



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*EFFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN LOS
PROCESOS DE ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LOURDES GUILLERMINA CRUZ GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. PATRICIA MERAZ RÍOS

**COMITÉ DE TESIS: LIC. JOSÉ LUIS REYES GONZÁLEZ
MTRA. MARÍA MARTINA JURADO BAIZABAL
MTRA. VERÓNICA ALCALÁ HERRERA
DR. JULIO ESPINOSA RODRÍGUEZ**



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D. F.

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por darme el privilegio de haber estudiado en sus aulas, así como de mi formación académica, lo que hace sentirme orgullosamente universitaria.

Agradezco profundamente a la Mtra. Verónica Alcalá Herrera, por darme la oportunidad y el apoyo para iniciar este proyecto, pero sin duda alguna por su motivación constante en esos momentos de flaqueza.

Un reconocimiento más que especial a la Mtra. Patricia Meraz Ríos, por ese voto de confianza, al ser mi guía paciente y por su increíble disposición y dedicación para revisar, corregir y comentar este manuscrito.

Agradezco infinitamente a cada uno de los integrantes de mi comité académico a la Mtra. María Martina Jurado Baizabal, al Dr. Julio Espinosa Rodríguez y al Lic. José Luís Reyes González, que participaron con sus valiosas y oportunas observaciones y sugerencias, con lo cual enriquecieron el presente trabajo; por su gran ayuda y buena voluntad, mi reconocimiento.

Agradezco a mi Padre, por demostrarme su fortaleza, constancia y el amor al trabajo, ejemplo que guía mi vida; a mi Madre, su confianza y apoyo permanente, y a mis hermanos por su singular ayuda.

Agradezco a mi gran amigo, confidente y cómplice, que de la mano me acompaña en la realización de mis sueños y por compartirme su tiempo, conocimientos y sabios consejos, eternamente mi admiración, cariño y respeto.

A mis hijos Mayari y Gabriel mi amor incondicional, a Rubencito gracias por ser ese angelito que da luz a nuestras vidas.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1: ADOLESCENCIA.....	5
CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.....	5
PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	7
• Cambios Puberales.....	7
ASPECTOS FÍSICOS.....	9
• Crecimiento Físico.....	9
• Cambios Fisiológicos.....	9
• Desarrollo de las Glándulas.....	10
• Cambios en el Interior del Cuerpo.....	12
ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	13
• Latencia.....	14
• Preadolescencia.....	14
• Adolescencia Temprana.....	14
• Adolescencia Propiamente dicha.....	15
• Adolescencia Tardía.....	15
• Postadolescencia.....	15
EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA.....	16
• Identidad.....	17
• Sexualidad.....	17
• Desarrollo social.....	19
• Desarrollo intelectual.....	25
CAPÍTULO 2: DEPRESIÓN.....	29
ANTECEDENTES.....	29
DEFINICIÓN.....	32
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN.....	33
CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.....	36
CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	36
• Depresiones Endógenas y Reactivas.....	37
• Depresiones Psicóticas y Neuróticas.....	37
• Depresiones Autónomas y Reactiva.....	38
• Depresiones Primarias y Secundarias.....	38
• Depresiones Unipolares y Bipolares.....	39
• Depresión Mayor o Depresión Severa.....	39
• Trastorno Unipolar.....	40
• Trastorno Bipolar o Depresión Maníaco-depresiva.....	40
• Trastorno Ciclotímico.....	41
• Depresión Crónica; Distimia o Depresión leve.....	41
• Depresión Ansiosa o Atípica.....	41
• Trastorno Afectivo Estacional SAD.....	41

• Trastorno Disfórico Premenstrual PDD.....	42
CLASIFICACIÓN ACTUAL.....	42
MODELOS DE LA DEPRESIÓN.....	44
• Teoría Psicoanalítica.....	44
• Teoría de la Desesperanza Aprendida.....	45
• Modelo Cognitivo de Beck.....	45
• Los Modelos Bioquímicos.....	52
DEPRESIÓN ADOLESCENTE.....	53
CAPITULO 3: ATENCIÓN.....	58
ANTECEDENTES.....	58
• Enfoque Estructuralista.....	58
• Conductismo y Primera Década del Siglo XX.....	59
• Psicología Cognitiva.....	59
MODELOS TEÓRICOS.....	59
• Los Modelos de Filtro.....	59
• Modelos de Recursos Atencionales.....	60
• Modelos de Automaticidad.....	61
• Modelos de Control Atencional.....	62
DEFINICIÓN.....	63
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ATENCIÓN COMO PROCESO PSICOLÓGICO.....	65
CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA ATENCIÓN.....	67
• Selectividad.....	67
• Volumen.....	68
• Ciclicidad.....	69
• Dirección.....	69
• Intensidad.....	69
• Estabilidad.....	70
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN.....	71
MANIFESTACIONES DE LA ATENCIÓN.....	72
• Actividades Fisiológicas.....	72
• Actividades Motoras.....	72
• Actividades Cognitivas.....	73
• Experiencia Subjetiva.....	74
FACTORES DETERMINANTES DE LA ATENCIÓN.....	74
• Características Físicas de los Objetos.....	74
• Nivel de Activación Fisiológica.....	75
• Motivación, Intereses y Expectativas.....	76
• Estados Transitorios.....	76
TIPOS DE ATENCIÓN.....	77
DISFUNCIONES ATENCIONALES.....	79
ALGUNAS INVESTIGACIONES DE LA ATENCIÓN.....	81
EL PROCESO DE LA ATENCIÓN DENTRO DEL AULA.....	83
• Evaluación Psicológica.....	84

• Evaluación Conductual.....	84
• Evaluación Cognitiva.....	84
CAPITULO 4: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y DE LA PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCIÓN DE TOULOUSE-PIÉRON.....	85
INTRODUCCIÓN.....	85
1. INVENTARIO DE DEPRESION DE AARON T. BECK.....	86
ANTECEDENTES.....	86
CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS.....	88
• Estabilidad.....	88
• Validez.....	88
CALIFICACION DE LA PRUEBA.....	89
2.- PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCION DE TOULOUSE-PIERÓN.....	90
ANTECEDENTES.....	90
INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN.....	90
CALIFICACION DE LA PRUEBA.....	91
NORMAS INTERPRETATIVAS.....	92
CAPITULO 5: MÉTODO.....	94
• Planteamiento del Problema.....	94
• Objetivo General.....	94
• Hipótesis.....	94
• Variables.....	95
• Sujetos.....	95
• Tipo de Estudio.....	95
• Instrumentos.....	95
• Procedimiento.....	95
CAPITULO 6: RESULTADOS.....	97
DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS.....	97
GRADOS DE DEPRESIÓN.....	98
NIVELES DE ATENCIÓN.....	100
RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN Y GRADOS DE DEPRESIÓN.....	102
DIFERENCIA DE MEDIAS.....	104
DIFERENCIAS ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ATENCIÓN.....	104
CAPITULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	106
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	109
ANEXOS	112
ANEXO 1 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB)	112
ANEXO 2 PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCIÓN (PT).....	115
PLANTILLA DE CALIFICACIÓN.....	118
BIBLIOGRAFIA	119

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue investigar el efecto de la depresión sobre los procesos de atención y concentración en adolescentes estudiantes de nivel bachillerato. La muestra estuvo constituida por 277 participantes de entre 15 y 19 años de edad, que cursaban el cuarto grado de una preparatoria pública. Para detectar a la variable depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y, para conocer los niveles de atención y concentración, se utilizó la Prueba Perceptiva y de Atención de E. Toulouse-Piéron (TP). Con el fin de encontrar la relación de estas variables, se realizaron tres aplicaciones: la primera al inicio del año durante la semana de exámenes para calificar el primer periodo escolar; la segunda, a mitad de curso, periodo sin exámenes y sin presiones para entregar trabajos; por último, la tercera aplicación se realizó en la semana de exámenes del último periodo escolar y entrega de calificaciones finales. Para los resultados del análisis estadístico se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, encontrando en la primera aplicación, un coeficiente $r = -0.65$ ($p = 0.000$); en la segunda fue de $r = -0.69$ ($p = 0.000$) y, para la tercera el coeficiente obtenido fue $r = -0.75$ ($p = 0.000$). Los tres coeficientes muestran que estas dos variables mantienen una relación alta estadísticamente significativa y que son inversamente proporcionales, que indican que los estados de ánimo como pesimismo, inseguridad, tristeza y fatiga, son factores causantes de un bajo nivel de atención y concentración cuando se realizan tareas que requieren de este proceso cognitivo.

INTRODUCCIÓN

Cuando el ser humano pasa de la etapa de la infancia hasta la adolescencia, se desarrolla en plenitud el proceso atencional, reflejando un gran número de mecanismos distintos que están asociados con diferencias individuales significativos (Cohen, 1993).

Arieti y Bemporad (1993) refieren que la adolescencia es un periodo turbulento de inestabilidad emocional debido a los diferentes cambios tanto físicos como psicológicos, además que nuestra cultura impone fuertes tensiones por ejemplo la exigencia de triunfos sociales y académicos, lo cual sin duda le ocasionará un cuadro depresivo al adolescente.

El Instituto Nacional de Estadística (INEGI, 2000) en su informe menciona que la población adolescente en México es de 9 992.135 de entre 15 y 19 años de edad, con una tasa anual de suicidio del 5.7% debido a la presencia de la depresión, ocupando el cuarto problema de causa de muerte en nuestro país.

Investigaciones realizadas por De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo. (1997) del Instituto Nacional de Psiquiatría, encontraron que el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, son las enfermedades que más se han relacionado con el bajo aprovechamiento académico de los adolescentes.

Navarro (1990) refiere que Breslow y cols. (1982) realizaron un estudio basado en tareas de memoria, dichas pruebas fueron aplicadas entre personas deprimidas graves y no deprimidas; encontrando que las distintas funciones de la memoria se afectan por la depresión, esto sugiere que en los deprimidos hay un defecto en los mecanismos de la atención y el estado de alerta, por lo que su rendimiento intelectual está disminuido a causa de alteraciones de las funciones emocionales, motivacionales y psicomotoras

Estudios más recientes han reportado que el 92% de los adolescentes deprimidos manifiestan un decremento en su desempeño escolar y social (Martínez, 2003).

Por tal motivo, este estudio desea aportar y precisar como la depresión es una variable que influye en el proceso de atención en los adolescentes. Se considera que en esta etapa de la vida el proceso de aprendizaje está muy relacionada al proceso de atención. Los alumnos que tienen problemas de escasa concentración y que son lentos a la hora de desplazar su atención de un lugar a otro suelen tener mayores dificultades en el proceso de aprendizaje de la lectura (Katz y Deutsch 1973; cit. por García, 1997).

En el presente estudio se hace una revisión de las aproximaciones teóricas de la depresión, de los procesos atencionales, ubicando aquellas investigaciones más recientes sobre la temática intentando establecer su relación entre estos aspectos.

También se hace una exposición de las características de los adolescentes entre 15 y 19 años dentro del marco biosicosocial y escolar.

En general de acuerdo a la bibliografía revisada, existen contados trabajos que se refieren a estas dos variables como es la depresión y el proceso de atención en esta población; en base a lo anterior se plantea el siguiente objetivo de estudio: Establecer los efectos de la depresión en los procesos de atención del adolescente de nivel bachillerato.

Para este estudio se inicia en el primer capítulo con el tema de la adolescencia, refiriéndose a las etapas de desarrollo, sus cambios físicos, psicológicos, la formación de su identidad, su desarrollo social así como la influencia familiar para el desarrollo de hábitos, y por último se menciona el desarrollo intelectual desde un enfoque piagetiano como llega al pensamiento lógico formal, a los esquemas combinatorios, etc., así como ciertas combinaciones que requieren un nivel de abstracción más elevado y finalmente el desarrollo en plenitud de los procesos mentales superiores dentro de la cual se incluye el proceso de la atención y concentración imprescindible para un buen desempeño académico, sin dejar a un lado el estado emocional del adolescente.

El segundo capítulo aborda a la depresión de manera general, sus antecedentes así como autores de vanguardia que la han estudiado, las características clínicas de esta enfermedad, las causas, su clasificación, modelos teóricos, es decir, corrientes que la han estudiado de manera particular; dándole mayor énfasis al enfoque cognitivo-conductual representado por Aarón T. Beck. Se termina este capítulo con un bosquejo de la depresión en el adolescente.

En el tercer capítulo se hace un breve estudio acerca de los procesos de la atención, citando brevemente su historia, los conceptos, sus modelos teóricos, sus características particulares y generales, su desarrollo, manifestaciones, así como los factores que determinan este proceso, los tipos de atención, y por último las disfunciones atencionales, mencionando conductas de falta de atención, la hiperconcentración, la falta de concentración y la distrabilidad, dentro del marco escolar.

Para el cuarto capítulo se hace una descripción de los instrumentos de medición utilizados en el presente estudio, para medir la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Aarón T. Beck (IDB); y para calificar el proceso de la atención se apoya en la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse, H. Piéron (TP)

Se plantea la metodología de este trabajo en el quinto capítulo, indicando el objetivo y la hipótesis de esta investigación, las características de la muestra, variables y el procedimiento que se llevo a cabo.

Finalmente se dan a conocer los resultados obtenidos estadísticamente, así como su discusión y las conclusiones al final de este estudio. Se incluye la bibliografía utilizada y los anexos que refieren principalmente a los instrumentos y plantilla de calificación.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

A lo largo de su vida, el ser humano experimenta transformaciones que dan lugar a un proceso de crecimiento y rectificación, conocido como desarrollo psicológico, en el que se presentan modificaciones tanto físicas, conductuales y psíquicas con características particulares. Este desarrollo, para su estudio se ha dividido en etapas que permiten distinguirlas entre sí. Kolb (1977) menciona que para hacer un estudio y análisis descriptivo de estas etapas de desarrollo es útil dividir el crecimiento en: lactancia, niñez, adolescencia, edad adulta y senectud. Sin embargo, estas divisiones son arbitrarias y se debe tener en cuenta que estas etapas se funden una en otra de manera gradual, es decir, no hay divisiones reales.

La adolescencia constituye un momento esencial del desarrollo psicológico porque el individuo adquiere autonomía personal con base en el descubrimiento de sí mismo y aceptación de los demás permitiéndole llegar a la madurez biológica y psicosocial. En este sentido, etimológicamente el vocablo adolescencia proviene del verbo latino: “adoleceré” cuyo significado es crecer, madurar, llegar a la maduración (Hurlock, 1994), lo cual incluye todos los aspectos de la personalidad.

La adolescencia es la fase de transición entre la infancia y la edad adulta. Resulta difícil marcar cronológicamente los límites de la adolescencia, aunque es posible señalar que se inicia con las transformaciones fisiológicas propias del crecimiento físico alrededor de los 11 ó 12 años y finaliza a los 19 o iniciados los 20 años; dicha duración puede verse afectada por variaciones individuales y culturales.

Desde el punto de vista intelectual, la madurez se logra cuando la persona posee la capacidad de pensamiento abstracto. En términos sociales, se llega a la madurez cuando un individuo se sostiene a sí mismo, ha elegido una ocupación y un estilo de vida familiar. Desde el punto de vista legal, al cumplir los 18 años ya se pueden ejercer los derechos constitucionales. La madurez psicológicamente se obtiene cuando se logra una identidad propia, se adquiere independencia afectiva de los padres, se desarrolla un sistema de valores y se tiene capacidad para establecer relaciones comprometidas, responsables con amistad y amor (Papalia, 2005).

Schopen (Carneiro, 1960, pág. 26) revisó investigaciones hechas en varios países y, luchando por unificar a la Psicología y a la Fisiología, la Higiene Mental y Física, la alimentación y el deporte, refiere que esta etapa de desarrollo “es la lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia”.

Para Spranger (1967), apoyado en sus estudios longitudinales con niños y niñas de 5 hasta los 16 años y, teniendo como objetivo descubrir las evoluciones de las estructuras, capas de la conciencia y procesos graduales, concluye que el adolescente no se da cuenta ni vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos y, por lo tanto, no se comprenden a sí mismos, ya que no tienen idea de su crisis y de sus evoluciones.

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) analizando algunas de las investigaciones de Flavell, Stevenson, Kendler, entre otros, realizadas con adolescentes, refieren que los teóricos suelen estudiarla desde dos perspectivas, Para algunos de ellos, es una etapa de transición en la que el individuo experimenta angustia al encontrarse en la línea divisoria de seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto. Para otros, es una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás y la consideran como un período de transición entre la niñez y la adultez.

Apoyando lo antes mencionado, Fernández (1991) agrega que es como aquel individuo que deja atrás la fase de su infancia asumiendo su propio proceso de independencia, trazando o proyectando los caminos de su futuro, a través del descubrimiento de nuevos intereses, diferentes identificaciones, desarrollando nuevas actitudes y capacidades, nuevos gustos y nuevas metas. Desde un nivel sociopsicológico, representa el tránsito de un ánimo en reposo hacia una situación tumultuosa, sobre todo en lo que se refiere a:

- a) impulsos interiores, deseos, aspiraciones, estados de ánimo y humor
- b) a una escala de valores, a los conceptos éticos y a la conducta
- c) a la valoración del pasado y a sus perspectivas

Este cúmulo de sentimientos y emociones llevan al joven a una crisis humana existencial, amplia, profunda y lacerante, capaz de hacer tambalear el proceso de formación de la propia personalidad, pero sin llegar a generalizar ya que en cada uno de los jóvenes se da un proceso propio e individual de evolución y que, además, pasa por una renovación dinámica de sus sentimientos y percepciones despertándose el amor, los impulsos y las pasiones (Fernández, op. cit.).

De lo anterior, se deduce que hay acuerdo entre las definiciones de los autores ya mencionados, en el sentido de que durante la adolescencia se sufren cambios profundos en el organismo total, se desenvuelve una estructura corporal, la cual modifica varios procesos fisiológicos, químicos y hasta espirituales y se orientan hacia una vida adulta inmersa en una maduración; sin embargo, en sentido estricto, no es sólo una maduración sino diferentes maduraciones tanto físicas, fisiológicos, emocionales, mentales, morales, sociales y educacionales.

Pero, es necesario enfatizar que ni un mismo individuo madura armoniosamente en todos los órganos ni en todas sus funciones, por lo que no se puede saber con certeza una edad cronológica para el inicio de esta etapa (Macías-Valadez, 2000).

De esta manera, aunque convencionalmente se establece el inicio de esta etapa de desarrollo en las edades que ya han sido mencionadas, Lefrancois (1981) considera que este período de vida inicia alrededor de los 11 y los 12 años y termina justo antes de los 20 años, mientras que, Papalia (op. cit.) establece a este periodo entre la infancia y la edad adulta, durante el cual el individuo aprende las habilidades necesarias para sobrevivir como adulto y considera que es una fase del desarrollo que se inicia en la pubertad, siendo determinada más social que biológicamente.

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Son términos que se utilizan de manera indistinta, a pesar de que su significado no es el mismo. Para establecer la distinción entre ellos es de utilidad considerar lo expuesto por Blos (1971) quien define a la pubertad como el conjunto de manifestaciones físicas de la maduración y a la adolescencia como el conjunto de procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. De esta forma, es posible afirmar que la pubertad es el proceso de maduración biológica y la adolescencia el proceso de maduración integral del individuo.

Cambios Puberales

Los cambios físicos se producen a todo lo largo de los años adolescentes, pero la mayoría adviene al fin de la infancia y a principios de la adolescencia. Esta etapa es a la que conocemos como la “fase de la pubertad”. La palabra “pubertad” proviene del latín *puberitas*, que significa “edad de la virilidad” y se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar. La expresión “fase” sugiere que la transición desde la infancia a la adultez es relativamente rápida. Hurlock (op. cit.) agrega que aún cuando la pubertad es un período relativamente breve dentro de todo el ciclo vital y es sólo una parte de la adolescencia, se la divide en tres etapas con sus características particulares cada una:

- **Prepubescente:** etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora.
- **Pubescente:** etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales.

- **Postpubecente:** etapa en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas.

Debido a la variabilidad del inicio de esta etapa, se ha llevado a cabo, y por ser más confiable, el uso de la evaluación del desarrollo óseo por medio de los rayos X. Los estudios revelan que el desarrollo genital siempre se produce en determinado punto del desarrollo óseo del individuo. El examen por rayos X de los huesos largos de manos y rodillas, practicado en distintos momentos de la explosión de crecimiento preadolescente, hace posible determinar con precisión cuando comienza la pubertad y en que proporción progresa. Los indicadores óseos de la madurez son los cambios sucesivos en el perfil de las zonas terminales de las diáfisis y en el contorno de los centros de osificación de la epífisis.

Hurlock (op. cit.) señala que los factores que influyen en la edad de maduración sexual son:

- **Herencia.** La edad de maduración “se proyecta en la familia”. Por ejemplo, las muchachas tienen su primera menstruación casi a la misma edad que sus madres y hermanas.
- **Inteligencia.** Los niños de inteligencia superior maduran sexualmente un poco antes que aquellos cuyo índice intelectual corresponde al término medio o es inferior a este.
- **Salud.** La buena salud, debida a un adecuado cuidado prenatal, deriva una maduración más temprana.
- **Nutrición.** Una dieta en la que predominan los carbohidratos durante la infancia conduce, por lo general, a una maduración tardía; en tanto que, una dieta compuesta mayormente por proteínas da por resultado una maduración precoz.
- **Status socioeconómico de la familia.** Cuanto mejor es el medio socioeconómico, mayores son las posibilidades de una maduración temprana. Como consecuencia de una atención médica deficiente y de una nutrición por debajo de lo normal, los niños criados en ambientes socioeconómicos deficitarios maduran a menudo más tarde, tal como sucede con los provenientes de medios rurales.
- **Tamaño del cuerpo.** Los niños más altos y más gruesos que sus compañeros de la misma edad alcanzan antes la madurez sexual.
- **Conformación corporal.** Los niños con cuerpos de tipo femenino (caderas anchas y piernas cortas) tienden a una maduración precoz; a la inversa, los

de conformación masculina (hombros anchos y piernas largas) tienden a la maduración tardía.

ASPECTOS FÍSICOS

Crecimiento Físico

Las transformaciones fisiológicas y morfológicas que se producen en la adolescencia constituyen sin lugar a duda uno de los acontecimientos más importantes de este período de desarrollo. La pubertad es considerada a veces como señal del inicio de la adolescencia. Por otra parte, dichas transformaciones corporales, suscitan evidentemente, un ajuste psicológico y, es por ello que, se ha supuesto la existencia necesaria de una perturbación de la propia imagen durante la adolescencia. En consecuencia, la pubertad constituye un factor causal frecuentemente invocado, directa o indirectamente, para explicar la evolución psicológica de la adolescencia (Lehalle, 1990).

Uno de los primeros signos puberales es el crecimiento repentino, el llamado “estirón”, que no es más que un aumento notorio en el peso y en la talla, que ocurre generalmente entre los 9 y 13 años en las niñas y en los niños entre los 10 y 16 años (Gross, 1996). Antes del estirón, es común que los niños sean un poco más bajos y menos fuertes que las niñas, el crecimiento de ellos es posterior al de ellas pero con mayor duración, por lo que pasado el tiempo generalmente los papeles se invierten y son los niños los de mayor talla y peso. Los hombres crecen 12 centímetros al año, frente a los 8 centímetros de las mujeres.

Cambios Fisiológicos

La maduración es la época de la vida en la cual se da la máxima diferencia desde el estado prenatal. Es el momento en que la persona madura sexualmente y es capaz de reproducirse. Se caracteriza por el desarrollo de las funciones genitales; para las niñas, la menarquia, el comienzo de la menstruación señala el establecimiento de la maduración sexual. La primera polución, presencia de semen en la orina masculina, indica la maduración sexual en los varones.

También ocurren cambios en las características sexuales primarias y secundarias, considerando variaciones individuales. Las transformaciones de las características sexuales primarias son aquellas relacionadas directamente con los órganos sexuales, tales como: el aumento gradual del tamaño de los ovarios, el útero y la vagina femeninos; y los testículos, la glándula prostática y las vesículas seminales masculinas. Así como el funcionamiento de los mismos, producción de espermatozoides en varones y maduración de óvulos en mujeres.

Papalia (op. cit.) señala que el desarrollo de las características sexuales secundarias incluye otros signos fisiológicos de la maduración, entre los que menciona:

- Desarrollo de los senos en las niñas, los pezones se agrandan y sobresalen; las areolas también crecen y los senos toman primero una forma cónica para después adquirir una redondeada.
- Crecimiento del vello tanto en la región púbica como axilar de ambos sexos. En la región púbica comienza a crecer vello liso, fino, ligeramente más oscuro que el del resto del cuerpo, tiempo después se torna grueso y rizado. En los varones, el vello facial aparece más tarde, generalmente el vello en el pecho asoma al final de la adolescencia.
- Cambios en la piel, se incrementa la actividad de las glándulas sebáceas por lo que la piel se torna más grasosa y son frecuentes las erupciones de barros y espinillas, también el cabello se hace más graso. Las glándulas sudoríparas trabajan más, haciendo que el olor corporal sea más fuerte.
- Cambios en la voz de ambos sexos, tornándose más grave en niños y más aguda en niñas.
- Modificación general de la constitución física, hombres y mujeres se desarrollan en forma diferentes, la distribución del tejido graso es distinta: ensanchamiento de caderas en ellas, aumento en la región pélvica (truncos rectangulares) y desarrollo muscular en espalda y hombros en ellos (desarrollo de troncillos trapezoidales). El desarrollo pélvico en ellas se inicia antes que cualquier otro rasgo morfológico adolescente. Hay una diferente predistribución que en esta etapa sufre la composición corporal. Los varones se vuelven más delgados y angulosos y aumenta su masa muscular de manera notoria, lo que da por resultado que cada sexo logre una particular conformación corporal,

Desarrollo de las Glándulas

La maduración sexual proviene de la estrecha relación entre la glándula pituitaria, ubicada en la base del cerebro y, las gónadas o glándulas sexuales (Hurlock, op. cit.).

Función de la glándula pituitaria: El lóbulo anterior de la glándula pituitaria produce dos hormonas que se relacionan directamente con el desarrollo de la pubertad. Se trata de la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo (en especial de los miembros) y la hormona gonadotrópica, que cuando actúa sobre las gónadas las estimula a una mayor actividad. Poco antes de la pubertad se produce un aumento gradual de la hormona gonadotrópica y, al mismo tiempo, las gónadas se hacen más sensibles a esta hormona. La combinación de estas dos condiciones marca el comienzo de la pubertad.

Función de las gónadas: Las gónadas, glándulas endocrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales, son las glándulas sexuales. Las gónadas femeninas son los ovarios y las masculinas los testículos. Un poco antes de la pubertad, la hormona gonadotrópica de la glándula pituitaria se produce en cantidad suficiente para ocasionar el crecimiento de las gónadas inmaduras y su transformación en ovarios y testículos maduros. Junto con este desarrollo sobreviene la producción de células germinales y de hormonas que dan lugar a cambios sexuales que consisten en el crecimiento y desarrollo de los órganos genitales.

Al desarrollarse los ovarios, su función primordial es la de producir células germinales llamadas óvulos que dan lugar a la perpetuidad de la especie. Al mismo tiempo se producen otras modificaciones en los otros órganos de la reproducción, como el desarrollo del útero, de las Trompas de Falopio y de la vagina. Junto a estos cambios aparece la hemorragia menstrual cíclica o menstruación.

Las gónadas masculinas o testículos, reciben de la hormona gonadotrópica el estímulo para su desarrollo en la pubertad. Los testículos tienen una función doble. Producen “espermatozoides” (células sexuales) necesarios para la reproducción y generan una o más hormonas que controlan los ajustes físicos y psicológicos requeridos para llevar a cabo la función reproductora. El ajuste físico comprende el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como también el posterior desarrollo de los testículos mismos, de la próstata, de las vesículas seminales y del pene.

Interacción de las gónadas y la pituitaria: Después de que las hormonas sexuales gonádicas son estimuladas por las hormonas de la glándula pituitaria, aquéllas actúan a su vez sobre ésta y dan lugar a una reducción gradual en la cantidad o en la eficacia de la hormona del crecimiento. Las hormonas sexuales gonádicas detienen eventualmente la acción de la hormona del crecimiento. Cuando no ha sido suficiente la cantidad de esta hormona al final de la infancia y principio de la pubertad, el crecimiento del adolescente se retarda, con la consecuencia de que su estatura será inferior a la del término medio, pero, si al contrario, se demora la producción de hormonas gonádicas en las cantidades adecuadas, el crecimiento del individuo continúa durante más tiempo, ocasionando que su cuerpo (sus miembros en particular) adquiera grandes proporciones.

Funcionamiento glandular anormal. Se origina un retraso en la pubertad, al haber una reserva insuficiente de hormonas gonádicas, e impide el desarrollo normal de los órganos sexuales y de los aspectos sexuales secundarios. Cuando la pubertad se demora, las características sexuales secundarias de las niñas son normales, pero el útero es pequeño y subdesarrollado. Los hombres adolescentes presentan una apariencia algo afeminada, en tanto que, las mujeres tienden a ser un tanto masculinas en sus rasgos y maneras. Por lo general, tienen un aspecto infantil y muchas

veces parecen inmaduros. La pubertad acelerada o “pubertad praecox” se debe a una previsión excesiva de hormona gonadotrópica durante los primeros años de la infancia, esto afecta las gónadas y el joven madura demasiado pronto.

Cambios en el Interior del Cuerpo

El crecimiento interno no es tan evidente como el externo, pero no es menos notable. Está estrechamente relacionado con el aumento de estatura y de peso y, como el crecimiento externo, es asincrónico, o sea que diferentes órganos alcanzan su crecimiento máximo en distintas edades, debido a esto la adolescencia se caracteriza por un aumento de la inestabilidad fisiológica (Hurlock, op. cit.).

Esta misma autora, menciona que durante la pubertad, los órganos del aparato digestivo casi alcanzan su tamaño y forma maduros. El estómago se hace más largo y menos tubular, incrementándose así su capacidad. Crece el diámetro y la longitud de los intestinos, y los músculos lisos del estómago y de las paredes intestinales se hacen más gruesos y más fuertes. El esófago se alarga y el hígado aumenta de peso.

En el aparato circulatorio se produce el aumento del tamaño del corazón y también de la longitud y grosor de las paredes de los vasos sanguíneos. El corazón crece con tanta rapidez que a los 17 ò a los 18 años es doce veces más pesado que en el nacimiento. Por el contrario, el aumento de tamaño de venas y arterias es de sólo el 15 por ciento. Hacia el final de la adolescencia, la proporción entre el tamaño del corazón y el de las arterias es de 290 a 61, en comparación de los 25 a 20 en el nacimiento.

Como resultado del crecimiento de los pulmones, durante la adolescencia hay notables cambios en la respiración, que ahora es más pausada que en la infancia, aunque el volumen del aire inhalado y exhalado sea mayor. Los varones consumen más oxígeno después de la pubertad, y esto se debe a que tienen más tejido muscular que adiposo, en comparación con las muchachas, no sólo porque su cuerpo tenga mayores proporciones.

Las glándulas del sistema endocrino se desarrollan según distintos ritmos y alcanzan la madurez en diferentes edades. Las glándulas adrenales, adosadas a los riñones, pierden peso durante el primer año de vida y no recuperan el que tenían en el nacimiento hasta la mitad de la adolescencia. La tiroides, ubicada en la garganta, crece en las muchachas en la época de la menarca; esto produce irregularidades en el ritmo metabólico basal. Las gónadas crecen con rapidez en la pubertad- en ambos sexos- y llegan a la proporción adulta en la última parte de la adolescencia o al principio de la adultez.

Es importante señalar que los cambios físicos y biológicos se rigen de manera individual. Cada púber posee su reloj biológico propio. Además, se deben tomar en cuenta variables como la herencia, la alimentación, raza, clima, situación geográfica y estado de salud general del púber para emitir juicios acerca de su desarrollo (Lehalle, op. cit.).

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

En sus estudios, Powell (1975) menciona que se han hecho muchos intentos por establecer el periodo de la adolescencia en términos de tiempo. El comienzo de la adolescencia se relaciona con un lapso de tiempo limitado, pero poder indicar su fin implica muchas divergencias, para lo cual lo resume en este cuadro.

Cuadro No. 1 Fase inicial y final del adolescente.

COMIENZO DE LA ADOLESCENCIA	FINAL DE LA ADOLESCENCIA
Pubertad	Al comenzar el desarrollo sexual
Un año antes de la pubertad	A los 19 años
Al presentarse la primera menstruación	Al término del crecimiento físico
A los 13 años	Al salir de la escuela media superior
Al comenzar el estirón	Al lograr la emancipación de los padres
Al ingresar a la secundaria	Al independizarse económica e intelectualmente
	Al alcanzar la madurez emocional
	A los 21 años
	Al contraer matrimonio

Haciendo algunas diferencias, Rappaport (1984), identifica a la pubertad en las mujeres a partir de los 10 a los 15 años aproximadamente, en los varones de los 13 a los 14 años. La adolescencia se da de los 16 a 18 años y la ubica dentro del periodo universitario; desde los 18 a los 25 años la considera como juventud y la asocia al término de una carrera profesional o la formalización de las relaciones de pareja en vida matrimonial.

Estudios realizados por Fuentes (1989) refieren tres periodos dentro de la adolescencia: **PREADOLESCENCIA** (de 10 a 12 años), **ADOLESCENCIA (PERIODO INICIAL)**, (de los 13 a 16 años) y **ADOLESCENCIA (PERIODO FINAL)**, (de los 17 a 19 años).

Desde el punto de vista emocional, Powell (op. cit.) considera que la mayoría de los adolescentes sea cual fuere el periodo en el que se encuentren, no se sienten preocupados por la transición que viven de su desarrollo. Muchos tienen la experiencia grata, viviendo con poca angustia. Otros tienen problemas graves relacionados con algunos aspectos de su desarrollo y ningún problema en otros. El individuo se acerca a la culminación de su crecimiento físico y mental, es una época de "renacimiento".

Otros cuantos experimentan graves conflictos en todos los aspectos del ajuste, encontrando doloroso el periodo adolescente. No obstante, este autor hace hincapié que depende del tipo de niñez que el individuo haya experimentado repercutirá en el funcionamiento como adolescente. Por ejemplo, si un individuo se sintió seguro en su niñez eso le redituará muchas posibilidades de permanecer bien adaptado durante su adolescencia; puede tener problemas pero, tal vez, resolverá la mayor parte de ellos en forma correcta. Por otro lado, el individuo que experimentó una adaptación deficiente durante la niñez probablemente seguirá estando inadaptado en la adolescencia e incluso en la edad adulta.

Al tratar de asignar una edad aproximada a cada etapa y hacer una clasificación más exacta, Gonzáles Núñez (1986, Lahalle, op. cit.) señala características particulares a cada una:

Latencia. (7-9 años). El periodo de latencia proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del yo, que le preparan para enfrentar el incremento de los impulsos de la pubertad. De tal manera que, el niño sea capaz de canalizar su energía a estructuras físicas diferenciada y a diferentes actividades psicológicas que no incrementen la tensión sexual y agresiva. La inteligencia se desarrolla; se emplea el juicio lógico. La comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo adquieren una estabilidad considerable. El yo es más resistente a la regresión y a los impactos de la vida; además es más independiente.

Preadolescencia (9-11 años). Esta fase corresponde a un despertar de las pulsiones ligado al desarrollo de la pubertad. Se trata de un aumento cuantitativo de la energía sin que exista determinación de un nuevo objeto amoroso ni de un nuevo objetivo pulsional. Este despertar pulsional permanece, de alguna manera, indiferenciado. En esta etapa, se presenta la socialización del niño; propicia la formación de grupos. Hay mayor acercamiento con los niños del mismo sexo y se rechaza al sexo opuesto. Puede existir angustia por la homosexualidad. Intentos de autodefinición. El niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar. Los muchachos son hostiles con sus compañeras, se tornan burlones y agresivos, en realidad intentan negar su angustia más que establecer una relación con ellas. Ellas pueden mostrarse un tanto masculinas.

Adolescencia Temprana (12-15 años). Corresponde esencialmente a una fase de ausencia de identificación con objetos de amor con lo que el aparato psíquico se ve amenazado. Se presenta un sentimiento de vacío provocado por un distanciamiento entre lo que se es y lo que se desea ser. La madurez sexual afecta la adaptación emocional. Se intensifica la amistad con personas del mismo sexo; camaradería con mezcla de idealización y erotismo. Los intereses y la creatividad se ven disminuidos: emerge una búsqueda de valores.

Adolescencia propiamente dicha (16-18 años). Se caracteriza por el descubrimiento del objeto heterosexual. Posteriormente, puede aparecer una etapa narcisista como fase de desprendimiento entre la ligazón a los padres y el amor heterosexual de un nuevo objeto. Por otra parte, de acuerdo a la teoría psicoanalítica, el desprendimiento de los primeros objetos de amor se acompaña de un trance depresivo, previo al establecimiento de otros lazos objetales. Se muestra una tendencia a la experiencia interna y al autodescubrimiento. Hay intelectualización y búsqueda de la vida emocional, que es un caos. Elaboración de defensas para mantener la integridad, se experimentan contradicciones emocionales. La energía se dirige hacia la genitalidad. Esta fase culmina con la formación de la identidad sexual.

Adolescencia Tardía (19-21 años). Es una etapa de consolidación de las funciones y los intereses del yo. El adolescente se encuentra estable emocionalmente y definido sexualmente. Su capacidad integrativa se pone al servicio de la adaptación al ambiente. Se completan las transformaciones biológicas. Existe la necesidad de establecer vínculos y determinar objetos amorosos. Armonía y estabilidad en el pensamiento y la acción. Gana, integración social y estabilidad en su autoestima. Hay una mayor unificación entre procesos efectivos y volitivos. Elección del estilo de vida y prioridades en la misma.

Postadolescencia (21 a 24 años). Transición de la adolescencia a la edad adulta. Condición indispensable para el logro de la madurez psicológica. El postadolescente es, por tanto, un adulto joven. La identidad está definida, determinación del estilo de vida, profesión, matrimonio, etcétera. Esfuerzo por establecer congruencia entre los intereses personales con las normas de la sociedad. El desarrollo de la personalidad no se detiene con el fin de la adolescencia; la paternidad y la maternidad contribuyen de manera específica a su continuación. El hombre tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, para alcanzar la madurez. La solución del proceso de maduración puede aceptarse durante un tiempo, pero deja de ser aceptada cuando se presenta la realización con un hijo del mismo sexo (Coronado, 1980; González, 1986, Lahalle, op. cit.).

El adolescente, en consecuencia a su pubertad, debe adaptarse a su nuevo cuerpo, aprender a funcionar con el nuevo rol que se le impone y realizar cambios en su forma de relacionarse con los demás, particularmente con sus padres; todo lo anterior es posible si consigue elaborar lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo de niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia (Aberastury, 1994).

El adolescente se siente solo e incomprendido, esto le lleva a experimentar un sentimiento de aislamiento que el mismo busca, acompañado generalmente de melancolía, de tristeza y de sentimientos de incompreensión. (Aberastury op. cit.)

EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

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

La adaptación a las transformaciones físicas se considera a menudo como difícil y afectada por la duración del crecimiento. Los adolescentes experimentan una cierta inquietud ligada a una sensación de desconcierto, de anormalidad corporal, la mayor parte de éstas no justificadas. Se habla de dismorfia.

Lehalle (op. cit.) hace referencia a varios estudios sobre los efectos del desarrollo físico en la personalidad de los adolescentes, en los que se destaca que el hecho de que la pubertad sea precoz o tardía, parece tener consecuencias importantes y duraderas en los planos afectivo y social, dichas consecuencias se verán condicionadas por el sexo.

Coleman (1980, Lehalle, op. cit.) considera que la influencia de los medios de comunicación hace que los adolescentes tiendan a concebir normas ideales respecto del aspecto físico y a sentir incomodidad con su propio cuerpo, si éste no corresponde a dichas normas. Sucede así que, los adolescentes que creen no alcanzar los estereotipos físicos tienen tendencia a tener una opinión desfavorable de si mismos en otros terrenos. Esto es así sobre todo en los adolescentes más jóvenes. Papalia (op. cit.) indica que ambos sexos desean lucir como todos los demás y no se sienten a gusto cuando maduran más temprano o más tarde que sus iguales debido a que durante la adolescencia la mayor parte de ellos se preocupan más por su apariencia física que por otro aspecto relacionado con ellos.

El proceso de la pubertad afecta la maduración integral del individuo. Blos (op. cit.), manifiesta que la adolescencia como proceso de transición a la edad adulta, es la suma de todos los intentos del individuo para ajustarse a la etapa de la pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externos que confronta.

Finalmente, este autor considera que la adolescencia es la suma total de todos los intentos del aparato psíquico para ajustarse a la etapa de la pubertad. El proceso adolescente conforma una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico, con cierta elasticidad cronológica y que puede describirse en términos de fases o estadios más o menos distintos.

El adolescente puede atravesar rápidamente las distintas fases o puede elaborar una de ellas con variaciones; pero de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas esenciales de las diferentes fases. Para Blos (op. cit.) las fases de la adolescencia no son cronológicas, sino evolutivas.

Identidad

En las obras de Erikson (1976) refiere que la adolescencia no puede ser considerada independientemente del ciclo vital: estadios anteriores y estadios posteriores son importantes. Cada estadio corresponde a la solución de una crisis y en la adolescencia, la tarea principal del individuo consiste en desarrollar una identidad coherente y protegerse de una identidad difusa. Para obtener una identidad coherente, el individuo debe integrar los elementos de identidad producto de los estadios anteriores. Esta integración requiere de una moratoria, es decir, de un tiempo de reflexión en el que los compromisos que conducen a la edad adulta son aplazados para más adelante; se produce entonces una búsqueda activa de compromiso, pero no se toman decisiones definitivas.

La identidad coherente consiste en un aspecto reflexivo: la representación que el sujeto tiene de si mismo, pero sobre todo, un aspecto social: tener una identidad es estar comprometido socialmente, lo cual presupone que se han tomado elecciones propias en lo referente a las ideas y al modo de vida, después de haber considerado una gama de posibilidades. La identidad le proporciona al individuo sentido de pertenencia al grupo y a su vez lo distingue de los demás miembros del mismo. Una identidad difusa es lo inverso a una identidad coherente y conlleva serias dificultades. Por otra parte, Erikson (op. cit.) señala que la crisis de la adolescencia se caracteriza por los conflictos en las relaciones interpersonales, en las escalas de valores sociales y en el control de emociones.

Sexualidad

Se despierta la afectividad en el adolescente, el sentimiento asume gran importancia en su vida; es especialmente sensible y padece repentinos cambios en su estado de ánimo y conducta, puede mostrarse triste, alegre, molesto, enfadado, etcétera. Sin motivo aparente, su conducta puede oscilar entre lo apacible y lo agresivo (Corbella, 1985, cit. Ledesma, 1992).

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

Los jóvenes enfrentan constantemente estímulos sexuales, como la publicidad en todos los medios de comunicación, esta situación agudiza su interés por conocer, satisfacer y comprender su sexualidad tan evidentemente natural en el proceso adolescente. Ante esta situación, el adolescente debe valerse de los pocos elementos con los que cuenta para satisfacer esta inquietud. Dichos elementos los podrá obtener de fuentes poco fundamentadas, principalmente por información de compañeros mal documentados. El comportamiento característico de esta edad se combina con las respuestas más frecuentes para expresar y disipar dudas o

necesidades sexuales con las que subliman la verdadera intención del muchacho o muchacha (Corbella, op. cit.)

Camacho (1991, cit, Ledesma, op. cit.) señala que, las manifestaciones más frecuentes de la sexualidad adolescente son:

- **Inquietud sexual.** En los muchachos se presenta con un alternado manipuleo genital interpersonal, dándose así un juego sexual colectivo. En las muchachas se presenta de una manera sublimada, esto es, busca un acercamiento físico con el sexo opuesto socialmente aceptado, por ejemplo, saludar a un compañero de mano o hasta de beso, además también propicia el contacto físico con otras muchachas por medio de abrazarse, tomarse de la mano, etcétera.
- **Atención al sexo opuesto.** En los muchachos aumenta su atención por las principales características físicas de las mujeres; esta observación es generalmente indiscreta y comentada en grupo. En las muchachas, esta observación es discreta y poco comentada solamente con las compañeras más cercanas.
- **Preocupación por el aspecto físico.** Tanto en hombres como en mujeres se acentúa la atención en el arreglo personal, con el objeto de atraer la atención del sexo opuesto, principalmente.
- **Necesidad de demostrar virilidad y femineidad.** Se refiere a las actividades de ambos sexos con las que pretenden reafirmar su condición de “hombre” o “mujer” según sea el caso. El joven busca demostrar su virilidad, por medio de conquistar más muchachas que los demás, pelear públicamente para mostrar su fuerza o cuando propone una comparación colectiva de sus genitales con la intención de mostrar pretenciosamente la grandeza de su miembro y, por ello, ganar la admiración de los otros.

Las muchachas pretenden demostrar que poseen todas las características que califican a una mujer como “femeninas”, las conductas más frecuentes son: evidenciar que es menos fuerte que el hombre, que es más delicada que éste, que posee buen gusto y delicadeza, etcétera, lo que las conduce a ser deseadas por los chicos.

- **Masturbación.** Junto con el autodescubrimiento físico, la masturbación nace de la necesidad de conocer las transformaciones del cuerpo, además de dar cause a las necesidades sexuales que experimenta y que debe reprimir.

DESARROLLO SOCIAL

En el terreno social, la adolescencia, es una época de desenvolvimiento, adaptación y acomodación en la sociedad. El adolescente se encuentra en un estado de "locomoción social", es decir, transita del grupo infantil dependiente al grupo adulto autónomo. Su pertenencia no es definitiva en alguno de ambos grupos.

Durante la adolescencia, el sujeto posee la sensibilidad a los estímulos sociales: se realizan procesos de autodefensa, de autorrealización y de conquista de la autonomía personal, debido a que más tarde será un adulto dentro de la sociedad y ya no tendrá padres ni profesores para vigilarlo, aconsejarlo y orientarlo. Como adulto deberá poseer la capacidad de autodirigirse; es decir, de poder escoger entre varias situaciones, la más favorable para su bienestar personal y adaptación social; juzgando y orientando su propia conducta (Aguirre, op., cit)

Agrega este autor, que la socialización es un proceso a través del cual el individuo aprende e interioriza los diversos elementos de la cultura en la que se halla inmerso (valores, normas, códigos simbólicos y reglas de conducta), integrándolos en su personalidad con el fin de adaptarse en su contexto social. Algunas características de la socialización son:

- Es un proceso continuo que está presente a lo largo de toda la vida social del individuo, aunque puede resultar más intenso en la infancia y adolescencia.
- Supone una capacidad de relación del individuo, que se concreta en la convivencia con los demás y su inserción social, por medio del aprendizaje.
- Aceptación o rechazo de normas, valores, etcétera y su consiguiente internalización, lo que contribuye a la personalización.
- El papel activo del individuo, sobre todo del adulto, hará aceptar o rechazar las innovaciones y cambios culturales y, enriquecer el contenido o materialidad de la aculturación.

Las clases de socialización para un pleno desarrollo del adolescente y del individuo en general son:

- **Socialización primaria.** Berger y Luck-man (1989) sostienen que es la primera que el individuo realiza durante su infancia y, normalmente dentro de la familia. Se hace miembro de la sociedad al asimilar la cultura básica de su grupo, imitando e identificándose en las figuras mayores con las que mantiene lazos de sangre y/o afecto. En este proceso ontogenético realiza la interiorización de la realidad.

- **Socialización secundaria.** Se produce en otros grupos, normalmente secundarios o formales, a través de los cuales el individuo contacta con nuevas formas sociales, ampliando su visión de la realidad. Prolonga y completa la socialización primaria en el grupo de iguales, centro educativo, medios de comunicación, etcétera, cuyo proceso puede darse también, aunque en menor medida, la identificación.
- **Socialización terciaria.** En ocasiones, puede darse una discontinuidad o disocialización en un individuo se aparta temporalmente de los valores, costumbres o normas de su grupo. En este supuesto, puede corregir esa desviación para realizar una resocialización o socialización terciaria (Fermoso, 1990).

En la adolescencia, se busca sustituir los vínculos parentales por nuevas relaciones objetales. Por lo tanto, el adolescente se incorpora a un grupo que influye en él adquiriendo gran importancia. Dentro de éste, en interrelación con sus iguales, el adolescente puede asumir las rápidas modificaciones corporales a las que se ve sometido y que lo precipitan a una reconsideración y a una nueva revisión de su imagen corporal, llevándole a una redefinición de su identidad sexual y de género (Kuhlen, 1952, cit. Mussen, 1971).

El grupo en el cual se halla inmerso ejerce fuertes presiones sobre él y, acomodarse a los estereotipos de la apariencia física implica para el joven una mayor popularidad, una mayor seguridad en sí mismo, una autoconfianza, una mayor implicación en las relaciones heterosexuales y un mayor equilibrio personal; por el contrario, no hacerlo implica un retraimiento de las relaciones sexuales, una autodesvalorización, una mayor inseguridad y mayores dificultades afectivas (Hurlock, op. cit.).

Dentro del área de la comunicación social los adolescentes hacen uso del Pubilecto, es decir el uso de un dialecto muy de ellos, sirve como un código lingüístico que fortalece la identidad del grupo y así dejar fuera a los intrusos (adultos), de igual manera este lenguaje es temporal y cambiante, con un tono muy peculiar, ejemplo de estos sería “esta chido”, “no inventes”, “está hasta atrás”, “que onda fai”, etc., (Papalia, op. cit.).

También se agrupa durante períodos problemáticos con otros que como él experimentan las mismas necesidades, dudas y frustraciones. De ahí que, la vivencia común grupal va a proporcionarle un excelente marco donde poder ritualizar la separación y superación del primitivo esquema familiar o, lo que es lo mismo, conseguir el tan difícil destete psicológico y todo lo que ello conlleva. Esta tarea de individuación ocupará al yo del joven durante un largo tiempo, hasta que éste haya podido adaptarse a un nuevo rol adulto, según refiere este autor.

Según Hurlock (op. cit.) existen ciertas dificultades en la transición social del adolescente, entre las que destaca:

- **Bases deficientes:** La preparación insuficiente y la identificación con personas mal adaptadas en los años formativos proporcionan bases deficientes sobre las cuales no es posible construir en la adolescencia las pautas de conducta propias del adulto.
- **Falta de guía:** Padre y docentes creen a menudo que el adolescente se convertirá automáticamente en un individuo mejor socializado. Con frecuencia, los jóvenes a quienes “no gusta ser mandados”, rechazan el consejo adulto.
- **Falta de modelos aptos para la imitación:** Muchas veces los modelos proyectados por los medios masivos son inadecuados porque sus pautas de conducta no siempre se conforman a las normas grupales aprobadas. La imitación de un compañero que goza de popularidad significa de ordinario el aprendizaje de pautas de conducta que se adaptan a las normas juveniles, no a las adultas.
- **Falta de oportunidades para los contactos sociales:** El adolescente que no disfrute de aceptación social y que no tenga tiempo o dinero para participar en las actividades propias de su edad estará privado de oportunidades para aprender a ser social.
- **Falta de motivación:** El adolescente que no obtuvo poca satisfacción de los contactos sociales cuando era niño tendrá escasa motivación para dedicarse a las actividades sociales.
- **Diferentes expectativas sociales.** Dado que los diferentes grupos sociales cuentan con normas distintas de conductas aprobada, con frecuencia el adolescente piensa que debe ser como el camaleón y cambiar de color cuando se enfrente con personas y situaciones diferentes.
- **Nuevas clases de grupos sociales:** Como las barras y otros agrupamientos sociales reemplazan a la “pandilla” infantil, el adolescente debe aprender a adaptarse a miembros del sexo opuesto así como también a compañeros de distintos antecedentes, valores e intereses.

Hurlock (op. cit.) expresa que los amigos desempeñan un papel crucial en la socialización ya que estos pueden “construir el área de mayor importancia en el mundo del adolescente”; de esta manera, la clase de amistades que tenga el adolescente determinará en gran parte si ha de convertirse en una persona social o antisocial.

Aguirre (op. cit.) considera que dado que el adolescente es un constante buscador de aceptación social el no conseguirlo le acarrea efectos como:

- La falta de aceptación puede motivar intentos de ganar prestigio mediante empeños desusados.
- El adolescente inaceptado puede exagerar sus actitudes agresivas y salirse de lo normal a fin de echar a perder las diversiones de los demás
- El adolescente puede generar satisfacciones sustitutas, como la elaboración de “sueño diurnos” y otros pasatiempos solitarios.
- La falta de aceptación puede producir ansiedad e inseguridad, lo que conduce a una conformidad excesiva.
- El joven inaceptado puede tratar de escapar de un medio que lo tiene aislado, apartándose de las actividades sociales o renunciando a la escuela.

La primera etapa de socialización del adolescente la recibe en la familia, esto implica que existen condiciones y factores que afectan o enriquecen dependiendo su experiencia y desempeño. Hurlock (op. cit.) menciona los siguientes como los más importantes del ambiente doméstico.

- **Comprensión mutua**

Cuando el joven ha vivido dentro de un hogar donde a cada miembro se le ha respetado su derecho a exponer sus inconformidades, a opinar, sin que por ello se le critique, entonces, el adolescente habrá aprendido a comunicarse de este modo ante su medio social, con la paciencia de saber escuchar y respetar al otro por igual en sus determinaciones.

- **Conflictos acerca de la autonomía**

Es indudable que el adolescente, desea hacerse responsable de si mismo, sus propios gastos, no quiere rendir cuentas a nadie y a menudo busca mayor independencia.

- **Valores conflictivos**

La vida en sociedad, en familia, infunde reglas, disciplinas, ética y moral; pero el adolescente no entiende el sentido del bien y el mal, lo bueno y lo malo, de lo permitido y lo prohibido. Cuando en la familia no confiere estas costumbres, esta ética, entonces el joven generalmente se abandona a sus instintos y actúa llevado por sus impulsos.

- **Actividades compartidas**

Generalmente en esta etapa de desarrollo, se encuentra sumergido en sus pensamientos, y busca la soledad, la privacidad, es decir lo que menos desea es compartir su mundo; por lo que es necesario motivarlo a participar en deportes y actividades en grupo. Por lo regular, en la familia se aprende este concepto, pero difícilmente se logra cuando es único hijo, pues es fácil de caer en el egocentrismo, ya de por sí acentuado en el adolescente.

- **Control paterno**

Existen familias en donde se lleva a cabo un exagerado hostigamiento hacia el joven, en ese afán de conservarlo siempre en observación, con el pretexto de que no elija malos amigos o se inicie en alguna conducta antisocial, el padre o la madre provocan una dependencia del hijo, llevándolo a buscar una conducta en donde siempre se encuentre protegido y ante todo llega a actuar de manera insegura, es decir proyectara esa imagen sobre el mundo en base a las impresiones dictadas por las experiencias vividas.

- **Relaciones conyugales**

Básico, durante esta etapa es necesario observar la armonía entre los padres, la comunicación, el respeto, la ayuda mutua; la convivencia en este sentido logrará que el adolescente se desarrolle en un ambiente sano. Reflejándose en su autoestima y seguridad ante situaciones futuras.

- **Hogares disueltos, tamaño y composición de la familia**

Existen diversas opiniones al respecto, (Papalia y Hurlock op. cit.) se encuentran algunas a favor de la disolución de los matrimonios en donde se vive en constante stress, provocando en los hijos ansiedad, depresión, malos resultados en sus actividades escolares y, en ocasiones, abandonar sus hogares debido al ambiente asfixiante en que se vive; otros opinan que siendo la familia el núcleo de la sociedad, se debe seguir conservando el matrimonio. El tamaño de la familia es importante ya que a mayor número de hijos es menor la calidad de atención a cada uno de ellos, existen carencias económicas, de espacio a su privacidad, etc.

- **Invasión del hogar por extraños**

La dinámica del hogar cambia al agregarse un familiar, llámese tío, abuelos, primos, incluso hasta en ocasiones los hermanos se casan y siguen viviendo con los padres; Se llega al hacinamiento y a la perturbación de la privacidad de los miembros de la familia.

- **Status socioeconómico de la familia**

Por lo regular, la situación económica cuando no está resuelta por los padres, obligan a los hijos a trabajar, para cooperar en los gastos de la casa, lo cual influye para que los adolescentes deserten de la escuela. Pero también se ha dado el caso de que familias acomodadas, debido a sus ocupaciones sociales, viajes, etc., dejan en manos de otras personas el cuidado de sus hijos, lo cual deteriora la relación con los padres, ya que se sienten abandonados, provocando desajustes emocionales en estos jóvenes.

- **Ocupaciones de los progenitores**

Ya sea profesionistas o no, en realidad no se han encontrado diferencias, ya que lo que importa a los adolescentes es el interés y el tiempo que les dediquen. Lo que si es real es que existe una diferencia cultural en cuando a las oportunidades que vive cada adolescente de acuerdo a su status.

- **Conceptos sobre los roles en la familia**

Actualmente tanto el padre como la madre salen a trabajar, y los hermanos mayores son los que cuidan a los menores; sin embargo, son los padres los que finalmente deciden como sobrellevar su rol. Se ha dado el caso que cuando la madre es la que percibe mayor salario y lleva la autoridad en el hogar, se origina un desequilibrio ya que si el matrimonio no tiene comunicación, se sumerge en una lucha de poderes, dentro del cual los jóvenes se confundirán.

- **Favoritismo**

Finalmente agregan estos autores, que el favoritismo es un aspecto que se da en todos los ámbitos, en el joven se observa con más frecuencia en la escuela, entre sus compañeros, maestros y hasta con las amigas o amigos dependiendo el sexo. Sin embargo, si presentan una personalidad sana, con una buena autoestima, valores y se encuentran dentro de una familia que los apoya y respeta, el favoritismo no ocasionará daño en sus emociones y se inclinarán siempre por lo justo.

Como se puede derivar de los párrafos anteriores, la atmósfera psicológica en la que crece el adolescente tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social, ya sea de forma directa e indirecta (Hurlock op. cit.).

De manera **directa**, influyen en sus pautas de conducta características. Si el clima hogareño es feliz, el joven reaccionará frente a personas y cosas de una manera positiva. Si es conflictivo, llevará los patrones negativos aprendidos en el hogar a

situaciones extrañas y reaccionará ante ellas conforme al temperamento que le es habitual frente a circunstancias análogas experimentadas en el medio familiar.

De manera **indirecta**, influye por el efecto que produce en sus actitudes. Si la autoridad de sus padres le disgusta porque la percibe tiránica e injusta, desarrollará actitudes de resentimiento contra todos los individuos que ejercen algún tipo de autoridad. Esto lo lleva con frecuencia a una conducta extremista e inconformista.

En conclusión y, con base en lo anterior, todo adolescente es precisamente la clase de persona que podría predecirse a partir del conocimiento del tratamiento que le dispensaron sus padres. Parece razonable sostener que, hasta un punto casi sorprendente, cada niño aprende a actuar, psicológica y moralmente, como la clase exacta de persona que fueron sus padres en sus relaciones con él.

DESARROLLO INTELECTUAL

Es durante la adolescencia, alrededor de los 12 o 13 años cuando el joven alcanza un nuevo nivel de desarrollo intelectual denominado por Piaget (Flavell, 1993) como "período de las operaciones formales". En el período anterior a éste, el de las operaciones concretas, el niño se ocupaba sobre todo del presente, del aquí y del ahora; en las operaciones formales, el adolescente extiende su mundo conceptual a lo hipotético, a lo futuro, a lo espacialmente remoto. Además, la cantidad de elementos en la que puede el adolescente pensar de manera simultánea aumenta considerablemente.

Piaget (Papalia op. cit.) considera que el adolescente es capaz de pensar en función de lo que puede ser verdad y no sólo de lo que observa de una situación concreta, "del aquí y del ahora", su pensamiento va de lo real a lo posible; de lo que solamente es a lo que podría ser. Cuando enfrenta un problema, posee habilidad de considerar una serie de alternativas de manera objetiva; se desarrolla en él la capacidad de pensar en forma abstracta, puede establecer hipótesis y métodos de experimentación para comprobarlas y deducir si son verdaderas.

Es entonces cuando alcanza el razonamiento hipotético-deductivo. Razona de manera sistemática: considera todas las opciones posibles, las analiza una por una, para eliminar la falsa y llegar a la verdadera. Este proceso de razonamiento lo puede aplicar a toda clase de circunstancias, de tal forma que puede entonces integrar lo que ha aprendido en el pasado con su situación presente y sus planes futuros, aplica este mecanismo a la vida cotidiana y a la académica.

Para este autor, el pensamiento operativo formal permite al joven un nuevo nivel de comunicación social: la comprensión de metáforas, sátiras y frases de doble sentido.

Flavell (op. cit.) señala que Piaget refiere que la nueva capacidad del adolescente

para orientarse hacia lo que es abstracto; que está inmediatamente presente y que es un instrumento indispensable para su adaptación al marco social adulto, es la manifestación más directa y simple del pensamiento formal.

El pensamiento formal, se refiere a la lógica proposicional; la implicación, la eliminación de las contradicciones, la disociación y la exclusión de los factores en el razonamiento experimental, las operaciones disyuntivas, y lo que es más importante el conjunto del sistema), y una inversión de las relaciones entre lo que es real y lo que es posible (los esquemas operatorios de la lógica formal: los esquemas combinatorios, la combinación de los inversos y recíprocos, así como ciertas combinaciones que requieran un nivel de abstracción que permita plantear la conservación a pesar de la observación de una no conservación).

Estas características constituyen la fuente de la originalidad del razonamiento adolescente: respuestas vivas, llenas de emoción, que lo conducen a las construcciones teóricas propias de la edad; ideales para adaptarse a la sociedad.

A pesar de la capacidad del adolescente para conceptualizar ideas y tener un punto de vista científico al observar un fenómeno, su pensamiento no es completamente adulto debido a su marcado egocentrismo, el que interfiere con su habilidad para pensar abstracta e hipotéticamente. De acuerdo con Flavell (op. cit.) este egocentrismo toma la forma de una especie de idealismo ingenuo, propenso a la falta de moderación en las propuestas de reformas y reorganización de la realidad "omnipotencia del pensamiento" y una creencia inmoderada en la eficacia del propio pensamiento unido a un gran menosprecio de los obstáculos prácticos que pueden enfrentar las propuestas.

En otro estudio, se menciona que Piaget (1932, cit. Aguirre, op. cit.) considera que la indefinida extensión de poderes del pensamiento hecho posible por los nuevos instrumentos de la lógica proposicional en un principio conduce a una incapacidad para distinguir entre las nuevas capacidades adolescentes y el universo social al que se le aplica. Como parte de su egocentrismo, el adolescente llega a pensar que los pensamientos de los otros se centran invariablemente en él.

Cuando el adolescente acepta, por una parte sus alcances y limitaciones intelectuales, y por otra, que no es el contenido central del pensamiento de los otros, habrá logrado superar su egocentrismo y esta toma de conciencia favorecerá el desarrollo de su pensamiento hipotético-deductivo.

Estos procesos intelectuales, afectivos y sociales que se producen en la adolescencia, determinan en gran medida la actitud que se adopta hacia los estudios; además, durante esta etapa las materias escolares adquieren mayor dificultad, es decir que al ingresar a un nivel más elevado, el sistema educativo priva al alumno de una estrecha relación con el profesor, entonces, la experiencia escolar del adolescente se conecta más con las materias que con las relaciones personales, con los docentes y, por otro lado, en casa también existe un distanciamiento con los padres, los cuales frecuentemente sólo se preocupan de

que el joven obtenga buenas calificaciones. Y esto se presenta en una etapa donde las relaciones afectivas son primordiales para el adolescente; para él lo mejor de la escuela son: la vida social (amigos) y el estudio, por partes iguales (López-Ibor, 1972).

Sin embargo, existen algunas diferencias entre sexos. Para los muchachos, los estudios requieren aplicación para conseguir éxito, en caso de que éste no se de, las actividades con el grupo de pares se vuelven más importantes que las escolares. Para las muchachas, cursar sus estudios es proveerse, para el futuro, de una seguridad tanto social como económica (Cremer, 1972).

Este mismo autor, menciona que las adolescentes presentan una orientación más específica de los intereses escolares que los hombres y que ésta es diferente a la de ellos. Las jóvenes dan importancia a las notas escolares más que los muchachos, pero lo que es indudable, es que ambos sexos tienen en sus estudios la expectativa de superación, ya sea personal, social o económica. Para que dicha aspiración se alcance es necesario el éxito escolar, para lo cual se deben reunir estos elementos.

- Cursar unos estudios adaptados a las propias posibilidades del adolescente, tanto intelectuales, económicas y sociales.
- Elementos adecuados de madurez, rapidez, de equilibrio, de carácter, de contexto familiar.
- Confianza en si mismo. Resulta muy difícil determinar si la confianza en si mismo es anterior y causa del éxito escolar, o si, al contrario, el éxito escolar es el que infunde la confianza en si mismo.
- El placer por aprender. Interés particular por alguna área del conocimiento y motivación.
- El grupo de pares al que pertenece el adolescente puede crear en él una actitud positiva o negativa hacia el estudio.
- Favorable adaptación al medio escolar.

Dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, aprender no es sólo adquirir conocimientos o recibir una formación determinada en esta etapa, ya que el aprendizaje es observado en cualquier cambio relativamente estable del comportamiento como consecuencia de la experiencia, este proceso afecta en especial al adolescente en todo su comportamiento- motor, emocional y cognitivo- y no sólo al comportamiento identificado como académico o profesional.

Desde el punto de vista cognitivo (conocimiento), es llegar a desarrollar en

plenitud los procesos mentales superiores, tales como:

- Conciencia
- Inteligencia
- Pensamiento
- Imaginación
- Atención y concentración
- Conceptuar
- Generar planes y estrategias
- Razonar
- Inferir
- Resolver problemas
- Clasificar
- Relacionar
- Simbolizar
- Fantasear y soñar

Flavell (op. cit.) sostiene que lo que uno sabe o piensa (conocimiento) interactúa de forma sustancial y significativa con lo que uno siente (emociones). De tal forma que, la mente construye sus estructuras de conocimiento tomando datos del mundo exterior, interpretándolos, transformándolos y reorganizándolos. Y refiere que el desarrollo cognoscitivo es gradual y continuo en la adolescencia.

De tal manera que, el aprendizaje es tal vez el proceso psicológico que determina en mayor medida el comportamiento humano adulto. Porque casi todo lo que hacemos, sentimos o pensamos lo hemos ido adquiriendo a lo largo de nuestra vida como consecuencia de nuestro contacto con las personas y cosas que nos rodean (Vila, 1996).

Dentro de este proceso cognitivo, el elemento de mayor importancia es la atención. Martínez (1995) argumenta que el desarrollo de toda actividad exige atender a un número limitado de estímulos y dejar a otros al margen, también es darse cuenta o ser consciente de los cambios que ocurren a nuestro alrededor; dando paso a la base del comportamiento consciente y organizado del hombre.

Desde el punto de vista psicológico, la atención se relaciona directamente con la percepción, la memoria, la inteligencia, la motivación y la emoción. Estas últimas determinan que aspectos del ambiente se atiende de forma prioritaria, en este sentido se lleva a cabo una atención selectiva, evitando la distracción y la falta de concentración ante un sin número de estímulos, que en el área académica son causa de un pobre rendimiento (García, op. cit.).

En consecuencia, los procesos intelectuales, sociales y afectivos (emocionales) que se producen en la adolescencia determinan en gran medida la actitud que se adopta hacia los estudios.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN

ANTECEDENTES

La depresión es una perturbación compleja. Sabanés (1990, pág. 17) la define como “un síndrome con diferentes matices sintomáticos que tiene un gran número de causas y que sus repercusiones son tanto a nivel psíquico y bioquímicamente como social y personal. También es vista como una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos.”

El término depresión se remonta a un cuarto de siglo. Este vocablo viene del latín, *depressio* - que significa hundimiento. El individuo se siente hundido, con un peso sobre su existencia, que le impide cada vez más vivir con plenitud (Rojtenberg, 2001).

Este autor, menciona que, en la antigüedad, los hombres de ciencia usaban la palabra melancolía, la cual se origina de mélanos: negra- cholis: bilis, por considerar el exceso de bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad.

En Grecia, en la época grecorromana, surge el nombre de melancolía con Hipócrates (460-370 A. C.). Siendo el primer médico organicista de la historia, afirmó que no había enfermedades producidas por magia o por los dioses, sino que todas tenían un origen orgánico. Señalaba que “es necesario que los hombres sepan que no nos vienen ni alegría, ni gozo, ni placer, si no es por el cerebro y por él también nos vienen la tristeza, el pesar, el abatimiento y el llanto”. Hipócrates aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía. La melancolía se caracteriza por “aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia (Jiménez-Olivares, 1987; Calderón, 1996).

Galeno de Pérgamo (130-201 D. C) identifica tres formas de melancolía: la cerebral, la corporal y la del tubo digestivo. Para él, la causa de la melancolía “depende de un exceso de bilis en la sustancia cerebral; el humor melancólico es un estado espesado de la sangre semejante a la bilis, la cual, evaporándose en el cerebro, causa los síntomas melancólicos que afectan la mente” (Calderón, op. cit.).

Reyes (1992) señala que Areteo de Capadoccia (siglo II d. c.) en contra de la etiología hipocrática, atribuye la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y dando mayor importancia a las relaciones interpersonales, aunque él nunca vio a la manía y a la depresión como dos elementos de un mismo trastorno. De igual manera, hace una descripción del padecimiento que muestra el cuadro agudo, señalando que:

Los melancólicos se muestran amodorrados “y torvos, desanimados y con una apatía irrazonable”. “Sufren de malhumor, desaliento e insomnio...y si la enfermedad agrava, caen en el odio, la evitación de la compañía de otros y en vanas lamentaciones, quejándose de la vida y deseando morir” (Reyes op. cit., págs., 16 y 17).

En esta época, se da mayor importancia a la no separación cuerpo y alma, a la consideración mecánica sobre la causa de la melancolía y a su asiento en el cerebro.

La Edad Media y el Renacimiento son la continuidad de la teoría de los humores, pero retomando la cuestión de “las pasiones” lo que conlleva un retorno a las ideas Platónicas y Aristotélicas. Santo Tomas de Aquino; pensaba que la etiología de la melancolía era atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores, entre otras. (Herrerros, 1997, www.edupsi.com./depresión), también refiere que Alejandro Trajano concibió la manía como una forma de melancolía que progresa hacia la locura agitada y proporciona descripciones clínicas de ambos estados.

Rojtenberg (op. cit.) agrega que durante el Renacimiento, Paracelso resaltó el curso periódico de la manía y la melancolía. También diferenció entre causa endógena y causa exógena; además, contrario a las creencias de su época, consideró que las enfermedades mentales tenían un origen natural.

Herrerros (op. cit.) describe que en el Siglo XVIII, Johann Heinroth se refería a la melancolía a lo que hoy en día consideraríamos un cuadro de esquizofrenia residual y por manía al estado de agitación de la esquizofrenia. William Cullen, citado por este autor, recoge la visión de la enfermedad que había hasta esa época: la melancolía se consideraba como un trastorno afectivo con euforia y depresión, pero la manía era un trastorno intelectual, (el componente afectivo pasaba a un segundo plano) y la concebía como una demencia.

Para el siglo XIX, persistieron las interpretaciones organicistas en un afán de identificar y tratar las enfermedades mentales como cualquier otra enfermedad, se hizo un gran trabajo descriptivo y fenomenológico que permitió clasificar y homogeneizar los trastornos psíquicos en grupos de pacientes que sufrían síntomas iguales o parecidos.

Philippe Pinel (1801, Reyes, op. cit. págs., 18-19) en su *Tratado Médico-Filosófico sobre la Alineación Mental*, afirmaba que la melancolía consiste en “...un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que el cree en peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal”. Para Pinel, la idea exclusiva y el juicio falso eran un síntoma primario de la melancolía. También realizó una descripción del pensamiento del melancólico, en donde el sujeto se encontraba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) mientras que, la asociación de ideas y la memoria se encontraban perturbadas, lo que podía inducir al suicidio. Continúa diciendo que las causas posibles de la

melancolía eran, en primer lugar, las psicológicas (por ejemplo: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades, las dificultades familiares, etcétera.) y, en segundo lugar, las físicas (por ejemplo: la amenorrea y el puerperio, entre otras).

Kraepelin (Reyes op. cit.) revolucionó la psiquiatría, ya que estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz o esquizofrenia. Describió tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. También clasificó las enfermedades tanto por semejanza de los síntomas como por el desenlace de la enfermedad. La psicosis maniaco-depresiva, en sus clasificaciones, comprendía, además de la psicosis intermitente, la manía simple y algunos casos de confusión, en la mayor parte de los casos de melancolía; y distinguió cuatro subgrupos principales: 1) estados depresivos, 2) estados maníacos, 3) estados mixtos y 4) estados fundamentales.

Lanczik y Beckmann (1991) refieren que Fairet, por primera vez, propone la enfermedad maniaco-depresiva como se entiende hoy. En el paso de la melancolía a la manía observó una metamorfosis más que una transformación. Fairet hizo la observación del probable carácter familiar de la depresión recurrente y notó la mayor incidencia en las mujeres.

Polaino-Lorente (1985) le da el mérito a Kahlbaum, al introducir una visión más unitaria de los distintos fenómenos psicopatológicos, a partir de la teoría de la psicosis única, al decir que la melancolía y la manía eran estadios de una enfermedad mental, propone el criterio del curso o la evolución de dichas alteraciones.

Adolf Meyer (1904, Reyes, op. cit.) consideró los desórdenes psiquiátricos más bien como reacciones específicas de un individuo ante circunstancias existenciales. Objetó el término de melancolía y sugirió que se llamara depresión.

Rojtenberg (op. cit.) menciona que, a principios del siglo XX, la teoría del inconsciente propagada por Sigmund Freud, replanteó conceptualizaciones preexistentes y entendió la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado. La hipótesis psicodinámica, postula que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana que toma al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro.

Jackson (1986) señala que Beck en 1967, realizando estudios de pacientes deprimidos en tratamiento psicológico, llegó a la conclusión de que en la parte medular del asunto había importantes distorsiones cognoscitivas. En vez de la idea común de que cualquier alteración en el sistema de pensamiento surge por una distorsión en la afectividad, pensaba que, en las depresiones, las distorsiones del conocimiento eran lo primero y que los desórdenes del ánimo y de la conducta era secundarios, por lo que los individuos estructuran sus experiencias de forma característica –su esquema individual-, de tal forma que, se determina la respuesta afectiva.

DEFINICIÓN

Conocida también como “la enfermedad de las mil caras”, nos lleva a pensar que la depresión es una enfermedad que no es fácil de definir.

Castilla (1987) la define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de la energía, una reducción de la autoestima, por trastornos de la vida instintiva y por una variedad de otros síntomas.

Para Calderón (op. cit.) es una perturbación compleja que puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro y, otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables. Divide los síntomas en cuatro grupos: trastornos afectivos, intelectuales, conductuales y somáticos.

Para Sabanés (op. cit.) esta enfermedad es una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos. Por su parte, Reyes (op. cit., pág. 12), se refiere al deprimido como:

...la persona que padece de pérdida de energía y de peso; sufre de una disminución de sus funciones intestinales; de las curvas de actividad y temperatura y varios ritmos endocrino y metabólicos; es decir, el ritmo circadiano, son anormales; hay cambios rítmicos de actividad, energía y estado de ánimo mucho más bajos por las mañanas; sufre de dolor y fatiga y de una sensación de presión en la cabeza o en el pecho, ansiedad y tensión; pérdida de la concentración y, en muchas ocasiones de la memoria reciente; existe el riesgo de poder dañarse a si mismo, existiendo serios intentos de suicidio, o al menos, fuertes ideaciones suicidas.

La Clasificación Internacional de las enfermedades, versión 10 (CIE-10, 2000, pág. 89) señala que un episodio depresivo típico se caracteriza porque:

...el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración y es frecuente un cansancio importante y la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio en particular puede a menudo, estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes....

Arieti (1993) describe que la depresión es un “sentimiento”, y que se distingue de la tristeza y pesar comunes, es también un “síndrome” puesto que produce alteraciones graves, tanto del funcionamiento psicológico como de algunas funciones somáticas. Y es “enfermedad” ya que provoca una disfunción del organismo, independientemente de la evidencia patológica celular o de la causa desencadenante.

Por otro lado, la Teoría Cognitiva de Beck (Beck, 1976) asegura que el deprimido sufre de distorsiones cognitivas y que son causa primaria de su desorden. De igual manera, señala que la depresión presenta una “triada cognitiva”, conformada por: expectativas negativas del deprimido en lo que respecta a su ambiente; autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto al futuro.

En otras palabras, el deprimido será un pesimista respecto al futuro, a los demás y a sí mismo. Por lo que la tristeza, presente siempre en el enfermo, es una consecuencia de su privación, su pesimismo y su autocrítica. En el deprimido, hay una exagerada preocupación por hechos del pasado que, estando constantemente en su mente, los utiliza para torturarse con recriminaciones llenas de culpa.

Según Beck (op. cit.) estas son las características de una personalidad deprimida:

- Una alteración específica del estado de ánimo, como tristeza, sensación de soledad y apatía.
- Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación.
- Deseos regresivos y de autocastigo; deseo de escapar, esconderse o morir.
- Trastornos vegetativos, como anorexia, insomnio, disminución de la libido.
- Cambios en el nivel de actividades, como es letargo o agitación.

Novartis (1999) especifica que, es una enfermedad que afecta los pensamientos, las emociones, la salud y la conducta de quienes la padecen. Es una de las enfermedades más comunes a las que se puede enfrentar el ser humano.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

El Instituto de Tanatología (2006) señala que, con base en lo anterior, las características comunes a todo deprimido y que se encuentran en estas esferas del individuo son:

- **Estado de ánimo**

Se presenta con tristeza, insatisfacción, abatimiento y llanto. La tristeza es la característica principal. El deprimido se queja de sentirse abatido, insatisfecho, de “no ser el mismo”. No puede reaccionar a la alegría. Se siente inútil, vacío, fútil; esto en todo lo que toca a su vida. Algunas veces sabrá por qué está triste (o al menos cree saberlo); otras veces, las más quizás, lo ignoran. El llanto es frecuente en depresiones leves y moderadas, incluso cuando no hay razón aparente, pero en la depresión severa, el enfermo siente, con frecuencia, una dolorosa incapacidad de llorar.

- **Pensamiento**

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente, incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas (Beck, op. cit.).

Se caracteriza por pesimismo, culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y de motivación, disminución de la eficacia en general. Beck (op. cit.) refiere que a mayor depresión menor eficiencia; lo cual presupone la pérdida de interés que conlleva la incapacidad para hacer cualquier tarea de concentración y, lo que es muy importante, por la pérdida de motivación surge la carencia de ambición.

El deprimido se enjuicia, y caminará de la sensación de ser insuficiente e ineficaz, al sentimiento de una extrema culpabilidad. Este paciente incrementa la idea de error y culpa en acontecimientos reales o imaginarios y acepta que un castigo es no sólo inevitable, sino justificado.

En muchos casos, refiere este mismo autor, la idea de culpabilidad puede tener una fuente real, pero el deprimido siempre la distorsionará o exagerará. La autodepreciación, la autoinculpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones de estas personas.

- **Conducta y aspecto**

Hay marcada negligencia en el aspecto personal en cuanto al arreglo; y retardo psicomotor y agitación en cuanto a conducta. Rostro triste, insatisfecho. Actitud decaída, postura derrotada. Si sonríe, su sonrisa es melancólica, aunque se esfuerce en parecer afable o contento. En la medida en que avanza la depresión, el paciente va perdiendo su interés por el aspecto y cuidado de su persona: llegará a ser sucio. El retardo psicomotor implica una aparente inhibición y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales; disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos.

No puede platicar ni menos discutir, ni dará respuesta a preguntas concretas. En casos extremos, puede llegarse a la catatonia. Pero también, como contraste, puede manifestar una "agitación", una inquietud extrema, tanto física como psicológica.

- **Síntomas somáticos**

Pérdida de apetito y por consiguiente baja de peso, estreñimiento, sueño ligero, diversos dolores y males, alteraciones en la menstruación, pérdida de la libido. La anorexia puede ser aguda y la baja de peso grave; cuando el deprimido acusa

aumento de apetito se trata de una depresión leve. El estreñimiento, frecuente, puede ser agudo; además, muchos antidepresivos provocan el estreñimiento como una reacción secundaria.

Agrega Reyes (op. cit.), se presenta el insomnio: el sueño no se concibe sino hasta la madrugada o se duerme pronto pero se despierta demasiado temprano, o bien se está despertando continuamente durante la noche, o al despertarse ya no se puede volver a dormir. O al contrario, se duerme en demasía, como si quisiera huir de sus problemas. Sea como sea, el sueño no proporciona descanso.

Los dolores y malestares más frecuentes son cefaleas, neuralgias, resequedad de la boca que se aumenta por los fármacos, sensaciones de opresión en el pecho, dificultad para engullir; muchas veces un solo síntoma es el dominante.

En las mujeres no es raro que se presenten alteraciones menstruales: prolongación del ciclo menstrual con flujo más ligero, por ejemplo; en ocasiones la menstruación puede cesar por largos períodos de tiempo. Respecto a la pérdida de la libido, común y corriente, puede variar del simple no interés hasta una marcada obsesión contra el sexo.

- **Relaciones interpersonales**

Su deterioro en las relaciones con los demás es evidente. De hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. Estas personas normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, por lo que a su vez reaccionan aislándose aún más. (Beck, op. cit.)

- **Rasgos de ansiedad**

El deprimido sufre de tensión, sufre por temores vagos e inespecíficos, sufre preocupación por todo. En algunos casos padecerá de temblor y sudoración asociados con estados de ansiedad.

- **Variabilidad de los síntomas**

Fluctúan considerablemente; depende mucho la variación del tiempo y de las circunstancias y, en un grado considerable, del mismo ambiente. Reyes (op. cit.) refiere que algunos autores hablan de la “depresión autónoma”, o sea aquella en la que el estado de ánimo es fijo; pase lo que pase, el enfermo sufre de la misma depresión; ésta es constante; los enfermos no se entretienen por nada; dan la sensación de que les es lo mismo estar solos que acompañados.

Sin embargo, parece que la mayoría de los deprimidos sufren variaciones durante el día: generalmente los despertares, los amaneceres, son los peores momentos. Otros autores hablan de las “alteraciones del ritmo circadiano”, por las que existe la posibilidad de que, por alteraciones de ese ritmo, se altere el nivel de cortisona

en la sangre de algunos deprimidos: esto sería de las 6:00 a.m. a las 14:00 o 15:00 p. m.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Reyes (op. cit., ponente en Seminario del Instituto de Tanatología), hace énfasis desde el punto de vista psicológico a la génesis de la depresión. Considera como sus causas las siguientes:

- Cuando existen sentimientos de frustración y/o de culpabilidad. Estos sentimientos siempre están como sostenidos por otro: rabia.
- La rabia nace contra el yo de la persona, o contra el tú. dado que lo propio de la rabia es agredir. Por la rabia se tendrán conductas de autoagresión (cuando sea contra el mismo yo), o de extra-agresión (cuando sea contra el tú). Podemos decir, en cierto sentido, que la rabia nos obliga a tomar conductas un tanto cuanto masoquistas o sádicas.
- La persona, al darse cuenta de que está actuando tan “malamente”, surge la conciencia de que es malo. Y el que es malo siempre busca un castigo: necesita purificarse.
- Como deprimido, por más castigo que se consiga, seguirá sintiéndose malo, aumentará sus sentimientos primeros: frustración y/o culpabilidad, con una rabia cada vez mayor. El círculo vicioso empezará entonces haciéndose cada vez más profundo y con mayores exigencias: más rabia, más autoagresión, más extra-agresión, más necesidad de castigo.
- Una total pérdida de autoestima, además, el ánimo depresivo destruye toda esperanza que es la esencia misma de la vida humana; por lo que destruye también el deseo de vivir. Esto favorece la sensación de vacío, la autodestructividad y la devaluación de la empatía humana.

Reyes (op. cit.) también hace una diferencia clara entre depresión y angustia, señalando que la primera habla del pasado: sólo me podré sentir frustrado o culpable por un pasado displacentero. En cambio, la angustia, habla siempre del futuro; es decir miedo al futuro.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Lista-Varela (1996) menciona *una clasificación clásica* que se usa actualmente en el lenguaje clínico cotidiano, con valor explicativo y de comunicación entre los psiquiatras y otros profesionales, y debido a su uso frecuente se hace necesario su conocimiento. Este investigador destaca a cinco tipos de depresión que a continuación se describen:

- *Endógenas y reactivas*
- *Psicóticas y neuróticas*
- *Autónomas y reactivas*
- *Primarias y secundarias*
- *Unipolares y bipolares*

Depresiones endógenas y reactivas

El cuadro clásico denominado melancolía es una depresión endógena, significa “que nace de dentro” se basa en factores orgánicos, hereditarios manifestados por alteraciones bioquímicas. Las depresiones endógenas ocurren en ausencia de factores precipitantes, en una persona sin conflictos premórbidos, son severas, pudiendo presentar síntomas psicóticos,

Las depresiones reactivas son cuadros clínicos que aparecen relacionados a situaciones estresantes psicosociales, en las que el paciente presenta una situación psicológica premórbida; son menos severas y responden poco a los tratamientos biológicos.

Según Calderón (op. cit.) la depresión reactiva es, en principio, una reacción sana ante una pérdida personal: la muerte de un ser amado, la pérdida de un trabajo, un revés financiero. Es normal, y de hecho deseable, sentirse deprimido cuando se sufre un contratiempo personal grave.

Depresiones psicóticas y neuróticas

Las depresiones psicóticas son descritas como cuadros clínicos severos, incapacitantes, con características de endogenicidad y frecuentemente con la presencia de alucinaciones y delirio. Arieti (op. cit.) la describe como una depresión que no implica la presencia de una psicosis, sino como a la existencia de una transformación en forma de la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás y por la manera de interpretar al mundo que puede estar distorsionada. Surge a causa de una drástica experiencia emocional, no trata de huir de su enfermedad a diferencia del deprimido neurotico.

Las depresiones neuróticas, no tienen características de endogenicidad y suceden frecuentemente luego de acontecimientos personales o psicosociales estresantes (Polaino- Lorente, op. cit.).

Beck (op. cit.) considera que esta distinción responde a las diferencias en la gravedad de la enfermedad, en concordancia con lo que dicen otros autores, que no hablan, sino de dimensiones de la depresión.

Depresiones autónomas y reactivas

Algunos autores como Gillespie, (1921) como fundador de esta clasificación y Arieti (op. cit) como crítico de ésta, han hecho una distinción entre los tipos de depresión, basándose en el grado de reactividad a sucesos externos. Se llamó autónomos a los pacientes que seguían una evolución continua sin responder a ninguna influencia favorable y reactivos a los que respondían favorablemente al confortamiento y la comprensión, según lo manifestó Beck (op. cit.)

Depresiones primarias y secundarias

El término depresión primaria se refiere a aquellas depresiones que constituye un componente esencial o importante de un síndrome. Las depresiones secundarias aquellos cuadros que aparecen a consecuencia de alguna enfermedad, por ejemplo, la depresión en un paciente esquizofrénico o la depresión en un paciente con infarto de miocardio o con un cáncer. Las depresiones secundarias responden al tratamiento antidepresivo (Reyes, op. cit.).

Arieti (op. cit.) divide a las depresiones primarias en leves y profundas. A las leves las localiza dentro de la sintomatología distónica; el enfermo trata de rechazarla, reconoce que su depresión es injusta o exagerada en relación a lo que lo provocó, sabe que sus funciones normales están obstaculizadas, pero no puede librarse de ella. Y a las profundas como sintónicas, es decir el paciente la acepta como una forma normal de vida. Este autor es importante mencionarlo, porque da énfasis a los ciclos de vida como factores precipitantes de esta sintomatología. Se menciona su breve clasificación.

Depresiones Leves (distónicas)

- a) Carácter o personalidad depresiva
- b) Depresión reactiva
- c) Depresión ansiosa
- d) Depresión obsesivo-compulsivo
- e) Depresión encubierta
- f) Depresión despersonalizada

Depresiones Profundas (sintónicas)

- a) Depresión pura
- b) Depresión en la psicosis maniaco-depresiva
- c) Depresión en la psicosis esquizo-afectiva

En base al cambio del ciclo de vida.

- a) Depresión infantil
- b) Depresión Adolescente
- c) Depresión Postpuerperal
- d) Depresión involutiva
- e) Depresión senil

Depresiones Secundarias

- a) Depresión asociada con desórdenes neurológicos o psicosis orgánicas
- b) Depresión asociada con desórdenes endocrinos
- c) Depresión asociada con otras enfermedades orgánicas
- d) Depresión inducida por drogas
- e) Depresión esquizofrénicas

Depresiones unipolares y bipolares

Las depresiones unipolares son cuadros clínicos que se dan en sujetos que no tienen historia personal ni familiar de cuadros hipomaníacos o maníacos. Si los cuadros depresivos se repiten (frecuencia), siempre son del mismo tipo, sin alternancia, con fluctuaciones del humor.

Las depresiones bipolares son aquellas en las que el paciente presenta una historia personal con cuadros maníacos, (bipolar I), o hipomaníacos, (bipolar II), o tiene antecedentes familiares de manía, (bipolar III). Esta clasificación es una de las más aceptadas a nivel médico, ya que el DSM-IV-TR (2002) las describe dentro de sus criterios diagnósticos.

Depresión mayor o depresión severa

La persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y ésta le impide realizar sus actividades de la vida diaria, manifiestan al menos cinco síntomas de la depresión por un periodo de dos semanas como mínimo que significan un cambio de conducta o estado de ánimo. Aparece la depresión anímica y la pérdida de interés, hay un trastorno del estado de ánimo como sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia. Asimismo se alteran funciones normales importantes como el trabajo y las relaciones interpersonales. No son generados por la toma de drogas, alcohol u otras sustancias o por un dolor normal.

Los episodios de depresión mayor en general duran unas veinte semanas y los síntomas de este son: agitación; alucinaciones; ansiedad; preocupación por la salud física; fobias; consumo de drogas callejeras; resentimiento; problemas en la escuela o en el trabajo; mayor sensibilidad; pérdida de la memoria; apatía; distracción; ilusiones; lloriqueos; intranquilidad; ataques de pánico; uso excesivo

de alcohol; agresividad; retiro social; mala apariencia; o desorientación. Estos síntomas son lo bastante severos como para causar una dificultad o deficiencia significativa en el funcionamiento de la persona.

En el adolescente a diferencia del adulto, los síntomas incluyen tristeza permanente, incapacidad para disfrutar de las actividades favoritas, aumento de la irritabilidad, quejas de problemas físicos como dolor de cabeza y de estómago, menor rendimiento escolar, aburrimiento constante, baja energía, escasa atención y concentración, cambios en los hábitos de comida y sueño, o ambos.

Trastorno unipolar

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso, hay notorias señales físicas, particularmente en el rostro, ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, postura alicaída, evitan mirar a los ojos y hablan con monosílabos o son callados. Su pensamiento se acompaña de preocupaciones con culpa, ideas de auto denigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidios; siendo frecuentes alteraciones en el sueño. Algunas veces que queja de la imposibilidad para llorar y expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido, sin sentido y gris. Los sentimientos de inseguridad e inutilidad pueden llevar a algunos pacientes a creerse observados o perseguidos.

Trastorno bipolar o depresión maniaco-depresiva

La mayoría de los virajes desde el trastorno unipolar al bipolar se producen en los cinco años que siguen al comienzo de las manifestaciones depresivas, Los factores que predicen el cambio son el comienzo precoz de la depresión (antes de los 25 años) Estos pacientes muestran, por un lado, un estado de ánimo depresivo y , a veces, actividad con un alto grado de energía; por otro lado, el bloqueo del funcionamiento de la persona en el contexto social y de desarrollo es más corriente que en el trastorno unipolar. Duran de tres a seis meses, se inicia a una edad temprana. Se alternan los episodios maníacos floridos con los de depresión mayor, comenzando generalmente con depresión caracterizada por la presencia de un periodo maníaco o de excitación a lo largo de la evolución. La fase depresiva puede ser preludio de la manía o seguirle inmediatamente, o bien entre una y otra por meses o años.

Durante el estado hipomaniaco, el estado de ánimo se hace más alegre, disminuye la necesidad de dormir y la actividad psicomotriz se dispara más allá del nivel usual del paciente; persiste la ingestión de alimentos en exceso y en la fase depresiva hay insomnio y pocas ganas de comer. Para algunas personas los periodos hipomaniacos son de “adaptación”, ya que se asocian a gran energía, sentimiento de confianza en si mismo y funcionamiento social por encima de lo habitual.

Trastorno ciclotímico

Se alternan lapsos hipomaníacos menos graves y fases “minidepresivas”, con una duración de pocos días para cada etapa. Suele darse como una forma extrema de humor cambiante sin llegar a complicarse con trastornos mayores del estado de ánimo. Se alternan ciclos breves de depresión retardada, acompañada de poca confianza en sí mismo e hipersomnias, con periodos de exaltación o aumento del entusiasmo y acortamiento del sueño. Constantemente están muy alegres, seguras de sí mismas y llenas de energía, tienen infinidad de planes y tareas que realizar. Lo más frecuente es que esta inestabilidad ciclotímica se manifieste en forma de un historial escolar o laboral con altibajos, reiteradas rupturas de pareja y episodios de abuso de drogas o alcohol.

Depresión crónica; Distimia o depresión leve

Se caracteriza por muchos de los síntomas que aparecen en la depresión mayor pero éstos son menos intensos y duran mucho más, al menos dos años. Típicamente, no aparecen trastornos en la conducta alimentaria o sexual; no existen episodios de manía, agitación severa ni comportamiento sedentarios, tampoco muestran cambios aparentes en la conducta, aunque tienen menos energía, una negatividad general y un sentido de insatisfacción y desesperanza. Lo distingue su forma de pensar negativa, incapaces de disfrutar la vida, letárgicos, introvertidos, críticos y se quejan por todo constantemente, se ven preocupados por un posible fracaso, y están llenos de tristeza y pensamientos funestos. La Distimia no puede estar conectada a un evento específico, y no siempre abandonan sus actividades ya sea laboral o escolar.

Depresión ansiosa o atípica

Retomando lo establecido por el DMS-IV-TR en los párrafos anteriores, coexisten síntomas leves comunes a los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo. Es notoria la presencia de obsesiones, angustia y fobias sociales con depresión e hipersomnias. Los equivalentes afectivos incluyen el acting out que en los adolescentes podría detectarse por el mal desempeño, representación antisocial, la exposición a peligros, o el juego de forma compulsiva, el dolor crónico, la hipocondría, los estados de ansiedad y los trastornos psicósomáticos.

Trastorno afectivo estacional (SAD)

Presenta episodios anuales de depresión en otoño o invierno, que repiten en primavera y verano, y que pueden ser reemplazados por una fase maniaca. Otros síntomas incluyen fatiga, una tendencia a comer en exceso, particularmente hidratos de carbono, y a dormir en exceso, sobre todo en invierno. En la mayoría de la población femenina se presenta este síntoma por casi cinco meses, de manera notoria en donde los cambios de incidencia de luz son extremos.

Trastorno disfórico premenstrual (PDD)

O depresión premenstrual, como lo refiere el DSM-IV-TR, se padece de irritabilidad y tensión, afecta al 8% de las mujeres en edad reproductiva. Para este diagnóstico tan solo basta la presencia de cinco síntomas de depresión y que aparecen durante la mayoría de ciclos menstruales, con síntomas que aumentan una semana más o menos antes del periodo menstrual y desaparecen después.

CLASIFICACIÓN ACTUAL

Las clasificaciones actuales de las enfermedades mentales más utilizadas a nivel mundial, son las últimas versiones de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades (capítulo F) versión 10” (CIE-10, 2000) de la Organización Mundial de la Salud, y el “Manual Diagnóstico y Estadístico versión 4” (DSM-IV-TR op. cit.) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Clasificación de la depresión del **DSM IV-TR**.

En el DSM-IV-TR (op. cit.), la depresión se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos del estado de ánimo. La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, quedando dividida en tres secciones:

- 1.- Episodios afectivos
 - a. episodio depresivo mayor.
 - b. episodio maníaco.
 - c. episodio mixto.
 - d. y episodio hipomaníaco.

- 2.- Trastornos del estado de ánimo:
 - a. Trastornos depresivos (depresión unipolar)
 - i. Trastorno depresivo mayor.
 - ii. Trastorno distímico.
 - iii. Trastorno depresivo no especificado.

 - b. Trastornos bipolares
 - i. Trastorno bipolar I.
 - ii. Trastorno bipolar II.
 - iii. Trastorno ciclotímico.
 - iv. Trastorno bipolar no especificado.

- c. Trastornos basados en la etiología
 - i Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.
 - ii Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los episodios no tienen asignado un código diagnóstico y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven para el diagnóstico de los trastornos afectivos, los cuales están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos.

Los trastornos depresivos, se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Por lo tanto, los trastornos bipolares implican la presencia (o historia de) de episodios maníacos, mixtos, o hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El DSM-IV.TR (op. cit.) prevé algunos otros cuadros de depresión que se presentan ante ciertos acontecimientos o circunstancias que son importantes para la práctica clínica.

- **Trastorno depresivo no especificado:** La identificación de alguno de estos cuadros se hizo evidente cuando con los umbrales de número de síntomas o tiempo de duración de los criterios diagnósticos usados no se podían diagnosticar un número importante de sujetos que sí sufrían de cuadros depresivos de repercusión clínica (Lista-Varela, op. cit.).
- **Depresión premenstrual.** Los hechos que definen a esta situación clínica frecuente son estado emocional triste, a veces marcado; ansiedad, importante labilidad afectiva y un marcado desinterés en las actividades habituales. El patrón más característico de esta forma de trastorno del humor es la aparición de la sintomatología antes de la menstruación y la desaparición gradual hasta hacerse completa en la mitad del ciclo. La severidad de los síntomas y el tipo, es comparable a los de la depresión mayor pero su duración es menor. Este cuadro y su repercusión funcional contrastan con el funcionamiento general de la persona fuera de estos períodos.
- **Depresión menor.** Es de menor severidad que la depresión mayor. El hecho clínico central es la presencia de uno o más episodios depresivos con la misma duración que la depresión mayor pero con menos síntomas y con menor repercusión sobre la vida del paciente.
- **Depresión sindromática subsindrómica.** Es la presencia simultánea de dos o más síntomas depresivos, la mayor parte de tiempo, durante al menos dos semanas. Estos síntomas se asocian a una perturbación

evidente en el funcionamiento social. No se cumplen los criterios diagnósticos para la depresión menor, depresión mayor ni distimia.

- **Depresión breve recurrente.** Este es un cuadro clínico descrito hace mucho tiempo pero sólo recientemente (1994) aceptado como subtipo de depresión en las clasificaciones actuales (DSM-IV.TR op. cit. y CIE-10). En donde habría cuadros depresivos breves y altamente recurrentes que se asocian a un alto riesgo de suicidio. Este nuevo subtipo de enfermedad depresiva se caracteriza por síntomas similares a los de la depresión mayor pero con una duración de dos días a dos semanas, al menos una vez al mes durante 12 meses – no asociados a los ciclos premenstruales- .
- **Trastorno mixto depresión-ansiedad.** Se refiere a la coexistencia de depresión más ansiedad subumbrales; es decir, que no llevan por si solas los criterios diagnósticos para trastornos depresivos ni de ansiedad, sumando una clara repercusión sobre la vida del paciente.

Es necesario destacar que en el DSM-IV.TR (op. cit.) los trastornos afectivos debidos a condiciones médicas o abuso de sustancias se contemplan en el capítulo de los trastornos del humor, mientras que en CIE-10 están incluidos en el de los trastornos mentales orgánicos o sintomático.

MODELOS DE LA DEPRESIÓN

Se han estudiado, múltiples teorías psicológicas y psicosociales que desde hace décadas intentan explicar cómo fenómenos psicológicos pueden desencadenar la enfermedad depresiva; sus aportes brindan un sistema de ideas para aproximarnos a la comprensión fenomenológica de la depresión. Las principales teorías son:

- La psicoanalítica (Abraham y Freud, 1911-1917)
- La cognitiva-conductual (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983)
- La teoría de la desesperanza aprendida (Seligman, 1975)
- La teoría bioquímica de la depresión (Schildkraut, 1970)

Teoría Psicoanalítica

Principalmente, se basa en el desarrollo del modelo de la pérdida de objeto amado (Freud, 1977) explica que, las pérdidas reales o imaginarias en el desarrollo temprano del sujeto, en los primeros años de la vida, pueden generar una vulnerabilidad frente a situaciones reales o percibidas de pérdida en el futuro, y esto actuar como precipitante de la depresión.

Es un estado de duelo por el objeto perdido en el cual el instinto agresivo que se genera, por alguna razón no se dirige hacia el objeto adecuado y se internaliza, desarrollando una autoagresión contra un objeto internalizado con el que el “yo” se identifica.

En esencia, esta teoría menciona una extraordinaria disminución del amor propio: egotización-implicación del “yo” en la reacción ante la pérdida del objeto. Pérdida de la autoestima. La libido se retrotrae al “yo” en lugar de desplazarse al objeto. Transformación de la pérdida de objeto en pérdida del “yo”. Disociación entre la actividad crítica del “yo”, el “yo modificado” por la identificación.

Rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral o cabalística del desarrollo de la libido (deseo de devorar al objeto), una vez que el objeto se ha perdido.

La rigidez y el empobrecimiento del “yo” hacen que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva. Tendencia al suicidio, como signo de hostilidad contra si mismo, como objeto (Freud, op. cit.). Es decir, los factores desencadenantes de la depresión en la vida adulta son: pérdida afectiva, herida narcisista y culpa.

Teoría de la Desesperanza Aprendida

Describe un estado caracterizado por la ausencia de conductas adaptativas al no reconocerse la relación entre unas determinadas respuestas (adaptativas) y el alivio de los estímulos aversivos. Con fundamento en experimentos animales, postula que, cuando un sujeto es sometido a experiencias adversas que no puede resolver en su desarrollo psicológico temprano, le deja una vulnerabilidad que estaría dada por un sentimiento que las experiencias futuras no placenteras o adversas serán también incontrolables, generando una respuesta frente a estas situaciones de pasividad, resignación, pérdida de autoestima y desvaloración del yo, que conduce a la depresión (Seligman 1975, citado en Lista-Varela, op. cit.).

Este modelo, uno de los que mejor se ajusta al paradigma conductista de la depresión, supone un fracaso relativo sistemático en ejercer control sobre los reforzadores ambientales, que lleva a una frustración permanente.

Modelo Cognitivo de Beck

Durante su investigación, Beck, Rush & Emery (1983) comprobaron que los pacientes depresivos reportaban contenidos de pensamiento negativo, que no se observaban en aquellos pacientes no deprimidos. Estos pensamientos oscilaban alrededor de la “tríada cognitiva” antes mencionados. Para Beck y cols., el individuo deprimido “carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad”.

Este autor, refiriéndose al término estado de ánimo, menciona que se aplica generalmente a una gama de sentimientos que van desde el júbilo y la felicidad en un extremo hasta la tristeza y la felicidad en el otro, por esta razón no incluye estados subjetivos que, como la angustia o la ira, no pertenecen a la categoría felicidad-tristeza.

Campbell (1960) y Wessman (1966) (en Beck op. cit.), opinan que todas las personas tienen fluctuaciones del estado de ánimo y que los individuos normales pueden tener horas o días “tristes”. La semejanza entre la depresión y el abatimiento de las personas normales ha llevado al concepto de que el estado patológico es simplemente una exageración del normal.

Beck describe los síntomas de la depresión bajo cuatro esferas principales que a continuación se mencionan; refiere este mismo autor que no emplea las categorías nosológicas convencionales, sino más bien utiliza subdivisiones según el grado de depresión, como: depresión mínima (o sin depresión), depresión leve, depresión moderada y depresión intensa. Subraya que es muy importante tomar en cuenta la situación y conductas anteriores al síntoma, como también la observación clínica, y sobretodo considerar los parámetros normales para la edad, el sexo y el grupo social de cada paciente. (Ver capítulo 4 y anexo 1).

- **Manifestaciones emocionales**, que se refieren a los cambios en los sentimientos del paciente o a los cambios en su conducta externa directamente atribuibles a su alteración emocional; de tal modo que se valora:

Animo abatido

- a) **Leve.**- Informa el paciente que se siente abatido o triste, el sentimiento desagradable tiende a fluctuar en el transcurso del día; en ocasiones puede llegar a desaparecer y llegar a sentirse alegre.
- b) **Moderado.**- La disforia tiende a ser más pronunciada y persistente, su alivio puede ser temporal, varía en el transcurso del día y a menudo es peor durante la mañana.
- c) **Intenso.**- El paciente suele decir que se siente sin esperanza o desdichado, intranquilo, sin poder evitarlo.

Sentimientos negativos hacia si mismos

- a) **Leve.**- El paciente declara que se siente decepcionado de si mismo.
- b) **Moderado.**- El sentimiento de autodesagrado es más intenso y puede transformarse en disgusto consigo mismo.
- c) **Intensa.**- El sentimiento progresa hasta el punto de que el paciente se odie a si mismo.

Insatisfacción

- a) **Leve.**- Se manifiesta que se ha perdido la alegría de vivir, se aleja de lo que representa responsabilidad, obligación o esfuerzo y busca más el descanso.
- b) **Moderado.**- La persona dice sentirse aburrido gran parte del tiempo.
- c) **Intenso.**- No encuentra ningún placer en actividades que antes le agradaban e incluso puede llegar a sentir aversión por ellas.

Indiferencia afectiva

- a) **Leve.**- Disminuye un tanto el grado de entusiasmo o dedicación por una actividad.
- b) **Moderada.**- La disminución del interés o de los sentimientos positivos puede progresar hasta la indiferencia.
- c) **Intensa.**- Puede presentar gran apatía por todo lo que le rodea, sin que nada avive su interés.

Accesos de llanto

- a) **Leve.**- Aumenta la tendencia a sollozar o llorar, cualquier situación que antes no le provocaba llanto ahora si.
- b) **Moderada.**- Es común que al hablar de sus problemas caiga en llanto.
- c) **Intensa.**- Si antes podía llorar, ahora le cuesta trabajo y no puede llorar aunque quiera.

Perdida del sentido del humor

- a) **Leve.**- Estas personas ya no toleran como antes las bromas o burlas de sus amigos o familiares.
 - b) **Moderada.**- Ya no es capaz de ver el lado gracioso de las cosas, y tiende a tomar todo muy en serio.
 - c) **Intenso.**- No responde a las humoradas de ninguna persona, tiende a reaccionar a sus elementos agresivos u hostiles y a sentirse lastimado o disgustado.
-
- **Manifestaciones cognoscitivas:** Estos hechos cognitivos los describe Beck, como pensamientos automáticos, casi siempre aceptados y creídos sin reservas, se experimentan como espontáneos, son difíciles de interrumpir y por lo general se expresan en término de podría, debería o tendría que. Los individuos proclives a deprimirse están preparados para “efectuar juicios externos, unilaterales y categóricos también tienden a

personalizar los acontecimientos y a creer en distorsiones cognitivas como la polarización por ejemplo: es blanco o negro, etc., la exageración y el exceso de generalización, pudiendo producirse todo lo anterior de manera automática”.

Baja valoración de si mismo

- a) **Leve.**- Reacciona de manera exagerada a sus errores o dificultades.
- b) **Moderado.**- La mayor parte de los pensamientos del paciente gira alrededor de su sensación de deficiencia, exagerando cualquier error.
- c) **Intenso.**- La autovaloración, alcanza su punto mas bajo, se menosprecia drásticamente en todo a lo que se refiere a sus atributos personales.

Previsiones negativas

- a) **Leve.**- Tiende el paciente a esperar el desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas, se inclina hacia la negatividad y el pesimismo.
- b) **Moderado.**- Considera que su futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar.
- c) **Intenso.**- Ve al futuro sobrio y sin esperanza. Afirma que nunca podrá resolver sus dificultades y nunca mejorara.

Autoacusacion y autocrítica

- a) **Leve.**- Cuando no llega a satisfacer plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas, tiende a culparse y criticarse.
- b) **Moderado.**- Por cualquier aspecto de su personalidad o de su conducta que considere inferior a lo normal su autocrítica es dura.
- c) **Intenso.**- Es muy exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas, manifestando que el es responsable de lo malo y deben castigarlo.

Indecisión

- a) **Leve.**- Las soluciones no se le ocurren tan fácilmente como antes.
- b) **Moderado.**- La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas tan triviales como que ropa ponerse, por ejemplo,

- c) **Intenso.**- Los pacientes muy deprimidos creen que son incapaces de tomar una decisión, por lo cual ni lo intentan.

Distorsión de la imagen corporal

- a) **Leve.**- La persona empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico.
 - b) **Moderado.**- Aumenta la preocupación por el aspecto, aunque no tenga ninguna prueba objetiva de esta idea.
 - c) **Intenso.**- Se hace más fija la idea de la falta de atractivo personal, cree que es feo y de aspecto repulsivo
- **Manifestaciones motivacionales**, que incluyen esfuerzos, deseos e impulsos conscientes, tienden a la regresión, generalmente prefieren la pasividad a la actividad, la dependencia a la independencia o autonomía, evita la responsabilidad, huye de los problemas en lugar de afrontarlos, busca satisfacciones inmediatas, aunque pasajeras en vez de satisfacciones futuras pero duraderas.

Parálisis de la voluntad

- a) **Leve.**- No tiene el deseo espontáneo de realizar determinadas actividades, especialmente las que no le proporcionan, ninguna satisfacción inmediata.
- b) **Moderada.**- La pérdida del deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales de su vida.
- c) **Intensa.**- A menudo hay una completa parálisis de la voluntad, ya no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida.

Deseo de evasión, escape y aislamiento

- a) **Leve.**- Experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes.
- b) **Moderada.**- Los deseos de evasión son más fuertes y se extienden a una gama mucho más amplia de las actividades habituales del paciente.
- c) **Intensa.**- Se manifiesta un marcado retraimiento y tiende al aislamiento social.

Deseos suicidas

- a) **Leve.**- solamente expresa deseos de morir y expresa indiferencia hacia la vida.
- b) **Moderada.**- Los deseos suicidas son mas directos, frecuentes y apremiantes, existe el riesgo definido de que el paciente intente suicidarse.
- c) **Intensa.**- Las ideas suicidas son mas intensos, pero el retardo psicomotor es demasiado para intentarlo.

Aumento de la dependencia

- a) **Leve.**- El paciente que normalmente era autosuficiente e independiente empieza a expresar el deseo de ser ayudado, guiado y apoyado.
 - b) **Moderada.**- El deseo del paciente de que otras personas hagan las cosas por él, le den instrucciones y lo tranquilicen se vuelve necesaria.
 - c) **Intensa.**-Recibir ayuda es intenso y de naturaleza predominantemente pasiva.
- **Manifestaciones neurovegetativas y físicas**, consideradas como una prueba de la existencia de un trastorno neurovegetativo o hipotalámico fundamental como causa del estado depresivo.

Perdida del apetito

- a) **Leve.**- El paciente puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes.
- b) **Moderada.**- Puede faltar el deseo de comer casi por completo.
- c) **Intensa.**- Debe obligarse al paciente a comer, también puede llegar a sentir aversión por la comida.

Trastornos del sueño

- a) **Leve.**- El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a media hora antes de lo usual.
- b) **Moderada.**- Se despierta una o dos horas antes de lo habitual, y con frecuencia informa que su sueño no es reparador.
- c) **Intensa.**- Es frecuente que el paciente despierte después de dormir por cuatro o cinco horas y no volver a dormirse.

Disminución de la libido

- a) **Leve.**- Ligera disminución del deseo sexual espontáneo y de la respuesta a los estímulos sexuales, y en algunos casos aumenta.
- b) **Moderada.**- El deseo sexual esta marcadamente disminuido y solo responde a estímulos intensos.
- c) **Intensa.**- Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales y puede sentir aversión por el sexo.

Fatigabilidad

- a) **Leve.**-Se cansa mas fácilmente que antes, al descansar puede recuperar su energía, pero esta mejoría es pasajera.
- b) **Moderada.**-Siente cansado desde que despierta y cualquier actividad puede acentuar ese cansancio, incluyendo la actividad mental fija, como la lectura.
- c) **Intensa.**- Esta demasiado cansado para hacer nada, hasta para vestirse.

Este autor menciona que la queja principal de la depresión puede tomar diversas formas: 1) un estado emocional desagradable; 2) un cambio de actitud hacia la vida; 3) síntomas somáticos de naturaleza específicamente depresiva, o 4) síntomas somáticos no característicos de la depresión.

También, recomienda que durante el examen clínico, los signos se pueden apreciar mediante la observación directa, así por ejemplo, la expresión triste y melancólica acompañada de retardo psicomotor o de agitación es prácticamente patognomónica de la depresión. El rostro muestra los signos característicos de la tristeza, las comisuras labiales están curvadas hacia abajo, el ceño esta fruncido, las líneas y arrugas faciales son mas profundas.

Entre las descripciones empleadas por los clínicos están: malhumorado, desdichado, sombrío, afligido, desalentado, serio, tristemente resignado, además del llanto (Beck, op. cit.)

En resumen, esta teoría postula que el individuo deprimido o con tendencia a la depresión tiene ciertos patrones (esquemas) cognoscitivos ideosincráticos que pueden ser activados por tensiones específicas sobre determinados puntos vulnerables, o bien, por tensiones inespecíficas abrumadoras. Cuando esos patrones cognoscitivos son activados, tienden a dominar el pensamiento del individuo y a producir los fenómenos afectivos y motivacionales asociados con la depresión.

Calderón (op. cit.) se refiere a estas manifestaciones como trastornos y considera que en el área intelectual se presenta una sensopercepción disminuida (la captación de estímulos es deficiente), trastornos de memoria (dificultad para la evocación), disminución de la atención (deficiente fijación de los hechos de las vivencias cotidianas), disminución de la comprensión (comunicación deficiente), ideas de culpa o fracaso (autodevaluación e incapacidad de enfrentamiento) y pensamiento obsesivo (ideas o recuerdos repetitivos).

Los Modelos Bioquímicos

Los neurotransmisores en el sistema nervioso central es uno de los grandes descubrimientos en las neurociencias, pilar de este modelo. Un neurotransmisor es un mediador o mensajero que interviene en la transmisión del impulso nervioso

En la génesis de la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción en los circuitos de noradrenalina (NE) y serotonina (5-HT) del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, hipotálamo y estructuras del sistema límbico (Schildraut, 1970).

Este mismo autor menciona, que si el principal metabolito central de la noradrenalina es el 3-metoxi-4-hidroxi-fenil—etil-glicol (MHPG), cuya eliminación se efectúa por la orina y del cual el 50% al 70% es de procedencia cerebral. Se encuentra reducido en algunos pacientes deprimidos y que algo similar ocurre en el plasma con el 3-4-hidroxi-etil-glicol al estado de sulfato (DOPEG), el cual tiene más específicamente un origen central. También señala la existencia de categorías de depresión de acuerdo con el valor de MHPG, que en el caso de ser bajo puede indicar deficiencias noradrenérgicas, y si es normal o alto se pueden sospechar defectos de los sistemas serotoninérgicos. Se ha propuesto dos grupos de depresiones: el tipo A con baja eliminación de MHPG y respuesta positiva a la dextroanfetamina, y el tipo B con valores normales de MHPG y respuesta del humor negativa a la dextroanfetamina.

Los deprimidos que presentan niveles más bajos de MHPG urinario (tipo A) responderían mejor a los antidepresivos noradrenérgicos, como la imipramina, la desipramina, la maprotilina y la nortriptilina. Por otro lado han estudiado la relación entre las tasas bajas de ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA) en el líquido cefalorraquídeo y su relación con una predisposición al suicidio más intensa, lo que implica una señal de alarma. Así mismo los sujetos con baja tasa de 5HAA tendrían más tendencia a la ansiedad y al suicidio, además de la impulsividad e hipofrontalidad y los deprimidos con un déficit adrenérgico presentarían fatigabilidad y una pérdida de la iniciativa psicomotora marcada.

Esta hipótesis de la depleción de las catecolaminas, se basa en la existencia de síndromes depresivos en los que la depleción de monoaminas NE y 5-HT desempeña un papel primordial, en donde ambos sistemas de monoaminas,

catecolaminas e indolaminas, pueden tener un papel muy significativo en la depresión. Pero, quizá algún neurotransmisor no descubierto todavía sea la respuesta a todo el problema de la depresión. También se ha pensado que el defecto funcional en la depresión esté, no tanto en el trasmisor, como en el receptor, y que ésta sea la respuesta del por qué tardan tanto tiempo en aliviar los antidepresivos (Kandel y Schwartz, 2000).

Otros estudios se han enfocado en la función de la tiroides y en el sistema endocrino en general. Muchas personas deprimidas con tiroides normal presentan secreciones excesivas de hormona tiroidea, por ejemplo, las glándulas endocrinas mantienen la homeostasis en el organismo y la depresión altera este equilibrio, ya que el sistema endocrino es algo así como una extensión del sistema nervioso; los dos sistemas están conectados a nivel de hipotálamo. Éste y el sistema límbico, son centros de las emociones en general y de la depresión en particular (Carlson, 2000).

DEPRESION ADOLESCENTE

Arieti (op. cit.), señala que durante la edad adolescente es factible observar todos los tipos de patología en todos sus grados: ansiedad, depresión, manía, rasgos esquizoides y esquizofrenia, perversiones, alcoholismo, adicción, trastornos de conducta, problemas psicofisiológicos, accidentes, etc. El adolescente está en un momento de cambios físicos; estos son alteraciones que contienen un gran significado intrapsíquico que le provocan trastornos que no terminarán sino con la formación de su identidad.

Lo más notorio en esta edad, es su falta de espontaneidad, su inseguridad, su torpeza de movimientos y la exagerada conciencia que tiene de sí mismo. Ha perdido las formas y maneras infantiles y tiene necesidad de encontrar otras nuevas que deben corresponder a un nivel superior de libertad y de responsabilidad. Asegura este autor, que el problema fundamental estriba en el hecho de que llega a alcanzar la madurez biológica mucho antes que la psicológica, el adolescente se le exige, y él mismo se exige, una creciente responsabilidad sexual, moral y social.

Sue y cols (1996) refieren que el estado de ánimo deprimido en esta edad, se presenta con gran frecuencia. Los síntomas característicos son: aislamiento, aburrimiento, seriedad, cambio de hábitos (abuso de drogas o alcohol), verbalizaciones en relación con la muerte o el suicidio, pérdida del apetito, irritabilidad, trastornos del sueño (Díaz e Hidalgo, 1996) el bajo rendimiento en tareas escolares, la conducta antisocial, la promiscuidad sexual, los problemas de conducta y las fugas del hogar (Kaplan y Sadock, 1999).

Caplan y Lebovici (1973) y Campillo (1988) mencionan que no son iguales las características depresivas de los adolescentes matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por inquietud, pérdida rápida de interés en las cosas que le suceden

fatiga y hastío, dificultad para poner atención o concentrarse y evasión de los problemas.

Lehalle y Fernández (op. cit.) refieren que la depresión en el plano de la vivencia afectiva es más frecuente durante la adolescencia y que el síndrome depresivo es interpretado dentro del marco del desarrollo psicológico normal de la adolescencia. Dado el crecimiento puberal, éste conduce a la ausencia de catexia en los antiguos objetos libidinales y a la búsqueda de nuevos objetos. Ésta evolución no podría realizarse sin un trance depresivo.

Widlocher (Lahalle, op. cit) contempla tres tipos clínicos de depresión:

- La depresión adolescente como una nueva expresión de una neurosis de la segunda infancia.
- La depresión que puede estar ligada a una carencia afectiva grave y ser un reflejo tardío de la perturbación de los primeros lazos objetales.
- Las depresiones que aparecen como la exacerbación de la depresión banal de la adolescencia, es decir la importancia de la posición narcisista en el momento de la adolescencia y su función en la reorganización de la personalidad.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, op. cit), el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor (TDM), de un adolescente se hace sobre la base de los siguientes síntomas:

- a) Estado de ánimo deprimido o irritable: (se molesta fácilmente, se le ve enojado, triste angustiado, desesperanzado, o parece incapaz de demostrar emociones); o
- b) Pérdida de interés y placer: (no disfruta de las actividades que antes le resultaban divertidas, se aburre fácilmente, se queda sentado sin hacer nada). Debe presentar, además, por lo menos cuatro de los siguientes síntomas y signos:
 1. Significativo aumento o pérdida de peso.
 2. Dificultades con el sueño (le cuesta dormirse, se despierta durante la noche o muy temprano por la mañana, duerme en forma excesiva).
 3. Retardo psicomotor (lentitud en los pensamientos y movimientos) o agitación (aparición o recrudecimiento de inquietud motora, camina constantemente, no puede quedarse quieto).

4. Fatiga o pérdida de energía (se queja a menudo de que se siente cansado o refiere que tiene que hacer un esfuerzo importante para realizar las actividades cotidianas).
5. Sentimientos de desvalorización o culpa excesiva (muy crítico de sí mismo, se culpa mucho por pequeños errores).
6. Dificultad para concentrarse (exacerbación o aparición de: distracción, dificultad para focalizar la atención en tareas que implican un esfuerzo; indecisión y olvidos).
7. Pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio.

Estos síntomas deben estar presentes casi todos los días por un período no menor de dos semanas, deben representar un cambio con respecto al nivel de funcionamiento previo y generar dificultades en la relación con los demás o en las actividades habituales. Los síntomas y el cambio en el estado de ánimo no deben ser atribuibles exclusivamente al abuso de drogas o al uso de medicamentos, ni ser producidos por otra enfermedad psiquiátrica, duelo o condición médica.

Kandel, Raveis y Davies (1991, Craig, 1997) encontraron que la gran mayoría de los adolescentes que realizan un intento o se suicidan están bajo un estado de extremo estrés emocional y, por lo habitual, tienen algún grado de depresión desde hace un tiempo. A continuación se mencionan algunos factores de riesgo.

Factores de riesgo que originan depresión y conducta suicida en la población adolescente.

- La depresión es el factor más común en conductas suicidas en jóvenes (Hafan y Frandsen, 1986), pero hay que tener en cuenta que la relación entre depresión y conductas suicidas es muy compleja (La Frombiose y Howard-Pitney, 1995). Según Kienhorst, De Wilde, et. al. (1992) en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes trastornos afectivos, y la depresión aparece como uno de los correlatos más potentes de la conducta suicida.
- Beck, (op. cit.) refiriéndose a la desesperanza, la define como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. En este sentido, la desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperanza y de falta de intención de vivir.
- Familia disfuncional, lo que resalta es la mala comunicación, conflictos entre los padres, alineación del adolescente con respecto a la familia, así como amor, afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la familia (Dukes y Lorch, 1989). También se han destacado la falta de apoyo por parte de los miembros de la familia, las rupturas familiares y la

psicopatología de los padres. Disputas matrimoniales o divorcio y problemas económicos, que causan depresión y estrés (Harold, Fincham, y cols; 1997).

- Problemas académicos, la presión y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia. La disonancia entre aspiraciones y rendimiento escolar es crucial para entender el papel de los problemas en la escuela, en relación al suicidio en la adolescencia. Petersen, Sullivan y Kennedy (citados por Papalia, op. cit.) hacen un pequeño análisis en cuanto a diferencias de género, encontrando; que los hombres se distraen con más frecuencia cuando están deprimidos mientras que las mujeres tienden a analizarse buscando razones para su depresión, empezando estos patrones en la adolescencia.

En el área escolar, un gran número de investigadores han puesto de manifiesto la relación existente entre esta sintomatología y la aparición de alteraciones cognitivas de diversa índole, por ejemplo, el déficit de memoria, tanto de reconocimiento como de recuerdo medidos a través de diferentes pruebas. Breslow y cols. 1982 (Navarro, op. cit.) mencionan que en los deprimidos hay un defecto en los mecanismos de la atención y el estado de alerta, lo cual contribuye al debilitamiento de las funciones de la memoria y por lo tanto del aprendizaje eficaz. Sin embargo su rendimiento está disminuido a causa de alteraciones de las funciones emocionales, motivacionales y psicomotoras.

En cuanto al proceso de atención y percepción medidas a través de diversas pruebas y tareas, también resultan alteradas en el trastorno depresivo, así como la capacidad de resolución de problemas, la velocidad de respuesta cognitiva (medida en tiempos de reacción) y las funciones psicomotoras.

El procesamiento de la información es otro de los aspectos alterados en pacientes que sufren de depresión, los cuales emplean estrategias de codificaciones débiles e incompletas, lo que les impide organizar y elaborar la información de manera completa y adecuada.

Sin duda alguna, la depresión es uno de los síntomas que más afecta al ser humano, y que hoy por hoy representa un problema de salud pública, de acuerdo a los reportes nacionales e internacionales. Según la OMS (2005), en el mundo hay actualmente 40 millones de personas que sufren padecimientos mentales graves; y en los países en vías de desarrollo, entre 35 y 50 % de los pacientes que acuden a los servicios médicos padecen alguna forma de trastorno mental o psicosocial (De la Fuente y cols, 1997).

La OMS (op. cit.) menciona que una cuarta parte de la población mundial sufrirá depresión en algún momento de su vida. “Para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo”; lo que esta relacionado con los cambios constantes de la sociedad con la mayor competitividad y la desintegración familiar.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo, en niños y adolescentes, en condiciones extremas de pobreza la depresión se presenta con mayor frecuencia que en los adultos (La Jornada, 2001).

Si tomamos en cuenta que la mayor parte de población en nuestro país la ocupan jóvenes de entre 15 y 19 años (INEGI, cit. op) en total 9' 992.135; es apremiante buscar estrategias de apoyo para estos adolescentes que representan el futuro inmediato. El Servicio de apoyo Psicológico por Teléfono, SAPTEL (2006) reconoce que del 100% de llamadas recibidas al año, más del 50% las realizan jóvenes que presentan un cuadro depresivo.

En México, se han desarrollado diferentes investigaciones en torno a la depresión de los adolescentes (De la Peña, 1999; Jiménez, 2002; Portillo y Villa, 2001) cada uno con sus diferentes aportaciones.

De la Peña, Almeida - Páez, (1999) en su investigación titulado "Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo rendimiento escolar en estudiantes de secundaria", encontraron que los alumnos con un bajo estado anímico obtenían bajas calificaciones.

Portillo y Villa, (op., cit.) y Jiménez (op., cit.) en sus respectivos trabajos reportaron una correlación significativa entre depresión y bajos resultados académicos; sin embargo, hasta el momento no se han encontrado estudios donde se especifiquen en particular la variable atención y concentración con la variable depresión, en la población adolescente.

CAPÍTULO 3

ATENCIÓN

ANTECEDENTES

La naturaleza de la atención se origina en el momento en que nuestros sentidos se exponen a diferentes estímulos al mismo tiempo. Las voces de otras personas, la visión de un sin número de cosas que nos rodean, las fragancias, las luces, los colores, las formas y muchas cosas más, hacen evidente que lo que determina la atención son factores internos y externos y, debido a que la capacidad humana para manejar la información es limitada, la persona es quien elige que atiende o a qué estímulo responder. Existen varios conceptos sobre este proceso; sin embargo es necesario hacer una revisión histórica al respecto. García (op. cit.) menciona los siguientes enfoques: estructuralista, conductual y cognoscitivo. A continuación se describen sus principales planteamientos.

Enfoque Estructuralista

Nace a fines del siglo XIX y llega hasta los primeros años del siglo XX. Se le da mayor importancia a la mente, a la conciencia y se inicia el estudio de la atención dentro de un marco experimental por medio del método de la introspección. Dentro de los científicos más activos se encuentran Helmholtz, Müller, Wundt, James, Pillsbury y Titchener. Esta autora señala que estas investigaciones giraron en torno a la amplitud de la atención y de las fluctuaciones de la atención sensorial.

García (op. cit.) menciona que, Helmholtz consideraba que la percepción estaba precedida de un proceso anticipatorio –la inferencia inconsciente- que tenía como función regular la actividad atencional y la percepción subsiguiente y la de introducir o insertar un ingrediente anticipatorio en la sensibilidad del organismo.

Para los teóricos de la corriente estructuralista, la atención era un aspecto básico de la percepción, destacando su carácter selectivo. Para Wundt era “la actividad interna que determina el grado de presencia de las ideas en la conciencia”. Titchener la concebía no como una actividad ni un proceso, sino como un atributo más de las sensaciones, como: cualidad, intensidad, duración y claridad. James, fundamentaba que era el resultado de una prepercepción correcta que tiene lugar a nivel de los centros ideacionales, que ocurre relativamente tarde y, como resultado, que el objeto prepercibido se hace más vividamente consciente y deviene claro, y sin esta imaginación anticipatoria los objetos son percibidos, pero no plenamente.

A pesar de sus diferencias, estos autores la conceptualizaron como una *fuerza interna* que permite tener una mayor constancia de aquellos objetos del ambiente que seleccionamos; es decir, fue entendida por la primera Psicología experimental como *claridad de conciencia* (Wundt, 1896, García op. cit.)

Conductismo y Primera Década del Siglo XX

Para Watson, la Psicología era una rama objetiva y experimental de las ciencias naturales cuyo objeto de estudio dejaba de ser la mente para pasar a ser, sólo y estrictamente, la conducta directamente observable, medible y cuantificable. Ahora el proceso de la atención es considerado como una conducta refleja, equiparándola como un “reflejo de orientación”.

Para la Psicología Soviética, la atención era como una propiedad de la vida psíquica que proporciona selectividad y orientación a la conducta. El reflejo de orientación en la cual se centraron fue considerado como un tipo de atención involuntaria. Estudiaron los cambios fisiológicos, así como los fenómenos de adaptación y habituación, se menciona a Sokolov una figura importante de esta corriente, quien postulaba que las características básicas de la atención, como las de la vida psíquica en general, eran de carácter fisiológico y genético. El carácter genético de la atención se evidenciaba en que la atención involuntaria rige las actividades superiores en la primera infancia y facilita el paso a la voluntaria, que es la propia del individuo adulto.

Psicología Cognitiva

A fines de los años 50, surge esta nueva corriente que sostiene que la conducta se halla guiada por la cognición, esto es, por el conocimiento que el individuo tiene del mundo que le rodea, este conocimiento no es pasivo sino que el propio individuo juega un papel activo. Imperó la teoría del procesamiento de la información (PHI) que, influida por la teoría de la información y la cibernética estableció una analogía entre el funcionamiento de la mente y el funcionamiento de la computadora y consideró a la mente como un sistema representacional y computacional que procesa y manipula información (Beltrán, 1989).

MODELOS TEORICOS

Para explicar cual es el papel de la atención en el sistema cognitivo, se lleva a cabo un breve análisis del desarrollo de estos conceptos, es decir como se fueron concretando hasta llegar a considerarse como modelos teóricos-formales.

Los Modelos de Filtro

En la década de los 60 surgió un conjunto de modelos que se caracterizaban por considerar la atención como un mecanismo selectivo de la información. Deutsch y Deutsch (1963) en su libro *Algunas consideraciones teóricas de la atención*, mencionan algunos presupuestos básicos:

- Cuando la información llega al organismo, se procesa sin límites hasta llegar a una estructura o canal donde tiene lugar el procesamiento consciente. Dicha estructura central en el sistema cognitivo tiene una capacidad limitada y no es capaz de dejar pasar toda la información.

- Con el fin de que no se produzca una sobrecarga de la información, se necesita algún tipo de mecanismo que permita filtrar y seleccionar la información, donde dicho mecanismo o estructura que actúa a manera de regulador de la entrada de la información, es la atención.

El primer modelo de este tipo fue planteado por Broadbent (1954, García op. cit.) sosteniendo que:

- Existe una estructura central que no permite procesar más de un mensaje a la vez. Comparado como un cuello de botella o filtro que regula la entrada de la información.
- Existe una limitación estructural por parte del procesador humano.

A mediados de los 70, se le dio mayor prioridad a la atención visual; dando origen a dos teorías:

- Teorías basadas en el espacio, que consistía en orientarse hacia una determinada región espacial del campo visual.
- Teorías basadas en el objeto, que era dirigirse más a localizaciones de objetos que se encuentran dentro del campo visual o a las dimensiones de dichos objetos.

Modelos de Recursos Atencionales

Estos modelos enfatizan los límites de capacidad de la atención cuando el sujeto va a realizar dos o más tareas al mismo tiempo. (Kahneman y Kerr, 1973, et. al., García op. cit.) refiere que los supuestos principales son:

- El sistema cognitivo de un sujeto cuenta con una cantidad de recursos, que pueden distribuirse simultáneamente para realizar diversas actividades.
- La cantidad de recursos con los que cuenta cada persona son limitados, y pueden variar de una ocasión a otra.
- Los recursos atencionales no se localizan en ninguna estructura sino que se distribuyen, con base en las demandas del ambiente, entre los distintos procesos y estructuras.
- Cualquier actividad mental que desarrollemos implica consumir una cierta cantidad de recursos de atención. Cuanto más difícil sea una tarea, mayor cantidad de recursos consumirá.

- Si la tarea o actividad que vamos a llevar a cabo demanda una cantidad de recursos superior a los que tenemos disponibles en ese momento, no podremos llevar a cabo dicha tarea.
- Esta situación se agudiza cuando tenemos que atender a varias cosas al mismo tiempo. En consecuencia gastamos una mayor cantidad de recursos de atención y tenemos que distribuirlos entre las tareas.
- Cuando tenemos que atender a varias cosas al mismo tiempo y no tenemos suficientes recursos atencionales para distribuirlos, en efecto más típico es que una tarea suele interferir sobre las otras.

Modelos de Automaticidad

Refiere esta autora que surgen como una crítica a los modelos de filtro y como una continuación a los modelos de recursos, y consisten en defender la postura de la existencia de dos formas de procesamiento cualitativamente distintas: los procesos automáticos y los procesos controlados:

Cuadro No. 2 Modelos de Automaticidad

Fase	Procesos automáticos	Procesos controlados
Atención y/o capacidad	Casi no consume capacidad atencional	Consume una gran cantidad de recursos de procesamiento.
Control	No pueden ser controlados por el sujeto una vez que han sido iniciados.	Están sometidos a la intencionalidad del sujeto.
Procesamiento serial versus paralelo	Procesan la información en paralelo, puesto que se hallan libres de demandas atencionales	Operan de forma secuencial.
Nivel de ejecución	Actúan en tareas simples cuya precisión y rapidez es mayor que las de aquellas otras que precisan de los recursos controlados.	La precisión y rapidez no es tan necesaria ya que las tareas a ejecutar no las requiere
Práctica	No mejoran sustancialmente con la práctica	Sufren grandes cambios como consecuencia de la práctica, hasta el punto de llegar a convertirse en procesos automáticos.
Modificación	Una vez adquiridos, son difícilmente modificables	Se pueden modificar más fácilmente y se adaptan mejor a las situaciones novedosas.
Memoria	Constituyen rutinas almacenadas en el sistema de memoria a largo plazo, entendida ésta como <i>memoria activa</i> .	Su sistema de memoria se da en este caso en la memoria a corto plazo
Conciencia	Son procesos no conscientes	Al demandar atención, implican un determinado nivel de conciencia de sus componentes.

Modelos de Control Atencional

A partir de la década de los 80, la atención comienza a considerarse como un mecanismo que es capaz de controlar la ejecución de los procesos mentales. Shallice y Norman (1986, Ruiz-Vargas, 1993) suponen que la actividad cognitiva posee una serie de compartimentos, cada uno de los cuales cuenta con una función específica:

- Existe todo un conjunto de funciones cognitivas simples, tales como el lenguaje o las funciones visoespaciales, conocidas con el nombre de unidades cognitivas.
- Las unidades cognitivas se integran e interactúan entre sí, dando lugar a una serie de actividades conductuales que se activan mediante los esquemas de acción. Estos esquemas están organizados jerárquicamente, de tal forma que, los esquemas de orden superior pueden incluir subrutinas inferiores.
- Cuando desarrollamos acciones relativamente simples y bien aprendidas, éstas se hallan controladas por esquemas que se activan automáticamente y, por lo tanto, no necesitan de la acción de la atención.
- Por el contrario, los esquemas de acción que desarrollamos cuando el organismo se enfrenta ante situaciones nuevas o conflictivas precisan de la acción de una estructura de control que seleccione los esquemas que son más necesarios ante estas situaciones novedosas, llamado Sistema Atencional Superior (SAS). Las funciones de este sistema atencional superior son: Activar o inhibir las estructuras que procesan la información; activar e inhibir los esquemas mentales y actuar sobre los restantes procesos psicológicos (percepción, memoria, fase de decisión o ejecución de respuestas).

Las últimas aportaciones en el campo de la Psicología de la atención son las neurociencias y el conexionismo (Botella y Ponsoda, 1998). Dentro de las neurociencias, se está desarrollando la denominada neurociencia cognitiva que es el resultado de la comunicación entre la Psicología cognitiva y la neuroanatomía, la neurobiología y la neuropsicología. La primera analiza cuales son los mecanismos neurales de los procesos cognitivos, la neuropsicología estudia los efectos de ciertos déficit neuronales o lesiones cerebrales sobre el funcionamiento cognitivo y de manera entrelazada dan un aportación más a este proceso atencional.

El conexionismo, surge hace poco más de una década, de la teoría computacional, se menciona una unidad llamada red neuronal de la cual una de sus propiedades es que puede llegar a aprender. Estos modelos se han interesado en simular el funcionamiento de los procesos cognitivos.

En 1990, Hudson, Phat y Van der Heijden (García, op. cit.) elaboran el primer modelo exclusivo del proceso de la atención, conocido con el nombre de SLAM (Selective Attention Model), en donde se simula la ejecución de tareas de atención selectiva visual así como el funcionamiento de los mecanismos de control de la atención.

DEFINICION

La atención es un proceso cognitivo básico indispensable para el procesamiento de la información de cualquier modalidad y para la realización de cualquier actividad. Ocurre simultáneamente con otros procesos, como la percepción y la memoria a corto y largo plazo, de los cuales no le es posible desprenderse en la acción misma y su análisis requiere una observación e interpretación cualitativa. También es un proceso activo, no estático, que mantiene un esquema o programa en función de una serie de determinantes basados en la experiencia, tales como la motivación y la emoción, las cuales son determinantes para dicho proceso (Luria, 1984).

La atención es un proceso interno, no observable y que tiene algunos componentes conductuales, los cuales en ocasiones no representan un indicador confiable, ya que comúnmente consideramos que una persona presta atención a algo si dirige la mirada hacia ese algo. Nosotros tenemos la capacidad de seleccionar un tipo de información con el fin de poder procesarla. La información que procesamos puede provenir del ambiente o de la propia persona.

La atención de acuerdo con Osman (1996) se refiere a la habilidad que tiene una persona para permanecer en su lugar y concentrarse; es un proceso que pasa por diferentes estadios, como percibir, distinguir y por último el de acortar el tiempo de reacción (Whittaker, 1977).

Como la atención debe dirigirse hacia alguna información, implica la participación de la percepción. La información atendida y percibida es mantenida en la memoria a corto plazo. La atención implica la selección de información relevante, y para determinar qué es lo relevante, se requiere la participación de la memoria a largo plazo. La atención y la percepción son dos procesos íntimamente relacionados.

Kandel y Schwartz, (2000) señalan que existe un proceso preatencional, en el que se detectan los rasgos generales de la imagen visual y, posteriormente, la atención focaliza los rasgos concretos más sutiles o también pudiera ser que se desarrolla por fases; primero los rasgos generales y después los rasgos particulares.

Matlin y Foley (1996) dicen que en la primera fase, el procesamiento es en paralelo, y la segunda en serie. En estas fases, el conocimiento previo y las expectativas determinan la manera específica de explorar la información.

Tradicionalmente, se ha considerado la atención como a un proceso que depende de la información de entrada. Las características de los estímulos ambientales desempeñan un papel importante; sin embargo, debemos resaltar las influencias de lo aprendido con anterioridad sobre la información hacia la cual se dirige la atención.

La atención no es un proceso que se realice siempre de igual manera. Existen las diferencias dependiendo de si el material es nuevo o si se trata de algo ya conocido. Los aspectos motivacionales y las expectativas modifican la estructura psicológica de la atención (Bermejo, 1987; Vega, 1984, Guzmán, 2004).

Por otro lado, Beltrán (op. cit.), refiere que William James en 1918, consideraba que era como enfocar nuestros sentidos o como centrar la mente en algo del ambiente o de nuestros pensamientos, decía “Todos sabemos lo que es. Es la toma de posesión de la mente, en forma clara o vivida, de un solo objeto de entre los simultáneamente posibles”.

Hilgard (1977) afirma que la atención son los recursos de procesamiento disponibles para la realización de tareas.

Cairo (1988, Martínez, 1995) la define como la concentración de la conciencia de un modo sostenido sobre una determinada actividad u objeto, lo cual permite o garantiza un claro reflejo del mismo; es decir, es un proceso que organiza y regula todas las demás formas del reflejo psíquico.

Beltrán (op. cit.), explica que es un proceso en fases:

1. **Selección de la información.** Implica destacar una información sobre otras. Puede ser como el reflejo de orientación estudiado por Sokolov, y estaría fuertemente determinada por las características de los estímulos presentes en ese momento. También puede tratarse de una situación diferente en la que, por necesidades o intereses personales, el individuo da prioridad a una información.
2. **Mantenimiento de la atención.** Implica un esfuerzo activo; mantenerse atendiendo a una información es indispensable para poder asimilarla adecuadamente. Requiere un nivel voluntario relacionado con la motivación y las expectativas personales.
3. **Paso a otra actividad.** Implica que la atención ya no se centra en la información previa que se venía manejando.

Reselló y Munar (1994) mencionan que existen diferencias individuales en la forma en que se realiza la atención.

- **Sexo.** En algunas tareas, las mujeres muestran un menor grado de distracción.
- **Edad.** Generalmente se observa una grafica en “U” invertida en la ejecución de múltiples tareas en función de la edad.
- **Personalidad.** Características como la introversión y la impulsividad repercuten de manera positiva y negativa, respectivamente, sobre la atención.
- **Estilos cognitivos.** En función de las habilidades particulares, hay diferencias en diversas tareas.
- **Ritmos biológicos.** Dependiendo de la actividad diaria de cada individuo y de la programación de sus actividades cotidianas, la hora en que se realiza una tarea puede generar un efecto importante sobre la atención.
- **La motivación.** Los intereses y necesidades influyen grandemente en la ejecución de cada persona.
- **Tendencias culturales.** Los diversos contextos socioculturales inciden en la realización de actividades de maneras específicas, lo cual moldea las características de la atención.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ATENCIÓN COMO PROCESO PSICOLÓGICO

Kandel y Schwartz (op. cit.) consideran que la atención, como proceso psicológico, comparte sus características generales. Su desarrollo no supone una simple maduración de rasgos innatos: surge de la relación con los objetos externos y con el papel mediatizador de los adultos.

Para Carlson (op. cit.) el desarrollo psicológico de los niños está ligado de manera inseparable al desarrollo del sistema nervioso. Como el tejido cerebral no ha alcanzado aún su madurez plena al momento del nacimiento, los procesos psicológicos no pueden surgir y evolucionar súbitamente. A medida que el cerebro va alcanzando niveles madurativos cada vez más altos, los procesos psicológicos van alcanzando una mayor complejidad.

La maduración cerebral como un proceso que ocurre en la ontogenia, se refiere a los cambios anatomofisiológicos genéticamente predeterminados que se despliegan principalmente en la infancia y que, en conjunto, modifica el funcionamiento total de las células nerviosas. El cerebro es un órgano cuya función general principal es lograr la adaptación del individuo al entorno, pero no solamente al físico sino también al entorno sociofísico y psicológico.

Kandel y Schwartz (op. cit.) enfatizan que el cerebro es como un sistema programado para el aprendizaje de la información básica que se le proporciona en forma gradual. De este modo la evolución de la atención como actividad psicológica se sustenta en las experiencias del individuo. Esta actividad muestra un desarrollo en la ontogenia, regido principalmente por la influencia de la interacción social.

La atención se caracteriza por la transformación de su naturaleza inicialmente refleja, mediante la adquisición de un carácter voluntario a partir de la interacción (Vygotski, 1995). Esta interacción puede darse bajo dos modalidades: la interacción directa con el ambiente y la interacción guiada y facilitada por un mediador.

La atención se integra en una estructura al resto de los procesos cognitivos organizados en una actividad psicológica y éstos permiten al hombre interactuar con el ambiente natural y social mediante su representación y transformación. Este proceso guía y simplifica toda acción que realiza el ser humano.

Una característica importante de la actividad psicológica es que, con la práctica, la actividad se va automatizando y el proceso sufre dos transformaciones.

- Pasa de un nivel voluntario a un nivel menos consciente que requiere menos supervisión.
- La actividad se condensa; es decir, se reduce en cuanto a operaciones y significados; ya no es necesario realizar tantos pasos uno por uno, sino que la actividad se realiza en forma directa y breve, resultando importante la atención.

Los procesos psicológicos se organizan en secuencias no lineales de pasos estructurados y dirigidos que se encuentran relacionados entre sí para ejecutar una actividad en un orden específico. También, cuentan con determinantes específicos que ayudan a modular el foco de interés, hacen uso de un medio específico para promover su desarrollo y son aprendidos mediante la influencia social y la continua interacción con el ambiente (Kandel y Schwartz, op., cit.).

En este sentido, la atención no es un proceso que ocurra aislado; siempre se presenta concurrente a muchos procesos. Esta interacción le da vida y forma.

Otro elemento importante es el lenguaje, ya que por medio de él se pueden moldear y desarrollar muchos procesos, incluida la atención. Al hablar acerca de un objeto, lo estamos particularizando y aislando del resto de los demás objetos; Al describirlo, dirigimos la atención hacia sus características particulares, dirigiendo con ello a la atención.

CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA ATENCIÓN

Téllez (2002) refiere que este proceso posee una serie de características particulares que nos permiten analizarla y que posibilitan su utilización práctica en diferentes contextos:

Selectividad

Ante el amplio espectro de información cambiante que representa el complejo ambiental, es indispensable que desarrollemos estrategias que simplifiquen la tarea optimizando los recursos. Se debe minimizar toda información innecesaria o momentáneamente irrelevante; es decir, se necesita seleccionar la información más importante para el contexto, situación o momento. Se elige la información de una modalidad sensorial y, dentro de esta modalidad, escogemos una frecuencia, rango o característica. Este proceso de selección lleva implícitos dos procesos concurrentes: una selección intermodal (se elige un canal sensorial de información o una actividad a realizar) y una selección intramodal (se opta por ciertas características de la información, pasando por alto otras).

En este proceso, toda selección lleva implícitos los procesos de bloqueo y facilitación. La selección específica que se realiza depende de una serie de determinantes. Hay factores momentáneos, como las características del estímulo o el contexto; otros factores se derivan de la experiencia y de los rasgos de personalidad. La información más significativa para una persona atrae más su atención y puede identificarse con mayor rapidez (Cohen, op. cit.).

Se puede considerar que existe un proceso de sintonía relacionado con la atención, esto implica darle prioridad a información de ciertas características; esto es, se anula otra información, existe un bloqueo de la información que no es pertinente en ese momento. Al seleccionar, se le facilita el acceso a una información y, al mismo tiempo, se bloquea parcial y temporalmente la entrada de otra información hasta que la primera deja de ser relevante o importante (tal como ocurre en la habituación y en la automatización), ya que la información antes bloqueada puede llegar a ser ahora más importante. El bloqueo no es total; se mantiene cierto nivel de vigilancia. Si la información de una de las modalidades bloqueadas es más trascendente, pasa a ocupar el lugar de la que había sido seleccionada (Cohen, op., cit.).

La selectividad de la atención implica, a la vez que se destaca una información, la inhibición parcial de otras informaciones. Esta inhibición no es total, sino sólo una disminución en el nivel de atención y que aún en un nivel inferior se mantiene una vigilancia continúa de modo tal que, si se presenta una información significativa, ésta podría destacarse.

La selectividad de la atención en la modalidad visual se ve facilitada por las propiedades estructurales del ojo. Existe un área de mayor densidad de receptores, la fovea, y una región periférica con un menor número de receptores. Esto condiciona que sólo la parte central de nuestro campo visual pueda ser apreciado con nitidez, y el resto, de manera global. Mediante los movimientos oculares se pueden explorar todos los detalles de los objetos presentes en nuestro campo visual. Para optimizar el sistema y atender con rapidez la información, se requiere un aprendizaje de los aspectos relevantes en cada contexto.

Aunque el analizador visual posee una gran cantidad de vías paralelas para poder procesar de manera simultánea diferentes informaciones, sólo cierta información alcanza los niveles superiores de los sistemas funcionales complejos, y para ello se requiere la atención dirigida (Cohen, op. cit)

La selección de la atención también es un acto conductual, ya que dependen de la actividad motora, por lo menos en una respuesta de ejecución y control. Al prestar atención a un estímulo en particular del ambiente, se atiende por medio de la vista, orientando el cuerpo o haciendo una preparación para responder de manera abierta o encubierta ante dicho estímulo (Cohen, op. cit.).

Volumen

La cantidad de procesos que pueden realizarse simultáneamente tiene un límite, aunque variable está en función de las experiencias individuales. En un principio, muchas actividades demandan una gran cantidad de atención; sin embargo, se van automatizando en forma gradual y esta condensación permite la realización simultánea de varias actividades. Sin duda existe una relación estrecha con la memoria a corto plazo y con la memoria de trabajo.

Cuando una persona intenta dirigir su atención hacia tres o más cosas al mismo tiempo, lo más probable es que se presente una serie de errores relacionados con la cantidad de información. Sin embargo, se pueden realizar operaciones de control y de dirección de manera simultánea sin que se presenten dificultades. La cantidad de información que podemos procesar depende de la experiencia de cada individuo (Cohen, op. cit.)

Una de las funciones de la atención es permitir estructurar cadenas complejas de acciones para dar lugar a la automatización de los procesos. En los momentos iniciales del aprendizaje, la atención demanda un esfuerzo mayor y, en forma paulatina, mediante la condensación, se reduce la demanda específica de atención que se destina a esa acción en particular, por otra parte, cuando la información de diferentes modalidades es concordante, el análisis global es más sencillo; cuando la información es discordante, la dificultad para atender a todas es mayor (Gaddes y Edgell, 1994).

Ciclicidad

La atención también se encuentra sujeta a los ciclos básicos de actividad y descanso; en condiciones de libre curso, se observan variaciones con periodos de 90 minutos aproximadamente. Existe una variabilidad intrínseca en los niveles de atención. Se desarrolla un patrón rítmico a partir de las actividades cotidianas que cada individuo realiza (Cohen op. cit.).

Dirección

La atención puede orientarse hacia uno u otro contenido, ya sea en forma voluntaria o no. En ocasiones, algunos estímulos intensos o repentinos nos hacen dirigir la mirada inmediatamente. Pero, en la mayor parte del tiempo, el individuo decide qué cosas observar y para ello se requiere que dirija su atención de manera voluntaria: una persona puede cambiar su foco de atención de una acción a otra. Esto no es distracción. La dirección de la atención implica un cambio efectuado intencionalmente una vez que ya se ha concluido una actividad, que se ha determinado dejarla pendiente o que se considera otra información como más importante o interesante. La *distracción* es una alteración de la actividad que se realiza, en la atención dirigida hay un sistema de control sobre los sistemas perceptuales propiciado por la selección oportuna de la información relevante.

En la dirección de la atención son importantes algunas respuestas motoras que permiten explorar con más detalle la información. El *registro visual* por medio de los movimientos sacádicos del ojo parece conformar un proceso que realiza más clandestinamente, pero es algo que sirve para ejecutar un análisis visual en un objetivo determinado; estos tipos de respuesta desempeñan un importante papel dentro del proceso de la atención (Cohen, op. cit.).

Intensidad

La atención puede expresarse en diferentes niveles: desde lo más cercano al desinterés hasta la concentración profunda. La intensidad o tono de la atención, se relaciona principalmente con el grado de interés y de significado de la información. El grado de intensidad es lo que continuamente se denomina “grado de concentración” (Gaddes y Edgell, op. cit.).

También puede considerarse como la cantidad de atención que prestamos a un objeto o tarea, y se caracteriza por estar relacionada directamente con el nivel de vigilia y alerta de un individuo, no siempre es la misma, provocando fluctuaciones de la atención, que en caso de que se produzca un descenso significativo da lugar a un lapsus de atención.

Estabilidad

La estabilidad de la atención puede observarse en el tiempo que una persona permanece atendiendo a una información o actividad. Esta constancia varía a lo largo del desarrollo cognoscitivo. En los niños pequeños no se observa la capacidad para permanecer realizando una actividad de manera ininterrumpida por espacios de más de 15-20 minutos. Conforme pasa la infancia y se acerca la adolescencia hasta llegar a ser adulto, se observan periodos de más de una hora.

El desarrollo de esta característica de la atención está determinado por las demandas del medio social en el que se desenvuelven los individuos. La estabilidad de la atención no se refiere a que la atención permanezca todo el tiempo dirigida hacia un mismo objeto o pensamiento, sino al mantenimiento constante de la dirección general de la actividad (Kirby y Grimley, 1992).

Cuando un adolescente resuelve un problema razonado, el objeto de las acciones, al igual que las acciones, cambia; sin embargo, la dirección general de la actividad se mantiene fija todo el tiempo hasta que resuelve el problema. Puede iniciar analizando verbalmente el problema; después, realizar una serie de operaciones aritméticas, sin perder el objetivo de terminar la tarea.

Otros autores como Tudela (1980, García y Ruiz-Vargas op. cit.) mencionan como características de la atención al oscilamiento y al control:

- **Oscilamiento o desplazamiento (shifting):** Es decir, cambia u oscila continuamente, ya sea porque se tiene que procesar dos o más fuentes de información o porque se tiene que llevar a cabo dos tareas y se dirige alternativamente de una a otra. La capacidad para oscilar la atención rápidamente es un tipo de flexibilidad que se manifiesta en situaciones diversas, pero más en donde tenemos que atender a muchas cosas al mismo tiempo o en aquellas en que tenemos que reorientar nuestra atención porque nos hemos distraído. El tiempo de las oscilaciones de la atención puede ser variable (Tudela y Ruiz-Vargas op., cit.).
- **Control atencional o atención controlada:** En ocasiones, la actividad mental que desarrollamos no va orientada a ningún fin específico, por lo tanto, la atención es libre, en la mayoría de los casos el sujeto ha de llevar a cabo tareas que le exigen determinadas respuestas y que tienen unos objetivos concretos.

Cuando la atención se pone en marcha y despliega sus mecanismos de funcionamiento de una manera eficiente en función de las demandas del ambiente se habla de esta propiedad. A diferencia de la atención libre o no controlada, el control atencional exige en la mayoría de los casos un cierto esfuerzo por parte del sujeto para mantenerla.

García (op. cit.), señala que un gran número de autores como Logan (1978, 1980), Norman y Shallice (1986), Reason (1979, 1984), Shallice (1988) respaldan que es la característica que mejor define y conceptúan la atención como un mecanismo de control que posee una serie de funciones concretas.

Aspectos que más directamente se relacionan con el control atencional:

- Dirigir la forma en que se orienta la atención
- Guiar los procesos de exploración y búsqueda
- Aprovechar al máximo los medios de concentración
- Suprimir al máximo las distracciones
- Inhibir respuestas inapropiadas
- Mantener la atención, a pesar del cansancio y/o el aburrimiento.

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN

Refiere Téllez, (op. cit.) que la atención es un proceso con varios niveles que evolucionan durante la ontogenia. La atención involuntaria comienza a desarrollarse en las primeras semanas de vida. Conforme el individuo avanza de edad, esa atención involuntaria hace que éste desarrolle capacidades orientadoras e investigativas en la manipulación de los objetos.

Durante el primer año de vida, el reflejo de orientación adquiere formas diferentes ante la aparición de un estímulo nuevo. Es en el segundo año de vida cuando la atención del niño se hace más selectiva (Luria, op. cit.). A medida que el ser humano pasa por las etapas de la infancia hasta la adolescencia, se desarrolla el proceso de la atención, reflejando un gran número de mecanismos distintos que están asociados con diferencias individuales significativas.

A medida que un niño desarrolla su control motor, su percepción es más selectiva y su capacidad atencional se incrementa, lo que le permite dirigir su atención hacia tareas relevantes; por ende, se perfecciona su capacidad para centrarse en múltiples rasgos o características. La flexibilidad atencional se amplía con la edad (Cohen, op. cit.).

Cuando observamos una imagen compleja realizamos la exploración a partir de un objetivo, este objetivo determina que cosas de esa imagen hemos de analizar, a qué aspectos hemos de atender, es decir existe gran interacción entre la atención y la percepción.

Otro factor importante para el desarrollo de la atención es la *motivación*. El proceso de la atención se ve influido definitivamente por la motivación que el individuo tenga hacia las tareas, actividades o demandas de su ambiente. Por lo general, una persona que realmente se encuentra motivada decide y dedica tiempo a las actividades que realiza, disfruta de sus éxitos y tiene pensamientos positivos acerca de lo que hace, se refuerza a sí mismo continuamente, acepta los elogios de los demás, no se da por vencido a pesar de cometer errores, controla sus emociones y evita a toda costa las distracciones (Kirby y Grimley, op. cit.). La motivación incide sobre la dirección y la estabilidad de la atención.

MANIFESTACIONES DE LA ATENCION

Las manifestaciones estudiadas de este proceso y/o actividad psicológica mencionadas por García (op. cit) son:

Actividades fisiológicas

La cantidad de respuestas del sistema nervioso que se han relacionado directamente con el estudio de los procesos atencionales ha sido muy amplia. La mayoría estudiadas en situaciones en la que aparecen estímulos interesantes o novedosos a los cuales se presta atención o en situaciones en las que se desarrolla tareas que exigen un gran nivel de concentración y esfuerzo mental. En estas situaciones, el mecanismo atencional se pone en marcha y, paralelamente, el sistema nervioso emite una serie de cambios fisiológicos. Conocidos como correlatos psicofisiológicos de la atención se caracteriza por no poder ser observado y/o medida de forma directa. Algunos de estos correlatos son:

Actividad cortical

- Actividad electroencefalográfica
- Potenciales evocados

Actividad del sistema nervioso periférico

- Actividad electrotérmica
- Actividad electromiográfica
- Actividad cardiovascular
- Dilatación pupilar

Actividades Motoras

Se caracterizan porque al ser evaluadas son observables y de forma directa. Es el caso de los cambios de los giros de cabeza, detener ciertas actividades motoras que se estaban realizando hasta que un estímulo capta nuestra atención, señalar hacia el objeto o fuente estimular, desarrollar ciertos ajustes posturales o llevar a cabo ciertos movimientos oculares que se desarrollan

cuando se presta atención a un objeto o suceso. Los movimientos oculares como actividad motora más estudiada se han dividido en:

Cuadro No. 3 Movimientos Oculares

<i>Movimiento sacádicos</i>	<i>Movimientos lentos</i>
Definidos como movimientos bruscos del globo ocular cuya duración total aproximada es de 250 milisegundos- 50 milisegundos de fijación ocular, y 200 milisegundos de preparación, y cuya función es la de centrar la fóvea sobre un estímulo.	Se producen cuando seguimos a un objeto en movimiento o mantenemos la línea de visión sobre un objeto estático; se registran especialmente cuando se pide al sujeto atender selectivamente a ciertos objetos móviles.

Actividades Cognitivas

Esta autora menciona que una actividad cognitiva es aquella que el sujeto desarrolla ante determinadas situaciones problema en las que hay implicados ciertos procesos y o mecanismos psicológicos, llamadas tareas, y la forma de medir la actividad cognitiva es a través del rendimiento o producto obtenido en la realización de dicha tarea, que fue realizada bajo ciertas consignas o instrucciones dadas al examinado. Las tareas más utilizadas y conocidas son:

- Tiempo de reacción. Consiste en responder lo más rápidamente posible ante la presencia de un estímulo.
- Detección. Consiste en percibir la presencia o ausencia de un estímulo previamente indicado.
- Discriminación. Discriminar significa percibir la diferencia entre un par de estímulos.
- Identificación. Se presentan dos o más estímulos y el sujeto ha de decidir si ambos estímulos son iguales en función de un criterio preestablecido (por ejemplo, si son dibujos, en su significado; si son palabras, en su rima), conocidos como tareas de juicios igual-diferente.
- Recuerdo. Consiste en evocar o recuperar cierta información previamente aprendida, sin ningún tipo de ayuda o indicios.
- Reconocimiento. Se presenta una determinada información al sujeto, y éste ha de decidir si dicha información es la misma que ha aprendido y memorizado previamente.

- **Búsqueda.** El sujeto ha de reconocer, entre un conjunto amplio de información, si se incluye aquella que ha aprendido y memorizado previamente. Cuando el sujeto lo que ha de hacer es reconocer si, entre el conjunto de información presentada, alguno de los ítems pertenece a una categoría semántica previamente establecida la tarea de búsqueda. Generalmente llamada búsqueda categorial.

Experiencia Subjetiva

Se analiza mediante un procedimiento de autoobservación o introspección. En el caso concreto de los procesos atencionales, casi todas las personas suelen tener la experiencia subjetiva de “prestar atención” cuando éstos se activan y se ponen en marcha. A nivel perceptivo, dicha experiencia es de claridad de conciencia: los estímulos a los que se atiende son procesados de forma más clara y precisa, de una forma más definida y nítida que aquellos que no son atendidos. En este sentido, en ocasiones la atención ha sido conceptualizada como sinónimo de “caer en cuenta” o “percatarse”; debido a que ponemos atención a las cosas, éstas ingresan en nuestra conciencia. Cuando la atención está implicada en la realización de una tarea, la sensación subjetiva más frecuente es que nos esforzamos. En el caso concreto de tareas prolongadas y monótonas, las sensaciones subjetivas más típicas son las de cansancio y aburrimiento (García op. cit.)

FACTORES DETERMINANTES DE LA ATENCIÓN

Considera esta autora que son todas aquellas variables o situaciones que influyen directamente sobre el funcionamiento de los mecanismos atencionales y que pueden ser de carácter externos o determinantes exógenos o extrínsecos, relativos a las características de los estímulos; y de carácter internos o determinantes endógenos o intrínsecos, que son el conjunto de factores que se relacionan directamente con el estado de nuestro propio organismo. Suelen actuar de forma conjunta e interdependiente, en ocasiones, ciertas características de los objetos pueden influir sobre factores motivacionales o emocionales (Cohen, op. cit.).

Características Físicas de los Objetos

Berlyne, (1966); Brown y Gregory, (1968); Butler, (1953) autores referidos por Garcia (op. cit.) mencionan que las dimensiones físicas de los objetos que mejor captan y mantienen nuestra atención son las que se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 4 Dimensión Física de los Objetos

Dimensión física	Descripción
Tamaño	Normalmente, los objetos de mayor tamaño llaman más la atención.
Posición	La parte superior atrae más; la mitad izquierda más que la mitad derecha. Por lo tanto, la mitad superior izquierda de nuestro campo visual es la zona que antes capta nuestra atención.
Color	Los estímulos en color suelen llamar más la atención del sujeto que los que poseen tonos en blanco y negro.
Intensidad del estímulo	Cuando los estímulos son muy intensos tienen mayores posibilidades de llamar la atención.
Movimiento	Los estímulos en movimiento captan antes y mejor la atención que los estímulos inmóviles.
Complejidad del estímulo	La complejidad se define como el grado de información que un estímulo transmite a un organismo. En términos generales, los estímulos complejos captan antes la atención que los no complejos.
Relevancia del estímulo o significación del estímulo	Se considera que un estímulo es significativo cuando provoca cambios estímulares importantes para el organismo. Un estímulo puede adquirir un poder significativo a través de varios medios: instrucciones de realizar una respuesta motora ante ese estímulo, proceso de pensamiento, la propia historia del examinado (Luria, op. cit.).
Novedad del estímulo	Es el cambio de uno o varios de los atributos que componen un estímulo. Puede conseguirse de diversas maneras: alterando o modificando las dimensiones físicas tales como su intensidad, duración, localización, etc., omitiendo la presencia de estímulos esperados, alternando el orden de una secuencia de estímulos y, principalmente, haciendo que aparezca de forma repentina. La novedad es considerada uno de los factores determinantes más importantes. A veces no es fácil diferenciarla de otros factores tales como la sorpresa, la incongruencia, el conflicto, la incertidumbre e incluso la complejidad del estímulo ya que, todos estos factores consiguen su efecto determinante sobre la atención a partir de la comparación que el sujeto realiza entre el estímulo recibido y los patrones que dicho sujeto tiene almacenados en su sistema de memoria.

Nivel de Activación Fisiológica

El nivel de activación o arousal, se define como el nivel de receptividad y responsividad que el sistema nervioso posee en un determinado momento ante los estímulos ambientales. Se expresa desde un punto de vista conductual en el grado de actividad que tenemos en un momento determinado: desde un nivel muy bajo cuando estamos dormidos hasta un nivel muy alto cuando estamos realizando un gran esfuerzo o nos hallamos sometidos a una gran excitación. Norman, (1976) señala que el arousal es observado cuando:

- Poseemos unos niveles altos de atención y somos capaces de concentrarnos mejor.
- Somos más capaces de dar respuesta a una gran cantidad de información o desempeñar tareas que exigen distintas habilidades.

- Mantenemos mejor la atención durante períodos de tiempo relativamente amplios.

Motivación, Intereses y Expectativas

Autores como Osman, Cohen y Luria (op. cit.) sostienen que los aspectos motivacionales juegan un papel importante en la atención voluntaria; y han sido estudiados a través de dos dimensiones básicas: los intereses del sujeto y las expectativas a las que se ve sometido.

En cuanto a los intereses del propio individuo, los estímulos que se hallan dentro del campo de interés de una persona se perciben antes y mejor que aquellos otros que, en igualdad de circunstancias, son neutros para el sujeto. Pero, las expectativas que el sujeto tiene en un momento determinado sobre las características de la información que va a recibir o sobre la tarea que va a llevar a cabo también es un factor importante, conocido también como set atencional (Posner, 1978).

Los efectos principales de tener expectativas son:

- Facilitar el proceso exploratorio al reducir su ámbito al de lo esperable.
- Reducir las alternativas de interpretación.
- Sostener la actividad atencional cuando dichas expectativas no son confirmadas.
- Alertar al individuo.

Sin embargo, cuando no se cumplen los acontecimientos previstos, los efectos son negativos y es cuando el sujeto ha de reorientar su atención hacia aquellos objetos y/o tareas a las que en un principio no estaba atendiendo, y esto obviamente deteriora el rendimiento.

Estados Transitorios

Son situaciones que tienen lugar en un momento más o menos amplio de la vida de un individuo y que influyen en su actividad mental y conductual. Eysenck (1982, Springer, 1985) menciona entre los más importantes:

Cuadro No. 5 Aspectos conductuales en la atención

conducta	Consecuencias en el proceso de atención
La fatiga	Es un estado psicofísico que provoca una disminución en la capacidad energética del individuo. Sea física o mental, es un factor importantes puesto que cuanto más fatigados estamos, más difícil es que podamos concentrarnos en una tarea y, muy especialmente, mantengamos la atención.
El estrés	Es un factor que aumenta los niveles de activación de un individuo. En consecuencia, no tiene por qué ser un factor negativo si no se supera el nivel óptimo, pero cuando el estrés es excesivo, los niveles de activación se disparan. La consecuencia más evidente en estas situaciones de estrés alto es que el foco atencional se estrecha y se restringe hacia los estímulos que provocan el estrés, sin atender a otros estímulos no estresantes que también podrían ser importantes para la adaptación al medio, conocido en términos de sintomatología de la depresión como la "visión de túnel".
Drogas y psicofármacos	Los medicamentos que más afectan a los problemas de atención son dos, cuyos efectos son totalmente distintos: los tranquilizantes y los estimulantes, por ejemplo el diazepam, influye directamente en tareas atencionales en las que hay implicados oscilamientos de la atención, que los hace más lentos, y niveles de alerta del individuo, sobre los cuales produce una disminución.
El sueño	Uno de los efectos principales de la privación del sueño es el descenso del nivel de activación, por lo tanto, disminuye la capacidad para enfocar la atención sobre los estímulos relevantes o críticos, aumenta la susceptibilidad a los efectos perturbadores de los distractores, y disminuye la intensidad de la atención

TIPOS DE ATENCIÓN

Son diversos criterios que se pueden utilizar para clasificar los distintos tipos de atención existentes, García, (op. cit), presenta un criterio particular influenciada por autores tales como: Davies, Jones y Taylor, (1984) Duncan, (1980, 1984; Moñivas, (1993) entre otros; ya que según estos investigadores sostienen que son las únicas formas de estudiar el proceso atencional. En el cuadro 6 (página siguiente) se muestra los diferentes tipos de atención.

Cuadro No. 6 Tipos de Atención

Atención	Características generales
Selectiva, dividida y sostenida	La información del medio ambiente se caracteriza por ser generalmente numerosa y más o menos compleja. Por otra parte, el organismo se caracteriza por poseer una capacidad determinada para procesar dicha información, pero esta capacidad es limitada. Ante estos casos en que se produce una sobrecarga estimular, las demandas ambientales pueden ser de dos tipos: o responder tan sólo a una parte de la información, o responder simultáneamente a todas las demandas del ambiente. Para evitar esta sobrecarga estimular mediante la actividad selectiva, la atención funciona de la siguiente manera: o bien atiende (focaliza) a una información y deja a un lado (ignora) la restante, o bien distribuye los recursos atencionales con los que cuenta el sujeto.
Interna versus externa	La atención puede ser orientada, o bien hacia los objetos y sucesos ambientales externos (atención externa), o bien hacia nuestro propio conocimiento, nuestros recuerdos, nuestras emociones y sentimientos, etcétera (atención interna).
Visual versus auditiva	Los sistemas sensoriales son las estructuras que permiten a un organismo recibir información del medio ambiente. Conocer qué información reciben y cómo la reciben es importante. De las distintas modalidades sensoriales existentes, las dos más estudiadas en el caso de la atención han sido la visual y la auditiva. Una de ellas es que mientras la información visual se halla continuamente disponible de todas las superficies visibles, la información auditiva se halla disponible en momentos temporales aislados. Esto ha dado lugar a afirmar que mientras que el procesamiento de la información visual se realiza en paralelo, esto es, toda la información al mismo tiempo, el procesamiento de la información auditiva se lleva a cabo seria o secuencialmente.
Global versus selectiva	La atención global tiene como finalidad llevar a cabo una estructura organizada de las partes o elementos que componen una información o una tarea, la atención se centra en el análisis de los detalles que componen una información o tarea. En otras palabras, mientras que la atención selectiva busca la intensidad, la atención global busca la amplitud.
Voluntaria versus involuntaria	Cuando dirigimos nuestra atención hacia nuestros objetivos e inhibimos respuestas inapropiadas se ponen en marcha los mecanismos de la atención voluntaria también llamada en ocasiones secundaria. En estos casos se dice que tenemos un gran "control atencional", y suele exigir un cierto esfuerzo por nuestra parte para mantenerlo. Pero también existe una atención involuntaria o primaria que tiene lugar sin que medie proceso volitivo alguno. A nivel perceptivo, este tipo de atención depende fundamentalmente de las características de los propios estímulos ambientales; y cuando se trata de llevar a cabo una tarea, nuestro rendimiento se ve mediatizado por factores motivacionales y emocionales que o bien nos concentremos mejor y atendamos más intensamente, o bien que cualquier estímulo o situación nos distraiga e influya negativamente sobre la ejecución de la tarea.
Consciente versus inconsciente	El hecho de que en muchas ocasiones nos demos cuenta o nos percatemos de que atendemos a los estímulos, o que estamos más o menos concentrados a la hora de llevar a cabo una tarea ha dado lugar a que, en ocasiones, atención y conciencia hayan sido considerados como un mismo fenómeno. Pero no es del todo cierto, ya que atención y conciencia no es lo mismo, ya que no todo lo atendido se hace consciente. Muchas veces podemos prestar atención sin darnos cuenta de que estamos atendiendo.

DISFUNCIONES ATENCIONALES

La atención tiene, en definitiva, como los restantes procesos y actividades psicológicas, una función adaptativa a las demandas del ambiente y del propio organismo, pero hay ocasiones en que esta función adaptativa comienza a fallar más o menos sistemáticamente, produciendo una disfunción atencional (Ruiz-Vargas, op. cit.)

Estas manifestaciones son dos: conductas de falta de atención y el déficit atencional. Cuando un sujeto sufre algún tipo de disfunción atencional y lleva a cabo pruebas y/o tareas que exigen habilidades atencionales, el rendimiento suele ser bajo, dando origen a un déficit de atención; por ejemplo, un estudiante puede estar mirando fijamente al profesor (conducta de atención) y en cambio no atender a lo que éste está explicando (disfunción atencional).

Disfunción atencional y conductas de falta de atención y/o déficit atencionales no son sinónimos; en este sentido, lo que realmente define a una disfunción atencional es que ésta implica un fallo en los mecanismos de funcionamiento y una falta de adaptabilidad al medio.

Las disfunciones atencionales más estudiadas de acuerdo a García (op. cit.) son las siguientes:

1.- Problemas de amplitud de la atención

- **Ensanchamiento de la atención.** Tiene lugar cuando el tamaño del foco atencional es excesivamente amplio. Ello da lugar a una sobrecarga de información que no puede ser manejada por el sujeto.
- **Estrechamiento de la atención.** Se produce cuando el tamaño del foco atencional es excesivamente pequeño. Por lo tanto, el sujeto no procesa la cantidad de información que la mayoría de los restantes individuos sí podría.

2.- Problemas de oscilamientos de la atención

- **Laguna mental.** El sujeto no recuerda lo que ha hecho en un pasado reciente. Se relaciona, pues, con el olvido de alguna de las fuentes que la atención se ha de reorientar, pero no es una disfunción de memoria.
- **Fallos en la rapidez de los oscilamientos de la atención** o problemas de flexibilidad de la atención, esta se produce cuando el sujeto es excesivamente lento a la hora de desplazar su atención de un objeto a otro, o de una tarea a otra. Ello da lugar a problemas en aquellas situaciones en las que hay que explorar con rapidez el ambiente, o en aquellas situaciones de atención dividida en las que el sujeto ha de reorientar continuamente su atención de una tarea a otra.

3.- Disfunciones relacionadas con los factores determinantes de la atención

- **Falta de intensidad**, esto sucede cuando el umbral del foco atencional es excesivamente alto. Si los estímulos que se presentan no son muy intensos, no llegan al umbral del foco atencional, con lo que no captan la atención del sujeto. Este es un problema atencional y no perceptivo o sensorial.
- **Indiferencia**. Se produce cuando el sujeto apenas muestra interés por los estímulos que le rodean. Así, ante la presencia de información relevante, el sujeto no pone en marcha sus mecanismos atencionales y no procesa la información.
- **Curiosidad excesiva**. Es un interés excesivo por todos los estímulos del ambiente, por lo que continuamente se está prestando atención a todas las cosas y se da lugar a una atención totalmente dispersa.

4.- Disfunciones en los procesos selectivos de la atención

- **Hiperconcentración**, es una concentración excesiva en algún aspecto del ambiente. La consecuencia inmediata es que el sujeto no responde a otros estímulos del ambiente a los que también podría ser preciso atender. Cuando la hiperconcentración se orienta hacia los propios pensamientos y/o sentimientos del sujeto y éste no atiende a nada de lo que ocurre a su alrededor se habla de ausencia mental o autoatención.
- **Falta de concentración o falta de agudeza de la atención**, tiene lugar cuando los niveles de concentración del sujeto son bajos y, por lo tanto, la fuerza y la calidad de aquello que se selecciona es pequeña, generalmente se agudiza cuando los niveles de alerta no son óptimos (son muy bajos o muy altos), cuando el entorno de la tarea es demasiado familiar, cuando hay escaso interés por los estímulos del ambiente o escasa motivación por la tarea que se ha de realizar.
- **Distraibilidad o distracción, distractibilidad, hipoproxesia o labilidad**. Se define como la incapacidad para ignorar la información irrelevante y, en consecuencia, en una falta de agudeza de la atención. Desde este punto de vista conductual se manifiesta en cambios continuos en la focalización y en una mayor dificultad a la hora de realizar una tarea por la presencia de distractores, en casos extremos, en los que se produce una atención totalmente dispersa, donde la atención pasa de un objeto a otro sin poder fijarse especialmente en ninguno, se da la hiperprosexia o aprosexia.

5.- Problemas de disposición atencional o set segmental o disposición fragmentada para la respuesta.

- Tiene lugar en aquellos casos en los que el sujeto no es capaz de servirse de los indicios que se le dan para prepararse a la realización de una tarea.

6.- Disfunciones en los procesos de distribución de los recursos atencionales.

- **Falta de recursos atencionales.** En aquellos casos en los que el sujeto no cuenta con suficientes recursos de atención. Suele producirse en aquellas personas cuyo nivel de activación es excesivamente bajo.
- **Fallos en el mecanismo de distribución.** Aún cuando contemos con suficientes recursos, hay ocasiones en que no sabemos organizarlos lo suficientemente bien. Esta disfunción es, un fallo en los mecanismos de atención, un fallo o incapacidad para saber utilizar esos mecanismos.

7.- Disfunciones en los procesos de mantenimiento de la atención.

- **Impersistencia o falta de tenacidad,** es un fallo en el mantenimiento de la atención; es decir, que no se es capaz de sostener la atención en una tarea durante mucho tiempo; en la mayoría de los casos por fatigabilidad.
- **Fatigabilidad,** es la tendencia a aparecer altos niveles de fatiga excesivamente pronto.

8.- Disfunciones en los mecanismos de alerta de la atención.

- **Hipervigilancia.** Sucede cuando el nivel de receptividad del organismo al medio ambiente es excesivamente alto. Por lo que la tendencia a atender a todos los estímulos del ambiente es muy alta, también conocida como hipervigilancia general, acentuándose al atender selectivamente aquellos estímulos que son importantes para el sujeto o llamada hipervigilancia específica.
- **Déficit de vigilancia.** Tiene lugar cuando la receptividad del sujeto al ambiente es excesivamente baja; es decir, los niveles de alerta no son altos. Y para finalizar menciona la autora que la focalización selectiva no es eficaz.

ALGUNAS INVESTIGACIONES DE LA ATENCIÓN

Respecto a la edad, la salud mental y en particular de la depresión se menciona algunos estudios a continuación.

Edad. Se han realizado estudios con grupos de niños de edades distintas y han comparado los resultados obtenidos; pero en cuanto a grupos normativos más amplios, solo se han realizado entre niños y ancianos (Enns, 1990 cit. García, op. cit.)

Desde este punto de vista, puesto que el desarrollo de la atención es un proceso gradual, evolutivo, y el nivel de desarrollo de los distintos mecanismos atencionales depende de la edad, es obvio que el adulto tiene mejor desarrolladas las habilidades atencionales que el niño. Las habilidades atencionales menos desarrolladas en el niño que en el adulto se han encontrado:

- Menor flexibilidad para orientar la atención adecuadamente
- Mayor lentitud en los cambios de atención
- Menor capacidad para atender a la información relevante
- Mayor susceptibilidad a la distracción
- Dificultades para mantener la atención
- Menor control atencional

Sin embargo, refiere Enns (op. cit.) en el ámbito de la atención sostenida, se ha observado que en situaciones de doble tarea no se agudiza cuando las tareas son simples, pero cuando son muy complejas los adultos tienden a ser más lentos, debido a que entre más edad se da un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información.

Salud. En el caso concreto de la psicopatología, se han estudiado que en casos de trastornos de ansiedad, de depresión, de esquizofrenia, existe déficit atencional. (Baños y Belloch, 1994, García op., cit.) La presencia de ciertos déficit o disfunciones atencionales que acompañan a algunos desórdenes mentales y/o conductuales, por ejemplo la distractibilidad, es un síntoma frecuente en una amplia variedad de trastornos tales como episodios maníacos, trastornos de ansiedad, cuadros crepusculares, la esquizofrenia, etc., se ha estudiado que en la mayoría de estos trastornos, los déficit atencionales no son síntomas básicos y definitorios de ese trastorno sino que suelen estar asociados a los síntomas primarios de ese desorden como en los trastornos de la ansiedad, depresión, trastornos maníacos-depresivos, etc.

Dentro de la depresión: La baja atención y concentración debido a la apatía y falta de motivación que muestran los sujetos, impersistencia que da lugar a una mala ejecución en las tareas de vigilancia; teniendo en cuenta que los depresivos psicóticos producen principalmente errores de omisión, mientras que los depresivos neuróticos producen principalmente falsas alarmas (Byrne, 1977,

García, op. cit.) Actualmente se postula que el depresivo manifiesta atención autofocalizada: el “sí mismo” es el objeto de atención y autoconciencia, aumento de la consciencia en aquellos aspectos del sí mismo que son más notables o sobresalientes.

EL PROCESO DE LA ATENCIÓN DENTRO DEL AULA

Atención y aprendizaje.- Es un dato no cuestionado por nadie que las adquisiciones perceptuales y conceptuales de los alumnos se apoyan fundamentalmente, en los procesos selectivos de la atención.

Múltiples estudios como los de Smith y Greenberg (García y Ruiz-Vargas op. cit.) han confirmado la relación existente entre atención y éxito escolar, encontrándose que la falta de atención da como resultado el bajo rendimiento de los alumnos con buena inteligencia y que un buen nivel de atención puede compensar una inteligencia mediocre.

Como resultado de estas investigaciones, se han propuesto algunas estrategias atencionales de enseñanza:

1) Destinadas a captar la atención del alumno

- Analizar los intereses básicos en el aula. En el aula, el rango de intereses es sumamente amplio y están relacionados con la edad, sexo, estatus socioeconómico, etc. Conocer esos intereses y basar en ellos la actividad del escolar es básico para conseguir la atención del alumno, sobre todo en los primeros cursos, donde aún predomina la atención involuntaria.
- Informar al alumno de las posibilidades de éxito en el aprendizaje y del nivel real de dificultades
- Proporcionar contenidos estructurados y organizados

2) Destinadas a mantener la atención del alumno

- Variar los estímulos. Un ambiente estimular monótono disminuye el nivel de vigilancia por falta de excitaciones. Si hay cambio de estímulos o situaciones es más fácil mantener la atención.
- Incorporar algún tipo de actividad física al proceso de aprendizaje
- Crear una conciencia de satisfacción hacia el rendimiento obtenido
- Mostrar un grado de afectividad en el momento de transmitir la información.

- Conseguir que el alumno tenga satisfacción por atender.

Evaluación Psicológica

Las formas de evaluación más importantes llevadas a cabo son dos: Evaluación conductual y la evaluación cognitiva o psicométricas. Aunque también se realizan neurológicas y/o psicofisiológicas en caso de haber un trastorno psicobiológico.

Evaluación conductual

Consiste en analizar las manifestaciones conductuales de la atención; para ello utiliza la técnica de la observación directa, la entrevista, las escalas y cuestionarios.

Evaluación cognitiva

Exclusivamente se basa en la aplicación de test psicométricos, porque se ha encontrado que tests exclusivamente atencionales son escasos, y que la mayoría de ellos son en realidad pruebas que miden inteligencia que incluyen alguna prueba atencional, o tests de percepción que evalúan conjuntamente habilidades perceptivas y atencionales.

Estos tests de percepción, involucran diversas tareas que implican el uso de estrategias atencionales: discriminar pequeños detalles que faltan en un objeto para que éste sea idéntico a su homólogo (percepción de diferencias); que son perceptualmente diferentes (discriminación visual); identificar objetos comunes habituales a partir de la presentación incompleta de ellos (integración visual); localizar un estímulo entre un conjunto de estímulos más amplios (rapidez perceptiva).

Dentro de los tests psicométricos considerados como tests específicos de atención esta el TP (Toulouse-Piéron), este mide aptitudes perceptivas, atención concentrada, rapidez de ejecución y resistencia a la monotonía utilizando como estímulos elementos gráficos. De ahí que este estudio haya tomado esta prueba, para detectar atención concentrada en la población a investigar.

CAPÍTULO 4

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK Y DE LA PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCIÓN DE TOULOUSE PIÉRON

INTRODUCCIÓN

La Psicología, para apreciar las diferencias individuales con el sentido de atenuar déficit y de aprovechar al máximo las potencialidades de los sujetos en los aspectos cognitivos, sociales o emocionales ha construido instrumentos de medición.

Dentro de éstos, se encuentran aquéllos que miden estados de ánimo. En especial, para la depresión, se emplean el CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos), CRS (Escala de Evaluación de Carrol), HDRS (Escala de Depresión de Hamilton), MMPI-D (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), SADS (Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia), SDA (Escala Autoaplicada de Depresión). Todos los instrumentos antes mencionados son valiosos, pero algunos de ellos presentan algunos inconvenientes, por ejemplo, unos carecen de validez discriminante y otros no tienen una elevada consistencia.

Otro instrumento para valorar la depresión es el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1976 y Beck, 1987). Entre sus ventajas destaca que es sensible al cambio, que es muy utilizado en población no clínica, que presenta buena discriminación y una alta correlación con el rasgo de ansiedad (Bulbena - Berrios, 2000); por esta razón, se eligió para este estudio.

En cuanto al uso de test para discriminar los procesos de atención y concentración han sido utilizados, el test de Caras. Percepción de diferencias, basada en dibujos que representan caras humanas, mide aptitudes para percibir pequeñas diferencias entre los estímulos que se presentan. Cuadrados de letras es otra prueba, integrada por cuadros que contienen 16 letras, requiere del sujeto la detección de la fila o columna donde una de las letras esta repetida. El F1, o Formas idénticas, requiere la rápida identificación de una figura que coincida exactamente con la propuesta como modelo entre un grupo de ellas con pequeñas diferencias entre sí. El SIT. Situación -1. Mide la capacidad de discriminar diferencias en la orientación espacial.

Solo por mencionar algunos tests, sin embargo, se optó por utilizar en este trabajo la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse-Piéron, que en concreto mide el proceso cognitivo de atención y concentración y que a su vez es de fácil aplicación, así como sus instrucciones son muy sencillas para que cualquier nivel académico pueda entenderlo y ejecutarlo. A continuación se describen más ampliamente ambos instrumentos.

1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

ANTECEDENTES

A principios de los años 60's, Aarón T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania (Beck y Steer, 1987).

Originalmente fue elaborado para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra que era leída en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se solicitaba al entrevistado que indicara "cuál de éstas definía mejor cómo se sentía en ese instante". Por ningún motivo tenía que sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondieran a la manera como se sentía, debía registrarse el número más alto.

Este Inventario estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los síntomas de los pacientes psiquiátricos no deprimidos, mencionaban ocasionalmente, con lo cual se consolido los 21 síntomas y actitudes que comprende el Inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener al sumar 63.

Dicho instrumento fue diseñado para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos, adolescentes y adultos, no para comprobar ninguna teoría sobre depresión; sin embargo, tomando las debidas precauciones puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en personas "normales".

Posteriormente, a principios de 1971, se emplea una versión modificada (BDI-IA) en donde se eliminan palabras y frases alternativas para los mismos síntomas y se evita la doble negación. El número de respuestas opcionales se limitó estrictamente a cuatro alternativas para cada ítem incluyendo la opción nula y se realizaron modificaciones mínimas en la formulación de 15 ítems. Seis ítems (Llanto, Irritabilidad, Fatiga, Falta de Apetito, Pérdida de Peso y Pérdida de Libido) no fueron corregidos. Se realizaron varias versiones piloto y la revisión final fue registrada en 1978 y publicada en 1979 (Beck, Steer y Brown, 2006).

En 1987, se publicó un manual técnico para el BDI-IA y la edición de 1993 de ese manual incluyó leves revisiones de los rangos de puntuación recomendados para interpretar el nivel de severidad de síntomas depresivos. Para el efecto de esta investigación esta versión es la que se utilizó.

Respecto a la calificación, la puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo; En el caso de que en un reactivo se haya marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta. Se debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (No. 19), debido a que si la persona indica que está tratando de bajar de peso, su valor será de “0”.

Las puntuaciones en base a las respuestas dadas al Inventario y de acuerdo a la profundidad de su depresión son: del 0 al 9 son consideradas dentro del grado sin depresión; de 10 a 16, indican una depresión leve; de 17 a 29 una depresión moderada y de 30 a 63 se considera una depresión intensa. Las puntuaciones mayores a 15 ya deben ser tratadas como depresivas.

Cuadro No. 7 Inventario Depresión de Beck

Actitudes y síntomas evaluados	
1. Alteraciones del humor 2. Pesimismo 3. Sensación de fracaso 4. Falta de satisfacción 5. Sentimientos de culpa 6. Sensación de castigo 7. Aversión por si mismo 8. Auto-acusación 9. Ideas suicida 10. Llanto 11. Irritabilidad	12. Retraimiento social 13. Indecisión 14. Distorsión de la imagen corporal 15. Dificultad para trabajar 16. Alteraciones del sueño 17. Fatiga general 18. Pérdida de apetito 19. Pérdida de peso 20. Preocupación somática 21. Disminución de la libido

Estos 21 reactivos (síntomas) cubren aspectos cognitivo-emocionales y aspectos somáticos de la depresión.

Por otro lado, cabe mencionar que, tanto la CIE-10 como en el DSM-IV (op. cit., Capítulo 2, pág. 42) clasifican la depresión en tres grandes rubros:

Leve: Dentro de este grado el paciente suele encontrarse afectado por síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque probablemente no las deje por completo. Pueden presentarse o no síntomas somáticos.

Moderada. Varios de los síntomas se presentan en grado intenso. Se trata de enfermos con grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o domestica. Se presenta con o sin síntomas somáticos.

Intensa: El paciente suele presentar mucha angustia y el riesgo del suicidio es importante, estando casi siempre presentes los síntomas somáticos. No es

probable que pueda seguir con su actividad laboral, social o domestica, más que de manera muy limitada. Esta modalidad también se puede presentar con síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

La diferencia entre estos grados se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. Los criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10, mencionan diez síntomas a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad).

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; 6 de 10 síntomas, el nivel moderado; y de 8 a 10, el nivel intenso.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

Estabilidad

Se menciona la estabilidad de la versión 1993, del Inventario que se utilizó en la presente investigación. Méndez (cit. op.) menciona que Beck y cols., en su estudio, sugirieron que, por lo menos en lo que respecta a detectar cambios en pacientes psiquiátricos, las estimaciones de la estabilidad test-retest pueden no resultar útiles porque se espera que los pacientes muestren reducción en la depresión debido tanto a la intervención terapéutica como al paso del tiempo. Sin embargo, en un estudio realizado por Beck y Steer (op. cit.), las correlaciones del test-retest en pacientes no psiquiátricos resultaron arriba de lo esperado.

Validez

- Validez de contenido

Moran y Lambert (1983, Beck y Steer, op. cit.) compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck ya revisado contra los Desórdenes afectivos del DSM III y concluyeron que el primero reflejaba sólo seis de los nueve criterios del segundo. Beck (op. cit.) comenta que no consideró conveniente incluir reactivos que hablaran de un incremento en el apetito y en el sueño así como de agitación, porque éstos están con frecuencia presentes en adultos normales y, su inclusión, ocasionaría un rango alto de positivos falsos.

- Validez Discriminante

Brown & Berchick (Beck y Steer, op. cit.) en sus investigaciones basados en estudios longitudinales con pacientes hospitalizados que presentaban una depresión intensa, encontraron que el 88% de la población manifestaban tristeza e infelicidad, mientras que sólo el 22% de personas sin depresión contestaron de manera positiva a las preguntas referidas.

Otros estudios similares han indicado que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre desórdenes distímicos y de depresión mayor.

- Validez de Constructo

Wessman, Lester y Trexler (1974, Beck y Steer, op.cit.) en un estudio de 100 pacientes maníaco depresivos comparando sus respuestas realizadas de un cuestionario de 199 preguntas, con las de un grupo testigo de 50 pacientes con enfermedades no quirúrgicas específicas, encontraron que las frecuencias de cada síntoma está relacionada positivamente con el inventario referido.

- Validez Concurrente

Beck y cols. (op., cit.) al investigar acerca de la fatiga con relación a la falta de motivación y de los deseos de evasión reportaron que la fatigabilidad esta más relacionada con la falta de satisfacción y con la actitud pesimista; utilizando la correlación producto-momento de Pearson, entre el Inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos se obtuvo una $r=0.60$.

- Validez Factorial

Este inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. El número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas. Así también el método de extracción es crucial para definir la estructura factorial (Beck y Steer op. cit.)

CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA

Es un instrumento que puede autoadministrarse y que puede también ser aplicado individual o colectivamente. No requiere más instrucciones que las indicadas en él mismo, donde el examinado responderá directamente. Antes de iniciar la aplicación del Inventario se deben haber resuelto todas las dudas que pudiera tener el examinado sobre la forma de contestarlo.

Los reactivos se califican de acuerdo al número más alto que se haya contestado en cada uno de ellos, del 0 al 3. Se suman las puntuaciones de todos los reactivos y el total se busca en puntaje crudo.

2. PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCIÓN DE TOULOUSE-PIERON (TP)

ANTECEDENTES

Este instrumento ha tenido una larga historia y muchas derivaciones. Esta prueba fue adaptada en 1986 en España dentro de los trabajos de investigación del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia.

Su valor discriminativo ha sido satisfactorio (incluso en aplicaciones clínicas para estudiar el nivel de aspiración, el nivel de rendimiento y el grado de fatiga), pero aún no se han publicado estudios estadísticos sobre estos aspectos de carácter clínico (Toulouse-Piéron, 1986).

Es una prueba que exige una gran concentración y resistencia a la monotonía. El ejemplar del test es una página que contiene 1 600 cuadritos (40 filas de 40 elementos), de los cuales sólo la cuarta parte, diez en cada fila, son iguales a uno de los dos modelos presentados al principio de la página, a mayor escala, con un guión adosado perpendicularmente a uno de sus lados o en uno de los vértices. La tarea del sujeto consiste en señalar, durante diez minutos, aquellos cuadraditos que tienen el guión en la misma posición que uno de los dos modelos.

Este instrumento tiene la ventaja de que puede ser aplicado a sujetos de cualquier nivel cultural, incluso analfabetos, ya que su contenido no es verbal. En consecuencia, el instrumento puede apreciar la aptitud o capacidad para concentrarse en tareas cuya principal característica es la monotonía junto a la rapidez perceptiva y la atención continuada; es decir, puede evaluar la resistencia a la fatiga, la rapidez-persistencia perceptiva y la concentración (Toulouse-Piéron op. cit.)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Al entregarse la hoja de prueba (ANEXO 2), se les pide anotar los datos de identificación, nombre, edad, sexo. Al terminar se les dice: “No den la vuelta a la hoja que les he dado hasta que yo se los diga.” Al terminar esta parte se les dice:

“Fíjense en estos cuadrados (señalar); son los que ustedes tienen en la hoja a mayor tamaño. Ahí, en el ejercicio, hay cinco filas de cuadraditos; unos son iguales a éstos (señalar), y otros no, porque no tienen la raya en la misma dirección. Ustedes deben tachar los que tengan la raya en alguna de estas dos direcciones. ¿Han comprendido lo que tienen que hacer? ¿Preparados? ¡COMIENCEN!

Se pone el cronómetro en marcha y, después de un minuto, se dice:

“Atención ¡BASTA! “ “Cuando yo les avise volverán la hoja. Tendrán que hacer un ejercicio parecido al que acaban de realizar; vayan

tachando, fila por fila, de izquierda a derecha, los cuadritos que tengan la raya en alguna de estas dos direcciones. Trabajen lo más rápidamente posible, pero procuren no equivocarse. ¿Tienen alguna duda? ¿Preparados? ¡COMIENCEN!

Se pone el cronómetro en marcha desde cero y, después de diez minutos, se dice:

“Atención ¡BASTA!”.

Se recoge el material y se da por terminada la aplicación.

CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA

La puntuación directa (PD) en la prueba se obtiene restando al número total de aciertos (A), la suma de errores ($\sum E$) y omisiones (O), es decir, es el resultado de la aplicación de la siguiente fórmula: $PD = A - (\sum E + O)$

Para calificar se utiliza una plantilla (ANEXO 2) con la cual deben seguirse las siguientes indicaciones:

- A) En el margen izquierdo de la prueba, las filas de elementos están señaladas con un número de orden; esta numeración permitirá determinar rápidamente el número de filas “intentadas” por el sujeto (n), es decir, aquellas en las que se obtuvo alguna respuesta. Normalmente este valor “n” será igual al que indica el número que precede a la fila hasta donde el sujeto llegó en su trabajo, salvo que se haya “saltado” completamente una o más filas.
- B) En cada fila hay sólo y siempre 10 posibilidades de acierto, esto es, 10 cuadritos coincidentes con los dos modelos.
- C) Si, como es habitual, la última fila intentada no llegó a completarse, las posibilidades reales que el sujeto tuvo en ella no serán 10, sino las existentes hasta el último cuadrado señalado; el corrector de la prueba deberá contarlas y anotarlas en la casilla “p” en la parte inferior del ejemplar.
- D) Es un error toda respuesta dada por el sujeto en un cuadrado distinto a los que corresponden a estas 10 posibilidades de cada fila y omisión (O) cada posibilidad no señalada hasta el último elemento contestado.
- E) El total de cuadrados señalados por el sujeto constituye su producción o realización en la prueba (R); los aciertos (A) serán igual al número total de posibilidades menos el número de omisiones (P-O), y los errores igual a la realización (número de marcas) menos los aciertos (R-A)

Dentro del proceso de calificación, se realizan los siguientes pasos:

- Antes de colocar la plantilla, señalar con un aspa la fila donde se encuentra la última respuesta del sujeto. Si éste ha dejado sin contestar, completamente en blanco, alguna fila intermedia, se tachará a todo lo largo para no considerarla en este proceso de corrección (y, por tanto, no se tendrá en cuenta al considerar el número de filas."n").
- En cada fila, contar las respuestas dadas por el sujeto y anotar su número al final, en el margen derecho del ejemplar. La suma de todos los valores anotados en este margen es la producción o realización (R) del sujeto.
- Se debe aplicar la plantilla sobre la hoja (de modo que los números 1 y 40 de la hoja coincidan con los que aparecen en la plantilla rodeados por un círculo) y contar el total de omisiones (O) o posibilidades que el sujeto ha dejado en blanco hasta la última respuesta dada; es decir, los cuadrados por los que no aparezca una marca.
- Sin levantar la plantilla, contar en la última fila intentada cuántos cuadrados existen en la plantilla hasta la última respuesta del sujeto; es el valor de posibilidades en esta fila hasta el momento de terminar la prueba (p).
- Si los datos obtenidos en los pasos anteriores se han ido trasladando a las casillas correspondientes de la base de la hoja, ya se puede calcular los valores de P (total de posibilidades), aciertos (A), errores (E) y, finalmente, la puntuación directa (PD). Al lado de las casillas se indica la fórmula correspondiente.

NORMAS INTERPRETATIVAS

Se considera para este efecto tres tablas. La tabla 1, recoge los baremos de escolares: La mayoría de los datos incluidos fueron recogidos de centros escolares de Madrid y se refieren a alumnos del antiguo Bachillerato General.

La tabla 2 representa el nivel profesional, dentro de los cuales se encuentran los diferentes grupos de profesionales adultos como: peones varones; especialidad varones; profesionales de oficio varones; programadores varones; auxiliares administrativos varones; oficiales administrativos varones; operarias mujeres; y operadoras máquinas de oficina mujeres.

La tabla 3 abarca el nivel cultural (en este rubro no se encontró diferencias en cuanto al sexo). Se encuentra dividida en cultura general (hombres y mujeres); bachillerato elemental (hombres y mujeres) y, por último, bachillerato superior (hombres y mujeres) que es para profesionales que han terminado estos estudios.

Una vez determinadas las características del sujeto cuyos resultados se van a interpretar, la puntuación directa se transformará en el correspondiente centil indicado en la tabla. Estas puntuaciones aparecen en la parte central de la tabla; en la columna izquierda se presentan los centiles, éstos indican el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en el rasgo apreciado por la prueba; en la última fila de la derecha aparecen los eneatis, que constituyen una escala típica normalizada (establecida a partir de la escala de centiles) que va de 1 a 9; su denominación se debe a que comprende nueve (enea) unidades típicas.

En caso de que una puntuación directa no aparezca expresamente indicada en el baremo, deberá hacerse una interpolación, asignándoles un centil comprendido entre los correspondientes a los valores inmediatamente superior e inferior registrados en la tabla. Las columnas de baremos no presentan todos los centiles; en base a la práctica se ha considerado que una mayor especificación en los mismos daría la impresión de una exactitud que los errores de medida psicométrica no garantizan.

Para interpretar los centiles o eneatis, se tendrá en cuenta que los valores más altos indican una mayor dotación en la aptitud o aptitudes evaluadas, mientras los valores bajos justifican una menor dotación de la capacidad de atención en este caso.

Esta prueba ha sido mayormente utilizada en España con un alto grado de validez y consistencia, en diferentes grupos, tales como peones, varones; especialistas, varones; profesionales de oficio varones; programadores, varones; auxiliares administrativos, varones; oficiales administrativos, varones; operarias, mujeres; operadoras máquinas de oficina, mujeres. También se consideró nivel cultural como: Cultura General, varones y mujeres; Bachillerato Elemental, varones y mujeres; y Bachillerato Superior, varones y mujeres (Toulouse-Piéron). Pero poco aplicada en nuestra población mexicana; sin embargo, para el objetivo de este trabajo es un tests que reúne las características a estudiar.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

De lo mencionado en los capítulos anteriores se deduce que, la depresión es un síntoma persistente que incapacita a la persona en sus diferentes esferas de vida, hace sentir al individuo sin energía, sin esperanza, sin ilusiones para el futuro, le ocasiona trastornos en el sueño, en su conducta y emocionalmente se vuelve más pesimista, por mencionar algunos aspectos; y, por ende, el área intelectual también se encuentra limitada por la presencia de pensamientos obsesivos, de destrucción, dispersión y distracción, así como, poca concentración al realizar sus tareas cotidianas.

En este sentido, se ha estudiado que los alumnos con problemas de escasa concentración y que son lentos a la hora de desplazar su atención de un lugar a otro suelen tener mayores dificultades en el proceso de aprendizaje (Katz y Deutsch, 1973, García, op. cit.).

El interés por conocer como la depresión es una variable que influye en el proceso de atención en los adolescentes, fue la principal razón por la que se llevó a cabo la presente investigación, con el siguiente método

Planteamiento del Problema

¿Afecta la depresión a los procesos de la atención en los adolescentes que estudian el bachillerato?

Objetivo General

Identificar la relación entre la depresión y los procesos de atención en una muestra de estudiantes de bachillerato.

Hipótesis

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre la depresión y los procesos de atención en los estudiantes de nivel bachillerato.

Hipótesis alterna

Existe relación significativa entre la depresión y los procesos de atención en los estudiantes de nivel bachillerato.

Variables

Variable independiente: Depresión

Definición conceptual de la variable independiente:

Desorden afectivo en donde la tristeza es persistente, y las cogniciones de los sujetos están dominadas por contenidos y procesos ideosincráticos distorsionados e irreales, tendiendo a una exageración de errores y encontrando obstáculos en todas sus acciones” (Beck, op, cit.).

Variable dependiente: Procesos de Atención

Definición conceptual de la variable dependiente:

Proceso cognitivo básico para el procesamiento de la información y realización de cualquier actividad, unida a la percepción, memoria, motivación y emoción (Luria op. cit.)

Sujetos

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 277 adolescentes, hombres y mujeres, de 15 a 19 años de edad que cursaban el cuarto año de bachillerato en una preparatoria pública.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, para lograr una primera aproximación al fenómeno; descriptivo y de campo, ya que se busca de manera sistemática la prueba de hipótesis (Pick, 2000).

Instrumentos

Inventario de depresión de Aarón T. Beck, de la versión de 21 reactivos (IDB). (Explicado ampliamente en el capítulo 4, anexo 1)

Prueba Perceptiva y de Atención de E. Toulouse-Piéron. (Explicado ampliamente en el capítulo 4, anexo 2)

Procedimiento

Para realizar la presente investigación, se procedió de la siguiente manera: con previa autorización de los directivos, se aplicaron los instrumentos psicológicos a los estudiantes, que dieron su consentimiento para participar en este estudio, después de explicarles claramente el objetivo de este. El escenario fue en su salón de clases, bajo condiciones adecuadas de luz y ventilación.

El primer instrumento que se aplicó fue el Inventario de depresión de Beck - (IDB). Se leyó las instrucciones y se respondieron sus dudas, y todos empezaron a un mismo tiempo al poner el cronometro en marcha, se les

informó que tenían 10 minutos para contestarlo.

Se les recogió a todos el cuestionario y, enseguida, se les entregó la prueba perceptiva y de atención de Toulouse-Pierón –TP- explicándoles el procedimiento para resolverlo (como se detalla en el Cáp. 4) se les dio un minuto de ensayo y 10 para responder el test.

Se realizaron tres aplicaciones en diferentes momentos:

Primera: Durante la semana de exámenes para calificar el primer periodo del año escolar; los estudiantes se encontraban saturados de trabajos y eran examinados por dos o tres materias por día.

Segunda: Después de cuatro semanas de la entrega de la primera evaluación, los estudiantes se encontraban libres de exámenes y presiones escolares.

Tercera: Se llevó a cabo durante exámenes finales y extraordinarios, que es el último período del año escolar y los profesores entregan exentos. Los estudiantes saben si pasan o no al siguiente año escolar como alumnos regulares.

Los resultados que se obtuvieron en las diferentes aplicaciones, se describen en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 6

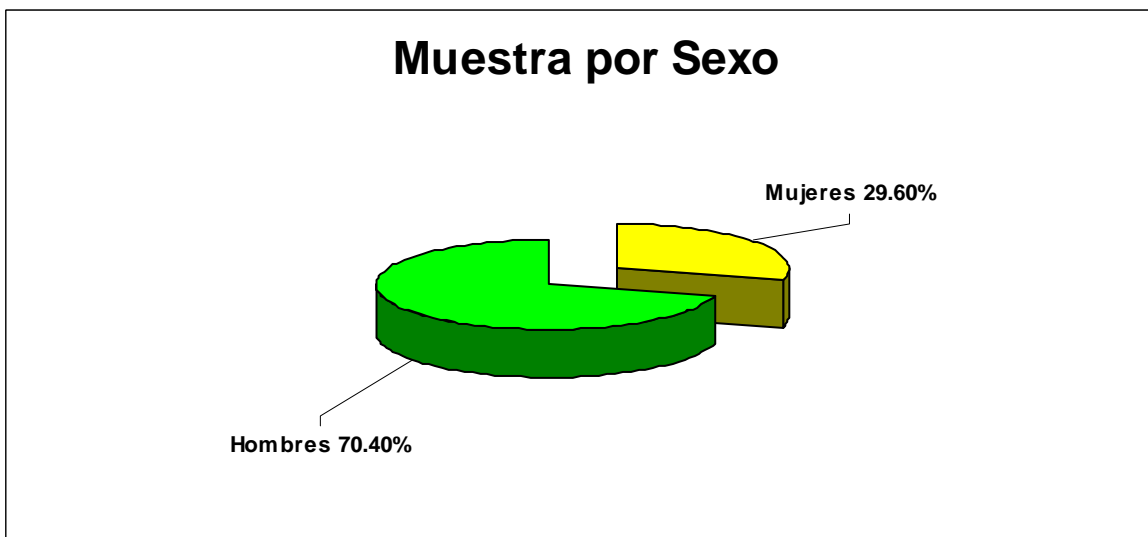
RESULTADOS

Como se mencionó en el capítulo anterior, el propósito de esta investigación fue conocer la relación que existe entre la depresión y los procesos de atención en adolescentes estudiantes de nivel bachillerato de ambos sexos a los que se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck y la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse– Piéron (TP).

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales) en su versión 13.0 para Windows. A continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio

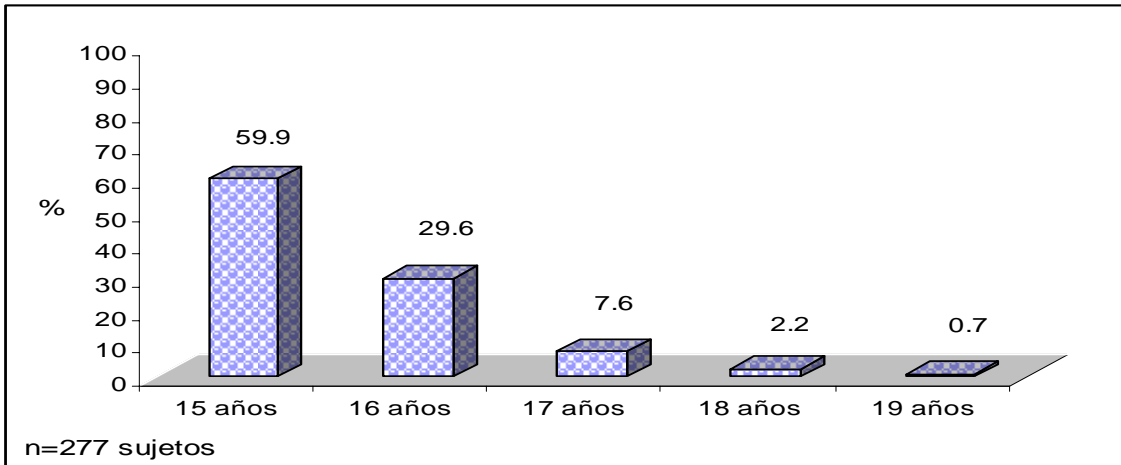
DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS

De los 277 adolescentes de cuarto año de bachillerato que participaron en este estudio, el 70.40 % fueron hombres y el 29.60% fueron mujeres, como se muestra en la Gráfica 1. Dado que la proporción de hombres y mujeres no es equivalente, no se llevo a cabo comparaciones por sexo.



Gráfica 1. Distribución por sexo de los estudiantes de bachillerato.

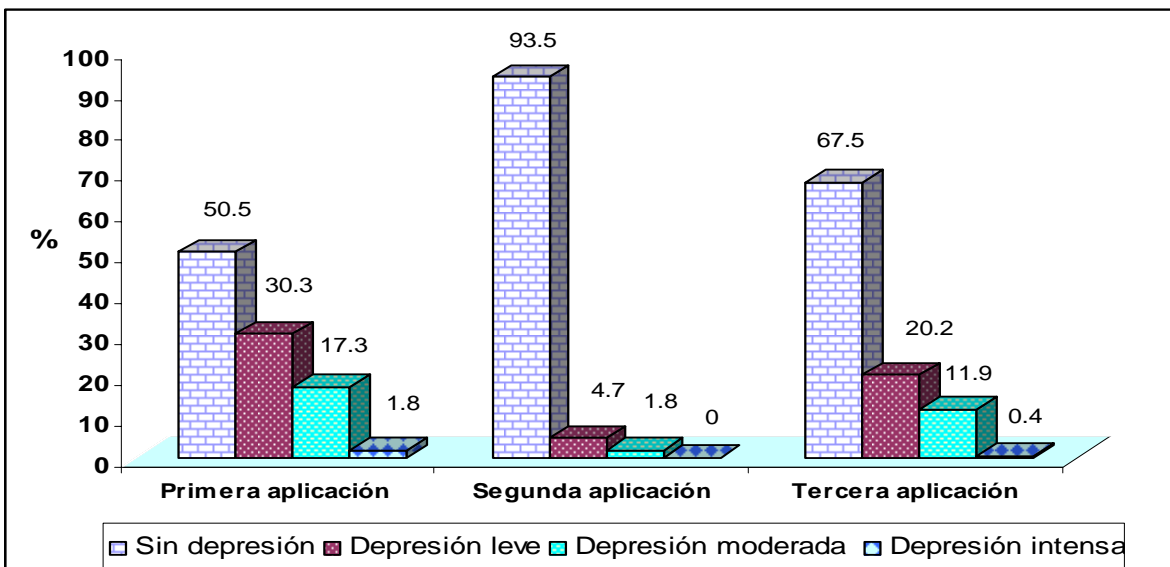
En cuanto a la edad, la población estudiantil tenía entre 15 a 19 años. En la Gráfica 2 se muestra que el 59.9% tenía 15 años; el 29.6% reportó tener 16 años y de 17 a 19 años, se encontraba el 10.5% de estudiantes. Como se puede observar, la mayor proporción de estudiantes se encontraba entre 15 y 16 años.



Gráfica 2. Distribución por edad de los estudiantes de bachillerato

GRADOS DE DEPRESIÓN

En la escala de Depresión de Beck, la puntuación final es la suma del valor de cada reactivo, de los cuales se obtiene lo que corresponde a los niveles de depresión: ninguna (sin depresión), leve, moderada e intensa. En la Gráfica 3 se presentan los resultados obtenidos en las tres aplicaciones que se realizaron en el presente estudio.



Gráfica 3. Depresión encontrada en los estudiantes de bachillerato en las tres aplicaciones

En la primera aplicación, en la que los estudiantes se encontraban realizando exámenes para calificar el primer período escolar, el 50.5% no presentaron síntomas de depresión y el 30.3% se clasificó en el rango de depresión leve, el 17.3% con depresión moderada y sólo el 1.8% con depresión intensa (Véase la Gráfica 3).

La segunda aplicación se llevo a cabo a la mitad del año escolar. En este momento, no había exámenes ni presiones escolares y, además, se consideraba que los alumnos se encontraban en una situación tranquila escolarmente hablando. Los resultados obtenidos fueron: 93.5% de los sujetos no manifestó depresión; 4.7%, depresión leve y 1.8% padece depresión moderada (Véase la Gráfica 3).

En la tercera aplicación, nuevamente, el estudiante de bachillerato se encontraba en una situación académica de exámenes; esta vez, de finales del ciclo escolar para quienes no habían exentado la materia o de aprobación de aquellos que habían cumplido con todos los requisitos establecidos por los profesores para ya no presentar los exámenes finales. Los resultados obtenidos fueron: el 67.5% no manifestó depresión, 20.2% calificaron con depresión leve, 11.9% con depresión moderada y 0.4% reportó depresión intensa (Véase la Gráfica 3).

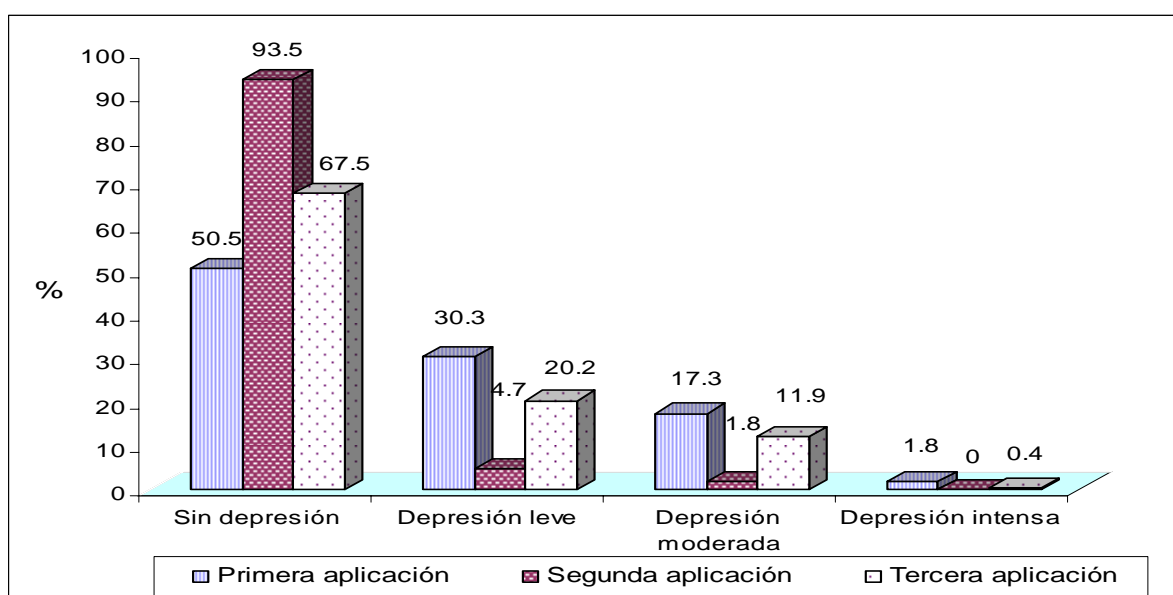
La Gráfica 4 muestra los resultados obtenidos por niveles de depresión en cada una de las tres aplicaciones realizadas para este estudio. Como se puede observar, en esta muestra de estudiantes, cuando no hay presiones escolares, como exámenes, al inicio o al término del ciclo escolar, entrega de trabajos finales, entre otros, es decir, se encontraban en una situación poco estresante en ese momento, la amplia mayoría (93.5%) no presento signos de depresión, incluso, ningún sujeto se colocó en el nivel de depresión intensa.

En cambio, cuando los alumnos se encuentran en situaciones de exámenes parciales (primera aplicación) y finales (tercera aplicación), respectivamente, 50.5% y 67.5%, lo cual indica que en la primera evaluación del ciclo escolar, aproximadamente la mitad de alumnos se encuentran en un estado poco estresante, motivados e interesados y con rasgos bajos de ansiedad. Al final, dado que sólo aquellos que no exentaron las asignaturas se encuentran en situación de examen, una proporción mayor (casi el 68%) no se encuentran muy preocupados, ni pesimistas, tampoco desorientados ante esta experiencia y si con la plena confianza que obtendrán finalmente buenos resultados (Véase la Gráfica 4)

En el nivel de depresión leve, se encontró un mayor porcentaje de alumnos en la primera aplicación (30.3%), seguida por el 20.2% de alumnos en la tercera aplicación y sólo el 4.7% de los estudiantes se ubicaron en este nivel en la segunda aplicación (Véase la Gráfica 4). Estos datos refieren que los estudiantes presentaban cierto grado de incertidumbre, malestar, e inconformidad ante sus logros académicos, por lo que su atención y concentración se vio disminuida.

Aunque se encontraron pocos sujetos que se ubican en los niveles de depresión moderada (17.3%, 1.8% y 11.9%, respectivamente) e intensa (1.8%, 0% y 0.4%), es evidente que este padecimiento se presenta más en exámenes y situaciones de presión escolar (Gráfica 4), es posible que estos estudiantes se encontraban con baja energía, desinteresados, irritables, exagerada ansiedad, con disfunción alimenticia y del sueño, incluso con problemas somáticos evidentes, por mencionar algunos síntomas.

Dada las implicaciones para la salud mental y emocional que este grado de depresión tiene en el sujeto que la padece, es reconfortante que no se haya encontrado un porcentaje alto de alumnos con esta sintomatología porque requerirían tratamiento especializado, así como su canalización inmediata.



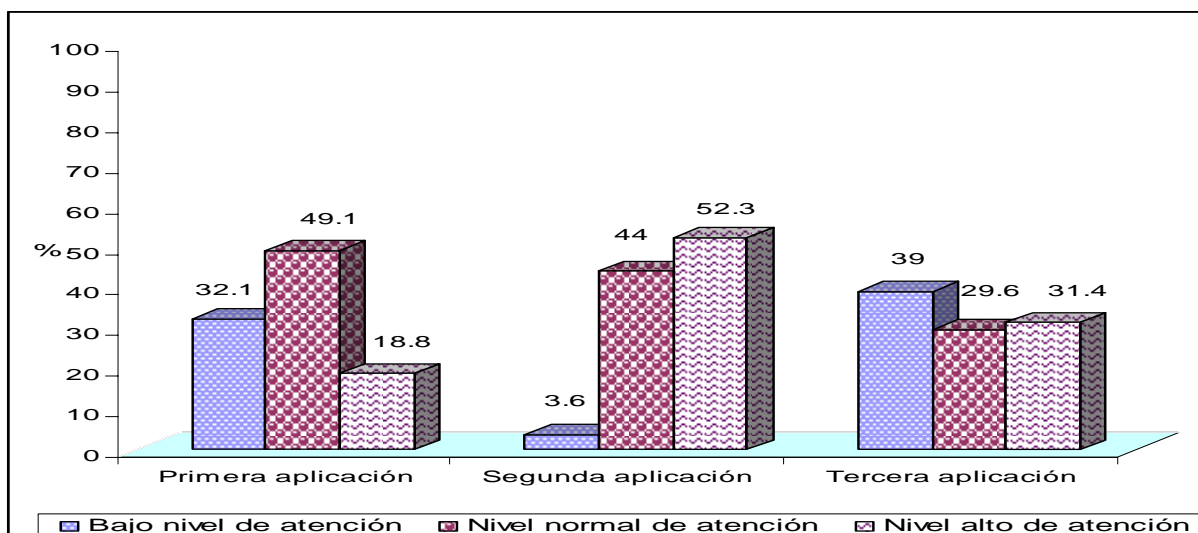
Gráfica 4. Grados de depresión en cada una de las aplicaciones realizadas en los estudiantes de bachillerato.

NIVELES DE ATENCIÓN

En la Gráfica 5, se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la atención (manifestada por una concentración sostenida sobre una determinada actividad u objeto) que se encontraron en este estudio. En la primera aplicación, el 49.1% de los alumnos se ubican con un nivel normal, el 32.1% con bajo nivel de atención y el 18.8% con alto nivel.

En la segunda aplicación, es decir, a la mitad del ciclo escolar, sólo el 3.6% presentó un nivel bajo, el 44% tuvo un nivel normal y la mayor proporción (52.3%) presentó un nivel alto. En cuanto a la tercera aplicación, los porcentajes fueron más homogéneos: 39% con nivel bajo, 29.6% con nivel normal y 31.4% con nivel alto (Véase la Gráfica 5).

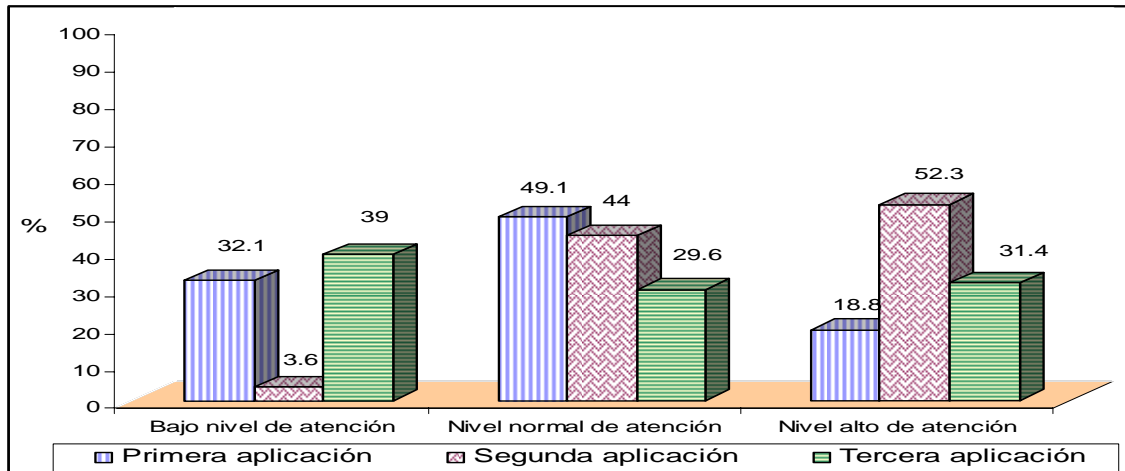
Parece ser que la atención de los alumnos se modifica dependiendo del momento que estén pasando durante el ciclo escolar: hay más alumnos con atención normal cuando se encuentran ante situaciones con menor estrés y ansiedad, así como con una estabilidad emocional.



Gráfica 5. Niveles de atención encontrados en los estudiantes de bachillerato en cada una de las aplicaciones

La comparación de los niveles de atención en las tres aplicaciones se presenta en la Gráfica 6. Con un bajo nivel de atención se encuentra el 32.1% de estudiantes en la primera aplicación, sólo un 3.6 % en la segunda y el 39% en la tercera. La distribución de un nivel normal de atención presenta un patrón diferente al descrito anteriormente; es decir, el mayor porcentaje de alumnos (49.1%) se encontró al inicio del ciclo escolar (primera aplicación), a la mitad del ciclo, se encontró el 44% de estudiantes y al finalizar el año escolar, sólo el 29.6%. Con respecto a un nivel alto de atención, la muestra estudiada se comportó de la siguiente manera: 18.8% de estudiantes la presentaron en la primera aplicación, el 52.3 % en la segunda y el 31.4% en la tercera.

Los resultados indican que, con un nivel bajo de atención, se encuentra un mayor porcentaje de alumnos en la primera y tercera aplicación, aún cuando reportaron estar en situación de exámenes escolares. Por otro lado, más del 50% de alumnos en la segunda aplicación reportaron un nivel de atención alto, congruente con su situación escolar ya que se encontraban libres de tensión académica.



Gráfica 6. Niveles de atención en las tres aplicaciones realizadas en los estudiantes de bachillerato

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN Y GRADOS DE DEPRESIÓN

Considerando que el interés de esta investigación es conocer si hay relación entre la depresión y la atención, se procedió a realizar un cruce de estas dos variables. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los grados de depresión y el nivel de atención en cada una de las tres aplicaciones.

Tabla 1. Grados de depresión y nivel de atención en la primera aplicación

DEPRESIÓN	NO. DE ESTUDIANTES	%	ATENCIÓN	
			CENTIL	NIVEL
Sin depresión	140	50.5%	64.66	Normal
Leve	84	30.3%	31.67	Normal
Moderada	48	17.3%	18.94	Baja
Intensa	5	1.8%	13.40	Baja
Total	277	100%		

Como se puede ver en la Tabla 1, para la primera aplicación donde los alumnos de bachillerato se encontraban en situación de su primera evaluación escolar, se observó que el 50.5% de la muestra reportó ningún signo depresivo, donde su nivel de atención fue normal. En cuanto al 30.3% que presentaron depresión leve, su nivel de atención se presentó también normal y en el 20% que mostraron una depresión moderada o intensa reportaron atención baja.

Tabla 2. Grados de depresión y nivel de atención en la segunda aplicación

DEPRESIÓN	NO. DE ESTUDIANTES	%	ATENCIÓN	
			CENTIL	NIVEL
Sin depresión	259	93.5%	78.89	Alta
Leve	13	4.7%	22.15	Baja
Moderada	5	1.8%	11.00	Baja
Intensa	0	0%	0	
Total	277	100%		

Durante la segunda aplicación, donde los alumnos de bachillerato se encontraban en una situación sin presión escolar, se encontró (Véase la Tabla 2) que el 93.5% de la muestra reportó nula presencia de depresión con atención en un nivel alto. En los alumnos con depresión leve (4.7%), la atención puntuó a nivel bajo. Con depresión moderada (1.8%), la atención se ubicó en el nivel bajo.

Tabla 3. Grados de depresión y nivel de atención en la tercera aplicación

DEPRESIÓN	NO. DE ESTUDIANTES	%	ATENCIÓN	
			CENTIL	NIVEL
Sin depresión	186	67.5%	68.23	Normal
Leve	58	20.2%	15.17	Baja
Moderada	32	11.9%	10.88	Baja
Intensa	1	0.4%	16.00	Baja
Total	277	100%		

Con respecto a la tercera aplicación, momento en que los alumnos de bachillerato evaluados se encontraban en exámenes finales, al 67.5% se reportó sin ningún signo depresivo lo cual aparentemente no les afectó su situación escolar y su nivel de atención se encontró normal. Para los alumnos que tenían depresión leve (20.2%), moderada (11.9%) e intensa (0.4%) su atención bajo de manera significativa, como se muestra en la Tabla 3.

Para conocer si existía una relación estadísticamente significativa entre la depresión y los procesos de atención en los estudiantes de nivel bachillerato, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre estas variables. En la primera aplicación, se obtuvo un coeficiente $r = -0.65$ ($p = 0.000$); en la segunda aplicación, el resultado obtenido fue $r = -0.69$ ($p = 0.000$) y, para la tercera aplicación, el coeficiente obtenido fue $r = -0.75$ ($p = 0.000$). Los tres coeficientes muestran que estas dos variables mantienen una relación alta estadísticamente significativa de (-0.65) a (-0.75) y que son inversamente proporcionales, es decir, a medida que una se incrementa, la otra decreta, lo cual permite afirmar que a medida que se presentan grados altos de depresión, los niveles de atención bajan significativamente.

DIFERENCIA DE MEDIAS

Para valorar si había diferencias significativas entre las variables y las aplicaciones, se realizaron comparaciones mediante pruebas t de Student para muestras correlacionadas.

DIFERENCIAS ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ATENCIÓN

En primer lugar se presentarán los resultados que prueban la hipótesis de esta investigación; es decir, si afecta la depresión a los procesos de atención y concentración en los adolescentes de nivel bachillerato.

En la primera aplicación, la comparación entre depresión (media = 10.52; Leve) y atención (Media=45.81; normal) arrojó una $t = -16.996$; $p= 0.000$, mostrando que si existen diferencias significativas entre estas variables. También se encontraron diferencias significativas ($t= -51.451$; $p= 0.000$), en la comparación de la media de depresión (Media = 2.25) y la media de la Atención (Media =75.14). Finalmente, el contraste de la tercera aplicación también resultó ser significativa ($t= -19.225$; $p=0.000$), es decir, la depresión (Media = 6.33) sí afecta a la atención y concentración (Media =50.98). Estos datos permiten aceptar la hipótesis alterna de esta investigación.

- **Diferencia de medias: Depresión**

Comparando la primera aplicación, con grado leve de depresión (Media=10.52), con ningún síntoma depresivo (Media=2.25) reportada en la segunda aplicación, la t de Student obtenida fue $t=14.954$, $p=0.000$, lo cual significa que si existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos aplicaciones.

En el contraste de las medias de la depresión obtenidas en la primera (Media=10.52, grado leve) y la tercera aplicación (Media=6.33, ningún síntoma depresivo), la t de Student obtenida fue: $t = 8.590$; $p=0.000$, implicando que si existen diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar las medias de la variable depresión obtenidas en la segunda aplicación (Media=2.25; ningún síntoma depresivo) con la correspondiente a la tercera aplicación (Media 6.33; ningún síntoma depresivo), se obtuvo un valor $t=-1.396$, $p=0.155$. Este valor indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de depresión reportado por los sujetos a la mitad y al final de ciclo escolar.

- **Diferencia de medias: Atención**

Los datos que arrojaron la comparación de las medias ($t=-13.770$; $p=0.000$) obtenidas en la variable atención entre la primera aplicación (media=45.81; nivel normal) y la segunda aplicación (Media =75.14; nivel alto), muestran que sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellas, por lo que el momento

escolar en el que se encontraban los estudiantes, sí afectó a sus procesos de atención y concentración.

Sin embargo, la comparación de los niveles de atención entre la primera (Media=45.81, atención normal) y la tercera aplicación (media=50.98; atención normal) reportó una $t = -1.416$ con una $p=0.187$, señalando que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas aplicaciones. Este resultado indica que el inicio y cierre del ciclo escolar no afectaron los niveles de atención mostrados por los alumnos.

Por último se menciona que, la comparación de las medias de la segunda aplicación (media=75.14, atención alta) y de la tercera aplicación (media=50.98, normal) mostró que sí existen diferencias significativas entre estas aplicaciones ($t = -2.426$; $p=0.016$), es decir, que los alumnos tienen mayor nivel de atención durante el ciclo escolar que al finalizar el mismo.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación pusieron de manifiesto la relación existente entre la depresión y la atención en estudiantes de bachillerato: ante circunstancias que provocan preocupación y un estado de ánimo bajo, el adolescente se ve afectado para concentrarse y para poner toda su atención en tareas que así lo requieren.

En los últimos años se ha observado que las instituciones educativas trabajan en reformas más funcionales para fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje, principalmente, entre otras cosas, por la preocupación que existe del personal docente al encontrar resultados muy bajos en el rendimiento académico. Como respuesta, se han hecho algunos estudios dentro de la Pedagogía y de la Psicología propiamente, como la investigación realizada por Jiménez Tapia (op. cit.) acerca de cómo la sintomatología depresiva influye en los estudiantes adolescentes; Ledesma (op. cit.) hace un estudio comparativo entre colegios privados y públicos con respecto al rendimiento escolar y la depresión en adolescentes; Oliva (2006) sostiene que es importante el medio físico para un pleno desarrollo académico, así mismo hace una aportación interesante sobre el lugar y los aspectos psicosociales que influyen en el medio escolar y familiar (hogar) del estudiante; por mencionar algunos. Sin embargo, todavía es preocupante el aspecto emocional del educando, por lo que se hace necesario tomar en consideración esta variable.

Es importante recordar que la adolescencia es una etapa que para el ser humano significa cambios de gran intensidad, se enfrenta a situaciones sumamente distintas a las que presentó en su vida infantil. El adolescente, en consecuencia, debe adaptarse a una serie de nuevas condiciones físicas, emocionales y sociales (Aguirre, op. cit.).

La adolescencia, llena de cambios, pérdidas y adaptaciones puede conducir al joven a experimentar reacciones depresivas. Aberastury (op. cit.) señala que, durante la adolescencia, las manifestaciones depresivas guardan estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer. Erickson (1976), a su vez, dice al respecto que los cambios psíquicos estructurales, secundarios a los biológicos, sociales y psicológicos se ven influidos por la depresión del adolescente.

Como se puede observar en los resultados, se encontró que los estudiantes de bachillerato tienen entre 15 y 16 años de edad, ocupando el 90% de la muestra estudiada y que, definitivamente, se encuentran en la etapa de adolescencia con todas sus características psicológicas como los menciona Aberasturi (op. cit.).

Con fundamento en estos autores y lo mencionado en los capítulos teóricos de este trabajo, así como de las variables consideradas en esta investigación, se

retomarán los resultados más relevantes encontrados en el análisis estadístico del presente estudio.

Al hacer la comparación de la depresión en las tres aplicaciones que se realizaron a lo largo del año escolar, se encontró que durante la primera y la tercera, en donde los estudiantes estaban preocupados y presionados por sus exámenes, se obtuvo una media de 10.52 que se sitúa en un grado de depresión leve para la primera y una media de 6.33 para la tercera que corresponde a ningún síntoma de depresión; pero se observó que en la segunda aplicación si hubo una notable diferencia ya que la media reportada fue de 2.25 de la población estudiantil que no presentó signos de depresión.

De manera global, se puede comentar que, durante las tres aplicaciones, la mayoría de los adolescentes que conformaron la muestra de esta investigación no reportaron síntomas de depresión y solo algunos manifestaron un grado leve de depresión, lo que puede indicar que a pesar de encontrarse en situación de examen, por lo menos, el 50% para la primera aplicación no le afectó la situación académica. Para el caso de la tercera aplicación fue el 67% de la muestra la que parece que tampoco le afectó encontrarse en exámenes finales, no así, en la segunda aplicación donde definitivamente un gran porcentaje (93.5%) de los estudiantes no reportaron síntomas de depresión.

Caplan y Lebovici (op. cit.) y Campillo (op. cit.) mencionan que no son iguales las características depresivas de los adolescentes matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por inquietud, pérdida rápida de interés en las cosas que le suceden, fatiga y hastío, dificultad para poner atención o concentrarse y evasión de los problemas.

Consideraciones como las anteriores pueden ayudar a explicar los resultados respecto a la diferenciación del grado de depresión en situación de examen; además de que algunos estudiantes de la muestra siendo de cuarto año de bachillerato (su primer año) muestran gran interés por las actividades que se presentan dentro del plantel haciendo un esfuerzo mayor ante tareas que consideran repercutirán en sus calificaciones; es decir, traen las consignas todavía del reglamento de la secundaria, ya que son alumnos que entran a sus clases puntualmente, así como su desempeño es mas comprometido.

En el análisis de la atención en las tres aplicaciones, los resultados indican que, en la primera aplicación (en situación de examen), en la mayoría de los alumnos, la atención fue normal y alta, lo que puede indicar que no se altera este nivel de atención a pesar de encontrarse en tensión. Para la segunda aplicación, se observa una atención normal y alta en la mayoría de sujetos de la muestra y se liga perfectamente cuando el estudiante se encontraba sin presión alguna.

Bermejo (1987, citado en García, 1997) estudió la relación entre la motivación y la distracción. Trabajó con 2 grupos de estudiantes de nivel medio superior, uno experimental y el otro control probado con un intervalo de 6 semanas. Los factores distractores eran numerosos y pintorescos (silbatos, sirenas, órganos y proyectores, etc.) complementados con un “escándalo” en regla (disfraces,

etc.). Concluyeron que, en la población de adultos jóvenes a quienes es fácil de incitar o motivar a que pongan todo su interés en lo que hacen, los factores de distracción parecen inoperantes; agregan que depende de la propia actitud de un individuo el que sea estimulado o inhibido por un factor de distracción. Efectivamente los aspectos motivacionales así como las expectativas modifican la estructura psicológica de la atención.

Finalmente, para la tercera aplicaron, algunos de los estudiantes reportaron un nivel bajo de atención (39%), lo que muestra que la situación de exámenes finales es un factor que influye en su atención. Menciona Beck (op. cit.) que la memoria, la atención y la capacidad de concentración, plenamente se encuentran limitadas, reflejándose en el desempeño cotidiano, al carecer de motivación y ambición o cuando los adolescentes se encuentran con problemas interpersonales con la familia, amigos y profesores, y los rasgos de ansiedad como la tensión y preocupación por todo; por lo que su rendimiento cognitivo se verá afectado.

En esta misma línea, García (op. cit.) hace la misma referencia y, en particular, comenta acerca de la motivación y de la emoción como factores determinantes de este proceso cognitivo. Kirby y Grimley (op. cit.) encontraron que con la emoción y motivación que el individuo enfrente a sus tareas, actividades o demandas del ambiente, será exitoso o no su rendimiento académico. Con respecto a los niveles de eficiencia de la atención, estos se elevan con las emociones “estéticas” (o excitantes) de intensidad moderada y disminuye, a veces mucho por las emociones deprimentes y por la fatiga.

Con el interés de observar que efecto tiene la depresión sobre los procesos de atención y concentración en esta población, se realizó el análisis respectivo, con base en los datos porcentuales en las tres aplicaciones, presentándose de forma notoria, que cuando existe algún grado de depresión, inmediatamente baja el nivel de atención como ocurrió en la primera aplicación al reportar que el 18% de los estudiantes expresaron un grado de depresión moderada o grave, su nivel de atención fue baja. De la misma manera, en la tercera aplicación, los alumnos que reportaron un grado de depresión leve, moderada o grave, su nivel de atención también fue bajo, lo que permite inferir una estrecha relación.

Algunos autores como Byrne (1977; Smith y Greenberg, 1981; García, op. cit.), postulan que dentro de la depresión, la baja concentración es debido a la apatía, la fatiga vista como estado psicofísico, que provoca una disminución en la capacidad energética, la privación del sueño y falta de motivación. Son personas que presentan una mala ejecución en las tareas de vigilancia; comparan que los depresivos graves presentan errores de omisión y los que presentan depresión moderada responden a falsas alarmas. Y dentro de las manifestaciones de los procesos de la atención se ubica concretamente la autofocalizada, es decir “dentro de sí mismo”, o concentrado en un solo pensamiento llamado también “visión de túnel”.

Al hacer las comparaciones entre las tres aplicaciones en cada una de las variables de depresión y atención, podemos concluir que, definitivamente,

existió una diferencia estadísticamente significativa en la depresión entre la primera y segunda aplicación lo que determina que se presentó un grado mayor de depresión (Media=10.52) debido, como se ha indicado, a la situación de exámenes, en contra de la segunda aplicación en la que se encontraban fuera de tensión.

La misma situación ocurrió entre la primera y tercera aplicación donde al comparar sus medias se reporta una diferencia significativa, alcanzando un grado más alto de depresión en los estudiantes que debieron realizar su evaluación académica al inicio del ciclo escolar y los que hicieron exámenes finales durante la tercera aplicación.

Con respecto a la atención, los resultados muestran que la comparación reporta una diferencia significativa entre la aplicación primera (45.81, atención normal) y la segunda (media de 75.14, atención alta) indicando que los estudiantes mostraron un mejor nivel de atención cuando están libres de preocupaciones. La comparación entre la segunda (Media=77.14, atención alta) y tercera aplicación (Media=50.98, normal) fue también estadísticamente significativa.

Como ya se ha explicado en los capítulos anteriores, diversos estudios (Sue y cols., op. cit.) indican que la familia y la situación escolar son factores de riesgo de la depresión, por lo que las situaciones y presiones académicas que vive un estudiante de bachillerato durante un ciclo escolar puede ser variable en periodos de exámenes y más estable en momentos donde se da una dinámica de integración escolar y se libera de presiones como ya se ha mencionado.

De todo lo anterior se puede concluir que la hipótesis de trabajo: "existe relación significativa entre la depresión y los procesos de atención en los estudiantes de nivel bachillerato", se confirma, ya que se encontró que la población estudiantil que se encontraba dentro de un grado de depresión resultaba con un nivel bajo de atención y concentración.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Desafortunadamente, la muestra fue mayormente de estudiantes varones por lo que se dificultó la comparación entre sexo para observar como la depresión se relaciona con la atención en diferentes situaciones dentro de su dinámica escolar.

Así también, en posteriores estudios sería importante aplicar la muestra entre alumnos de los tres diferentes grados escolares (4º, 5º y 6º año escolar), porque definitivamente la vida escolar se presenta de diferente manera en cada uno de ellos.

Igualmente, se sugiere la realización de estudios comparativos entre escuelas de nivel bachillerato público y privado, para fortalecer el presente estudio.

Respecto a la bibliografía revisada, son pocos los estudios que refieren la relación de estas dos variables y un número menor las investigan en

situaciones escolares, por lo que se plantea la necesidad de continuar realizando esfuerzos serios por valorar su efecto combinado con otras variables como rendimiento escolar, procesos de aprendizaje, aspectos motivacionales, relaciones entre pares, etc.

Por otro lado, Beck, Steer y Brown (2006), realizando estudios para actualizar su Inventario y, para tomar en consideración la clasificación y sintomatología del DSM-IV, plantean una versión modificada: el Inventario de Depresión de Beck (DBI-II) que, entre otros reactivos, agrega uno que contempla la capacidad de concentración, por lo se sugiere que para futuras investigaciones ya se emplee esta versión modificada y actualizada.

También es conveniente que se lleve a cabo la estandarización, la confiabilidad y la validez de esta nueva versión del DBI-II, para nuestra población mexicana, de igual manera como se realizaron con las versiones anteriores.

En el Capítulo 2 de este trabajo se mencionaron los factores de riesgo para el suicidio, por lo que, después de haber realizado esta investigación, es pertinente ahora mencionar los factores de protección ante la depresión que recomienda Hernández (2000, Alcántara, 2006) con el propósito de reforzar las herramientas ya existentes en el adolescente:

- **Autoestima autónoma.** Valorarse a uno mismo como persona independientemente de cuestiones externas, creer en la importancia de lo que uno mismo es y hace.
- **Ser capaz de ver los aspectos positivos de uno mismo.** Disfrutar de las propias capacidades y de alabarse por ello.
- **Ser capaz de realizar una autocrítica constructiva,** de los aspectos negativos y errores que uno comete. Aceptar los propios límites.
- **Ponerse metas apropiadas y realistas,** sostener valores flexibles que tengan en cuenta las propias necesidades y sentimientos.
- **Disfrutar cosas positivas y desarrollar aficiones.**
- **Asumir la responsabilidad y control de los propios actos de un modo realista,** sin extremismos, ni responsabilizar a los demás de lo que nos ocurre, ni culparse a uno mismo de cometer errores.
- **Tolerar la complejidad y ambigüedad tanto intelectual como emocional.** Contemplar el cambio como característica habitual de la vida y como una oportunidad para el crecimiento personal. Aceptar la ambivalencia de los propios sentimientos.
- **Diferenciar y comunicar las diferentes emociones,** cuando estas causen algún malestar en nuestro interior.
- **Desarrollar habilidades para relacionarse con los demás de una forma positiva;** implicarse afectivamente y establecer límites cuando se necesite.

- **Contar con personas a quienes confiar**, amigos, pareja y familiares, etc.

Finalmente, si bien es cierto que el objetivo de este trabajo se circunscribió a conocer el efecto de la depresión sobre los procesos de la atención en los adolescentes de nivel bachillerato, es innegable que es importante no dejar fuera otros factores que inciden en estos procesos como son los factores sociales, familiares, ambientales, educativos así como el propio desarrollo del individuo.

Por tal motivo es recomendable continuar con estudios que permitan profundizar al considerar otras variables como: sexo, edad, grado escolar, nivel socioeconómico, hábitos de estudio, relación familiar, para obtener resultados mas confiables.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1994) **La Adolescencia Normal. Un Enfoque Psicoanalítico**. Ed. Paidós. México.
- Aguirre, B. (1996) **Psicología de la Adolescencia**. Ed. Alfaomega. México.
- Alcántara, A. (2006) **Relación que existe entre Depresión y Sintomatología Bulímica en una Muestra de Preadolescentes**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Arieti, S. y Bemporand, J. (1993) **Psicoterapia de la Depresión**. Ed. Paidós. México.
- Beck, A. (1976) **Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión**. Ed. Merck Sharp & Doñme International. E.U.
- Beck, A., Rush. A., Shaw, B. y Emery, G. (1983) **Terapia Cognitiva de la Depresión**. Ed. Desclee Brouwe. España.
- Beck, A. y Steer, R. (1987) **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A, Steer R y Brown G. (2006) **BDI-II, Inventario de Depresión de Beck**. Segunda Edición Manual. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Beltrán, J. (1989) **Aprender a Aprender**. Estrategias cognitivas. Ed. Cincel. Madrid.
- Berger, P. y Luck-man, Th. (1989) **La Construcción Social de la Realidad**. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Botella, J. y Ponsoda, V. (1998) **La Atención**. Ed. Promolibro: España.
- Blos, P. (1971) **Psicoanálisis de la Adolescencia**. Ed. Joaquín Mortiz: México.
- Bulbena - Berrios (2000) **Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología**. Ed. Masson, España
- Calderón, G. (1996) **Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento**. Ed.Trillas. México.
- Campillo, C. (1988) Rebeldes sin causa. **Revista de Información Científica y Tecnológica**. CONAyT.

- Caplan, G. y Lebovici, S. (1973) **Psicología Social de la Adolescencia**. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Carlson, N. (2000) **Fisiología de la Conducta**. Ed. CECSA. México.
- Carneiro, L. (1960) **Adolescencia: sus Problemas y su Educación**; Ed. UTEHA. México.
- Castilla, L. (1987) **Conceptos, Depresión en la Práctica Médica**. Ed. Manual Moderno. México.
- CIE-10 (2000) **Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento**. Ed. Médica Panamericana, S. A. España.89.
- Craig, G. (1997) **Desarrollo Psicológico**. Ed. Prentice-Hall: México
- Cremer, P. (1972) **El Adolescente frente a sus estudios**. La adolescencia. Ed. Herder.
- Cohen, R. (1993) **The Neuropsychology of Attention**, Ed. Plenum Press. Nueva York.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. y Caraveo, J. (1997) **Salud Mental en México**. Ed. FCE. México.
- De la Peña, E. y Almeida – Páez. (1999) **Prevalencia de los trastornos depresivos. Su relación con el bajo rendimiento escolar en estudiantes de secundaria**. Artículo de la Revista Salud Mental 22 pág. 4-7.
- Deutsch, J. y Deutsch, D. (1963) **Attention: some theoretical considerations**. Psychological Review, 70(1), 80-90.
- Díaz, G. e Hidalgo, R. (1996) **Manual de Psiquiatría para el Médico de Atención Primaria**. Ed. Duphar y Farmacia & Upjohn. México.
- DSM-IV-TR. (2002) **Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales**. Versión 4. Asociación Psiquiátrica Americana.
- Dukes, R. y Lorch, B. (1989) **the effects of school family, self-concept and deviant behavior on adolescent suicide ideation**. Journal of Adolescence Vol.12 pp. 239-251.
- Erikson, E. (1976) **Infancia y Sociedad**. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Fermoso, P. (1990) **La Socialización y el Fenómeno Educativo**. Ed. Alamex. Barcelona.

- Fernández, E. (1991) **Psicopedagogía de la Adolescencia**. Ed. Barcea. España.
- Flavell, J. (1993) **La Psicología Evolutiva de Jean Peaget**. Ed. Paidos. México.
- Freud, A. (1977) **El Yo y los Mecanismos de Defensa**. Ed. Paidos: Buenos Aires.
- Fuentes, G. (1989) **Conocimiento y Formación del Adolescente**. Ed. CECSA. México.
- Gaddes, W. y Edgell, D. (1994) **Learning Disabilities and Brain Function**, Ed. Springer - Verlag, Nueva York.
- García, S. (1997) **Psicología de la Atención**. Ed. Síntesis. Madrid.
- Gross, R. (1996) **Psicología: La Ciencia de la Mente y la Conducta**. Ed. Manual Moderno. México.
- Guzmán, T. (2004) **Factores que Determinan la Falta de Atención en Clases de Educación Básica**. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras. UNAM.
- Hafen, B. y Frandsen, K. (1986) **Youth suicide: Depresión and Loneliness**. Ed. Condilera Press. Nueva. York.
- Harold, G., Fincham, F., Osborne, L. y Conger, R. (1997) Adolescent Perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. **Development Psychology**. Vol. 33, pág. 333-350.
- Herreros, G. (1997) **Depresión**: página Internet (<http://www.edupsi.com/depresión>)
- Hilgard, E. (1977) **Divided Consciousness**, Ed. John Wiley and Sons. Nueva York.
- Hurlock, E. (1994) **Psicología de la Adolescencia**. Ed. Paidos. México.
- INEGI (2000) **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática**. Dirección de Estadística Demográficas Sociales. Cuaderno 13.
- Instituto Nacional de Tanatología (2006) Seminario “**La Depresión en el Adolescente**” Ponente Dr. Reyes Zuribía Alfonso. Hospital 20 de Noviembre: México.
- Jackson, S. (1986) **Historia de la Melancolía y la Depresión**: Desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna. Ed. Síntesis: España.

- Jiménez-Olivares, E. (1987) **Depresión en la Práctica Médica**. La depresión en la historia. Ed. Síntesis: México.
- Jiménez, T. (2002) **Sintomatología Depresiva en Estudiantes Adolescentes**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Kandel, E. y Schwartz, J. (2000) **Neurociencia y Conducta**. Ed. Prentice Hall: España.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999) **Sinopsis de Psiquiatría**. Ciencias de la Conducta y Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana. México.
- Kienhorst, C., De Wilde, E., Diekstra, R. y Woltersy, W. (1992) **Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents**. Journal Psychology. Acta Psychiatric Scand. Vol.85 pp.22-28.
- Kirby, E. y Grimley, L. (1992) **Trastorno por Déficit de Atención**. Ed. Limusa-Noriega. México.
- Kolb, L. (1977) **Psiquiatría Clínica Moderna**. Ed. La Prensa Médica. México.
- La Frombiose, T. y Howard P. (1995) **Suicidal Behavior in American indian female Adolescents**. Ed. Springer. Nueva York.
- La Jornada (2001) **Crecen Problemas de Salud Mental en México**. Investigado por Núñez. (<http://www:jornada.unam.mx/2001/may.01>).
- Lanczik, M. y Beckmann, H. (1991) **Aspectos históricos de los trastornos afectivos. Diagnóstico de la Depresión**. Psychological Review. 2 pp. 13-29
- Ledesma, M. (1992) **Rendimiento Escolar y Depresión en Adolescentes**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- Lefrancois, G. (1981) **Psicología de la Adolescencia**. Ed. Belmont. California.
- Lehalle, H. (1990) **Psicología de los Adolescentes**. Ed. Grijalbo. México.
- Lista-Varela, A. (1996) La Depresión en el Escenario del Médico General e Internista (<http://www.chasque.apc.org>).
- López-Ibor, A. (1972) **Los Equivalentes Depresivos**. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
- Luria, A. (1984) **Atención y Memoria**, Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- Macías-Valadez, T. (2000) **Ser Adolescente**. Ed. Trillas. México.

- Martínez, S. (2003) **Depresión y Bajo Rendimiento Escolar**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología: UNAM.
- Martínez, S. (1995) **Psicofisiología**. Ed. Síntesis. Madrid.
- Matlin, M. y Foley H. (1996) **Sensación y Percepción**. Ed. Prentice-Hall, México.
- Mckinney, J., Fitzgerald H. y Strommen E. (1982) **Psicología del Desarrollo**. Edad Adolescente. Ed. Manual Moderno. México.
- Méndez, S. (1995) **Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población Mexicana**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM. (Microfilmación).
- Mussen, R. (1971) **Teorías de la Adolescencia**. Ed. Paidós. México.
- Navarro, A. (1990) **Psicoterapia Antidepresiva** "Humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir" Ed. Trillas. México.
- Norman, D. (1976) **Memory and atención**. Ed. Wiley, Nueva York.
- Norvartis, N. (1999) **Es Silenciosa, es Invisible** (folleto) México.
- Oliva, J. (2006) **Efecto del Medio Físico sobre el Rendimiento Escolar. Tesis de Maestría**. Facultad de Psicología. UNAM
- OMS, (2005) **Organización Mundial de la Salud**, (<http://www.who.int/adout/es/>)
- Osman, B. (1996) **Problemas de Aprendizaje**. Ed. Trillas. México.
- Papalia, D. (2005) **Desarrollo Humano**. Ed. McGraw-Hill. México.
- Pick, W. (2000) **Cómo Investigar en Ciencias Sociales**. Ed. Trillas: México.
- Polaino-Lorente, A. (1985) **La Depresión**. Ed. Martínez Roca: España.
- Portillo y Villa (2001) **Correlación entre Rendimiento Escolar y Depresión en niños de 8 a 12 años de edad**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Posner, M. y Nissen, M. (1978) **Attended and unattended processing mode**. The Role of separate spatial location Ed. Hillsdale. New York.
- Powell, M. (1975) **La Psicología de la Adolescencia**. Ed. FCE. España.
- Rappaport, A (1984) **Personalidad desde los 13 a los 25: El Adolescente y el joven**. Ed. Paidós. Buenos Aires.

- Reyes, A. (1992) **Depresión y Angustia: Curso fundamental de Tanatología.** Tomo II. México. AMTAC.
- Rodríguez S. (1999) **Validez concurrente de los Inventarios de Depresión de Beck y Zung.** Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM
- Rojtenberg, S. (2001) **Depresiones y Antidepresivos: De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra.** Ed. Panamericana. México.
- Rosellò, J. y Munar E. (1994) **El Mecanismo Atencional: Estudio de las Diferencias Individuales”** Revista de Psicología General y Aplicada, 47(4), pp.383-390.
- Ruiz-Vargas, J. (1993) **Atención y Control. Modelos y Problemas para una Integración Teórica.** Revista de Psicología General y Aplicada. UNAM.
- Sabanés, F. (1990) **Dígame Doctor, la Depresión.** Ed. Acmecca. España.
- SAPTEL (2006) **Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono: Cruz Roja Mexicana.** México.
- Schildkraut, J. (1970) **¿Una Etiología Bioquímica? La Depresión.** Ed. Medcom: Nueva York
- Spranger, E. (1967) **Psicología de la Edad Juvenil.** Ed. Nacional. México.
- Springer, V. (1985) **Atención y Activación.** Ed. Herder: España.
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1996) **Comportamiento Anormal.** Ed. McGraw-Hill. México.
- Téllez, L. (2002) **Atención, Aprendizaje y Memoria. Aspectos Psicobiológicos.** Ed. Trillas. México.
- Toulouse, E. y Piéron, H. (1986) **Manual Prueba Perceptiva y de Atención,** 3ª.Edición. Ed. TEA, S. A: Madrid.
- Vila, C. (1996) **Una Introducción a la Psicofisiología Clínica.** Ed. Pirámide: Madrid.
- Vygotski, L. (1995) **El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores.** Ed. Crítica Grijalbo. Barcelona.
- Whittaker, J. (1977) **Psicología.** Ed. Nueva Interamericana. México.

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Grado _____ Grupo _____

Por favor lea cada oración cuidadosamente. Después escoja una de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se "SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY". Marque la letra que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso marque cada una. Debe asegurarse de leer todas las oraciones en cada grupo.

- 1.-
 - a. No me siento triste
 - b. Me siento triste
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- 2.-
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro
 - c. Siento que no tengo nada que esperar
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- 3.-
 - a. No creo que sea un fracaso
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona
- 4.-
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada
 - d. Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
- 5.-
 - a. No me siento especialmente culpable
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo
 - c. Me siento culpable casi siempre
 - d. Me siento culpable siempre
- 6.-
 - a. No creo que este siendo castigado(a)
 - b. Creo que puedo ser castigado(a)
 - c. Espero ser castigado(a)
 - d. Creo que estoy siendo castigado(a)
- 7.-
 - a. No me siento decepcionado(a) de mi mismo
 - b. Me he decepcionado a mi mismo
 - c. Estoy disgustado (a) conmigo mismo
 - d. Me odio
- 8.-
 - a. No creo ser peor que los demás
 - b. Me crítico por mis debilidades o errores
 - c. Me culpo siempre por mis errores
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.-
 - a. No pienso en matarme
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría
 - c. Me gustaría matarme
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.-
 - a. No lloro más de lo de costumbre
 - b. Ahora lloro más de lo que solía hacer
 - c. Ahora lloro todo el tiempo
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

- 11.- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre
b. Las cosas me irritan más que de costumbre
c. Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo
d. Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
- 12.- a. No he perdido el interés por otras cosas
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
c. He perdido casi todo el interés por otras personas
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.- a. Tomo decisiones casi siempre
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo (a).
d. Creo que me veo feo(a).
- 15.- a. Puedo trabajar tan bien como antes
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
d. No puedo trabajar en absoluto
- 16.- a. Puedo dormir tan bien como antes
b. No puedo dormir tan bien como solía
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.- a. No me canso más que de costumbre
b. Me canso más fácilmente que de costumbre
c. Me canso sin hacer nada
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito está mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
- 19.- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio
c. He rebajado más de cinco kilos
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ANEXO 2

PRUEBA PERCEPTIVA Y DE ATENCIÓN DE TOULOUSE-PIERÓN (TP)

➤ **Plantilla de calificación**

TOULOUSE PIÉRON

PD	
PC	
PT	
GN	

Apellidos y nombre: Edad: Sexo:

INSTRUCCIONES

Tache lo más rápidamente posible todos los signos que sean iguales a los indicados a continuación .



1 - o ó q b d r a o o ó q p o a ó a s b b p d p o d b q a o o b ó q a o a p d q o p
 2 r a o o p b r a b o q o d o b p ó a q p q ó p b o a o d o b o a q ó d q p d o ó q
 3 p o o ó q a p b o o o b p o b q o o a q o o q a r b p ó b o p d b d p a d o ó
 4 q o p b o a q ó o p d q a o a b o o a o p d o q a o p ó q b d o d p o o
 5 o ó q o d a o ó b q p o ó o a o p d a s b q o b o ó a q q b o a p d q o p

NO VUELVA LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE

40040





1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

[A dense grid of small, illegible characters follows, likely representing a complex code or cipher.]

n	N.º filas intentadas.
R	Total marcas.
p	Posibilidades última fila.
O	Posibilidades dejadas en blanco.

P	Total posibilidades. [10 (n-1) + p]
A	(P - O)
E	(R - A)
P. D.	A - (E + O)

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN

N.º 20

40040

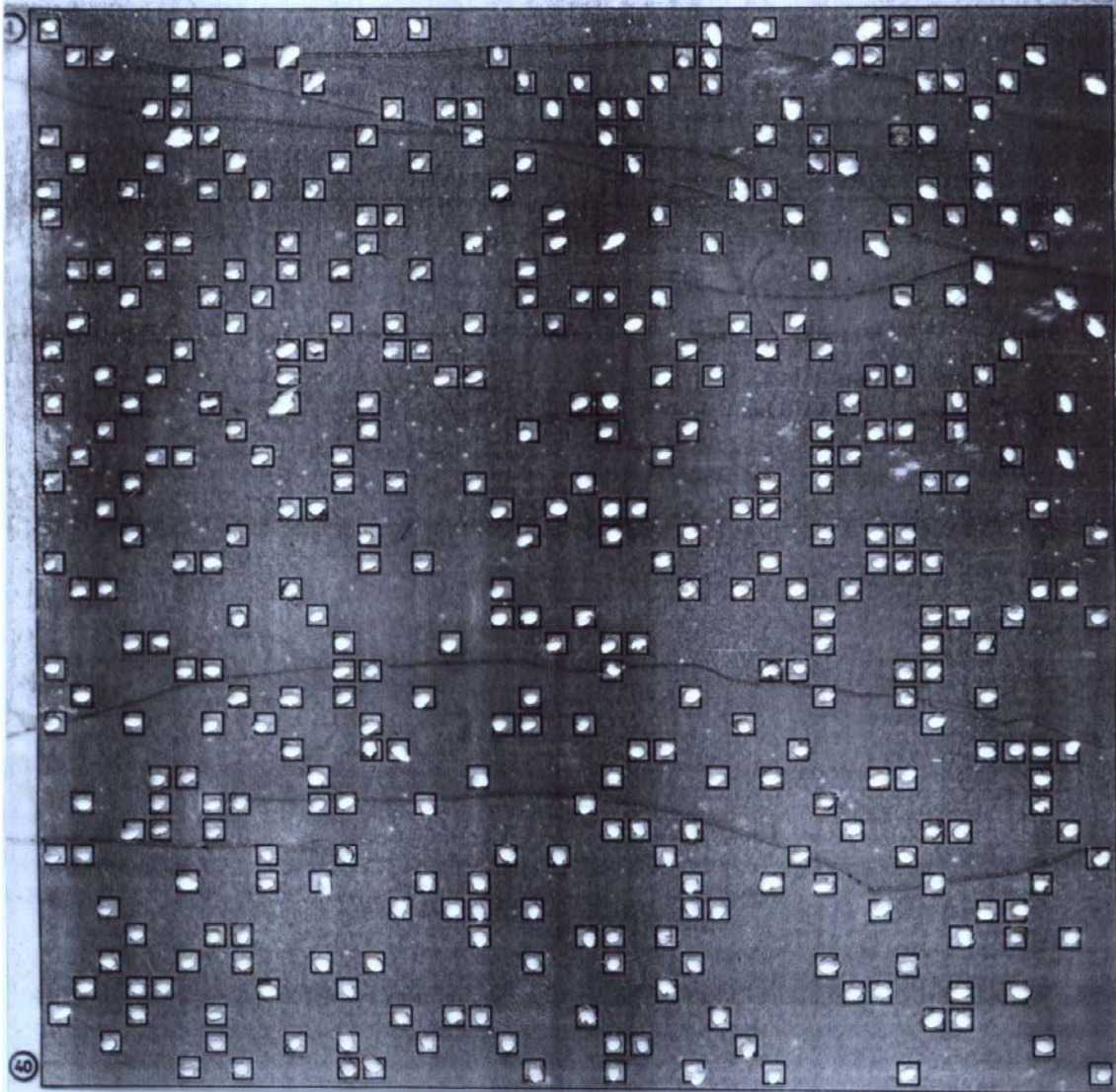


TOULOUSE - PIERON

PLANTILLA

$P = A - (E + O)$

(Para una correcta valoración de la prueba utilizando esta única plantilla, conviene consultar las nuevas instrucciones de corrección)



CONFIDENCIAL: Esta plantilla contiene la clave de la prueba. Guárdela de forma que no sea vista por otras personas.

Edita: TEA Ediciones, S. A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24. - Madrid-16.

Imprima: Gráf. Aguirre Campano. - Deganzo, 15 dpdo. - Madrid-2.
Depósito Legal: M. 37 820-1982.