no tiene principio ni fin determinado; sobre todo en la sociedad occidental, comienza alrededor de los 12 años y termina finalizando los 19; se piensa que termina cuando el individuo llega a la madurez tanto física como psicológica.

2.3. CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES Y COGNITIVAS DE LA ADOLESCENCIA.

Se considera a la adolescencia un período de crisis, y sin duda es así; pero se trata de un crisis distinta de las que anteriormente ha atravesado el sujeto. A su término, en efecto la evolución afectiva no habrá alcanzado posiciones sustancialmente diversas de aquellas en las que se encontraba al iniciarla. Simplemente pero no tan simplemente- habrá encontrado la necesaria madurez y el indispensable equilibrio.

Mientras la crisis adolescente está definida por dos elementos principales, las pulsiones y las prohibiciones, que configuran una situación de ambivalencia afectiva, con gran inseguridad. En segundo lugar, pero no menos importante, está el conflicto permanente que se instaura entre el adolescente, la familia y la sociedad. La disolución de la identidad infantil y la consecución progresiva de los signos propios de una personalidad adulta son el sendero a seguir para comprender la evolución psicoafectiva que tiene lugar durante estos años difíciles.

En esta etapa es frecuente que el adolescente se confunda e interprete como amor lo que generalmente es una amistad sincera es decir, no es el mismo conjunto de sentimientos interrelacionados que se presentan en el adulto y la diferencia es que el adolescente todavía no está libre de ciertas inseguridades y necesidades de dependencia que trae desde la niñez por lo que su propia estima no ha alcanzado un nivel tranquilo y estable por lo tanto es muy frecuente que cuando el adolescente siente que está muy enamorado, muy apegado a otra persona lo que busca, inconscientemente, es fortalecer su autoestima; tal reafirmación tiene más que ver con la actitud que los sujetos de su propio sexo manifiestan ante la actividad sexual-social del adolescente que con las respuestas emocionales del supuesto objeto de su amor; esto se puede apreciar en las costumbres es decir, la adolescente busca ser muy popular, tener muchas invitaciones, ser muy buscada y el tener éxito va a ser lograr esta popularidad pero no permite la intimidad física con el joven y le da gusto saber que es envidiada y admirada por sus amigas.

Mientras que en el adolescente es éxito está en ser irresistible para con las mujeres y llegar lo más lejos que se pueda en la intimidad para demostrar su masculinidad y demostrar a sus amigos que se las puede arreglar con varias "novias" al mismo tiempo.

Es normal que en esta etapa que el adolescente se "enamore" varias veces y más de personas mayores, como son los profesores, o los amigos de hermanos mayores.

Muchos de los conflictos que vive el adolescente, por no decir que todos, sin excepción, constituyen episodios absolutamente normales dentro del mismo proceso evolutivo impuesto por el desarrollo del individuo. Esta normalidad, sin embargo, no evita que los jóvenes vivan esta etapa con incertidumbre y ansiedad. Así, los brotes de emotividad y las crisis internas, acompañados por los cambios fisiológicos y hormonales propios de su edad, en estos momentos van a tener una gran incidencia en el rendimiento intelectual.

Es un factor que no deben dejar de tener en cuenta padres y maestros, al observar o analizar los progresos cognitivos del adolescente. Los maestros y profesores, sobre todo, saben perfectamente qué suele ocurrir en estas edades. A los alumnos que hasta la fecha habían venido trabajando con resultados más que excelentes, demostrando en cada etapa un nivel óptimo de inteligencia, de repente entran en una fase de desconcierto y retroceso, tienen dificultades de comprensión y de concentración en clase y para realizar las tareas escolares en casa.

Con frecuencia, se trata de baches intermitentes, que alternan con otros períodos en los que el alumno parece recuperar momentáneamente –también súbitamente– su capacidad y su rendimiento habituales. Es una especie de desfallecimiento intelectual causado por el aumento de pulsiones y de tensiones libidinales, de las que se defienden chicos y chicas desviando y poniendo en juego sus recursos cognitivos.

2.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA ADOLESCENCIA.

Los cambios fisiológicos y morfológicos que acompañan la maduración sexual del individuo se conoce como pubertad. En la pubertad hay dos tipos generales de cambio en el sistema reproductivo y sexual; en primer lugar las características primarias del sexo experimentan cambios fisiológicos, en segundo lugar se producen modificaciones corporales notables llamadas características secundaria. Es importante remarcar, que las características primarias son aquellas con las cuales ya nace el individuo, tales como los órganos genitales, y las secundarias son la que aparecen en el individuo durante esta etapa.

Estos cambios, inician cuando el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar a que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios, llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre y óvulos y hormonas femeninas en la mujer. Las hormonas son los mensajeros del cerebro informándoles a ciertas glándulas y órganos lo que tienen que hacer.

Hormonas especiales llamadas sexuales producen los cambios que suceden durante la pubertad, y también son las responsables de hacer que empiece el funcionamiento de los órganos reproductivos; Estas hormonas dan lugar a las características sexuales secundarias, las que van a depender de factores tales como la alimentación, la herencia, las influencias endocrinas, el clima, la raza y la situación geográfica (Pick de Weiss, Aguilar, Rodríguez, Trujillo, 1992).

Comfort (1980) , menciona los cambios físicos o características secundarias que se presentan durante la pubertad:

*- En el Hombre.

Crecimiento del vello corporal, vello púbico, y axilar , así como el facial.

Posible aparición de acné.

Ensanchamiento de hombros.

Cambio del timbre de la voz (se vuelve más grave).

Agrandamiento de testículos y pene.

La piel se vuelve más grasosa y áspera.

Aumento de peso y altura.

Secreción de glándulas sudoríparas.

Producción de espermatozoides.

*- En la Mujer.

Crecimiento del vello púbico y axilar.

Desarrollo de los senos y un aumento en protuberancia del pezón.

Posible aparición del acné.

Crecimiento de los órganos genitales internos y externos.

La piel se vuelve más grasienta y áspera.

Aumento de peso y altura.

Ensanchamiento de caderas.

Secreción de glándulas sudoríparas.

Aparición de la menarca (menstruación).

Los cambios físicos son el motivo principal de las preocupaciones de los púberes de 11 y 12 años. El crecimiento físico tiene lugar de forma discontinua y la armonía entre las partes del cuerpo se pierde. El esquema corporal queda trastocado súbitamente, y la imagen que el espejo inexorablemente devuelve al púber es muy pocas veces satisfactoria...

Siempre parece haber algo demasiado largo, demasiado pequeño o poco agraciado. El molesto acné, la vellosidad o las repentinas notas en el falsete que profiere la voz son suficientes para desesperar al más confiado de los jóvenes. En un momento en el que la susceptibilidad ante la crítica del entorno es más acusada y la dependencia social más importante, se producen cambios dramáticos que restan seguridad y confianza en sí mismos a los Adolescentes.

¿Cómo afrontarlo? El mejor punto de partida es la convicción de que se trata de un proceso natural, conocido y transitorio, a cuyo término tanto el niño como la niña tendrán la satisfacción de verse convertidos en jóvenes adultos en plenitud de facultades físicas y psíquicas. Las proporciones quedarán de nuevo armonizadas, dejando atrás los rasgos infantiles. Las capacidades mentales, una vez superadas con éxito las interminables dudas y cavilaciones de la adolescencia, podrán ser utilizadas al máximo.

2.4.1. LOS CAMBIOS FEMENINOS.

Algunos autores distinguen separadamente un primer período púberal, que anuncia los cambios que se van a producir. En él tiene lugar un apreciable "estirón" en el crecimiento físico y un desarrollo importante de la estructura ósea general. Al mismo tiempo aparecen ciertos caracteres sexuales secundarios: vello púbico y axilar y relativo crecimiento de los senos.

La adolescencia propiamente dicha se inicia con la maduración de las glándulas sexuales u ovarios y, como consecuencia de ella, con la aparición de las primeras menstruaciones (menarquía), que suelen ser irregulares y en ocasiones dolorosas. Las primeras menstruaciones no son signo seguro de fertilidad, pues pueden no ir acompañadas todavía de secreción de óvulos maduros y esta aparición se da entre los 12 y 14 años de edad.

Dentro de la adolescencia también se completa el desarrollo de los senos y la distribución de la grasa subcutánea, que en la mujer tiende a acumularse en los senos mismos y en la parte inferior del cuerpo. Los órganos genitales internos y externos crecen y la vagina se ensancha y adopta su posición definitiva.

2.4.2 LOS CAMBIOS MASCULINOS.

Los varones atraviesan por un notable crecimiento físico (de 6 a 14 cm) acompañado de modificaciones de la estructura de los huesos. Aparece muy rápidamente el vello púbico y se desarrollan los genitales externos.

Las primeras eyaculaciones espermáticas señalan el inicio de la Adolescencia. También ellos están sujetos a un breve período de esterilidad mientras no se produzca espermatogénesis o formación de espermatozoides en el testículo. Los espermatozoides capaces de fecundar al óvulo femenino pueden retrasar su aparición hasta los 15 o 16 años.

En el Adolescente se produce un importante desarrollo muscular y la distribución de la grasa subcutánea se realiza en la parte superior del cuerpo. También tiene lugar, con mayor o menor rapidez, el cambio del timbre de la voz, que se hace más bajo, y la aparición del vello facial (barba y bigote) y axilar.

2.4.3 LOS TEMORES FEMENINOS.

La mayor parte de las angustias de las Adolescentes radican en un motivo principal que es el aspecto físico.

1.- Pero sin duda es el desarrollo de los senos el tema candente entre las muchachas jóvenes. Hay que buscar también las causas de esta desafortunada preocupación por el tamaño de los senos en nuestra tradición cultural, que los ha considerado siempre un símbolo privilegiado de feminidad, belleza y excitación sexual.

Está claro que el tamaño de los senos poco tiene que ver con la feminidad y que en modo alguno influye en la excitación sexual. A la postre, es también un componente puramente accesorio de la belleza. Pero hay que admitir, sin embargo, que los cánones de belleza femenina al uso todavía insisten recurrentemente en la turgencia mamaria. Los estereotipos de esta índole, difundidos sin medida por una publicidad inmisericorde, si afectan – mal que nos pese – a la capacidad de excitación sexual del varón que, con mayor o menor consciencia de ello, los asimila. Por otra parte, muchos son los que opinan que el erotismo mamario, realidad incuestionable, está profundamente enraizado, más allá de estereotipos y modas, en el chupeteo placentero que marca la fase oral de todo bebé.

2.- Un tema sujeto a sólidos prejuicios, afortunadamente en decadencia, es el himen: su presencia o ausencia, su configuración, el supuesto dolor que provoca su desgarramiento y, cómo no, el papel que se le atribuye en la determinación de la virginidad de la mujer.

Es necesario dejar sentado, ante todo, que el aspecto del himen no permite juzgar en modo alguno si una mujer es o no virgen, y que la rotura accidental de esta membrana en ocasión de prácticas deportivas o movimientos violentos es bastante frecuente. Por otra parte, si bien la desfloración resulta en ocasiones algo dolorosa, no es menos cierto que el dolor es a menudo producido por la contracción de los músculos perineales y vaginales, sensibles al nerviosismo de la muchacha y no tan relajados como para permitir una penetración indolora.

En ciertos casos, por último, una especial configuración del himen permite que éste siga intacto tras una o varias relaciones sexuales. Sólo un muy escaso número de mujeres presenta un himen resistente a la penetración, que hará aconsejable en su momento la práctica de una sencilla intervención para extirparlo (himenectomía).

3.- El tercer gran tema de las preocupaciones femeninas es la menstruación. Este importante proceso, que confirma a la ayer niña en su condición de Mujer, suele desatar en sus comienzos cierta dosis de ansiedad, fácilmente cancelable con una información precisa y adecuada. A la joven adolescente le preocupa lo que desconoce, si produce dolor e incomodidad, si los demás lo notan, si las irregularidades del ciclo comportan alguna anomalía, qué cosas no puede hacer durante los días menstruales, etc.

Una vez más hay que hacer referencia a la gran cantidad de prejuicios que imperceptiblemente han tomado posesión de este proceso tan natural, presente en las hembras de todos los mamíferos, para comprender la sutil carga de rechazo social que acompaña a la menstruación. También ciertas creencias religiosas han contribuido a difundir mitos y falacias (la imposibilidad de realizar el coito durante los días de la menstruación, por ejemplo). Sin duda al objeto de favorecer una relación exclusivamente dirigida a la procreación.

Es necesario echar debajo de una vez por todas los mitos que acompañan a los acontecimientos normales de la fisiología femenina, tanto más cuando se ha llegado a demostrar, por ejemplo, que el dolor menstrual es debido en la mayoría de los casos, a factores no orgánicos sino psicológicos, surgidos del rechazo inconsciente a la condición femenina a la menstruación misma.

2.4.4 LOS TEMORES MASCULINOS.

Para los jóvenes varones, todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o todavía en curso, en forma de fantasías sobre supuestas malformaciones, defectos o desproporciones, que los desproveerían de lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad. El crecimiento y desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son el objeto preferente de su atención. Cualquier mínima diferencia, real o imaginaria, con los cánones supuestamente normales suscita gran angustia.

1.- El tamaño del pene ha sido y es todavía hoy una cuestión mal entendida, mitificada por la acción conjunta de una larga y errónea tradición (que enuncia que los que poseen un pene más grande son más hombres) Son residuos inevitables de una cultura falocéntrica propensa a comparaciones simplistas, como las que realiza el adolescente frente a una evidencia no tan evidente. Tener el pene grande o pequeño no afecta en modo alguno a su capacidad de dar o recibir placer.

2.- Las desviaciones del pene en erección, a derecha o izquierda, son otro tema estadísticamente sobresaliente entre los jóvenes, al que va unido un difuso sentimiento de culpabilidad sobre las prácticas masturbatorias, causa supuesta de la desviación. Sin embargo, se trata de un fenómeno normal.

3.- Los sentimientos de culpabilidad, causan estragos entre los adolescentes. Es notable cómo las emisiones involuntarias de semen (poluciones nocturnas), las erecciones involuntarias o la distinta conformación y situación de una y otro testículo, por citar los ejemplos más comunes, aparecen como resultado de prácticas o fantasías sexuales prohibidas. Es rotundamente falso, por supuesto. Son fenómenos absolutamente normales y comunes durante la adolescencia y/o entre varones.

2.5. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA.

En el aspecto psicosocial la adolescencia ha sido abordada por diversos autores entre ellos.

Blos. (1971), la define como la suma total de todos los medios para ajustarse de la etapa de la externalización a las nuevas condiciones internas y externas que confronta el individuo. El objetivo externalizante de la adolescencia exterior lo señala Blos, es un segundo paso en la individuación que conlleva a un sentido de externalización; para lograr esta externalización de la externalización, el adolescente pasa por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada en la que debe conocerse interna y externalmente.

Erikson (1976), dice que es el periodo en el cual debe establecerse una identidad positiva dominante del yo, tiene que establecerse la identificación del yo a la luz de las experiencias anteriores y aceptar que los cambios corporales y libidinales son parte de sí mismo. La identidad del yo implica la integración total de ambiciones y aspiraciones, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores. Erikson describe la búsqueda de identidad de los adolescentes en la quinta crisis del desarrollo psicosocial, la cual se denomina Identidad frente a Confusión de roles. El peligro de esta etapa es la confusión del rol; lo que perturba al adolescente es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional. Para evitar la confusión se identifican temporalmente, hasta el punto de una aparente pérdida completa de la identidad, con personas, que para ellos tienen características de héroes. Esto inicia la etapa del "enamoramiento", que no es en modo alguno total o siquiera sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable, el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad proyectando, la propia imagen yoica difusa en otra persona y logrando así que se refleje y aclare gradualmente.

Aberastury y Knobel (1978), consideran a la adolescencia como un período de la vida que tiene una expresión característica dentro del marco cultural social en el cual se desarrolla. Señalan que ante la situación social cambiante, el adolescente como un ser con actitudes igualmente cambiantes tiende a manejarse de una manera particular expresando cierta sintomatología que conforma el llamado "Síndrome Normal de la Adolescencia".

Diez aspectos que caracterizan dicho síndrome son: búsqueda de sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, la crisis religiosa, la desubicación temporal, la evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, actitud social reivindicadora, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta determinada por la acción, separación progresiva de los padres, y constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo, que se ven matizadas por un sentimiento básico de ansiedad y depresión.

Freud A. (1977); Consideran a los años adolescentes como los más importantes para la formación del carácter. Los cambios glandulares que producen cambios fisiológicos también afectan el funcionamiento psicológico. La libido (energía básica que abastece el impulso sexual), vuelve a despertarse y amenaza el equilibrio id-ego, mantenido durante los años de latencia. Los conflictos resultantes causan ansiedad, así como posibles temores y síntomas neuróticos, que ponen de manifiesto defensas de represión, negación y desplazamiento. Para evitar ser abrumados por impulsos instintivos, los adolescentes emplean mecanismos de defensa del ego, tales como intelectualización (transformación de sus percepciones en pensamiento abstracto) y autonegación.

Durante la adolescencia el joven tiene que afrontar los numerosos cambios que se producen en las actitudes de las personas que los rodean, en su posición respecto del grupo social y en el rol que se le ofrece. Se le dice que esta "creciendo" y que se espera de sí nuevos tipos de comportamiento. Sin duda, se le otorgan ciertos derechos y facilidades de los que no disfrutaba el niño, pero a cambio de ello se le imponen nuevas demandas y responsabilidades, y pierde algunos privilegios anteriores.

Es decir, por un lado, el joven se ve ante sí mismo en proceso de cambio y tiene una nueva manera de considerarse y de considerar las cosas que hace, por otro, tiene que enfrentar circunstancias y exigencias a las que anteriormente no tenía que adaptarse. Todos sus hábitos y seguridad en sí mismo se ven cuestionados en ocasiones siente nostalgia de ellos y aunque las seducciones de la novedad son intensas, implica más de un aspecto inquietante. No se comprende y se siente incomprendido; se busca pero no encuentra en sí mismo nada claro ni seguro; al no saber qué tipo de conducta adoptar; podría decirse que se niega a conducirse en modo alguno.

Para ser el mismo, para afirmarse a sí mismo en su nueva posición, tiene que apartarse y diferenciarse de todo lo que tenga relación con su posición anterior; incluyendo a sus padres y su medio familiar.

Martínez (1985), dice que la búsqueda y la afirmación de la personalidad no tienen lugar solamente en el contexto de una oposición y una identificación con el adulto, ni en el de una soledad melancólica o feliz; igualmente importante es ahora el grupo de pares; entre sus pares que tienen sus mismas preocupaciones el joven halla al mismo tiempo seguridad y una rivalidad que lo estabiliza. El adolescente debe responder a las expectativas que observa entre sus mayores: el medio escolar, social y, sobre todo familiar, exigen de sí algunas disposiciones para las cuales no se encuentra aún suficientemente preparado. Descubriendo por consiguiente, que el acto de crecer implica una lucha entre su propio ser, y el modelo de individuo socialmente aceptado que de sí se espera.

Coleman (1980) se refiere a la adolescencia como un estado del desarrollo complejo y contradictorio y la considera como aquel estadio del ciclo vital que comienza con la pubertad y concluye con la madurez.

Piaget (1969) dice que psicológicamente, la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra a la sociedad de los adultos, la edad en que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto, por lo menos en cuanto a sus derechos, y más frecuentemente por encima de él debido al narcisismo o egocentrismo, que a menudo ha sido señalado.

González (1986) la define como una fase dinámica en el continuo de la vida, durante la cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como en el de la personalidad, de manera tal, que el niño se transforma en adulto sexualmente atractivo capaz de intervenir en la reproducción.

Dupont (1976), menciona que “el término adolescencia connota una peculiar fenomenología en la que participan complejos hechos de índole biológica, psicológica, sociológica y cultural, que interactúan y se influyen de manera muy importante los unos de los otros”. (p.115).

El término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad, última, que se emplea para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual.

Para Cuevas (1990) no es un proceso aislado en la vida de un individuo, sino un suceso particular inscrito en el contexto de las relaciones familiares, sociales, culturales, geográficas, etc. Es decir la relación del sujeto con su realidad, con su intimidad y su colectividad. Aparece el problema de la incomunicación de los adultos con éstos, formando dos mundos.

Su definición de adolescencia implica una “etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad, adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biológicos en desarrollo a su disposición y que a su vez, tienden a la estabilidad de la personalidad en un plan genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.

Las definiciones previas nos permiten ver a la adolescencia como un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo en el que intervienen aspectos biopsico y socioculturales.

Aberasturi (1982), respecto a la adolescencia y los cambios corporales que sufre, dice que éstos incluyen cambios psicológicos que llevan al adolescente a una nueva relación con los padres y con el mundo, para lo cual es necesario que se elabore el duelo por el cuerpo del niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia.

El duelo por el cuerpo infantil es doble: de su cuerpo de niño, cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón, que les imponen el testimonio de la identificación sexual y del rol que tendrán que asumir, no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación”.

Tomando como punto de partida los aspectos biológicos, nos situamos en la pubertad, término empleado según Blos, para calificar manifestaciones físicas de la maduración sexual.

Muss (1984), distingue entre pubertad y pubescencia, palabras que se derivan de las voces latinas “pubertas”, “la edad viril”, y “pubescere”, “cubrirse de pelo”, “llegar al pubertad”, Stone y Church distinguen entre pubertad, como el desarrollo de la madurez sexual, pubescencia, la que comprende un período de aproximadamente dos años, y precede a la pubertad.

La pubescencia sería, entonces “el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras, es filogenética e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios. Schoenfeld, define la pubertad como aquel momento en el que el individuo es capaz de procrear, lo cual dice no es sincrónico con la menarca o con la primera eyaculación.

Por “pubescencia” se refiere a la fase en que se producen los primeros cambios evolutivos; por “adolescencia” entiende todo el período de la maduración sexual. Divide a la adolescencia en tres fases:

- 1) Prepubescencia: ésta se inicia con los primeros signos de la maduración sexual y finaliza con la aparición del vello púbico.
- 2) Pubescencia: se inicia con la aparición del vello púbico, termina cuando éste se ha desarrollado por completo. Aquí se da el crecimiento más rápido en estatura y aparece la primera eyaculación, y la primera menarca, así como el desarrollo gradual de los órganos sexuales primario.
- 3) Postpubescencia: inicia cuando se ha completado el crecimiento menos acelerado de estatura y se completa la maduración de las características sexuales primarias y secundarias, ya sea que se hable de pubescencia o pubertad nos referimos, finalmente, a un proceso de crecimiento y de maduración hormonal.

Dicho proceso se caracteriza por el brote de la actividad hormonal que se encuentra bajo la influencia del sistema nervioso central, en particular el hipotálamo y la glándula pituitaria, ambos situados en la base del cerebro.

Las principales consecuencias son el aumento en la elaboración de las hormonas adrenocorticales y gonadales, así como la producción de óvulos y espermatozoides maduros.

El aumento en la elaboración de las hormonas gonadales y adrenocorticales llevan a un marco de cambios fisiológicos y anatómicos. Entre éstos se incluyen el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias como son: cambios de tamaño, peso, proporciones corporales, desarrollo muscular, cambios relativos a la fuerza, coordinación y habilidad. Dichos cambios pueden ocurrir lentamente o con un ritmo acelerado y encontrarse dentro de un rango normal.

En cuanto a los eventos sociales que intervienen en el proceso adolescente veremos que éstos variarán en las diferentes sociedades en función al reconocimiento que éstas dan a la condición adulta del individuo.

Si bien podemos tomar a la adolescencia como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, éste se verá facilitado o dificultado por factores externos de tipo cultural.

Para Ramírez (1975) toda edad tiene su problemática y ésta es el resultado de contradicciones entre las potencialidades biológicas del sujeto y las posibilidades que la cultura brinda para satisfacerlas. Asimismo considera que en nuestra cultura, la adolescencia es el resultado de un conflicto evidente entre una biología propicia a la maduración y una sociedad prohibitiva.

Debemos tomar en cuenta que antes de llegar a la adolescencia el sujeto ha sido constantemente expuesto a esquemas familiares, patrones de conducta y sistemas de valores que van a determinar y a diferenciar lo aceptable de la inaceptable. Esto da como resultado estructuras que pasan a formar parte de su aparato psíquico.

Así, los jóvenes, para lograr la resolución de su adolescencia, habrán de lograr un modelo de aceptación que concilie sus pulsiones instintivas, sus necesidades afectivas, sus estructuras de consciencia que incluyen su yo ideal, es decir las expectativas que de ellos mismos tienen, su autoimagen, su amor propio, su narcisismo, las expectativas que en ellos recaen para ser aceptados, etc. Todo bajo el condicionamiento de la realidad externa lo cual no resulta fácil.

Stone y Church (1979) nos dicen que la adolescencia psicológica no es un corolario necesario de la adolescencia física, sino un fenómeno cultural producido por una demora en la sunción de los rolos adultos. (p. 258).

López (1982) reafirma esa idea cuando señala que el adolescente en nuestros tiempos, y en la clase media urbana, vive una cada vez más prolongada adolescencia en la que tiene que conciliar múltiples factores. Por otro lado, ha de posponer la cristalización de la vida con todas sus promesas; la autonomía, la gratificación sexual plena, tanto de los instintivo como de lo afectivo en general.

Esto nos lleva a ubicar dos dimensiones. Una, aquello que está dado por factores externos y que es a la manera en que una sociedad determinada establece parámetros que diferencian al niño del adulto, al concederle derechos y prerrogativas. Esto es, como se presenta ante la sociedad y qué es lo que se le exige al adolescente para que pase a la "condición de adulto". La otra dimensión, que sería la interna, correspondería a los aspectos que el sujeto requiere para poder conformar su identidad.

2.6. LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE.

En la cultura occidental la familia nuclear se compone de dos adultos hombre y mujer que procrean hijos y viven bajo el mismo techo, comparten pobreza o riqueza, obligaciones y derechos. Lo que los hijos observan en la relación de los padres va a ser fundamental para su salud mental o para su enfermedad psicológica. Una relación conyugal satisfactoria determina que una familia sea sana y una relación conflictiva puede afectar las funciones de la familia y de sus miembros.

Para que los integrantes de una familia puedan crecer y desarrollarse es necesario que la familia cumpla con determinados objetivos tanto psicológicos como sociales, de acuerdo con Macias (1988) son:

- Asegurar la subsistencia de los menores cubriendo sus necesidades básicas: abrigo, alimento, protección.
- Promover los lazos afectivos, la unión social para que los hijos puedan convivir y desarrollarse en armonía.
- Impulsar el desarrollo de la identidad personal, familiar y la identidad del grupo social al que se pertenece, esto le permite adquirir integridad y fortaleza y así se facilita el enfrentamiento exitoso de nuevas experiencias.
- Satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias, fomentar la libre relación de sus miembros y permitir la individuación mediante el respeto y el reconocimiento de cada uno de sus integrantes.
- La familia debe permitir la participación social de los hijos para que estos se integren a sus roles sociales, así como al rol sexual el cual depende de la imagen que los hijos tengan de sus padres por lo tanto estos deben proyectar integración y madurez.
- Mantener la unión y solidaridad de la familia, promoviendo la libertad y autonomía de sus integrantes respecto de los valores que establece y trasmite.

Si la familia cumple las funciones mencionadas anteriormente facilitará el desarrollo sano de sus integrantes de no hacerlo así obstaculizará, bloqueará o impedirá el desarrollo adecuado de los hijos.

El pronóstico de la familia y el desarrollo individual de sus integrantes depende de si hay identificación y comprensión de los sentimientos de sus componentes, si se satisfacen sus necesidades, las normas que rigen la vida de esa familia. En la familia vamos a encontrar tres factores que determinan el desarrollo de la personalidad hacia una u otra dirección.

1.- AUTOESTIMA: Cómo nos valoramos.

2.- COMUNICACIÓN: Nos sirve para relacionarnos con los demás.

3.- NORMAS: Las reglas que se establecen en la familia y deberán cumplirse.

CAPITULO 3.- MÉTODO

3.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El interés que ha motivado este estudio es que en México, como en muchos otros países de Latino América; nos enfrentamos a una gran escases de pruebas psicológicas específicas que nos ayuden en la detección de trastornos afectivos, en este caso el síndrome de depresión en adolescentes de 12 a 16 años.

Ya que para medir depresión en México se emplean traducciones de instrumentos psicológicos como son la Escala de Automedición de la Depreción de Zung, el Inventario de Beck, el MMPI, el CES-D y la escala de Depresión de Birlenson; las cuales en su mayoría son diseñadas para ser utilizadas en adultos.

El problema al que nos enfrentamos es que estos instrumentos no están validados ni normalizados en población mexicana y mucho menos en adolescentes; por lo cual este trabajo pretende elaborar una Escala de Medición para la Depresión en Adolescentes de 12 a 16 años para ser utilizada en población mexicana.

Considerando lo expuesto se plantean la siguiente interrogante.

¿ Existen diferencias significativas entre las variables. Edad, Sexo, Grado Escolar y Tipo de Escuela al medir sintomatología depresiva ?

3.2 OBJETIVOS.

Construcción de una Escala de Medición de la Depresión en Adolescentes Mexicanos de 12 a 16 años.

Determinar diferencias entre las calificaciones obtenidas por los Adolescentes de diferentes escuelas en la Escala de Depresión.

Determinar si existen diferencias entre las calificaciones obtenidas por los Adolescentes en la Escala de Depresión según Edad, Sexo, Grado Escolar y tipo de Escuela.

3.3 HIPÓTESIS.

Ho. No existen diferencias significativas entre las variables. Edad, Sexo, Grado Escolar y Tipo de Escuela al medir sintomatología depresiva.

H1. Si existen diferencias significativas entre las variables. Edad, Sexo, Grado Escolar y Tipo de Escuela al medir sintomatología depresiva.

3.4 VARIABLES.

Variable Dependiente: Depresión.

Definición Conceptual.

Depresión: Se propone la siguiente definición del termino depresión, el cual se refiere a un conjunto de síntomas que regularmente se presentan asociados y estos pueden ser, un estado de ánimo triste, el sentirse miserable, tener poco apetito, perder o ganar peso, presentar insomnio, pérdida de energía, presentar agitación, retardo psicomotor, pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de culpa o de autorreproche, dificultad para concentrarse, retardo en el pensamiento, pensamiento y conductas suicidas, pensamientos de muerte. Ya que en ella se engloba la sintomatología depresiva, que se presenta más frecuentemente en los sujetos deprimidos.

Definición Operacional.

Depresión: Estado anímico que se desea medir por medio de una escala de depresión llamada *D-PEC que es elaborada por la autora de la presente investigación, que presenta alternativas de respuesta, que van de Nunca = 1, a Siempre = 4.

Variables Independientes: Edad, Sexo, Grado Escolar, y Tipo de Escuela.

Definición Conceptual.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona. Periodo de la vida Humana

Definición Operacional.

Edad: Para este proyecto se utilizaron las edades que abarcan de los 12 a los 16 años.

Definición Conceptual.

Sexo: Condición Orgánica que distingue a Hombres y Mujeres.

Definición Operacional.

Sexo: Hombres y Mujeres Adolescentes

Definición Conceptual.

Grado de Escolaridad. Nivel de Estudios Académicos con los que cuenta una persona.

Definición Operacional.

Grado de Escolaridad. Se abarcan los tres grados comprendidos en la Educación a Nivel Secundaria.

Definición Conceptual.

Tipo de Escuela: Establecimiento donde se da cualquier género de enseñanza. Lo que en algún modo alecciona o da ejemplo.

Definición Operacional.

Tipo de Escuela: Escuelas a Nivel Secundaria tanto Pública como Privada.

3.5 SUJETOS.

La Escala se aplico a 600 sujetos entre las edades de 12 a 16 años que cursan la Educación Secundaria, tanto en Escuelas Publicas, como en Escuelas Privadas. Procurando tener 300 sujetos de cada tipo de Institución; quedando distribuidos de la siguiente manera.

Escuela Pública.

Escuela Privada.

FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
Primer Grado. 55 sjt. 50 de 12 años. 5 de 13 años.	Primer Grado. 50 sjt. Todos de 12 años.	Primer Grado. 50 sjt. 7 de 12 años. 43 de 13 años.	Primer Grado. 50 sjt. Todos de 12 años.
Segundo Grado. 51 sjt Todos de 13 años.	Segundo Grado. 50 sjt. Todos de 13 años.	Segundo Grado. 50 sjt 12 de 13 años. 38 de 14 años.	Segundo Grado. 50 sjt Todos de 13 años.
Tercer Grado. 44 sjt. 30 de 14 años. 14 de 15 años.	Tercer Grado. 50 sjt. 34 de 14 años. 10 de 15 años. 6 de 16 años.	Tercer Grado. 50 sjt. 10 de 14 años. 28 de 15 años. 12 de 16 años.	Tercer Grado. 50 sjt. 34 de 14 años. 5 de 15 años. 11 de 16 años.

3.6 TIPO DE MUESTRA.

Estratificada por Cuotas. Ya que utilizaremos estratos como son, Edad, Sexo, Grado Escolar, y Tipo de Escuela.

3.7 TIPO DE ESTUDIO.

Exploratorio Correlacional. Ya que deseamos saber como el Fenómeno de la Depresión se relaciona con variables como, Edad, Sexo, Grado Escolar, y Tipo de Escuela.

3.8 INSTRUMENTO.

Para elaborar la Escala se tomaron en cuenta los siguientes pasos.

1.- Se realizo un **ESTUDIO PILOTO**, previo con 582 sujetos adolescentes, a los cuales se les aplico un ejercicio de diferencial semántico, utilizando la palabra Depresión; donde se les pidió que escribieran cinco sentimientos o estados de animo que relacionarán con la palabra Depresión, y que los ordenaran del uno al cinco, siendo el número uno el más relacionado con depresión y el número cinco el menos relacionado, de este estudio se obtuvieron alrededor de 80 palabras relacionadas con el termino, de las cuales se tomaron como más representativas un total de 63 definidores, que se tradujeron en reactivos.

2.- Se revisaron diferentes escalas y cuestionarios, orientados a evaluar depresión, donde se tomaron algunos reactivos teniendo preferencia por los genéricos. Donde no se tenga un contenido exclusivo para referirse al estado anímico de los adultos.

3.- Al revisar la bibliografía de diferentes autores, se encontraron síntomas y características que se tomaron en cuenta para la elaboración de reactivos.

Utilizando todo lo anterior se elaboro una Escala de medición de la Depresión en Adolescentes de 12 a 16 años, a la que se le da el nombre de *D-PEC. (Anexo 1).

4.- Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó, el paquete estadístico de SPSS.

Como primer paso se descarto el sesgo de los reactivos, donde se corroboro su poder de discriminación, después se obtuvieron los percentiles 25 y 75 del total de la prueba para clasificar a los sujetos con un alto (75) y bajo (25) nivel de Depresión.

Por ultimo se realizo un Análisis de la Consistencia Interna y de la Estructura Factorial de la Escala de Depresión.

*nombre abreviado de la autora de la investigación

El coeficiente de consistencia interna (Alfa de Cronbach), que se obtuvo en la totalidad de la escala fue de .9557.

También se utilizó la Prueba t, para comprobar el poder discriminante entre reactivos. Donde los reactivos con un alfa superior a .05 fueron eliminados de la escala, eliminando de esta forma al reactivo 42 donde se obtuvieron dos colas.

Pero al realizar un Análisis Factorial Varimax Rotado se eliminaron otros 11 reactivos, dándonos un total de 12 reactivos a eliminar. Y son los siguientes:

- 3.- Me siento amado.
- 9.- Me siento satisfecho.
- 42.- Tengo diarrea.
- 47.- Mi rendimiento escolar es bueno.
- 79.- Cuando estoy en la escuela me siento feliz y satisfecho.
- 80.- Soy paciente.
- 83.- Siento que estoy fallando.
- 87.- Mi pareja me quiere mucho.
- 90.- Me siento muy atractivo.
- 91.- Soy vulnerable.
- 93.- Me siento abandonado.
- 97.- Estoy animado.

Del análisis factorial varimax con rotación, se obtuvieron 27 factores principales, que se redujeron a 5, integrando los reactivos por contenido temático.

Principales componentes del análisis.

Factor	Eigenvalue	% de Varianza	% Acumulado
1	21.29771	21.5	21.5
2	4.84375	4.9	26.4
3	2.90288	2.9	29.3
4	2.77790	2.8	32.1
5	2.62192	2.6	34.8

A continuación se muestra como quedaron integrados los 5 factores resultantes del análisis factorial de consistencia interna.

Factor 1.- Sentimientos de Minusvalía.

Correlación Total	Reactivo
.7618	46.- Siento que no valgo nada.
.6769	60.- Le causo problemas a los demás.
.6768	58.- Siento deseos de morirme.
.7357	49.- Pienso que la vida no tiene sentido.
.6877	65.- Me siento fracasado.
.6022	40.- Siento que las cosas malas solo me suceden a mi.
.6211	44.- Me siento culpable.
.6344	61.- Me siento abandonado.
.6116	15.- Tengo problemas.
.5423	41.- Siento que nasa me satisface.
.6858	89.- Me siento desafortunado.
.5328	56.- Me siento pesimista.
.5139	4.- Me siento fracasado.
.5042	8.- Me falta confianza en mí mismo.
.5801	99.- Siento que nada vale la pena.
.4680	66.- Me da comezón el cuerpo sin razón.
.5615	55.- Siento temor.
.5217	59.- Siento que todo me molesta.
.5741	67.- Mi rendimiento en la escuela y la casa es malo.
.4762	33.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.
.4451	29.- Pierdo el interés en las cosas o actividades.
.4802	38.- Reprimo mis sentimientos o pensamientos.
.4043	95.- Mi pareja esta conmigo por lastima.
.3936	96.- Siento que no merezco las cosas buenas que me pasan.

*Alpha. .9283

*No. Casos. 434.00

*No. Reactivos. 24

Minusvalía: Disminución del valor de una persona con relación a sentimientos anteriores, o en comparación con otra persona.

Factor 2.-Sentimientos de Melancolía.

Correlación Total	Reactivo
.5947	71.- Me siento sensible.
.4908	6.- Me siento melancólico.
.5181	2.- Siento ganas de llorar.
.6982	70.- Me siento confundido.
.5801	1.- Me siento triste.
.6497	21.- Me siento apunto de explotar.
.5762	36.- Me siento confundido.
.6372	32.- Me siento solo.
.5671	72.- Me siento desganado.
.5418	7.- Me siento incomprendido.
.4476	24.- Tengo miedo.
.3783	22.- Tomo las cosas muy a pecho.
.4097	52.- Siento palpitaciones.
.4018	54.- Me preocupo por todo.
.4524	53.- Estoy irritable.
.5131	14.- Me siento angustiado.
.4377	17.- Me siento nervioso.
.4193	19.- Me enojo con facilidad.
.4132	81.- Me siento fastidiado.

*Alpha. .8870

*No. Casos. 571.00

*No. Reactivos. 19

Melancolía. Tristeza vaga, honda, pacífica y permanente. Monomanía en que dominan las afecciones morales tristes.

Factor 3.- Sentimientos de Satisfacción.

Correlación Total	Reactivo
.4286	82.- Me siento motivado.
.4819	94.- Me siento satisfecho.
.5704	77.- Me siento feliz cuando estoy con mi familia.
.4969	74.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.
.3564	73.- Cuando estoy con mis amigos me siento feliz.
.5446	100.- Siento que soy una persona valiosa.
.4223	12.- Soy feliz.

- *Alpha. .7552
- *No. Casos. 592.00
- *No. Reactivos. 7

Satisfacción: Actitud caracterizada por un sentimiento de agrado que en este factor en especial, esta relacionada con como me hacen sentir o como me siento en compañía o función de los demás.

Factor 4.- Sentimientos de Decepción.

Correlación Total	Reactivos
.4412	86.- Cuando estoy con mi familia me siento triste y solo.
.5869	85.- Me siento marginado.
.6130	84.- Me siento mediocre.
.3760	28.- La gente me decepciona.
.4833	78.- Mis relaciones sentimentales son un fracaso.
.4105	39.- Me siento contrariado.
.4391	62.- Siento que los demás se aprovechan de mi.
.3923	48.- Pienso que la vida no tiene sentido.
.5234	37.- Pierdo la concentración.
.4986	31.- Olvido las cosas que tengo que hacer.

- *Alpha. .7991
- *No. Casos. 571.00
- *No. Reactivos. 10

Decepción: Desengaño, conocimiento del error o engaño en el que se estaba.

Factor 5.- Síntomas Psicosomáticos.

Correlación Total	Reactivo
.4338	5.- Me duele la cabeza.
.4429	30.- Me mareo.
.4085	68.- Me duele la nuca.
.3413	23.- Pienso en la muerte.
.3935	64.- Noto que se me cae el cabello.
.5201	92.- Me siento adolorido.
.4702	52.- Siento palpitaciones.
.3645	51.- Me sudan las manos.
.4326	20.- Me siento agitado.
.3967	35.- Siento la respiración agitada.
.4353	57.- Duermo mal.
.4055	11.- Me canso rápidamente.
.3972	27.- Tengo la boca seca.
.3611	26.- Siento dolor en el pecho.
.3060	88.- Me preocupa mi aspecto físico.
.3112	45.- Me salen ronchas en el cuerpo.
.4805	43.- Sufro de nauseas.
.4224	13.- Me dan ganas de vomitar.
.3853	25.- Tengo insomnio.
.3860	50.- Tengo mal sabor de boca.

*Alpha. .8259

*No. Casos. 562.00

*No. Reactivos. 20

Psicosomáticos: Síntomas físicos que son consecuencia de malestar emocional.

Para obtener el coeficiente de consistencia más alto dentro de cada factor fueron eliminados los siguientes reactivos. Quedando así un total de 80 reactivos que componen la escala de depresión.

Reactivos Eliminados.

16.- Me siento ansioso (f2)

98.- Me siento muy dependiente (f3)

76.- Tengo mucho apetito (f4)

34.- Estoy estreñido (f5)

18.- Ingiero bebidas alcohólicas (f5)

75.- Siento que he ganado peso (f5)

63.- Tengo mal aliento (f5)

69.- Siento que he perdido peso (f5)

3.9 ESCENARIO.

Salón de Clases asignado a cada grupo, amplio, iluminado tanto por luz artificial como luz de día, cuentan con mesabancos para cada uno de los alumnos, un escritorio silla para el profesor y pizarrón.

3.10 PROCEDIMIENTO.

El instrumento se aplico en forma grupal en los horarios y salones de clases destinados a cada uno de los grupos. Los horarios utilizados para la aplicación se designaron por las autoridades de los planteles académicos y estos fueron de 7:30 am a 11:00 am. El instrumento se aplico a 600 sujetos. 300 de ellos pertenecientes a una escuela secundaria publica y los otros 300 a secundarias privadas.

El instrumento que se les aplico las estudiantes consto de 100 reactivos, ofreciendo 4 diferentes alternativas de respuesta (Anexo 1).

Al principio de cada sesión se les dieron las siguientes instrucciones:

Se les entregara una prueba, que tendrán que contestar en forma individual, esta es confidencial, no afectara su calificación, y los resultados que se obtengan servirán para la realización de una Tesis para obtener el grado de Lic. En Psicología.

La reacción de los alumnos a las diferentes respuestas vario mucho principalmente en los primeros grados ya que hacían comentarios entre ellos y en el salón se llegaban a escuchar cuchicheos. En los segundos y terceros grados los alumnos se concentraban más en lo que contestaban.

3.11 RESULTADOS.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el análisis de varianza de las variables, Edad, Sexo, Grado Escolar y Tipo de Escuela. Analizadas en la totalidad de la escala de depresión y en cada uno de los factores que la componen. Donde se realizó una Prueba Post-Hoc de Sechffé.

Suma de la Totalidad de la prueba con las diferentes variables.

Edad.

Media	Edad	12	16	15	14	13
165.4111	12					
178.9444	16					
181.3333	15					
188.5532	14	*				
189.3968	13	*				

Media.

Entre Grupos = 8970.3413

Dentro de los Grupos = 1447.5271

Prob. = .0001

*Nos indica que se encontraron diferencias entre los sujetos de 12 años con los de 13 y 14 años, encontrando la media más alta en los sujetos de 13 años.

Sexo.

Media	Sexo	No. de Casos
189.3436	Femenino	195
173.5233	Masculino	172

M.D = 15.8203

F = 30.876

P = .000

Las medias nos indican que hay diferencias significativas entre Sexos, siendo la media más alta la del sexo femenino.

Grado Escolar.

Media	Grado	1	3	2
174.3361	Grp. 1			
171.7480	Grp. 3			
191.6116	Grp. 2	*		

Prob. .0025

*Nos muestra que hay diferencias entre el grupo de primer Grado con el de segundo Grado. Teniendo la media más alta en el segundo grado.

Tipo de Escuela.

Media	Escuela	No. de Casos
179.3777	Publica	188
185.9777	Privada	179

M.D = -6.6000

F = .24

P = .877

No se encontraron diferencias entre las escuelas Publica y Privada.

Suma del Factor Sentimientos de Minusvalía, con las diferentes variables.

Edad.

Media	Edad	12	15	14	13	16
40.0450	12					
43.8511	15					
45.2286	14					
45.8299	13	*				
45.8333	16					

Media.

Entre Grupos = 617.1587

Dentro de los Grupos = 189.7280

Prob. = .0120

*Nos indica las diferencias entre los sujetos de las edades de 12 y 13 años siendo estos últimos los que manifiestan tener Sentimientos de Minusvalía. Ya que cuentan con la media más alta.

Sexo.

Media	Sexo	No. de Casos
45.3214	Femenino	224
42.5714	Masculino	210

M.D = 2.750

F = 17.071

P = .000

Las medias nos indican que hay diferencias entre Sexos, teniendo la media más alta el sexo Femenino. Entendiendo que las Adolescentes tienen más Sentimientos de Minusvalía.

Grado Escolar.

Media	Grado	1	3	2
41.4789	Grp. 1			
44.0596	Grp. 3			
46.4468	Grp. 2	*		

Prob. .0107

*Nos indica que hay diferencias entre el grupo de primer Grado y el grupo de segundo Grado, teniendo la media más alta en este último; Esto nos indica que los sujetos de segundo grado tienen más Sentimientos de Minusvalía.

Tipo de Escuela.

Media	Escuela	No. de Casos
43.1830	Publica	224
44.8524	Privada	210

M.D = -1.4834

F = .034

P = .853

No se encontraron diferencias entre las Escuelas en el Factor Sentimientos de Minusvalía.

Suma del Factor Sentimientos de Melancolía, con las diferentes variables.

Edad.

Media	Edad	12	16	13	15	14
31.1972	12					
33.9655	16					
34.6471	13	*				
35.2545	15					
37.0563	14		*			

Media.

Entre Grupos = 62.7850

Dentro de los Grupos = 22.1532

Prob. = .0239

*Nos indica la diferencia entre los sujetos con edades de 12 y 13 años y los de 12 con los de 14 años. Indicándonos que los sujetos de 14 años tienen más Sentimientos de Melancolía, ya que aquí fue donde se encontró la media más alta.

Sexo.

Media	Sexo	No. de Casos
41.1626	Femenino	289
34.6643	Masculino	280

M.D = 6.4983

F = 38.395

P = .000

Las medias nos indican la diferencia que existe entre Sexos. Dando como resultado que las Adolescentes presentan más Sentimientos de Melancolía. Por tener la media más alta el sexo femenino.

Grado Escolar.

Media	Grado	1	3	2
36.4378	Grp. 1			
38.4415	Grp. 3			
38.9490	Grp. 2	*		

Prob. .0364

*Nos indica que hay diferencias entre el Primero y Segundo Grados. Siendo los sujetos de segundo grado los que presentan más Sentimientos de Melancolía. Por encontrarse aquí la media más alta.

Tipo de Escuela.

Media	Escuela	No. de Casos
37.2218	Publica	284
38.7053	Privada	285

M.D = -1.4834

F = .034

P = .853

No se encontraron diferencias entre las escuelas con respecto al Factor Sentimientos de Melancolía.

Suma del Factor Sentimientos de Satisfacción, con las diferentes variables.

Edad.

No se encontraron diferencias entre las edades y los Sentimientos de Satisfacción por lo cual no se muestra la tabla correspondiente.

Media.

Entre Grupos = 62.7850

Dentro de los Grupos = 22.1532

Prob. = .0239

En el Factor sentimientos de Satisfacción no se encontraron diferencias entre las diferentes edades por lo que se deduce que el nivel de satisfacción es similar.

Sexo.

Media	Sexo	No. de Casos
15.2603	Femenino	292
14.9600	Masculino	300

M.D = .3003

F = 2.610

P = .107

En el Factor Sentimientos de Satisfacción no se encontraron diferencias entre sexos. Por lo que se deduce que el nivel de satisfacción es similar.

Grado Escolar.

Media	Grado 1 3 2
14.3762	Grp. 1
15.4167	Grp. 3
15.5556	Grp.2 *

Prob. .0244

*Nos indica que hay diferencias entre los sujetos de primer grado y los de segundo grado con referencia a los Sentimientos de Satisfacción. Lo que nos indica que los alumnos de segundo grado están más satisfechos. Por haber obtenido la media más alta.

Tipo de Escuela

Media	Escuela	No. de Casos
15.2014	Publica	293
15.0167	Privada	299

M.D = .1846

F = .070

P = .792

No se encontraron diferencias entre las escuelas y el Factor Sentimientos de Satisfacción.

Suma del Factor Sentimientos de Decepción. Con las diferentes variables.

Edad.

Media	Edad 12 13 15 16 14
15.9379	12
18.1809	13 *
18.2321	15
19.3214	16 *
19.5175	14 *

Media.

Entre Grupos = 251.0619

Dentro de los Grupos = 25.9783

Prob. = .0000

*Nos indica que en este factor se encontraron diferencias entre los sujetos de 12 años con los de 13,16 y 14 años respectivamente. Teniendo la media más alta los sujetos de 14 años lo que nos indica que son más susceptibles a la decepción.

Sexo.

Media	Sexo	No. de Casos
18.4467	Femenino	291
17.5500	Masculino	280

M.D = .8967

F = 22.045

P = .000

Las diferencias que se encontraron entre sexos en el factor Sentimientos de Decepción, nos dicen que las Adolescentes, obtuvieron la media más alta, lo que nos indica que son más susceptibles a la decepción.

Grado Escolar.

Media	Grado	1	3	2
16.7684	Grp. 1			
18.4398	Grp. 3	*		
18.8105	Grp. 2	*		

Prob .0003

*Nos indica que hay diferencias entre los sujetos del primer grado con los de segundo y tercer grado. Siendo la media más alta para los de segundo grado.

Tipo de Escuela.

Media	Escuela	No. de Casos
17.5634	Publica	284
18.4460	Privada	287

M.D = -.8929

F = .246

P = .620

No se encontraron diferencias entre las escuelas en el Factor de Sentimientos de Decepción.

Suma del Factor Síntomas Psicossomáticos. Con las diferentes variables.

Edad.

No se encontraron diferencias entre las edades y el Factor Síntomas Psicossomáticos por lo cual no se muestra la tabla correspondiente.

Media.

Entre Grupos = 170.6734

Dentro de los Grupos = 64.3539

Prob. = .0324

Sexo.

Media	Sexo	No. de Casos
34.0979	Femenino	286
30.3841	Masculino	276

M.D = 3.7138

F = 25.843

P = .000

Las medias nos indican que si existen diferencias entre Sexos y el Factor Síntomas Psicossomáticos. Lo que nos dice que las Adolescentes son más susceptibles a la sintomatología física de la depresión, ya que obtuvieron la media más alta.

Grado Escolar.

En la suma del Factor Síntomas Psicossomáticos y la variable Grado Escolar no se encontraron diferencias. Ya que se obtuvo una Prob de .9019

Tipo de Escuela.

Media	Escuela	No. de Casos
31.8244	Publica	279
32.7173	Privada	283

M.D = -.8929

F = .246

P = .620

No se encontraron diferencias entre las escuelas con respecto al Factor Síntomas Psicosomáticos.

3.12 ANALISIS Y DISCUSIÓN.

Al analizar los factores obtenidos con cada una de las variables se obtuvieron los siguientes datos.

Se encontró que la variable Edad al ser analizada en los diferentes factores, indica que los sujetos de 13 años son más susceptibles a tener estados depresivos tanto en la Totalidad de la Prueba, como en el Factor de Sentimientos de Minusvalía, el factor de Sentimientos de Melancolía lo comparten tanto los sujetos de 13 años como los de 14 años. En los factores Sentimientos de Satisfacción y Síntomas Psicosomáticos; no se encontró ninguna diferencia significativa con las otras edades. Con respecto al factor Sentimientos de Decepción los sujetos de 13, 14 y 16 años tienen medias altas, siendo la más alta y más evidente en los sujetos de 14 años. Comparando estos resultados con la bibliografía, parte de la sintomatología depresiva, se puede deber a que en el periodo de edad de los 13 a los 14 años se dan la mayoría de los cambios hormonales, emocionales y físicos en los Adolescentes.

Por ejemplo Aberastury (1982) nos dice que en la adolescencia se incluyen cambios corporales y psicológicos, que lo llevan a una nueva relación con los padres y con el mundo, para lo cual es necesario que se elabore el duelo por el cuerpo del niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia. El duelo por el cuerpo infantil es doble: de su cuerpo de niño, cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón, que les impone el testimonio de la identificación sexual y del rol que tendrán que asumir, no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación.

Knobel (1978) y otros autores como son, Martínez (1985), Coleman (1980), Piaget (1969), González(1986), nos dicen también que el Adolescente debe cubrir ciertas características o etapas que le pueden llegar a causar conflictos y esto se conoce como el "Síndrome normal de la Adolescencia"; que se caracteriza por diez aspectos principales que son: búsqueda de sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y de fantasear, la crisis religiosa, la desubicación temporal, la evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, actitud social reivindicadora, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta determinada por la acción, separación progresiva de los padres, y constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo, que se ven matizadas por un sentimiento básico de ansiedad y depresión. Por lo cual los factores de Sentimientos de Minusvalía, Sentimientos de Melancolía Síntomas Psicossomáticos, y Sentimientos de Decepción, encontrados en esta investigación pueden ser explicados.

En la Variable Sexo se encontró que las Adolescentes tienen más probabilidades a deprimirse que los Adolescentes, obteniendo las medias más altas en la Totalidad de la Prueba y en los Factores de Sentimientos de Minusvalía, Sentimientos de Melancolía, Sentimientos de Decepción y Síntomas Psicossomáticos, y no se obtuvo ninguna diferencia en el Factor de Sentimientos de Satisfacción.

Estos resultados obtenidos en el estudio que se presenta, vienen a confirmar los resultados obtenidos en investigaciones anteriores como por ejemplo.

Sturgenton (1981) nos dice que las mujeres durante su vida y desarrollo están expuestas a un sin número de estímulos y de cambios que les hace ser más vulnerables a los estados depresivos, entre ellos menciona la menarca, embarazo y parto, lactancia y climaterio

Gold (1992) reporta que en la década de los sesentas, existía una proporción de dos mujeres deprimidas por cada hombre, pero que actualmente esta proporción se esta haciendo mayor a razón de tres mujeres deprimidas por cada hombre.

Por otra parte la satisfacción con el propio cuerpo está más directamente relacionada con la autoestima de las mujeres que de los hombres y es probable que esto tenga que ver con la depresión en mujeres que están en la adolescencia temprana. En una revisión que hizo Mc. Carthy (1980), acerca de la imagen ideal del cuerpo femenino y diferencias sexuales relacionadas con la depresión, encontró que las culturas Estadounidense y Europea que son las que mas idealizan la imagen de la mujer sumamente delgada tienen problemas alimenticios y grados más altos de depresión en las mujeres que en los hombres

En cuanto al Grado Escolar los sujetos que presentan características Depresivas son los pertenecientes al Segundo Grado obteniendo un nivel de significancia alto en la Totalidad de la Prueba y en los Factores de Sentimientos de Minusvalía, Sentimientos de Melancolía, Sentimientos de Satisfacción, y en el Factor Sentimientos de Decepción lo comparte con los sujetos de Tercer Grado, pero a un así el nivel de significancia es mas alto para los de Segundo Grado. Y en el Factor Síntomas Psicósomáticos no se encontró ninguna diferencia. Estos resultados están influidos por la edad que en el ámbito educativo mexicano esta muy definida, sin embargo se refiere al grado de estudios tal y como lo indican los datos de las investigaciones realizadas anteriormente sobre depresión, donde se llevo a las siguiente conclusión.

Axelrod Praes R. (1990) Al elaborar una Prueba para medir Depresión en sujetos Mexicanos, concluyo dos cosas importantes; la primera que a mayor nivel de escolaridad, mayor probabilidad de sentirse deprimido, y segunda que las mujeres adultas tienden más hacia la depresión. Y Comparando los resultados obtenidos por Axelrod y los obtenido en el trabajo que se presenta se encuentra que la sintomatología depresiva se empieza a manifestar en edades más tempranas, principalmente en los sujetos del sexo Femenino. Encontrando también que en el Segundo Grado de Educación Secundaria los niveles de Depresión son más altos, siendo estos resultados novedosos, dando pie para realizar investigaciones posteriores en sujetos de estas mismas edades

Con respecto al Tipo de Escuela no se encontró ninguna diferencia significativa ni en la Totalidad de la Prueba, ni en ninguno de los Factores que componen la misma. Esto puede deberse a que las instituciones educativas se encuentran localizadas dentro de la Delegación Política Magdalena Contreras, y el nivel socioeconómico es muy similar.

Con respecto al Factor Sentimientos de Satisfacción se obtienen medias altas, que comparado con los otros factores puede resultar ilógico, pero esto puede deberse a que el factor se basa en los sentimientos que tienen los adolescentes en función de los que le rodean, que es lo que los hace sentir mejor o satisfechos.

Esto contrasta con lo que nos dice Kolb (1989) la depresión en los adolescentes se produce como reacción ante la privación, la pérdida de una liga afectiva, y lo más frecuente es que se deba a relaciones familiares adversas; los adolescentes que la sufren, tienen aspecto triste o infeliz y suelen aislarse socialmente, y si se les pregunta hablan de que nadie los quiere ni los ama. Con frecuencia los chicos deprimidos tienen un concepto negativo de sí mismos.

Alfeld-Liro. y Sigelman (1998) al realizar un estudio con universitarios para conocer diferencias entre sexos con respecto a los síntomas depresivos y al concepto de si mismo durante la adaptación escolar en sujetos de 18 a 25 años, encontraron que las Mujeres tienden a presentar más síntomas que los Hombres, y el concepto de si mismo en las mujeres esta más devaluado, por lo que se encuentran similitudes con su trabajo y el realizado en esta investigación, con respecto a la sintomatología depresiva en las mujeres.

Con respecto a la estructura factorial se encontró lo siguiente. Mariño, Medina-Mora, Chaparro y Gonzáles- Forteza (1993).en la investigación Estructura Factorial del CES-D en una muestra de Adolescentes Mexicanos, obtuvieron tres factores: afecto negativo, síntomas somáticos y afecto positivo. Y se encuentra que se los factores son parecidos en cuanto al contenido temático, con los factores que se obtuvieron en la escala de depresión que se elaboro en este trabajo.

Cantwell y Baker. (1991) Encontraron que la sintomatología depresiva entre Pre-Adolescentes, Adolescentes y Adultos tiende a ser muy similar. Por lo que se sugiero basándome en este trabajo hacer un estudio comparativo entre Adolescentes y Adultos.

En 2001, Varela Macedo M. en la investigación "Estudio para la validación de un escala de Depresión en Estudiantes de Nivel Medio Superior". Al realizar un análisis factorial con rotación varimax, obtuvo tres factores principales, sin embargo el tercero se elimino porque quedó conformado por solo un reactivo que es ¿Ha disminuido su interés sexual?, al primer factor se le denominó Manifestaciones Emocionales de la Depresión y al segundo Manifestaciones Conductuales de la Depresión. Concluyendo que se encuentran similitudes referentes al contenido temático de los factores en la investigación de Varela Macedo y los resultantes de la investigación que se presenta, propongo que para investigaciones posteriores se tome en cuenta el investigar más a fondo en el aspecto de la sexualidad. Ya que el factor que se elimino en la investigación de Varela Macedo explica el 40% de la varianza total de la prueba.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

Dentro de los alcances de la Escala de Medición, se encontró que sirve para medir el síndrome depresivo en adolescentes, que los resultados que se obtuvieron son novedosos en cuanto que estos nos dicen que los síntomas depresivos se manifiestan a edades más tempranas y sobre todo en el sexo femenino.

Dentro de las limitantes están las restricciones que ponen las instituciones educativas para poder aplicar cualquier instrumento o programa de evaluación, los tramites que se tienen que hacer para conseguir estos permisos y el tiempo que tardan en contestar a la petición; por otra parte el apoyo económico para realizar investigaciones en proyectos de tesis es muy escaso o no existe.

Con respecto al instrumento las limitantes que se encontraron es que para investigaciones posteriores se debe utilizar la totalidad de la prueba ya que la estructura factorial de la prueba solo representa el 34.8% de la varianza total. Esto se puede deberse a la zona geográfica en el que fue aplicado. (Delegación Magdalena Contreras).

CONCLUSIONES.

Considerando los resultados obtenidos en las pruebas de consistencia interna y análisis factorial, se puede decir que la prueba es útil y apropiada para medir sintomatología depresiva en la población adolescente de 12 a 16 años; ya que se obtuvieron resultados confiables; también se recomienda realizar investigaciones posteriores donde el nivel de instrucción de los adolescentes sea a nivel primaria, que vivan en zonas rurales, o que vivan en otros estados del país, para así saber si el síndrome depresivo se manifiesta de igual manera en provincia que en la ciudad.

También se propone validar esta prueba en otro tipo de poblaciones Mujeres (que Trabajan, Amas de casa, Embarazadas, en etapa de Climaterio etc.) en Hombres (Jóvenes, con problemas de impotencia sexual, Jubilados) y en personas de la Tercera edad..

GLOSARIO

Adaptativa: Capacidad de una conducta para adaptarse.

Adolescencia: Periodo de la vida que sucede a la niñez y que transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el desarrollo completo del cuerpo.

Algías: Dolor, localizado.

Autocastigo: Reprenderse o castigarse uno mismo.

Autoimagen: La imagen que se tiene de uno mismo.

Automedición: Medirse o evaluarse uno mismo.

Autonegación: Negarse a uno mismo.

Autoreproche: Reprocharse a uno mismo.

Cancelable: Algo que puede ser anulado.

Consciencia: Propiedad del espíritu humano por el cual se reconoce en sus atributos esenciales y en sus modificaciones.

Depresión: Decaimiento del ánimo o de la voluntad.

Desubicación: No encontrar un lugar propio.

Endógena: Que se forma en el interior.

Espermatogenesis: Creación de espermatozoides.

Etiopatogénicos: Origen patológico de una enfermedad.

Filogenética: Cambios evolutivos de la especie.

Generatividad: Productividad. Que produce.

Gonadales: Glándulas productoras de los gametos o células sexuales.

Intelectualización: Buscar una explicación basándose en los conocimientos.

Internalizada: Interiorización de sentimientos.

Letargía: Estado de sopor, atontamiento.

Menarca: Aparición del primer periodo menstrual.

Ontogenético: Formación y desarrollo del individuo.

Parentales: Relación con los Parientes, especialmente con los padres.

Prevalcimiento: Que sobresale, se mantiene.

Prurito: Comezón.

Reivindicadora: Recuperar algo que se había perdido.

Sensopercepción: Percepción de los sentidos.

Tensional: Estado anímico de excitación o exaltación producido por la atención, la espera, la creación intelectual, etc.

Verbaliza: Que explica lo que le sucede o siente con palabras.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A y Knobel, M, (1982). La Adolescencia Normal. Editorial Piados. Buenos Aires Argentina.

Alfeld-Liro. Sigelman.C. (1998). Sex Differences in Self-Concept and Symptoms of Depression During the Transition to College. Journal of Youth and Adolescence. Vol.27 No.2

Axelrod, R, y Pick de Weiss, S. (1988) EDAM; Desarrollo y validación de una Escala de Depresión para Adolescentes, Psicología Social en México, Vol. 2 . 34- 45.

Axelrod.R. (1990). Una Alternativa para la Medición de la Depresión. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.

Baloz, A. (1986). Un Estudio exploratorio a través de la escala de Zung a pacientes de consulta externa e la facultad de Psicología, UNA M.

Beck. A, B., Ward, C, Mendelson, M, y Edrbaugh,J (1961) Aninventory of measuring depresión. Archives or General Psychiatry.

Blalock H.(1978) Estadística Social. Editorial. Fondo de Cultura Económica. México.

Bleichmar, H. (1980). La Depresión, un Estudio Psicoanalítico, Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.

Bloss, P. (1971) Psicoanálisis de la Adolescencia. Editorial Joaquín Mortis México.

Bloss. P. (1981) La transición Adolescente. Editorial Amorrortu. Argentina.

Calderón,G. (1987). Depresión: Causas, Manifestación y Tratamiento, México, Edirorial Trillas.

Cantwell, Baker. (1991). Manifestations of Depressive Affect in Adolescence. Journal of Youth and Adolescence, Vol. 20 N.2

Caplan, G., y Lebobici, S. (1973) Psicología Social de la Adolescencia, Buenos Aires, Paidós.

Casamadrid, J. (1986). La Mujer sus Síntomas y sus Actividades en la fase del Climaterio, tesis de Maestría, México, UNAM:

Coleman, J. (1980) Psicología de la Adolescencia, Madrid Editorial Morata.

Cuevas, P. (1988). Adolescencia, un Bache Generacional Psicoanálisis de la Juventud, Revista Información Científica y Tecnológica. Mayo. Vol. 10 Núm. 140. 9-18.

Díaz Guerrero. (1982) Psicología del Mexicano, México, Editorial Trillas.

Downie N.M. Heath R.W. (1973). Métodos Estadísticos Aplicados. Edt. Harper y Row Publishers Inc. México.

Dupont, M. (1976). El Desarrollo Humano, Siete estudios Psicoanalíticos, México, Editorial Joaquín Mortiz.

Ellis, A, y Abrahms, E. (1980) Terapia Racional Emotiva. México, Editorial Pax.

Erikson, E.H. (1985), El Ciclo Vital Completo Buenos Aires, Paidós.

Erikson, E.H (1974) Identidad, Juventud y Crisis. Editorial Paidós Buenos Aires Argentina.

Ey, H. (1978). Tratado de Psiquiatría. Fondo Editorial Toray – Masson España.

Fenichel, O. (1966). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Edt. Paidós Argentina.

Freud, S. (1915) Duelo y Melancolía, Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva España.

Girardi, I.C. y Díaz Loving, R. (1988) Modelo Teórico de Incapacidad Aprendida: Incontrolabilidad, Atribución y Depresión, Psicología Social en México. AMEPSI.

Girardi, I. (1988) Un Modelo de Incapacidad Aprendida para Adolescentes Mexicanos. Tesis Doctoral, México, UNAM.

Grigoriu-Serbanescu. (1991) The Use the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in Adolescents and Young Adults. Journal of Youth and Adolescence . Vol 20 N.2

Gold, M.S. (1988) Buenas Noticias sobre la Depresión en México. Javier Vergara Editores.

González.F.C. Mariño.M. Rojas.E. Mondragón. Medina-Mora.M. (1998) Intento de Suicidio en Estudiantes de la Ciudad de Pachuca. Hgo. y su relación con el Malestar Depresivo y el uso de Sustancias. Revista Mexicana de Psicología Vol. 15 N.2 165-175.

González. F. C. (1996). Factores Protectores y de Riesgo de Depresión e Intento de Suicidio en Adolescente. Tesis de Doctorado Facultad de Psicología UNAM.

Josselyn,I. (1973). El Adolescente y su Mundo. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Kennedy,W, y Wiesel,L. (1981). Somatics and Depression, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 90, 84 – 92.

Kerlinger, F. (1975) Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología, México Editorial Interamericana.

Kolb, L.(1989). Psiquiatría Clínica Moderna. Prensa Médica Mexicana. México.

Krauskopf,D. (1982). Adolescencia y Educación. Costa Rica, Universidad Estatal a Distancia.

Lara. H. Ramírez, L, y Lara L. (1976) Algunas Normas para la Medición de la Depresión Neurología, Neurocirugía Psiquiatría. 17 (1). 57 – 73.

La Rosa, J. (1986). Escalas de Locus de Control y Autoconcepto, Construcción y Validación Tesis Doctoral, México, UNAM.

Lehalle, H. (1990). Psicología de los Adolescentes. Colección Los Noventa Editorial Grijalbo. México.

Mariño. M. Medina-Mora M.E. Chaparro. J.J. Gonzáles.F.C (1993). Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en una muestra de Adolescentes Mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 10 N. 2 141- 145.

Mc.Guigan. F.J. Psicología Experimental: Métodos de Investigación. Edit. Prentice Hall. México.

Mendels. J. (1972). La Depresión Editorial Herder. Barcelona, España.

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:

Muss, R. (1984). Teorías de la Adolescencia. Editorial Paidós México.

Navarro R.A.M. (1995) Fantasías de Suicidio en Adolescentes Deprimidos y no Deprimidos. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.

Offer.D. Kaiz, M. (1998) Emotional Variables in Adolescence, and Their Stability and Contribution to the Mental Health of Adult Men: Implications for Early Intervention Strategies. Journal of Youth and Adolescence. Vol 27. N.6

Papalia. E.D. (1992). Desarrollo Humano. Editorial Mc. Graw – Hill. México.

Petersen, A. Sarigiani, P. (1991) Adolescent Depression: Why More Girls?. Journal of Youth and Adolescence Vol.20 N.2

Polaino-Lorente.A. (1985). La Depresión Editorial Martínez Roca, Barcelona España.

Ramírez. Y.J. (1988). Un Estudio Exploratorio sobre la Depresión en Adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Sarafino, E. (1988) Desarrollo del Niño y del Adolescente. Trillas. México.

Stanley, Lessee y Toolan J. (1978) La Depresión en los Niños y los Adolescentes. Psicología Social de la Adolescencia. Caplan.G. Levobci, S. Editorial Paidos Argentina.

Suárez, G.V. (1988) Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Swallow .S.R. Kuiper N.A. (1988) Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. Vol.8 pp. 77-100

Varela Macedo. M. (2001). Estudio para la validación de una escala de Depresión en Estudiantes de Nivel Medio Superior. Revista Sociedad de Ex Alumnos de La Facultad de Psicología. Facultad de Psicología U.N.A.M.

Warren, Haward. C. Diccionario de Psicología . Fondo de Cultura Económica. México.

ANEXO 1

**ESCALA PARA MEDIR DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS.
D-PEC**

EDAD _____ SEXO _____ GRADO _____

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de expresiones que la gente usa para describirse, lee cada una de ellas y marca el número que indique como te sientes generalmente. No hay contestaciones buenas o malas.

1.- NUNCA

2.- ALGUNAS VECES

3.- FRECUENTEMENTE

4.- SIEMPRE

1.- Me siento triste	1	2	3	4
2.- Siento ganas de llorar	1	2	3	4
3.- Me siento amado	1	2	3	4
4.- Me siento fracasado	1	2	3	4
5.- Me duele la cabeza	1	2	3	4
6.- Me siento melancólico	1	2	3	4
7.- Me siento incomprendido	1	2	3	4
8.- Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
9.- Me siento satisfecho	1	2	3	4
10.- Pierdo el apetito	1	2	3	4
11.- Me canso rápidamente	1	2	3	4
12.- Soy feliz	1	2	3	4
13.- Me dan ganas de vomitar	1	2	3	4
14.- Me siento angustiado	1	2	3	4
15.- Tengo problemas	1	2	3	4
16.- Me siento ansioso	1	2	3	4

17.- Me siento nervioso	1	2	3	4
18.- Ingiero bebidas alcohólicas	1	2	3	4
19.- Me enoja con facilidad	1	2	3	4
20.- Me siento agitado	1	2	3	4
21.- Me siento apunto de explotar	1	2	3	4
22.- Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
23.- Pienso en la Muerte	1	2	3	4
24.- Tengo miedo	1	2	3	4
25.- Tengo insomnio	1	2	3	4
26.- Siento dolor en el pecho	1	2	3	4
27.- Tengo la boca seca	1	2	3	4
28.- La gente me decepciona	1	2	3	4
29.- Pierdo el interés en las cosas o actividades	1	2	3	4
30.- Me mareo	1	2	3	4
31.- Olvido las cosas que tengo que hacer	1	2	3	4
32.- Me siento solo	1	2	3	4
33.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
34.- Estoy estreñado	1	2	3	4
35.- Siento la respiración agitada	1	2	3	4
36.- Me siento confundido	1	2	3	4
37.- Pierdo la concentración	1	2	3	4
38.- Reprimo mis sentimientos o pensamientos	1	2	3	4

39.- Me siento contrariado	1	2	3	4
40.- Siento que las cosas malas solo me suceden a mi	1	2	3	4
41.- Siento que nada me satisface	1	2	3	4
42.- Tengo diarrea	1	2	3	4
43.- Sufro de náuseas	1	2	3	4
44.- Me siento culpable	1	2	3	4
45.- Me salen ronchas en el cuerpo	1	2	3	4
46.- Siento que no valgo nada	1	2	3	4
47.- Mi rendimiento escolar es buena	1	2	3	4
48.- Me distraigo de mis actividades	1	2	3	4
49.- Pienso que la vida no tiene sentido	1	2	3	4
50.- Tengo mal sabor de boca	1	2	3	4
51.- Me sudan las manos	1	2	3	4
52.- Siento palpitaciones	1	2	3	4
53.- Estoy irritable	1	2	3	4
54.- Me preocupo por todo	1	2	3	4
55.- Siento temor	1	2	3	4
56.- Me siento pesimista	1	2	3	4
57.- Duermo mal	1	2	3	4
58.- Siento deseos de morirme	1	2	3	4
59.- Siento que todo me molesta	1	2	3	4
60.- Le causo problemas a los demás	1	2	3	4

61.- Me siento abandonado	1	2	3	4
62.- Siento que los demás se aprovechan de mi	1	2	3	4
63.- Tengo mal aliento	1	2	3	4
64.- Noto que se me cae el cabello	1	2	3	4
65.- Me siento fracasado	1	2	3	4
66.- Me da comezón en el cuerpo sin razón	1	2	3	4
67.- Mi rendimiento en la escuela y la casa es malo	1	2	3	4
68.- Me duele la nuca	1	2	3	4
69.- Siento que he perdido peso	1	2	3	4
70.- Me siento confundido	1	2	3	4
71.- Me siento sensible	1	2	3	4
72.- Me siento desganado	1	2	3	4
73.- Cuando estoy con mis amigos me siento feliz	1	2	3	4
74.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
75.- Siento que he ganado peso	1	2	3	4
76.- Tengo mucho apetito	1	2	3	4
77.- Me siento feliz cuando estoy con mi familia	1	2	3	4
78.- Mis relaciones sentimentales son un fracaso	1	2	3	4
79.- Cuando estoy en la escuela me siento feliz y satisfecho	1	2	3	4
80.- Soy paciente	1	2	3	4
81.- Me siento fastidiado	1	2	3	4
82.- Me siento motivado	1	2	3	4

83.- Siento que estoy fallando	1	2	3	4
84.- Me siento mediocre	1	2	3	4
85.- Me siento marginado	1	2	3	4
86.- Cuando estoy con mi familia me siento triste y solo	1	2	3	4
87.- Mi pareja me quiere mucho	1	2	3	4
88.- Me preocupa mi aspecto fisico	1	2	3	4
89.- Me siento desafortunado	1	2	3	4
90.- Me siento muy atractivo (a)	1	2	3	4
91.- Soy vulnerable	1	2	3	4
92.- Me siento adolorido	1	2	3	4
93.- Me siento abandonado	1	2	3	4
94.- Me siento satisfecho	1	2	3	4
95.- Mi pareja esta conmigo por lastima	1	2	3	4
96.- Siento que no merezco las cosas buenas que me pasan	1	2	3	4
97.- Estoy animado	1	2	3	4
98.- Me siento muy dependiente	1	2	3	4
99.- Siento que nada vale la pena	1	2	3	4
100.- Siento que soy una persona valiosa	1	2	3	4