



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE SUCESOS DE VIDA Y DEPRESIÓN, OBSERVADOS
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LIC. EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ RAMÍREZ

JURADO DEL EXAMEN

TUTOR: MTRO. JUAN JIMÉNEZ FLORES

LIC. HERIBERTO ABAROA ALMANZA

LIC. JOSÉ LUIS ESCORCIA JIMÉNEZ

MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGIARTE

MTRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que durante este tiempo han estado conmigo apoyándome y dándome ánimos para llegar a este día en que al fin veo terminada una parte de mi vida, la de estudiante, y comienza otra, que es la de profesionalista, y deseo que siga contando como hasta hoy con su cariño y compañía.

A mis padres gracias por todo lo que me dan, su cariño y consejos, a mis maestros por guiarme y tener la paciencia par aclarar mis dudas, a todos por estar conmigo en los momentos buenos y difíciles, gracias.

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I SUCESOS DE VIDA	
1.1 Antecedentes	5
1.2 Sucesos de Vida y Adolescencia	12
1.3 Sucesos Estresantes y el Desarrollo de Psicopatologías en Adolescentes.....	15
CAPÍTULO II DEPRESIÓN	
2.1 Antecedentes de la depresión	20
2.2 ¿Qué es la depresión?	20
2.3 Características generales de la depresión	25
2.4 Causas de la depresión.....	28
2.5 Tratamiento de la depresión	31
CAPÍTULO III ADOLESCENCIA	
3.1 Historia y definiciones	32
3.2 Características físicas del adolescente.....	36
3.3 Características psicosociales de la adolescencia.	38
3.4 Sexualidad del adolescente	41
3.5 Etapas de la adolescencia	45

CAPÍTULO IV**MÉTODO**

4.1 Planteamiento del problema.....	56
4.2 Objetivos	56
4.3 Hipótesis.....	56
4.4 Variables	57
4.5 Instrumentos.....	58
4.6 Muestreo	59
4.7 Población.....	59
4.8 Tipo y diseño de estudio.....	59
4.9 Procedimiento	59
4.10 Análisis estadístico.....	60

CAPÍTULO V**RESULTADOS**

5.1 Análisis descriptivo

5.1.1 Sucesos de Vida	61
5.1.2 Depresión	61

5.2 Diferencias entre Género y las variables

Sucesos de Vida y Depresión

5.2.1 Diferencia entre Género y Sucesos de Vida.....	63
5.2.2 Diferencia entre Género y Depresión	63

5.3 Relación entre las variables Sucesos de Vida y Depresión..... 64

CAPÍTULO VI**CONCLUSIONES**

6.1 Descriptiva.....	65
6.2 Diferencia entre Género	
6.2.1 Género y Sucesos de Vida.....	65
6.2.2 Género y Depresión	65
6.3 Relación entre Sucesos de Vida y Depresión	66
6.4. Conclusiones.....	67
6.5 Limitaciones	67
REFERENCIAS.....	69

ANEXOS

RELACIÓN ENTRE SUCESOS DE VIDA Y DEPRESIÓN OBSERVADOS EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Resumen

El propósito de este trabajo fue describir la relación entre las variables Sucesos de vida y Depresión que presentan los adolescentes que estudian en escuelas secundarias. Con este propósito se evaluó una muestra representativa de 127 adolescentes (63 mujeres y 64 hombres), que asisten a escuelas secundarias públicas en el tercer grado, cuya edad oscilo entre los 13 y los 15 años de edad. Para este fin, se utilizó la Escala de Sucesos de Vida y la Escala de Depresión de Casullo (1994). El tipo de estudio fue no experimental y la muestra no aleatoria por disponibilidad, con un diseño transversal de tipo exploratorio correlacional. Con respecto al género se encontraron diferencias significativas entre la variable Depresión, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre la variable Sucesos de vida. Se encontró una relación directa entre las variables Sucesos de Vida negativos y Depresión.

Palabras claves: Adolescentes, Depresión, Sucesos de vida.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos de la psicología ha sido ocuparse del estudio del hombre desde su origen hasta el final de su vida. Para ello se identifican cada una de sus características y comportamientos de un modo particular, como es el caso de la adolescencia. Al estudiar este periodo del desarrollo algunos autores enfatizan el aspecto biológico, otros el psicológico y social o bien la combinación de todos, ya que la adolescencia se manifiesta en diversas áreas.

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.

El exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión.

Las mujeres adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los hombres en la misma etapa. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil tanto físico como sexual, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.

Por lo anterior el propósito de este estudio es ver si existe una relación entre sucesos de vida y depresión observados en adolescentes estudiantes de secundaria.

Para esto el siguiente trabajo se dividirá en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo, se menciona la importancia de los sucesos de vida y su relación con el adolescente y la depresión.

El capítulo dos hablará sobre la depresión y sus diferentes tipos. El siguiente capítulo tratará sobre el concepto de adolescencia, así como sus características más sobresalientes.

Los capítulos restantes tratarán sobre la metodología empleada, los resultados obtenidos y las conclusiones a las que se llegaron después del análisis realizado.

CAPÍTULO I

SUCESOS DE VIDA

1.1 Antecedentes

Los seres humanos presentan durante toda su vida un sin número de situaciones estresantes a las que debe dar respuesta y dependiendo de su intensidad, duración, secuencia e importancia le afectarán de diferente manera por lo que cada organismo responderá con distintos estados de ánimo: Tristeza, enojo, ansiedad, angustia, tensión cotidiana e incluso con síntomas físicos específicos o inespecíficos (dolor de cabeza, malestar estomacal, vómito) que en ocasiones indican uno o varios trastornos psicológicos (Gallegos, 1998).

Numerosos estudios han demostrado que los acontecimientos vitales estresantes se vinculan con cambios adversos en la salud, como los relacionados con distintas psicopatologías en personalidades previamente normales, donde la patología se manifiesta en el momento de ocurrencia de dicha experiencia estresante o poco tiempo después. Así mismo también se han estudiado los efectos de eventos cotidianos, habituales, más o menos estresantes a los que se enfrentan las personas y que experimentan con cierta frecuencia, como los problemas laborales, rupturas en relaciones sociales y pérdidas de personas queridas.

La investigación clínica ha permitido conocer que en el hombre predomina la activación debida a los estímulos potencialmente aversivos de origen psicosocial y el modelo cognoscitivo de estrés postula que las respuestas de los sujetos pueden

ser distintas dependiendo de la evaluación que se haga de tales estímulos. Dado que en esta área hay constancia de los efectos negativos de las adversidades y amenazas naturales de la vida, el estudio empírico de los acontecimientos vitales estresantes (Stressful Life Events) se ha desarrollado a partir de trabajos que persiguen calcular factores de riesgo y establecer correlaciones entre acontecimientos estresantes y aparición de síntomas (Valdés & De Flores, 1990).

Algunas personas no experimentan eventos estresantes traumáticos pero sí pasan por muchos cambios importantes y tropiezan con dificultades persistentes en el transcurso de su vida. Estos eventos y dificultades pueden plantear considerables retos e incluso peligros para el individuo. Los cambios importantes que alteran o amenazan las actividades normales de individuos o familias se llaman eventos vitales (Holmes & Rahe, 1967. Citado en Maupome & Sotelo, 2000) e incluyen las etapas de la vida que se consideran normales como el matrimonio, el nacimiento de un hijo y también cambios vitales menos usuales como un divorcio, una enfermedad, etc. Los eventos vitales, tanto positivos como negativos, requieren de un ajuste importante del comportamiento, y éstos pueden ser fuente de estrés.

Casullo (1998) menciona que es importante diferenciar entre los sucesos vitales “necesarios” que son aquellos que forman parte de todo el desarrollo psicológico sano, de aquellos que ocurren en circunstancias evolutivas inadecuadas, ya que la persona puede no tener la suficiente madurez o capacidad (neurológica, afectiva, social, económica) como para poder afrontarlos con eficacia y considerar que algunas experiencias fortalecen el yo en tanto que otras lo debilitan.

De acuerdo con Lazarus y Cohen (1977. Citado en Lazarus & Folkman, 1991), hay tres tipos de acontecimientos inductores del estrés o estresores:

- 1) Cambios mayores (que se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas).
- 2) Cambios mayores que afectan a una o pocas personas y
- 3) Los ajetreos diarios.

Los primeros se refieren a ciertos fenómenos que son considerados como estresantes de forma universal y situados fuera de cualquier tipo de control como es el caso de los desastres naturales, la guerra, epidemias, etc. Estos hechos pueden ser prolongados o pueden ocurrir de forma sumamente rápida, el más breve desastre puede producir un efecto físico y psicológico que puede extenderse en el tiempo de forma prolongada. La presencia de una experiencia de este tipo podría aumentar el impacto estresante de otras experiencias.

Los cambios mayores se refieren acontecimientos estresantes que se hallan fuera del control del individuo (muerte de un ser querido, amenaza de la propia vida, una enfermedad incapacitante) y a su vez, a los acontecimientos que están fuertemente influidos por éste (divorcio, nacimiento de un hijo, un examen importante).

Los ajetreos diarios o “daily hassles” son aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado (sentirse solo, reñir con la pareja). Aunque las molestias que sufrimos a diario sean mucho menos dramáticas que los

cambios mayores, pueden ser incluso más importantes que éstos en el proceso de adaptación y de conservación de la salud.

Para Lazarus (1990. Citado en González, 1996), los eventos mayores de vida son relativamente raros, inconscientes e inadecuadamente representados en escalas de medición para colectividades tan diversas como niños, adolescentes, adultos, ancianos, así como por las características sociodemográficas y ocupacionales. Las escalas sobre eventos de la vida se centran sólo en los cambios de las condiciones de vida, y mucho del estrés está conectado con condiciones crónicas o recurrentes.

Se ha tendido a ignorar la contribución que tiene la persona (inadecuaciones personales o interpersonales o a una decisión deliberada) en el surgimiento de un evento de vida. Los eventos de la vida pueden tener diferentes significados para las personas con repertorios cognoscitivos y motivacionales divergentes, así como por sus recursos de afrontamiento.

Este mismo autor señala que deben considerarse tres puntos importantes para obtener indicadores del proceso de estrés: el contenido de los encuentros estresantes cotidianos evaluados por el individuo, la intensidad subjetiva de cada reacción estresante y las fluctuaciones en el contenido e intensidad de las reacciones estresantes a través del tiempo.

Sadín (1993. Citado en Casullo, 1998), agrupa los sucesos de vida en cuatro categorías de acuerdo a su producción natural:

- 1) Sucesos vitales altamente traumáticos refiriéndose a situaciones de desastres naturales y a experiencias bélicas.
- 2) Sucesos vitales mayores que son acontecimientos relativamente usuales que suponen cambios normativos en las vidas de las personas como el nacimiento de un hijo.
- 3) Sucesos vitales menores o daily hassles que son pequeños problemas o contrariedades cotidianas.
- 4) Estresores ambientales que son de mayor duración y requieren menor grado de ajuste fisiológico y psicológico inmediato como el ruido y tránsito de una ciudad y el hacinamiento.

Barrón (1997) define los acontecimientos vitales estresantes como aquellos eventos que requieren un ajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables. Además de lo indeseable, hay otras dimensiones de los eventos que también parecen contribuir a la predicción de trastornos, entre las que cabe destacar, por un lado, el control del evento en el sentido de que los eventos incontrolables son los que se relacionan con una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos.

Esta misma autora agrupa los acontecimientos vitales en categorías bipolares según distintos criterios y algunas de ellas son: sucesos deseables contra indeseables; controlables contra incontrolables; sucesos de pérdida contra de peligro; dependientes contra independientes del estado de salud del sujeto.

Para Casullo (1998), un suceso o acontecimiento vital es todo hecho o circunstancia en la vida de una persona capaz de alterar o modificar sus condiciones de salud psicofísica. Este hecho externo está contextualizado en un determinado sistema social, que provee sus normas y valores que se reflejan en el sistema interno de acuerdo a la importancia que les da cada individuo. Es en sí una experiencia social que posee significación psicológica, ocurre en un momento o etapa determinado, es percibido con cierta intensidad por el sujeto y tiene una duración limitada en el tiempo. Estos sucesos presentan las siguientes características: 1) puede ser juzgado o evaluado por la persona en relación al deseo o no de que se de, 2) el sujeto lo percibe como controlable o fuera de su control personal, 3) algún acontecimiento puede generar consecuencias indeseables aunque el hecho en sí se acepte como necesario, 4) suele generar sentimientos de pérdida y/o separación, sean reales o simbólicas, 5) implica la necesidad de cambios en el campo de las relaciones interpersonales y, por consiguiente, supone una reorganización de las interacciones sociales, 6) propone pensar o no en una acción posible, dependiendo del tipo de suceso, 7) puede suponer una amenaza para la integridad física del yo, 8) el suceso puede ser percibido como sorpresivo e inesperado dependiendo de la información con la que cuenta la persona.

El control de impulsos puede ayudar a una persona a evitar los estresores, mientras que un estilo de vida impulsivo en ocasiones puede precipitar los eventos estresantes. Además cuando los individuos se enfrentan a una serie de acontecimientos, incluso menores, puede empezar a cuestionarse su aptitud

general o su suerte; por lo que la importancia de un nuevo acontecimiento puede verse aumentada dependiendo de dicho cuestionamiento.

Es difícil distinguir claramente entre los efectos de los acontecimientos vitales y la tensión crónica, puesto que los primeros pueden ser antecedentes de la segunda. En ambos casos, el potencial estresante estará determinado por las experiencias previas (incluidas las experiencias tempranas consideradas factores de riesgo psicosomático), aprendizaje, entrenamiento y habilidades adquiridas que pueden amortiguar los efectos del agente estresante (Valdés & Flores, 1990).

Algunas crisis vitales pertenecen al calendario de la especie o bien al calendario propio de una sociedad y otras son crisis ideo-biográficas, propias del individuo, las cuales suelen presentarse sin que éste se halla preparado por lo que le es más difícil y costoso resolverlas. No obstante, la resolución positiva de unas y otras crisis abre una nueva etapa de desarrollo personal y autorrealización como destaca el modelo de desarrollo de Erikson; sin embargo, el fracaso al afrontarlas puede hundir a la persona en la miseria, la depresión y la infelicidad (Hombrados, 1997).

Kanner, Schaefer y Lazarus (1980) realizaron un estudio con adultos entre 45 y 64 años de edad, para evaluar sucesos de vida, estresores cotidianos (trabajo, salud, amigos y ambiente, entre otros), así como satisfactores cotidianos (en las mismas áreas), y su impacto sobre la sintomatología psicológica, emociones positivas y emociones negativas. Encontraron que la escala de estresores cotidianos fue el primer predictor de ocurrencia y persistencia de los síntomas psicológicos.

Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1994) trabajaron principalmente con adolescentes, en el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC), que es un cuestionario que evalúa básicamente datos biográficos y es uno de los instrumentos que miden este tipo de datos en México, además del Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida, (Lucio, 1996. Citado en Gallegos, 1998).

1.2 Sucesos de Vida y Adolescencia

Los acontecimientos vitales y las contrariedades diarias se encuentran relacionados ya que los primeros pueden trastornar las relaciones sociales, los hábitos y modelos de la vida diaria en los adolescentes, causando por consiguiente contrariedades y desconcierto en los jóvenes.

Estudios sobre eventos de vida en adolescentes consideran que todos los eventos son estresores en alguna magnitud y consideran el número de eventos de vida ocurridos en un periodo de tiempo particular para obtener indicadores globales de estrés. Otra filosofía es la que considera que el estrés varía según la percepción de los adolescentes en los eventos de vida. Otros investigadores enfatizan la importancia de considerar la frecuencia e intensidad al evaluar la percepción de un adolescente en un evento de vida, se ha encontrado una relación entre el autorreporte de eventos de vida (la ocurrencia y nivel de estrés) y la adaptación de adolescentes en las áreas de problemas psicológicos, conductuales y del bienestar físico (Estrada, 1997).

Los investigadores actuales creen que examinando la frecuencia de ocurrencia así como el nivel percibido de estrés en relación con los eventos de vida puede proporcionar información útil para adiestrar consejeros familiares e investigadores.

Un evento de vida es cualquier situación que ocurre a un individuo o familia que tiene el potencial de producir estrés, hay diferentes niveles de estrés que se dan en relación al suceso (muerte o accidente de un amigo, uso de drogas y alcohol, problemas sexuales).

Para autores como Lucio, Ampudia, y Durán, existen causas de tensiones normales que son esperadas en el adolescente debidas a los cambios físicos, cambios de escuela, presiones académicas, expectativas sociales, cambio en las relaciones familiares, maduración sexual, cambios intelectuales y cognoscitivos, definición de género, así también se dan causas de tensión inesperadas que se relacionan con aspectos sociales y estresantes como enfermedades o accidentes, deformaciones físicas, retardo exagerado del desarrollo, cambios de residencia, divorcio o muerte de los padres, muerte de un amigo cercano, maltrato físico o abuso sexual, disfunciones sexuales, presencia de patología en los padres (1996).

Un estudio realizado por Campas y Slavin (1998. Citado en Casullo, 1998) muestra la relación entre la percepción de hechos vitales negativos y síntomas depresivos en una muestra de adolescentes, y encontraron asociaciones estadísticamente significativas en donde a mayor presencia de hechos, mayor cantidad de sintomatología depresiva. Sin embargo, hay que considerar que la exposición a situaciones estresantes por sí sola no es, en general, explicación suficiente del inicio de la enfermedad; también intervienen otros factores como las

características de la situación, los atributos psicológicos del individuo (autoconcepto, autoestima) y las características de los sistemas de sostén o contención social con los que cuenta el individuo.

Otro estudio sobre los sucesos de vida y su relación con el malestar y el estado de salud en adolescentes, fue el realizado por Chan y Lee (1992) a una población de 102 estudiantes chinos, de Hong Kong entre 17 y 27 años, quienes completaron diversos cuestionarios para valorar estos sucesos con molestias físicas y aspectos del funcionamiento psicosocial. Los resultados indicaron que es posible que la incidencia de sucesos relacionados con molestias físicas acumuladas pueda ser una de las causas más significativas de este tipo de problemas. Cuando el adolescente constantemente reporta una gran cantidad de malestares, se considera como parte importante de la evaluación de los síntomas físicos y psicológicos relacionados con los sucesos de vida.

Sandler (1992) estudiaron las relaciones entre sucesos de vida y la sintomatología psicológica, proponiendo la hipótesis de que los sucesos conflictivos de vida como la separación, pueden tener un efecto específico en síntomas de desorden conductual en los niños y adolescentes que los enfrentan.

Esta hipótesis se basa en un estudio efectuado a 359 niños de entre 8 y 16 años, quienes tuvieron experiencias como la muerte de un familiar, divorcio de los padres o asma y fueron comparados con 74 niños que no tuvieron una experiencia de este tipo. En este sentido, podemos observar los efectos de los sucesos de vida estresantes.

1.3 Sucesos Estresantes y el Desarrollo de Psicopatologías en Adolescentes

De acuerdo con Contreras (2005), existen múltiples variables para explicar la conducta humana: factores psicosociales, enfermedades, estrés, anomalías a lo largo del desarrollo del carácter adquirido. Determinados acontecimientos vitales conllevan a una serie de vivencias cotidianas estresantes, que potencialmente tienen capacidad de colocar al individuo en riesgo de padecer algún desorden psicológico.

El estrés y el cambio es lo único constante en la vida, desde que nacemos hasta que morimos. Para un niño, el divorcio de sus padres, el tipo de vecinos o la calidad del colegio al que acude, generan reacciones diversas y lo exponen en distintos momentos del desarrollo a los efectos del estrés, que pueden dar lugar a sufrimiento, conductas inadecuadas y/o aparición de enfermedades mentales.

Todos los adolescentes tienen preocupaciones que afectan de forma significativa sus vidas. Hay evidencia clara de que la manera en que se presentan estos cambios y la manera como son percibidos por los jóvenes, tiene repercusiones en el estrés que experimentan. Es conveniente aclarar que en esta etapa de la vida, los problemas psicológicos y de salud mental pueden agravarse o hacerse evidentes, sin perder de vista que el origen de los mismos muy probablemente se encuentra en los años de la niñez.

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (2000) mencionan que es de vital importancia rescatar el enfoque preventivo de las afecciones mentales infantiles y de la adolescencia, ya que principalmente las "Alteraciones subclínicas" o los "Cuadros clínicos incompletos", los que hacen sufrir tanto a los jóvenes que las

padecen como a sus padres y hermanos, si bien en los periodos iniciales es posible que no exista búsqueda de ayuda psicológica, consideran que es muy posible que en el futuro, cuando esos niños sean adultos, se conviertan en consumidores excesivos de recursos de salud mental (o bien en adultos trastornados que no buscan ayuda). Este autor afirma que una atención precoz de esta sicopatología subclínica podría evitar el sufrimiento personal y mejorar el rendimiento socio-familiar.

Se ha encontrado también que los sucesos de vida estresantes se relacionan con el desarrollo físico y enfermedad mental (Ampudia, 1998), en otras investigaciones, de acuerdo con Compas, Hinden y Gerhardt (1995) los jóvenes que durante la adolescencia presentaron características de un funcionamiento adaptativo estable, atravesaron dicho período en ambientes de bajo riesgo; mientras que los adolescentes que por el contrario, mostraron durante este período un mal funcionamiento adaptativo estable, eran individuos que entraron a la edad adulta con una historia de problemas y desórdenes, y que estuvieron expuestos a estrés crónico, percibían su entorno lleno de adversidad y carecían de recursos personales y habilidades sociales.

Villardón (1993), Refiere que cuando el nivel de estrés al que están sometidos los individuos es muy alto y no encuentra factores que amortigüen sus efectos en la salud, las condiciones pueden llegar a un grado en el cual, el riesgo de cometer suicidio es muy alto. Las condiciones en las cuales se encuentran estas personas incluyen características que se han englobado bajo el nombre de estado mental suicida. Las variables que se han asociado a este estado son: la depresión,

aspecto que más se ha relacionado con altos niveles de estrés y conducta suicida; la desesperanza, la cual consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo; la baja autoestima, que incluye una visión negativa de sí mismo, con pocas capacidades para afrontar diversas situaciones y salir adelante; la soledad o falta de apoyo percibido; y la falta de razones para vivir. Todo ello, en grados extremos y bajo tensiones de estrés, ocasiona que la salida suicida sea evaluada como positiva y en algunos casos única escapatoria para resolver los problemas.

A continuación se presentan algunos eventos de estrés psicosocial que con mayor frecuencia se han relacionado con la ideación e intento suicida:

- ❧ Pérdida de alguno de los padres, ya sea por divorcio, muerte o separación de los cónyuges (Villardón, 1993). Esto puede generar consecuencias negativas en la estabilidad del ambiente familiar, en especial si no tienen suficiente soporte social.
- ❧ Las relaciones familiares también constituyen una fuente importante de estrés. Se ha encontrado que las disputas familiares, las relaciones padres-hijos perturbadas, el abuso sexual y físico y las actitudes parentales hostiles promueven conductas autodestructivas en los hijos.
- ❧ La conducta suicida en la familia también se ha señalado como suceso importante relacionado con la presencia de ideación o conducta suicida.
- ❧ El padecimiento de una enfermedad importante grave o crónica también se ha relacionado con conducta suicida en la adolescencia. Una de las enfermedades, ya sea del joven o de algún familiar y que más se ha

relacionado con el suicidio es el alcoholismo, pues provoca graves consecuencias para los hijos (Brent, Perder, Goldstein, Koldo, Allan, Allman.& Zelenak,1988).

☒ El embarazo no deseado y las desilusiones amorosas son también factores considerados como precipitantes de comportamiento suicida.

☒ Las dificultades económicas de la familia se asocian al estrés, tales como inestabilidad, inseguridad, etc. El desempleo se ha asociado con el perfil suicida.

En estudios llevados a cabo con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), encontraron que el principal factor de riesgo en la conducta suicida en los hombres, es el ambiente familiar disfuncional: discusiones y prohibiciones, así como el estrés percibido ante conflictos con familiares y amigos, respuestas de enfrentamiento agresivas y baja autoestima; disfuncional, el sentirse en desventaja con los amigos, la impulsividad, la mala comunicación con la madre, la percepción del desinterés por parte del padre hacia él.

Investigaciones llevadas a cabo con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1997) analizaron el nivel de estrés psicosocial percibido por estudiantes en tres áreas de su vida potencialmente significativa en el adolescente (secundaria y bachillerato): la familia, los amigos y la escuela. Encontraron que el nivel de estrés percibido fue significativamente mayor en las mujeres. Así mismo, en ambos sexos el área con más alto nivel de estrés fue la traición del mejor amigo, seguida de las prohibiciones parentales y de los problemas con las autoridades escolares.

En otras investigaciones con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), exploraron la adecuación de los modelos del estrés como un proceso dinámico, así como la respuesta de enfrentamiento y malestar emocional, a fin de identificar diferencias por nivel socioeconómico bajo y medio, en una población representativa de adolescentes del sur de la Ciudad de México (13 a 18 años), para ello, evaluaron las áreas: familiar, social y de la sexualidad, y encontraron que el estrés psicosocial evaluado, correlaciona significativamente con respuestas de afrontamiento agresivas así como con evitación. De ahí concluyen que el estudio del estrés psicosocial en adolescentes, es una línea adecuada de investigación que se relaciona con la ideación suicida y sintomatología depresiva.

Por lo que el siguiente capítulo se hablará de la depresión como uno de los constructos importantes para este estudio.

CAPÍTULO II

DEPRESIÓN

CAPÍTULO II

DEPRESIÓN

2.1 Antecedentes

Melancolía, término derivado de los vocablos griegos *melan*, que significa negro, y *coler* que quiere decir bilis, y *manía*, que proviene de la palabra griega *mainesthai*, es decir, estar loco, fueron dos de los tres tipos de trastorno mental reconocidos por Hipócrates en el cuarto siglo antes de Cristo. En el Siglo II de esta era, el médico Arato de Capadocia sugirió cierta relación entre la melancolía y el estado emocional aparentemente opuesto de manía. A fines del siglo XIX, el celebre psiquiatra alemán Emil Kraepelin mencionó dos tipos principales de psicosis. Una de ellas, la esquizofrenia, la otra que es una enfermedad maniaco-depresiva, es uno de los principales trastornos del estado de ánimo, que son padecimientos donde existen perturbaciones emocionales incapacitantes (Blos, 1971).

2.2 ¿Que es la Depresión?

El término depresión se ha usado para referirse a un síntoma, un síndrome o una enfermedad, los signos y los síntomas pueden presentarse en forma única, pero es más común que lo hagan en forma episódica y recurrente (De la Fuente, 1997).

Depresión de acuerdo al DSM-IV

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se

divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, depresión unipolar, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos tales como el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado, se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares como son el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, implican la presencia o antecedente de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente

acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores (http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_concepto.htm).

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio

maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual

(o el más reciente) (grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto).

La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada como sigue (http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_concepto.htm):

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaníaco

Trastornos depresivos

F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx]

F34.1 Trastorno distímico [300.4]

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

Trastornos bipolares

F3x.x Trastorno bipolar I [296.xx]

F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]

F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]

Otros trastornos del estado de ánimo

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...(indicar enfermedad médica) [293.83]

F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [29x.xx]

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90] (pág. 384)

Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor)

2.3 Características Generales de la Depresión

De acuerdo con Davison (2003) la depresión es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades usuales. Así como la mayoría de la gente experimenta al menos unos momentos de ansiedad cada semana de su vida, cada persona probablemente experimenta gran número de momentos tristes a lo largo de su vida, aunque quizás no en el grado ni con la frecuencia requeridas para diagnosticar depresión.

Es común que se relacione a la depresión con otros problemas psicológicos y estados físicos. Los agorafóbicos, los alcohólicos, tal vez experimenten depresión por su incapacidad de controlar su manera de beber y por los inconvenientes laborales y sociales ocasionados por sus conductas. En estos y muchos otros casos la depresión parece ser la consecuencia de otro estado.

Para las personas deprimidas, prestar atención requiere de un gran esfuerzo, no entienden lo que leen ni lo que se les dice. También tienen dificultades para entablar una conversación, no se les ocurren soluciones para resolver algún problema, permanecen callados, su voz es baja y monótona, gimen y se quejan. Los síntomas y signos de la depresión varían en cierto grado a lo largo de la vida, la depresión en los niños a veces da lugar a que sean excesivamente activos y agresivos; en los adolescentes a veces se manifiesta como negativismo, conducta

antisocial y sentimientos de incompreensión; en la edad avanzada suele caracterizarse por falta de concentración y pérdida de la memoria. Es raro que un sólo individuo presente todos los síntomas de la depresión, de ahí que el diagnóstico sólo requiere que la persona muestre algunos de ellos, en particular un estado de ánimo de tristeza profunda que no es proporcional a sus problemas, y una pérdida de interés y gusto por actividades que interiormente le agradaban.

(Davidoff, 1997), refiere que la depresión es un problema de salud mental muy común en la actualidad. El peligro más grande de la depresión es el suicidio, un 15 por ciento de las personas deprimidas se suicidan, las mujeres tienden a deprimirse dos veces más que los varones, con una tasa que va desde el 8 al 11 por 100 en los varones que han tenido al menos un episodio depresivo grave. Un seis por cien de mujeres y un tres por cien de varones han sido hospitalizados en Estados Unidos por depresión.

Los episodios depresivos mayores pueden darse a cualquier edad, incluso en la infancia, y los síntomas de la depresión son algo diferentes en personas de distintas edades. Los niños deprimidos, por ejemplo, tienen tendencia a experimentar ansiedad ante la separación y ante el hecho de estar demasiado apegados a alguien, no quieren ir a la escuela, y tienen miedo de que los padres mueran. La depresión distímica normalmente tiene lugar en los primeros años de la vida adulta, aunque puede darse en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta tardía, algunas veces a continuación de un episodio depresivo mayor. El comienzo de un episodio depresivo es variable, desarrollándose a veces durante

un periodo de días o semanas, y otras como una reacción repentina a un estrés grave.

Las personas deprimidas, no sólo presentan un estado de ánimo triste y desesperado, sino también otros tipos de conducta, con frecuencia experimentan algún tipo de cambio: dormir y comer mucho más o mucho menos de lo corriente, tener de pronto problemas de concentración, sufrir pérdidas de energía o de interés por actividades que previamente les gustaban, perder todo deseo sexual o buscarlo constantemente. De hecho algunos de estos síntomas están presentes sin la tristeza, pero, a pesar de ello, llevan a un diagnóstico de depresión. En las depresiones mayores con características psicóticas aparecen con frecuencia síntomas adicionales: ideas delirantes de persecución (en las que el paciente se siente culpable, pecador y merecedor de castigo), ideas delirantes de tipo somático (en las que la persona cree que le faltan determinadas partes de su cuerpo o que éstas no le funcionan), alucinaciones auditivas (oyen voces) y pensamiento desordenado y confuso.

Las depresiones difieren en varios aspectos, pueden ser bipolares o unipolares, y pueden variar en gravedad, desde una interferencia muy leve del estado normal hasta un estado psicótico extremo que demanda hospitalización. Pueden ser *reactivas* o *exógenas*, es decir, se dan como respuesta a algún acontecimiento en la vida de una persona que sería preocupante para casi todo el mundo –la muerte de un pariente próximo, la pérdida del empleo o el final de una relación amorosa-. Esta clase de depresión tiene un pronóstico terapéutico mucho mejor que la de *proceso* o *endógena*, que surge sin razón aparente.

(Nathan & Harris, 1980. Citado en Davidoff, 1997). Confirman que no puede clasificarse de depresión cualquier etapa de infelicidad, sólo cuando un estado de ánimo persiste durante largo tiempo, interfiriendo el funcionamiento ordinario, se califica de depresión, puesto que deben cumplir ciertos criterios formales tales como los que aparecen en el DSM-IV.

2.4 Causas de la Depresión

Al tratar de encontrar las causas de la depresión los investigadores han considerado el cuerpo, la psique, la mente y el ambiente.

Puesto que los procesos biológicos tienen efectos considerables en los estados de ánimo, no es raro que los investigadores hayan buscado causas fisiológicas para la depresión, los procesos fisiológicos anómalos pueden ser un eslabón de la cadena causal para que se pueda transmitir genéticamente cierta predisposición a padecer un trastorno del ánimo. Si se obtiene evidencia de que este trastorno, es en parte heredado, habría pruebas de que la depresión es en parte heredada y por lo tanto posee una base fisiológica.

En las investigaciones sobre factores genéticos en la depresión unipolar y trastorno bipolar, se han utilizado métodos, con familias, gemelos e hijos adoptivos. La información sobre depresión unipolar señala que aún cuando los factores genéticos desempeñan cierta función, la misma no es tan importante como con el trastorno bipolar. El riesgo entre parientes aumenta si ha habido una aparición temprana de la depresión, así como una coincidencia con algún trastorno de ansiedad o alcoholismo.

De la Fuente (1997), Refiere que es muy común que personas que padecen de epilepsia en el lóbulo temporal sufran síntomas depresivos, dado que la depresión puede ocurrir en forma de descargas, y también formando oscilaciones del ánimo inmotivadas o de estados depresivos que persisten por varios días o semanas y otros de mayor duración con caracteres clínicos semejantes a los de la depresión endógena, monopolar o bipolar. La extraordinaria frecuencia de manifestaciones depresivas en enfermos que sin duda sufren epilepsia del lóbulo temporal hace improbable que se trate de coincidencias.

Por otra parte a nivel Psicológico, autores como Beck estudia el suicidio dentro del contexto más amplio de la depresión, por lo que se hace necesario plantear su teoría sobre la misma. Como pionero de la teoría y terapia cognitiva, Beck mantiene sus bases en la idea de que los hombres, en función de sus experiencias, crean unas categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, y desde ellas orientan la conducta; es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad (1983).

La depresión según Beck, se produciría al sufrir el sujeto distorsiones en el procesamiento de la información; distorsiones que influyen en el posterior tratamiento que lleva a la conducta; autores como Clemente y González la dividen en seis principios (1996):

- Inferencia arbitraria: El sujeto hace predicciones no basadas en la experiencia o el razonamiento lógico, e incluso en contra de la “evidencia”, es decir, sus

predicciones de expectativas se fundamentan en su objetividad, y no en aspectos objetivos de la realidad y de sí mismo.

- **Abstracción selectiva:** Mecanismos por el cual el sujeto establecería conclusiones a partir de detalles no representativos de la situación o experiencia dentro de la cual se dieron, en función de los cuales calificaría la situación, y orientaría su conducta y actitudes.
- **Generalización excesiva:** El sujeto toma como marcos de referencia para establecer pautas generales de actuación, hechos aislados y sin valoraciones globales de una situación, hechos aislados y sin gran conexión con el estímulo global que ha recibido. Se puede decir que el sujeto es más receptivo que el sujeto es más receptivo de ciertos hechos, que extrae de la situación total en que se dan.
- **Maximización y minimización:** Errores en la evaluación de la magnitud y amplitud de los hechos, que se traducen en una proporcionalidad, a la percibida en la conducta reactiva, o si se prefiere, el sujeto responde a los estímulos desproporcionadamente.
- **Personalización:** Tendencia del sujeto a atribuirse fenómenos externos, hacia los que no existe conexión.
- **Pensamiento absolutista, dicotómico:** El sujeto valora y clasifica todas las experiencias en función de un parámetro fijo, compuesto por dos categorías opuestas; es decir, el sujeto adopta una perspectiva desde la cual asimila toda

la realidad, siendo ésta clasificada en un polo u otro, y excluyendo cualquier otra valoración de la situación.

2.5 Tratamiento de la Depresión

Dentro de las diversa corrientes teóricas, así como sus respectivas técnicas destaca la terapia cognitiva, en donde sus principales objetivos son: motivar el deseo de vivir mediante la vinculación a la realidad; promover actitudes de superación de la desesperanza, así como enseñarle a superar aquellos factores que le produzcan inestabilidad, proporcionándole un bagaje cognitivo y de habilidades sociales adecuado a sus necesidades para corregir los déficit que le provocaron la desesperanza y la depresión (Clemente & González, 1996).

CAPÍTULO III

ADOLESCENCIA

CAPÍTULO III

ADOLESCENCIA

3.1 Historia y Definiciones

La etapa de la adolescencia en el desarrollo humano es hoy en día un rompecabezas, como lo fue hace más de 40 años (Coleman, 1993). Muchas son la teorías que han ayudado al estudio a comprender al ser humano durante esta etapa, sin embargo para este estudio se ha propuesto utilizar teorías psicoanalistas debido a que son muy extensas y nos dan una visión más extensa de lo que es el adolescente hoy día.

Para iniciar este capítulo es necesario mencionar que no se pretende realizar una revisión exhaustiva de esta etapa, sino proponer una marco general de lo que esta significa en el desarrollo del individuo y ver como sus características específicas son factores importantes en la vulnerabilidad del individuo hacia el estrés.

Retomando un poco la historia, desde la antigua Grecia vemos que importantes pensadores como: Aristóteles y Platón, se preocuparon por describir las características que desde entonces presentaban los individuos al final de la infancia, sin embargo, es hasta 1904 que aparece por primera vez el término adolescencia como un período distinto y único del desarrollo humano. Los principales sucesos que permitieron que esta etapa se reconociera y tuviera un estudio científico fueron los avances en la medicina mismos que dieron paso a una disminución en la mortandad infantil y adulta. Es así como lograr una mayor promedio de vida en la población, da

lugar al estudio de cada una de las etapas del desarrollo por la que atraviere un individuo.

En la actualidad existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características del adolescente, sin embargo es difícil encontrar algún a que contenga los tres aspectos básicos de la vida humana: el biológico, el psicológico y el social.

Etimológicamente el término adolescencia proviene del latín “adoleceré” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Esto no solo significa el crecimiento físico sino también el mental. En el aspecto somático, representa alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característicos del individuo adulto y el desarrollo del aparato reproductor que hace posible la procreación Hurlock, (1970).

El diccionario Enciclopédico (1990), define la adolescencia, como la edad que sigue a la niñez, desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental y generalmente va acompañado de trastornos emocionales. En la mujer suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14; estos límites varían según los climas, las razas y los medios sociales que pueden determinar adaptaciones precoces o retardos en la vida adulta.

Uno de los primeros estudios sobre adolescencia, realizado por Stanley Hall en 1904 (Citado en González-Forteza, 1996), describe el desarrollo social, sexual, intelectual y emocional de los adolescentes caracterizado principalmente por la tensión y aflicción, mismas que vive el individuo durante esta etapa. Esta teoría ha sido definida principalmente por el enfoque psicoanalista.

En 1964, Bandura (Citado en McKiney, Fitzgerald & Strommen, 2000) sostiene que es un mito el pensar que la adolescencia es necesariamente un período tormentoso, este autor afirma que son los adultos y los medios masivos de comunicación quienes han dramatizado esta etapa y probablemente han logrado que los adolescentes mismos se vallan adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta. Por lo tanto la adolescencia es solamente un período de transición en que el adolescente es capaz de influir activamente en su propio desarrollo. En 1969, Anthony (Citado en McKiney & et al., 2000) opina que tanto las reacciones de los adultos como las de los propios adolescentes son reacciones estereotipadas que se han ido formando alrededor de esta etapa, y menciona algunos de los estereotipos como la visión de que el adolescente es un objeto peligroso y en peligro, un objeto sexual, un objeto sin remedio, un individuo inadaptado o un objeto de envidia. Todos estos planteamientos y estereotipos agravan la situación y a que son como un espejo a los ojos del adolescente y reflejan una imagen que el joven puede ir aceptando poco a poco como genuina.

Es debido a lo anterior que cada perspectiva de la adolescencia adaptara distintas posiciones, por ejemplo:

Mead en 1928 (Citado en González-Forteza, 1992) desde la perspectiva culturalista, señala que los determinantes culturales tienen una gran importancia en el seguimiento y desarrollo de la adolescencia. Describe el proceso de asunción de roles adultos en niños sin experimentar la inevitable turbulencia emocional concomitante a los cambios biológicos de la pubertad.

Erikson (1963) enfatiza el aspecto conductual reflejado en el esquema de las ocho crisis psicosociales del ser humano, en donde la etapa de adolescencia se caracteriza por el establecimiento de la identidad versus la confusión de roles.

En la cultura occidental, la adolescencia parece ser una etapa matizada por la discontinuidad en la adjudicación de roles psicosociales puesto que el adolescente ya no es un niño pero aún no es un adulto.

Havigrust, 1971 (cit en González-Forteza, 1992, 1996) define la adolescencia como un período crítico del desarrollo del hombre, ya que involucra negociación de demandas internas y externas, biológicas, psicológicas y sociales. Algunos de los principales logros de la adolescencia identificados por este autor son:

- establecimiento de relaciones interpersonales con ambos sexos 11-15 años
- definición del rol social masculino o femenino 11-16.5 años
- aceptación psíquica de la imagen corporal 11-17.5 años
- desarrollo de estrategias y respuestas conceptuales y prácticas para la solución de problemas 12-17 años
- adquisición de normas éticas como guía de conducta 13-22 ó más

Aberasturi y Knobel (1994), definen a la adolescencia como “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofisiológicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.

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

3.2 Características Físicas de la Adolescencia

Los cambios físicos y morfológicos que acompañan la maduración sexual del individuo se conoce como pubertad. En la pubertad hay dos tipos generales de cambio en el sistema reproductivo y sexual; en primer lugar las características primarias del sexo experimentan cambios fisiológicos, en segundo lugar se producen modificaciones corporales notables llamadas características secundarias. Es importante mencionar que las características primarias son aquellas con las cuales ya nace el individuo, y las secundarias son las que aparecen en el individuo durante esta etapa (Rice, 1997).

Estos cambios inician cuando el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar a que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios, llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre y óvulos y hormonas femeninas en las mujeres. Las hormonas son sustancias que el cuerpo fabrica y que actúan como mensajeros del cerebro informándoles a ciertas glándulas y órganos lo que tienen que hacer (Millis 1977).

Hormonas especiales llamadas sexuales producen los cambios que suceden durante la pubertad, y también son responsables de hacer que empiece el

funcionamiento de los órganos reproductivos. Estas hormonas dan lugar a las características sexuales secundarias, las que van a depender de factores tales como la alimentación, la herencia, las influencias endocrinas, el clima, la raza y la situación geográfica Pick, (1992) y Comfort (1980), mencionan que los cambios físicos o características secundarias que se presentan durante la pubertad son:

En el hombre

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

Es probable que aparezca acné

Ensanchamiento de hombros

Cambio en el timbre de voz (se vuelve más grave)

Agrandamiento de testículos y pene

La piel se vuelve más grasosa y áspera

Aumento de peso y estatura

Secreción de glándulas sudoríparas

Producción de espermatozoides

En la mujer

Crecimiento del vello púbico y axilar

Desarrollo de senos y un aumento en protuberancia del pezón

Posible aparición de acné

Crecimiento de los órganos genitales internos y externos

La piel se vuelve más grasosa y áspera

Aumento de peso y estatura

Ensanchamiento de caderas

Secreción de glándulas sudoríparas

Aparición de la menarca

3.3 Características Psicosociales de la Adolescencia

En el aspecto psicosocial la adolescencia ha sido abordada por diversos autores, entre ellos: Blos (1971), quien define la adolescencia como la suma total de todos los medios para ajustarse de la etapa de la pubertad a las nuevas condiciones internas y externas a que se enfrenta el individuo. El objetivo principal de la adolescencia, de acuerdo con Blos, es un segundo paso en la individuación que conlleva a un sentido de identidad; para lograr esta formación de la identidad, el adolescente va pasando por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada en la que debe conocerse tanto interna como externamente.

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

proyectando la propia imagen yoica difusa en otra persona logrando así que se refleje y aclare de manera gradual.

Aberasturi y Knobel (1994), consideran la adolescencia como un período de la vida que tiene una expresión característica dentro del marco cultural social en el cual se desarrolla. Señala que ante la situación social cambiantes tiende a manejarse de una manera particular expresando cierta sintomatología que conforma lo que denomina *Síndrome Normal de la Adolescencia*.

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

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

como intelectualización (transformación de sus percepciones en pensamiento abstracto) y autonegación.

Durante esta etapa, el adolescente debe afrontar los numerosos cambios que se producen en las actitudes de las personas que los rodean, en su posición respecto del grupo social y en el rol que se le ofrece. Se le dice que está creciendo y que se espera de sí nuevas maneras de comportamiento. Sin duda se le otorgan ciertos derechos y facilidades de los que no disfrutaban de niños, pero a cambio de ello se le imponen nuevas demandas y responsabilidades, además pierde algunos privilegios anteriores.

Es decir, por un lado el joven se ve ante sí mismo en el proceso de cambio y tiene una nueva manera de considerarse y de considerar las cosas que hace, por otro lado tiene que enfrentar circunstancias y exigencias a las que anteriormente no tenía que adaptarse. Todos sus hábitos y seguridad en sí mismo se ven cuestionados, en ocasiones siente nostalgia por ellos y aunque las seducciones de la novedad son intensas, implican más de un aspecto inquietante. No comprende lo que le pasa y además se siente incomprendido. Al no saber que tipo de conducta adoptar podría decirse que se niega a aceptar la forma en que debe conducirse. Para reafirmarse a sí mismo en su nueva posición tiene que apartarse y diferenciarse de todo aquello que tenga relación con su posición anterior, incluyendo a sus padres y su medio familiar.

Para Martínez (1985), la búsqueda y la afirmación de la personalidad no tienen lugar solamente en el contexto de una oposición o una identificación con el adulto, ni en el de una soledad melancólica o feliz, pues es en esta etapa en donde la

pertenencia a los grupos y la relación con sus pares tiene gran importancia, siendo con ellos con quien se identifica ahora que observa como comparten las mismas preocupaciones. El adolescente debe responder ahora a las expectativas que observa entre sus mayores: el medio escolar, social y sobre todo el familiar exigen de él algunas disposiciones para las cuales no se encuentra aún suficientemente preparado, por lo consiguiente descubre que el acto de crecer implica una lucha entre su propio ser y el modelo de individuo que socialmente es aceptado.

3.4 Sexualidad del Adolescente

Para Rubio (1996), el concepto de respuesta sexual humana se refiere a una serie de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo humano cuando el individuo está bajo la influencia de cierto tipo de estímulo que provoca modificaciones específicas (respuestas) que tienen la potencialidad de desencadenar el orgasmo. La respuesta sexual humana tiene funciones reproductivas y placenteras.

Es importante señalar que la eficacia de un estímulo depende de innumerables circunstancias, la mayoría de ellas subjetivas, es decir, un mismo estímulo aplicado a dos individuos con antecedentes educacionales, culturales, religiosos diferentes; tendrán respuestas diferentes, o bien, un mismo estímulo, aplicado al mismo individuo en momentos diferentes puede dar respuestas diferentes, es decir puede no resultar igualmente efectivo. Es por eso que la conceptualización del estímulo sexual efectivo debe hacerse en un marco subjetivo, por lo que la estructura mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales: la de procrear, la de pertenecer a una especie, la de desarrollar vínculos afectivos con

otras personas. La significación mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia conforma su sexualidad; cuando comparte dichas significaciones con otras personas, hace posible la consideración social de los procesos sexuales. Los significados de las experiencias, permiten la construcción e integración de la sexualidad; ocurre que los significados en cada una de las áreas interactúan con las otras porque precisamente están en relación una con la otra. No es posible modificar los significados reproductivos, por ejemplo, si no se contempla la resignificación genérica, erótica y vinculativa. La significación sexual, entendida con amplitud, comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad), de la experiencia de pertenecer a uno de dos sexos (género), de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos afectivos interpersonales.

Ausubel (1989) menciona que la adolescencia es un período crítico causado por dos poderosas corrientes que influyen, una biológica y la otra psicológica. El organismo se ve invadido por hormonas que producen una rápida madurez reproductiva y crean exigencias sexuales en un individuo que, en nuestra cultura, todavía está lejos de ser emocional o socialmente madura.

Para Millis (1977), la energía sexual alcanza su desarrollo pleno, y la mayoría de las veces aparece el impulso de expresar esta energía difícil de controlar. Esta urgencia sexual, creará una serie de confusiones en el adolescente que darán origen a ciertas conductas sexuales con el único objetivo de liberar la tensión sexual, la cual se encuentra en niveles muy altos debido a la gran cantidad de hormonas que se liberan.

De acuerdo con Azcárraga (1978) la manifestación de las conductas sexuales depende de varios factores que, contribuyen a crear la sexualidad de cada individuo. Entre estos factores se encuentran: la educación, el ambiente familiar, el ambiente social, la religión, los tabúes, la cultura, los valores y los medios de comunicación. Pero independientemente de las variaciones que pueden presentarse debido a la influencia de esos factores en la maduración de la actividad sexual en cualquier edad, hay algunas manifestaciones o menos constantes de este tipo de conductas sexuales de los adolescentes.

Algunas conductas sexuales son:

Abstinencia. Algunos jóvenes optan por la abstinencia porque es la salida más aceptada por los adultos de nuestra cultura: no realizar actividad sexual ni autoerótica, mucho menos con otra persona.

Masturbación. Es la conducta sexual más frecuente en la adolescencia consiste en manipular los órganos genitales con el fin de proporcionarse placer.

Caricias sexuales. Las caricias entre varones y mujeres son una de las actividades eróticas más comunes en la adolescencia, en 1985 Master y Jonson, las definen como el contacto físico que no implica una unión genital pero en la cual hay una deliberada intención de efectuar una deliberada excitación erótica.

Prostitución. Es una opción de conducta sexual, en la que el dinero es el elemento intermediario para realizar el coito. Esta forma de relación permite la gratificación sexual sin un compromiso afectivo.

Relaciones premaritales. Se consideran como las relaciones sexuales llevadas a cabo por personas de distinto sexo que no están casadas. Esta es quizás la práctica que la mayoría de los adolescentes buscan para satisfacer su deseo sexual.

Es evidente que el desarrollo emocional de los adolescentes difiere en ambos sexos a medida que incrementa la edad. Horrocks (1984), señala algunos aspectos tales como el sentimentalismo, la dominancia, el idealismo y el racionalismo de los cuales en los varones se considera que conservan el deseo de dominancia en relación inversa al sentimentalismo, lo cual puede ser un factor importante para explicar que el involucramiento emocional en las relaciones sexuales se limite a la gratificación corporal mientras que en las mujeres se conserva el sentimentalismo y el idealismo, respondiendo también a las costumbres culturales, mismas que plantean expectativas en cuanto a los papeles sexuales a desarrollarse.

Por otro lado cuando los adolescentes deciden iniciar su vida sexual se pone de manifiesto que no se define en primera instancia el mantenimiento de la misma con la finalidad de procreación y vida marital.

Autores como McCreary (1986), reportan que en los varones la práctica sexual se presenta como una forma de reafirmar su heterosexualidad, mientras que en las mujeres esto se lleva a cabo como una forma de competir con las actividades de los varones; en las mujeres las relaciones sexuales se presentan a través de la presión de sus parejas, la mayoría de las mujeres consideran que estar enamoradas es una condición importante para tener una relación sexual, así mismo tanto las mujeres como los hombres no están preparados para la paternidad ni la crianza de los hijos a estas edades, esto permite suponer que el interés por llevar una vida sexual activa

tiene que ver más con la búsqueda de satisfactores emocionales. Es probable que las diferencias entre los sexos (desarrollo emocional) podrían ser uno de los factores que determinan que una joven llegue a quedar embarazada, si se considera que su madurez, en cuanto a previsión de consecuencias aún no se ha desarrollado, quedando a la deriva en lo que respecta a la toma de decisiones adecuada y de carácter preventivo, que como lo señala Jag (1989), la adolescente debe reconocer para sí misma que ha iniciado una actividad sexual para poder decidir como evitar un embarazo cuando no lo desea.

3.5 Etapas de la Adolescencia

Debido a la ambigüedad de la propia etapa y a las diferencias individuales de los adolescentes no podemos afirmar la verdad absoluta de los supuestos más mencionados, sin embargo se puede decir que la segunda década de la vida en los seres humanos se caracteriza por una continua búsqueda del papel que habrá de desempeñar en la sociedad, es decir es un período durante el cual el individuo establece su propia identidad, esta búsqueda incluye lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres, adquirir las actitudes sociales que se requieren en todo adulto joven, lograr un sentido de sí mismo como una persona que cuenta con su propio valor, desarrollar las habilidades académicas y vocacionales necesarias, adaptarse a un físico que está cambiando rápidamente y al desarrollo sexual así como asimilar un conjunto de normas y valores internalizados que le servirán de guías.

El inicio de la etapa adolescente se da con la pubertad, la cual únicamente se refiere a los cambios y maduración física, es decir cuando los órganos reproductores

maduran y comienzan a funcionar, lo cual es un suceso biológico que va a dar la posibilidad física y real de reproducción. Los impulsos instintivos se intensifican y se va a desarrollar este proceso hasta que se establezca una identidad sexual apropiada (Blos, 1971).

Hurlock (1994), considera que los cambios puberales requieren cerca de 4 años para completarse, es en este periodo donde pueden distinguirse 3 etapas por las que atraviesa el individuo, y estas son:

- La etapa prepubescente, comienza con una transformación del cuerpo, debido a la maduración de los sistemas reproductores donde van a aparecer las características sexuales primarias y secundarias. Las primarias son los cambios que se dan dentro y fuera de los órganos sexuales como la vagina, ovarios y útero en la mujer; y los testículos, pene, glándula prostática y vesículas seminales en el hombre. Las características secundarias son los cambios externos que son observables en el cuerpo como el crecimiento de los senos en las mujeres y el crecimiento de caja torácica, el crecimiento de vello púbico en cara axilas y cuerpo, el cambio de voz, en los hombres,
- La etapa pubescente, es cuando se producen las células sexuales en los órganos respectivos, pero aún no están completas las transformaciones físicas.
- La etapa postpubescente, es cuando los órganos sexuales funcionan de una manera madura y el cuerpo ha alcanzado el tamaño y la conformación pertinentes.

Todos estos cambios van a producir sensaciones y emociones orgánicas placenteras que van a formar cambios en el yo psicológico del adolescente quien tendrá que responder tanto a fuerzas internas como externas lo cual provocará inconsistencias en el estado de ánimo. Es por esta razón que el adolescente no solo se va a ver afectado por los cambios físicos que requieren de una adaptación de las pautas de conducta y a los nuevos intereses, ajustes personales y sociales, sino también a cambios a un nivel psicológico que derivan en especial de expectativas sociales respecto a actitudes y conductas maduras cuando el adolescente alcanza la dimensión y conformación del adulto.

La normalidad del adolescente dista mucho de lo que se considera normal para el adulto. La normalidad no es fácil de establecer pues varía en relación con el medio socioeconómico, político y cultural. Esta se establece sobre las pautas de adaptación al medio y la capacidad de utilizar los dispositivos existentes Para el logro de las satisfacciones básicas del individuo (Aberasturi, 1994).

La estabilización de la personalidad se logra únicamente al pasar por un cierto grado de conducta patológica que debemos considerar inherente a la evolución normal.. Con base en esto podemos decir que las modificaciones que sufre el medio ambiente junto con la necesidad de elaborar cambios internos (duelos), son los que determinan la expresión de la normal anormalidad de la adolescencia y que en ocasiones obliga al adolescente a recurrir frecuentemente a procesos psicopatológicos.

Estrada (1997) menciona que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en este periodo, pues todo es normal, la conmoción el desajuste, la ambivalencia y sería anormal que existiera un equilibrio estable durante este periodo.

El síndrome de la adolescencia normal que sugiere Aberasturi (1994), surge de la relación individuo-entorno y se define como una etapa semipatológica de desequilibrio e inestabilidad externa. Este síndrome se caracteriza por poseer la siguiente sintomatología:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas.
- Desubicación temporal.
- Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.
- Fluctuaciones en el humor y estados de ánimo.
- Duelo por el cuerpo infantil.
- Duelo por la identidad y por el rol infantil.
- Duelo por los padres de la infancia.

De acuerdo con Blos (1971), existe una secuencia poco ordenada en el desarrollo psicológico que puede describirse en términos de fases tales como:

Preadolescencia	(10-13 años aproximadamente)
Adolescencia temprana	(13-15 años aproximadamente)
Adolescencia propiamente dicha	(15-18 años aproximadamente)
Adolescencia tardía	(18-21 años aproximadamente)
Post adolescencia	(mayor de 21 años aproximadamente)

Preadolescencia

Durante la preadolescencia aumenta cuantitativamente la presión instintiva la cual conduce a una liberación masiva de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño durante la infancia y la niñez. Esta cataxis lleva a una confusión donde no se puede distinguir un objeto o meta instintiva nueva. Y donde cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual, incluso aquellas que están desprovistas de connotaciones eróticas obvias.

Debido al gran aumento de los impulsos se da un resurgimiento de la pregenitalidad, que se refleja en la preocupación (consciente o inconsciente) por los órganos sexuales y su función, integridad y protección lo que sobresale en las construcciones de juego en los adolescentes y no la relación de éstos con situaciones amorosas y su satisfacción.

Adolescencia temprana

Durante la adolescencia temprana se inicia el proceso de separación de las ligas objetales (familiares) por lo que comienza la búsqueda de los objetos nuevos siguiendo un modelo más independiente.

Se sabe también que durante la adolescencia temprana y la adolescencia ocurre una profunda reorganización de la vida emocional con un estado de caos reconocido. En esta edad los valores, las reglas y las leyes morales, han adquirido una independencia de la autoridad parental, se han hecho sintónicas al yo y operan parcialmente en su interior.

Durante la adolescencia temprana, el autocontrol amenaza con romperse y en algunos extremos surge la delincuencia u otras conductas antisociales. Actuaciones de esta clase, varían en grado e intensidad habitualmente están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor y también ofrecen un escape de la soledad, aislamiento y la depresión que acompañan a estos cambios catécticos.

Adolescencia propiamente dicha

Durante esta etapa el adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor y comienza una búsqueda de nuevas relaciones de objeto, nuevos horizontes y nuevas esperanzas que conllevan a nuevos miedos.

El adolescente gradualmente cambia hacia el amor heterosexual. Este desarrollo comprende muchos procesos diferentes y es su integración la que produce la maduración emocional y el enriquecimiento de la vida emocional del individuo. Los adolescentes que en esta fase entran rápidamente en una actividad heterosexual, no alcanzan de esta experiencia las precondiciones para el amor heterosexual. El problema principal reside en la naturaleza de los cambios catécticos relacionados a los objetos internos y al ser. El cambio de catexis a un nuevo objeto altera la economía libidinal pues la gratificación se busca ahora en un objeto en lugar de buscarlo en uno mismo.

Piaget estudio el pensamiento adolescente y menciona que al asumir roles adultos implica una total reestructuración de la personalidad en donde las transformaciones intelectuales son paralelas a las transformaciones afectivas (1972).

Adolescencia tardía

Esta fase solo puede definirse por aspectos psicológicos. Al término de la adolescencia el adolescente actúa propositivamente, aumenta su integración social, predictibilidad, madurez emocional y una autoestima estable, hay una mayor unificación de procesos afectivos y volitivos, así como una docilidad para someterse.

Hay un interés en aquellos asuntos que realmente importan en la vida.

Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo.

Una extensión de la esfera libre de conflictos del yo.

La estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

Una posición sexual irreversible resumida como primacía genital.

Una catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante.

La tarea en el desarrollo de la adolescencia tardía reside en la elaboración del yo unificado que se funde con expresiones estables a través del trabajo, el amor y la ideología, produciendo articulación social así como reconocimiento.

Un rasgo de carácter que se forma con lentitud al final de la adolescencia debe su calidad especial a la fijación de un trauma particular o del componente de un trauma de la infancia. Los remanentes de los traumas relacionan el presente con un pasado dinámicamente activo y establecen una continuidad histórica.

Los conflictos infantiles no son eliminados al final de la adolescencia sino que específicamente se restituye, se tornan sintónicos al yo, quien al buscar dominar un trauma incrementa la autoestima.

En la adolescencia tardía emergen preferencias en cuanto a recreaciones, a la vocación, devoción y temáticas, cuya dedicación iguala al trabajo y al amor.

Post adolescencia

Es la fase intermedia entre la adolescencia y la edad adulta. En la que se adquiere la capacidad de armonizar las partes de su personalidad. El logro del desarrollo en la organización de la personalidad es específico para la post adolescencia, ya que ésta por ningún concepto llega a detenerse con la terminación de la adolescencia.

Se considera que la adolescencia ha logrado su tarea y ha sido completada cuando la organización de la personalidad permite la paternidad para hacer su contribución específica al crecimiento de la personalidad.

La moratoria psicosocial de Erikson (1985) es definida como un período durante el cual el sujeto puede encontrar un lugar en la sociedad, un lugar firmemente definido pero que al parecer es el único para él.

Piaget (1972), considera que todos los cambios internos como la maduración de las estructuras cerebrales y externos como la posibilidad de socialización se combinan para producir la madurez cognoscitiva, que implica que el pensamiento concreto del infante se transforme en un pensamiento formal o hipotético deductivo, es decir llevan al adolescente a renunciar a su condición de niño y le permiten intelectualizar. Este nuevo pensamiento le exige al adolescente una lógica formal, es decir, este ya no piensa en términos de la situación concreta sino de lo que puede ser verdad; “que pasaría si.....” lo que va a sacudir la concepción que el adolescente tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea. Ahora siente que debe planificar su vida, controlar los cambios y adaptar el mundo externo a sus necesidades imperiosas.

Esta nueva habilidad para pensar en abstracto, abrirá muchas puertas a los adolescentes ya que analizan, escriben y crean teorías políticas, filosóficas y estéticas en las que se plantean una reorganización social en donde la sociedad será como ellos consideran que ésta debe ser nacen nuevos ideales, se acepta la realidad y se forma un sistema de ideas y teorías que sirven para aferrarse y descargar la ansiedad de los conflictos.

De acuerdo con Hops y colaboradores (Citado en Allgood-Merten, 1990), durante la adolescencia emerge la autoconciencia y en las niñas se conoce que se da más por lo que se ha hipotetizado ya que en la adolescencia es un período de desarrollo más estresante para las mujeres ya que se cuestionan demasiadas cosas y tienden a evaluar más negativamente lo que les ocurre. Como resultado de la modificación de sus intereses y actitudes que acompañan a la maduración sexual e intelectual, se desarrollan en la adolescencia ciertos tipos de conducta social. Las más comunes son: interés en la actividad heterosexual, una marcada conformidad a los ideales, normas, principios y patrones de conducta del grupo de pares, un fuerte deseo de obtener aprobación y atención social, resistencia a la autoridad adulta, el deseo de ayudar a otros, perjuicio y discriminación y competencia social o facilidad de tratar con la gente y de actuar en situaciones sociales.

El adolescente debe enfrentar un sin número de condiciones que le hacen difícil pasar a una conducta propia del adulto, ya que debe cambiar toda la estructura social de su vida, esto incluye cambios sociales con los que está identificado, el tipo de amigos, líderes que elige y cambios en sus actitudes y conductas. Los agrupamientos sociales de los adolescentes van a satisfacer ciertas necesidades dentro de la vida de

estos, pues son fuente de afecto, simpatía y entendimiento. El adolescente se siente cómodo por relacionarse con personas que experimentan los mismos cambios que ellos sufren y que conllevan un comportamiento opuesto al de los padres, esto permite que determinen una identidad distinta a la de la relajación parental, pues al haber cambiado la relación con sus padres, busca intimidad y confianza en las relaciones de amistad que llenen el vacío de la relación parental.

Blos (1971) dice que durante los procesos separación-individuación, los adolescentes se separan emocionalmente o se distancian de los orígenes familiares y establecen un nuevo sentido de sí, todo esto gracias a la interacción con sus pares.

Aberasturi (1994) habla de tres exigencias básicas que los adolescentes hacen a sus padres: libertad para salir (principalmente con lo que respecta a los horarios), libertad para defender sus ideologías y la libertad para vivir un amor y un trabajo.

Burke y Weir 1978, 1979 (Citado en Panini, 1990), reportan que el bienestar psicológico de los adolescentes se facilita por la satisfacción del apoyo emocional tanto de los padres como de sus pares, ya que el calor de los padres sigue relacionándose positivamente con el ajuste óptimo, sin embargo las peleas y la poca comunicación se asocian con un pobre desarrollo del adolescente. Es por esto que una buena relación con los padres le permite al joven desarrollar recursos que son necesarios para que enfrente lo que le traiga la vida.

La adaptación de la adolescencia temprana a los muchos cambios del desarrollo puede facilitarse por una gran comunicación de sus emociones con los amigos y con los padres. En general se ha encontrado que la relación con los padres se da más en los adolescentes tempranos (12 años) y los adolescentes medios (15 años) se

acercan más a sus pares. Esto puede deberse a que los adolescentes prefieren confiar sus cosas a las personas que están sufriendo los mismos cambios que ellos y con quienes aprenderán a manejar sus emociones.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

En que medida, los sucesos de vida están relacionados con el nivel de depresión que presentan los adolescentes a nivel secundaria.

4.2 Objetivos

Describir los sucesos de vida más representativos de los adolescentes a nivel secundaria.

Describir los niveles de depresión que se encuentran los adolescentes a nivel secundaria.

Identificar el tipo de relación que se presenta entre la variable suceso de vida y depresión.

4.3 Hipótesis

Hi: Existe relación positiva entre los sucesos negativos y el nivel de depresión que presentan los adolescentes de nivel secundaria.

Hi: $b \neq 0$

4.4 Variables

SUCESOS DE VIDA

Definición conceptual:

Los sucesos de vida se definen como los cambios importantes que alteran o amenazan las actividades normales de individuos o familias también llamados *eventos vitales* (Holmes & Rahe, 1967. Citado en Maupome & Sotelo, 2000) e incluyen las etapas de la vida que se consideran normales como el matrimonio, el nacimiento de un hijo y también cambios vitales menos usuales como un divorcio, una enfermedad. Los *eventos vitales*, tanto positivos como negativos, requieren de un ajuste importante del comportamiento, y éste puede ser fuente de estrés.

Definición Operacional:

Puntaje final obtenido por la escala de Sucesos de Vida de Casullo (1994).

DEPRESIÓN

Definición conceptual:

El término depresión se ha usado para referirse a un síntoma, un síndrome o una enfermedad, los signos y los síntomas pueden presentarse en forma única, pero es más común que lo hagan en forma episódica y recurrente (De la Fuente 1997).

Definición Operacional

Puntaje final obtenido por la escala de Depresión adaptada por Casullo (1994).

4.5 Instrumentos

Sucesos de Vida

La escala de sucesos de vida (Casullo 1994), evalúa la existencia y el impacto emocional de acontecimientos o sucesos del "ciclo vital". Estos acontecimientos son definidos a partir de su capacidad para alterar o modificar la salud psicofísica de una persona. La escala consta de 50 reactivos, los cuales revelan el grado de tensión emocional experimentado en un gradiente que va desde: nada (1) hasta mucho (5). El instrumento ha sido desarrollado por la Profra. Casullo, y adaptado a las situaciones vitales de la población que compone nuestra muestra. Manteniendo una consistencia interna de $\alpha=0.84$ (Casullo, 1994) (anexo 1)

Depresión:

El instrumento utilizado fue la Escala de Depresión de M. Kovacs (1992), con la adaptación de Casullo, en su versión de 1994, la cual consta de 20 reactivos. Es una escala orientada a autoevaluar síntomas en 20 ítems. Cada ítem de la Escala de Depresión consta de cuatro alternativas tipo likert, con puntajes de 0 (menos de un día), 1 (1-2 días), 2 (3-4 días) y 3 (5 a 7 días); los puntajes más altos indican severidad en aumento. Es un instrumento adaptado y validado en muchos países y de utilización en estudios de prevalencia sintomatológica depresiva en niños y adolescentes. Con un α de .096 (Casullo, 1994) (anexo 2).

4.6 Muestreo

La muestra fue no aleatoria, por disponibilidad de grupos intactos.

4.7 Población

La población estuvo formada por 127 adolescentes que estudian en escuelas secundarias cursando el tercer grado, de ambos sexos, cuya edad osciló entre los 13 y los 15 años de edad. Todos pertenecientes al Edo. de México, en Ciudad Nezahualcóyotl.

El grupo de las mujeres quedó comprendida por 63 personas, 12 de 13 años, 46 de 14 años y 5 de 15 años.

Para el grupo de los hombres fue de 64 individuos, 9 de 13 años, 54 de 14 y 1 de 15 años (ver tabla 2).

Tabla 2. EDAD * GENERO

		GENERO		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
EDAD	13	12	9	21
	14	46	54	100
	15	5	1	6
	Total	63	64	127

4.8 Tipo y diseño de estudio

El tipo de estudio fue no experimental y se utilizó un diseño transversal.

4.9 Procedimiento

Se contactó a los directivos de la escuela para solicitar los permisos para la aplicación de los cuestionarios.

Teniendo los grupos y los horarios se procedió a la aplicación de los cuestionarios correspondientes.

Antes durante y después de la aplicación del instrumento, se cuidó el buen llenado, así como la aclaración de las dudas que surgieran.

Al término de la aplicación se procedió dar un folio los cuestionarios.

La captura de los cuestionarios fue en el programa estadístico SPSS (Ver 11).

4.10 Análisis estadístico

Para la parte Descriptiva:

Se utilizaron medidas descriptivas y de tendencia central para la descripción de las variables.

Para Comparar a los grupos por la variable Género:

Se utilizó la t de Student, para ver las diferencias de las variables Sucesos de Vida y Depresión, de acuerdo al género de cada grupo.

Para ver la relación entre las variables, se utilizó la prueba de Spearman.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

5.1.1 Sucesos de Vida

De acuerdo al análisis estadístico descriptivo, la variable Sucesos de Vida si se considera que el puntaje total de esta variable es de 250 puntos, con respecto a las mujeres, se puede decir que es bajo, con una tendencia a puntuaciones altas, ya que el 50 por ciento del puntaje total se encuentra por arriba de 82 puntos; el puntaje menor fue de 39 puntos y el máximo 177 (con un rango de 138 puntos). En promedio presentan un puntaje de 83.98 puntos, con una desviación estándar de 28.72ptos (ver tabla 3 y dibujo 1).

Para los hombres, se puede decir que es también es bajo, con una tendencia a puntuaciones altas, ya que el 50 por ciento del puntaje total se encuentra por arriba de 74 puntos; el puntaje menor fue de 42 puntos y el máximo 166 (con un rango de 124 puntos), teniendo menos dispersión que las mujeres. En promedio presentan un puntaje de 80.52 puntos, con una desviación estándar de 26.03ptos (ver tabla 3 y dibujo 1).

5.1.2 Depresión

De acuerdo al análisis estadístico descriptivo, la variable Depresión si se considera que el puntaje total de esta variable es de 60 puntos, con respecto a las mujeres, se puede decir que es bajo, con una tendencia a puntuaciones altas, ya que el 50 por ciento del puntaje total se encuentra por arriba de 26 puntos; el

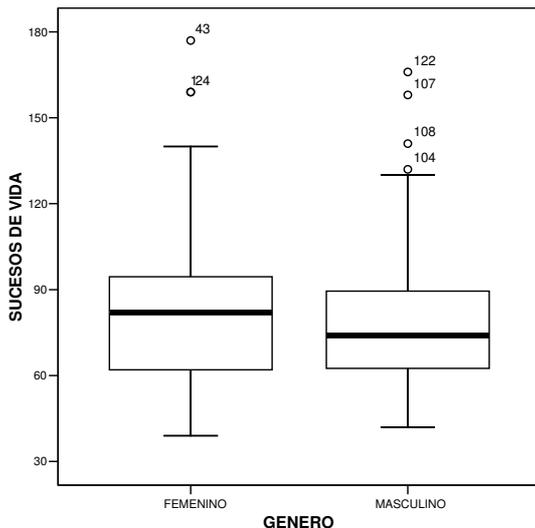
puntaje menor fue de 10 puntos y el máximo 51 (con un rango de 41 puntos). En promedio presentan un puntaje de 27 puntos, con una desviación estándar de 11.36 pts (ver tabla 3 y dibujo 2).

Para los hombres, se puede decir que es también es bajo, con una tendencia a puntuaciones altas, ya que el 50 por ciento del puntaje total se encuentra por arriba de 20 puntos; el puntaje menor fue de 5 puntos y el máximo 52 (con un rango de 47 puntos), teniendo más dispersión que las mujeres. En promedio presentan un puntaje de 22.06 puntos, con una desviación estándar de 11.15pts (ver tabla 3 y dibujo 2).

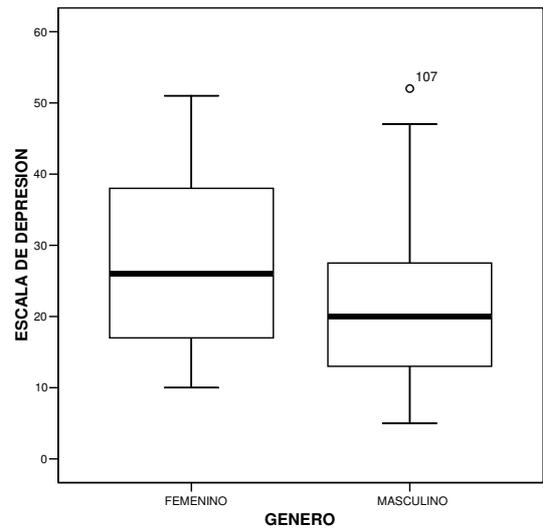
Tabla 3. Estadísticas descriptivas de las variables Sucesos de Vida y Depresión

Estadísticos	SUCESOS DE VIDA		ESCALA DE DEPRESION	
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
Media	83.98	80.52	27.00	22.06
Mediana	82.00	74.00	26.00	20.00
Desviación Std.	28.721	26.037	11.355	11.154
Mínimo	39	42	10	5
Máximo	177	166	51	52
Rango	138	124	41	47

Dibujo 1



Dibujo 2



5.2 Diferencias entre Género y las variables Sucesos de Vida y Depresión

5.2.1 Diferencia entre Género y Sucesos de Vida

De acuerdo a la prueba de significancia de la t de student, y con una probabilidad del 95%, se puede decir que no existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres y el grupo de hombres entre la variable Sucesos de Vida (ver tabla 4).

Tabla 4. t-test para igualdad de medias. Sucesos de Vida

SUCESOS DE VIDA	t	gl	Sig. (2-tailed)	Diferencias de medias	Diferencias del error Std.	95% Diferencia del intervalo de confianza	
						Abajo	Arriba
	.713	125	.477	3.469	4.863	-6.156	13.093
	.713	123.407	.477	3.469	4.867	-6.165	13.102

5.2.2 Diferencia entre Género y Depresión

De acuerdo a la prueba de significancia de la t de student, y con una probabilidad del 95%, se puede decir que si existen diferencias significativas entre el grupo formado por mujeres y el grupo formado por hombres entre la variable Depresión (ver tabla 5).

Tabla 5. t-test para igualdad de medias. Escala de Depresión

ESCALA DE DEPRESION	t	gl	Sig. (2-tailed)	Diferencias de medias	Diferencias del error Std.	95% Diferencia del intervalo de confianza	
						Abajo	Arriba
	2.472	125	.015	4.938	1.997	.985	8.890
	2.472	124.858	.015	4.938	1.998	.984	8.891

5.3 Relación entre las variables Sucesos de Vida y Depresión

Con respecto a la relación entre las variables Sucesos de Vida y Depresión, y de acuerdo con la correlación de Pearson, con un nivel de significancia por arriba de .01, se puede decir que si existe una relación positiva entre ambas variables (ver tabla 6).

Tabla 6. Correlación entre las variables Sucesos de Vida y Depresión

		ESCALA DE DEPRESION	SUCESOS DE VIDA
ESCALA DE DEPRESION	Correlación de Pearson	1	.549(**)
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	127	127
SUCESOS DE VIDA	Correlación de Pearson	.549(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	127	127

** Correlación significativa a 0.01 (2-tailed).

Terminado el análisis estadístico pasaremos a dar las conclusiones de este trabajo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

6.1 Descriptiva

Aunque los valores tanto de los Sucesos de Vida como el de Depresión puntúan bajo, no deja de haber los casos extremo, por ejemplo en el caso de las mujeres, en la variable Sucesos de Vida fue de 177 de 250 y con respecto a la depresión con 51 puntos de 60. Con respecto a los hombres, la variable Sucesos de Vida puntúa con 166 (menor que las mujeres) y en Depresión con 52 puntos (un punto mayor al grupo de las mujeres) lo que nos indican que si en efecto la mayor parte de la muestra se encuentra de un lado protector, a manera individual algunos de los chicos requieren atención profesional.

6.2 Diferencia entre Género

6.2.1 Género y Sucesos de Vida

Es interesante ver que tanto las mujeres como los hombres con lo que respecta a como han vivido e interpretado sus eventos vitales, no muestran diferencias significativas, aunque las mujeres puntúan un poquito más arriba que los hombres (177pto. mujeres a 166pto. hombres), no es contundente para decir que los grupos son diferentes.

6.2.2 Género y Depresión

Al no haber diferencias significativas en la variable anterior se podría esperar que tal vez, en la variable Depresión tampoco hubiera diferencias. Pero después de realizar el estadístico de contraste por medias, y con un nivel de significancia

alto ($\alpha=0.01$) se observa una diferencia significativa entre las mujeres y los hombres; por lo que surgen otro tipo de preguntas, tales como

¿Qué tipo de factores son los que hacen esta diferencia con respecto a la depresión, al no haber diferencias entre los eventos vitales que han reportado vivir la muestra estudiada?.

¿Será por la condición de ser sólo mujeres, como un factor distal, lo que hace la tendencia a la depresión?

O ¿la parte del aprendizaje social-familiar con respecto a la interpretación de los sucesos de vida que se enseña en el niño, sigue siendo tan diferentes entre mujeres y hombres, que aun que tengamos los mismos eventos de vida, los vivimos diferentes a tal grado de provocar mayor depresión en el sector femenino?.

6.3 Relación entre Sucesos de Vida y Depresión

Al realizar el último análisis para identificar en caso de haber, el tipo de relación que existe entre los Sucesos de Vida y la Depresión, se confirma lo expuesto en la hipótesis del trabajo realizado: existe una relación positiva entre ambas variables; esto es, mientras los eventos vitales sean más difíciles de manejar y aceptar por el individuo, más fácil será el nivel de depresión que se tenga.

Es importante aclarar que este estudio sólo es a nivel exploratorio correlacional, por lo que lo único que se ve es la relación que existe ($r=.549$, $p=.001$) entre estas variables, pero no podemos asegurar por ningún motivo, que una cause o determine o predica a la otra variable.

6.4. Sugerencias

La responsabilidad de establecer programas preventivos orientados a la promoción de estilos de vida adecuados, para el desarrollo de una vida flexible y adecuada, es una tarea relacionada con la investigación en el campo de la salud mental y del desarrollo humano.

Los hallazgos obtenidos en recientes investigaciones confirman la necesidad de establecer condiciones para lograr, tanto bienestar familiar como individual, así como el éxito en las actividades académicas, laborales o interpersonales.

Los problemas emocionales o de adaptación impiden la actividad “normal” en la mayoría de los casos perturban la convivencia humana (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; González, 2005).

Por lo antes expuesto es necesario implementar programas y proyectos orientados hacia la población adolescente, en razón de que por encontrarse en dicha etapa están más propensos, no sólo a tener depresión, sino también, conflicto con algunos eventos durante su vida. Dichos programas deben considerar la orientación de manera integral para fomentar su salud como seres biopsicosociales que son, ya que intervienen factores de riesgo como el consumo elevado de alcohol u otras sustancias tóxicas que pueden promover la depresión.

6.5 Limitaciones

En cuanto a los instrumentos, la escala de la depresión es la más fácil de aplicar, ya que las instrucciones son fáciles y la escala Likert que maneja es

apropiada; asimismo los reactivos estaban acorde a los acontecimientos por los que pasa cualquier adolescente.

Por otro lado en la escala de sucesos de vida, al manejar cinco opciones, la respuesta de los adolescentes es *floja*, entienden lo que tienen que hacer pero escogen un patrón de respuestas: No ha sucedido (escribir 0), Poco (escribir 1), y Mucho (escribir 2).

Por otro lado la aplicación es mejor regresando del descanso que hacer antes del descanso, ya que se muestran muy inquietos y su atención se encuentra saturada por el posible descanso que se perderán al contestar el cuestionario.

ANEXO 1

Apellido _____

Nombres _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Escuela _____ Año _____

A continuación te presentamos una lista con experiencias de vida importantes. Si algunas de ellas te han pasado por favor señálaslas tratando de asignarles un valor entre 1 y 5, teniendo en cuenta cuanto consideras que te afectaron. Cada una de dichas experiencias pueden producir deferentes grados de tensión emocional. Para consignar tu respuesta tienes cinco opciones NADA (escribir 1) POCO (escribir 2) ALGO (escribir 3) BASTANTE (escribir 4) MUCHO (escribir 5). Solo tienes que tomar en cuenta los acontecimientos que te hayan ocurrido.

Sucesos

Valores asignados

1. Enfermedad física propia, seria importante _____
2. Enfermedad física seria de algún hermano/a _____
3. Enfermedad física seria del padre _____
4. Enfermedad física seria de la madre _____
5. Enfermedad física seria de algún amigo/a _____
6. Problemas psicológicos personales importantes _____
7. Enfermedad psíquica de algún hermano/a _____
8. Enfermedad psíquica del padre _____
9. Enfermedad psíquica de la madre _____
10. Enfermedad psíquica de algún pariente _____
11. Enfermedad psíquica de algún amigo/a _____
12. Muerte del padre _____
13. Muerte de la madre _____
14. Muerte de algún hermano/a _____
15. Muerte de algún abuelo _____
16. Desaparición de algún familiar (no saber donde esta) _____
17. Desaparición de algún amigo/a (no saber donde esta) _____
18. Divorcio o separación de los padres _____
19. Divorcio o separación de algún hermano/a _____
20. Embarazo no deseado _____
21. Aborto _____
22. Violación _____
23. Alguno de los padres despedido o sin empleo _____
24. Alguna experiencia sexual desagradable, traumática _____
25. Mudanzas _____

26. Abuso de alcohol o drogas de algún hermano/a _____
27. Abuso de alcohol o drogas de alguno de los padres _____
28. Problemas personales en relación con alcohol o drogas _____
29. Estar separado de un ser querido _____
30. Muerte de algún amigo o amiga/s _____
31. Serios problemas económicos familiares _____
32. Problemas familiares graves _____
33. Problemas personales con algún docente _____
34. Problemas para aprender en la escuela _____
35. Ruptura de noviazgo o pareja _____
36. Problemas que implicaron la participación de la policía _____
37. Dificultades para y tener amigos y amigas _____
38. Problemas de fe (crisis religiosa) _____
39. Haber sufrido un accidente serio _____
40. Intentar quitarme la vida _____
41. Divorcio o separación personal _____
42. Tener dificultades para formar pareja _____
43. Tener dificultades para conseguir trabajo _____
44. Confusión vocacional, no saber que estudiar _____
45. Problemas de disciplina en la escuela _____
46. Sentirme amenazado/a o perseguido/a por alguien _____
47. No poder conservar por mucho tiempo un trabajo _____
48. Enterarme que me adoptaron _____
49. Haber sido golpeado/a, duramente castigado/a _____
50. Haber pensado en quitarme la vida _____

Cuando hayas terminado, marca con una cruz el o los sucesos vivos durante el último año y que, según tu criterio, todavía te siguen afectando.

ANEXO 2

Escala de Depresión

Adaptación M. M. Casulio, 1994

Apellido _____ Nombres _____
 Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Instrucciones: lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuantas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta coloca un circulo alrededor del numero que elijas (0, 1, 2, o 3)

Durante la semana pasada:	Menos de un día	1-2 días	3-4 días	5-7 días
a. Me molestaron en muchas cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3
b. No tenía hambre ni mucho apetito.	0	1	2	3
c. Me sentí tan desanimada que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.	0	1	2	3
d. Me sentí tan	0	1	2	3

bueno/a como los demás.				
e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
f. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo.	0	1	2	3
h. Vi el futuro con esperanza.	0	1	2	3
i. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
j. Tuve miedo.	0	1	2	3
k. Dormí sin poder descansar.	0	1	2	3
l. Me sentí feliz.	0	1	2	3
m. Hable menos que lo normal.	0	1	2	3
n. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
o. La gente no me cayó bien.	0	1	2	3
p. Disfrute de la vida.	0	1	2	3
q. Llore.	0	1	2	3

r. Estuve triste.	0	1	2	3
s. Sentí que no caía bien a otras personas.	0	1	2	3
t. No pude animarme a hacer nada.	0	1	2	3

REFERENCIAS

- Aberasturi, A. & Knobel. (1994). La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico. México. Paidós.
- Allgood-Merten, B. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of abnormal Psychology*, 99 (1) , 55-63.
- Ampudia, R. (1998). Modelo diagnóstico de conducta psicopatológica en grupo de adolescentes. Tesis doctorado. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Ausubel D. P. (1989). Familia y Sexualidad. Buenos Aires. Paidós.
- Azcarraga G. (1978). Sexualidad Básica. México: Prensa Médica Mexicana.
- Barrón, A. (1997). Aprendizaje por descubrimiento. Análisis crítico y reconstrucción teórica. Salamanca, Amarú. 2ª ed.
- Beck, A. & John-Shaw, B. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. México: Paidós
- Blos P. (1971). Psicoanálisis de la Adolescencia. México. Joaquín Mortiz.
- Brent, D. A.; Perper J. A.; Goldstein C. E.; Kolko D. A.; Allan M. J.; Allman C. J. y Zelenak, J. P. (1988): "Risk factors for adolescent suicide victims with suicidal inpatients", *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Ideación y orientación psicológica. México: Paidós.
- Casullo, M. (1994). Proyecto de Vida y Decisión Vocacional. Argentina: Paidós.

- Chan, D. & Lee, H. (1992). Hassles, life events and health status among chinese college students in Hong Kong. *International Journal of Psychosomatics*. 39 (1-4), 44-55
- Clemente, M & González, A (1996). *Suicidio, una alternativa social*. España: Biblioteca Nueva.
- Coleman, J. (1993). Adolescence in a changing world. En S. Jackson. *Adolescence and its social worlds*. (cap. II) Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comfort A. (1980). *El adolescente, Sexualidad Vida y Crecimiento*. España: Blume.
- Compas, Hinden & Gerhardt, (1995). Adolescent development: Pathways and Processes of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 46: 265-293.
- Contreras, B. (2005). *Estrés, conflictos familiares y baja autoestima en dos muestras de adolescentes del D.F.* Tesis licenciatura. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Davidoff, I. (1997). *Introducción a la Psicología*. New York. Edit. McGraw-Hill.
- Davison, G. (2003). *Psicología de la conducta anormal*. México. Limusa.
- De la Fuente R. (1997). *La patología Mental y su Terapéutica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Diccionario Enciclopédico, Larousse. (1990), México.
- Erickson, E. (1963). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires. Lumen Hormé

Erikson E. (1976). *Infancia y Sociedad*. Argentina. Paidós.

Erikson, E. (1985). *El ciclo Vital Completo*. Buenos Aires. Paidós.

Estrada, L. (1997). *El ciclo vital de la Familia*. México: Grijalbo.

Freíd A. & Osterrieth P. (1977). *El Desarrollo del Adolescente*. Buenos Aires. Paidós.

Gallegos, M. (1998). *Factores de personalidad y sucesos de vida que inciden en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica*. Tesis maestría, México: UNAM, Facultad de Psicología.

González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis doctorado, México: UNAM, Facultad de Psicología.

González-Forteza, C.; Andrade, P. & Jiménez, A. (1997). *Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos*. En *Salud Mental*. 20 (1), 27-34.

González-Forteza, C., Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Berenzon & Rojas. (1997). *Los indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes en la república mexicana*. En: *Salud Mental*, 20 (4), 1-7

González-Fortaleza, C.; Berenzon, S. & Jiménez, A. (1999). *Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes*. En: *Salud Mental*, Número Especial.

González-Forteza, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis maestría. UNAM. México, D.F.

Hombrados, M. (1997). Estrés y salud. Valencia: Promolibro.

Horrocks J.E. (1984). Psicología de la Adolescencia. México. Trillas.

http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_concepto.htm. GeoSalud. San José, Costa Rica. América Central. 14/12/07.

Hurlock E. (1970). Psicología de la adolescencia. New York. Interamericana.

Hurlock, E. (1994). Psicología de la adolescencia. México. Piados.

Jag M. (1989). Obediencia de las adolescentes a los regímenes anticonceptivos. Clínicas Pediátricas de Norte América. 36, 3, 789-806.

Kanner, A. Schaefer, C. & Lazarus, R. (1980). Comparison of two models of stress measurement: Daily Hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavior Medicine, 4, 1-39.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1991) Estrés y Procesos Cognitivos. México: Ediciones Roca.

Lucio, G.; Ampudia, A. & Durán, C. (1996). Información biográfica y sucesos de vida para adolescentes. Editado Facultad de Psicología, UNAM. (edición para investigación)

Martínez P. (1985). La Farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la Disfuncionalidad familiar. Tesis de Licenciatura UNAM, Facultad de Psicología.

Maupome, S. & Sotelo, A. (2000). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una

- población de adolescentes mexicanos. Tesis licenciatura, México: UNAM, Facultad de Psicología.
- McCreary A. (1986). Adolescent attitudes and beliefs about sexual behavior. *Child and Adolescent Social Work*. 3, 3, 177-193.
- Mckinney, J. Fitzgerald, H. y Strommen; E. (2000). *Psicología del desarrollo: Edad adolescente*. México: Manual Moderno.
- Millis D. (1977). *El Adolescente y el Sexo*. México. V Siglos.
- Papalia D. y Olds S. (1988). *Desarrollo Humano*. México. Mc Graw Hill.
- Papini, D. (1990). Early adolescent age and gender differences in patterns of emotional self-disclosure to parents and friends. *Adolescence*, 25 (100), 959-976.
- Piaget, J. (1972). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente: ensayo sobre la construcción de las estructuras operatorias*. Buenos Aires. Piados.
- Pick, S. (1992). *Planeando tu vida*. México. Limusa.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. México. Pearson.
- Rubio E. (1996). *Hablemos de Sexualidad, lecturas. Respuesta Sexual Humana*. CONAPO y MEXFAM.
- Sánchez-Sosa, J. & Hernández, G. (1994). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento*. SEVIC. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Sandler, T. (1992), *Collective Action*, Michigan, The Michigan University Press.

Valdés, M. & De Flores, T. (1990). Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez Roca.

Villardón, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto de Ciencias de la Educación.