

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS:
ESTATAL VS. URBANO**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A N:

ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
NUMERO DE CUENTA: 7308055-2 GENERACIÓN 78-82

PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL
NUMERO DE CUENTA 7538685-0 GENERACIÓN 80-85

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA.: MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA

DICTAMINADORAS:

MTRA.: MARGARITA CHAVEZ BECERRA

MTRA.: NORMA YOLANDA RODRÍGUEZ SORIANO

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

ALEJANDRINA:

ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO:

A MIS PADRES MANUEL+ Y ANGELINA, A QUIÉN CON MUCHA DEDICACIÓN Y AMOR IMPREGNARON EN MI EL ESPÍRITU DE LUCHA Y CONSTANCIA.

A MIS AMORES DE MÍ VIDA: A VÍCTOR POR DARLE SENTIDO A MI VIDA Y ESTAR SIEMPRE A MI LADO GRACIAS, A MIS HIJOS ARIEL Y SELENE QUIENES ME HAN ACOMPAÑADO Y COMPARTIDO MOMENTOS DE FELICIDAD.- QUIENES ME HAN ALENTADO A ALCANZAR ESTÁ META Y CERRAR ÉSTE CÍRCULO EN MÍ VIDA; POR QUE ELLOS SON LA RAZÓN DE MI VIVIR Y LA FUERZA DE CONTINUAR ADELANTE.

AGRADEZCO A MI ASESORA MTRA. MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA POR EL APOYO, LA MOTIVACIÓN Y SOBRE TODO LA PACIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE MÍ TRABAJO.

“A ESTA CREENCIA ME ATENGO POR COMPLETO, ESTA ES LA ÚLTIMA CONCLUSIÓN DE LA SABIDURÍA, SOLO MERECE LA LIBERTAD COMO LA VIDA, QUIEN DIARIAMENTE LA CONQUISTA” J.W.GOETHE

PATRICIA:

ESTE REPORTE DE INVESTIGACIÓN LO DEDICO A:

A MI MADRE QUE ES Y SEGUIRA SIENDO MI EJEMPLO A SEGUIR POR SU AMOR Y ENSEÑANZA, TOLERANCIA ANTE LA VIDA .

A MI JEFA LA LIC. LAURA SERRALDE Y NAMIHIRA POR HABERME DADO LAS FACILIDADES PARA DESARROLLAR Y TERMINAR MI TESIS, YA QUE ESTO NO UBIESE SIDO POSIBLE, ASÍ MISMO LE AGRADEZCO LA TOLERANCIA QUE TUVO HACIA MI PERSONA, ASÍ COMO TODOS LOS SABIOS CONSEJOS QUE ME DÍO PARA NO DESISTIERA, LOS CUALES QUEDARON COMO UNA HUELLA EN MI MEMOIRIA QUE NUNCA OLVIDARE.

A MI ESPOSO RAÚL QUE HA SIDO UNA PERSONA IMPORTANTE EN MI VIDA, POR SU APOYO MORAL E INCONDICIONAL.

A MIS HIJOS ABRAHAM Y LEONEL, QUE SON Y SEGUIRAN SIENDO MI ALIENTO PARA INICIAR COMO PARA CONCLUIR ESTE TRABAJO, QUE VEAN EN MÍ UN EJEMPLO DE QUE TODO SE PUEDE ALCANZAR EN LA VIDA CON VALOR Y ENTUSIASMO, PERSEVERANCIA. SIENDO ELLOS EL MOTOR QUE ME IMPULSA A SEGUIR LUCHANDO.

A MI ASESORA MTRA. MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA, POR LA TOLERANCIA Y CONSEJOS PROFESIONALES QUE GUIARON Y QUEDARON PLASMADOS EN ESTE DOCUMENTO.

“PARA LOGRAR TODO LO QUE PODEMOS SER TENEMOS QUE TRABAJAR CON ESTUDIAR Y SOÑAR EN SER”.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1	
ADOLESCENCIA.....	7
CAPITULO II	
DEPRESIÓN.....	25
CAPITULO III	
HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN.....	56
CAPITULO IV	
METODOLOGÍA, RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	81
CAPITULO V	
CONCLUSIONES.....	108
BIBLIOGRAFÍA.....	113

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

El propósito de la presente investigación se deriva del proyecto general denominado "Detección y evaluación de algunos problemas psicológicos en adolescentes y su vinculación con el déficit de habilidades sociales"; adscrito al proyecto de investigación de interacciones sociales coordinado por la Mtra. María Refugio Ríos Saldaña Coordinadora de este proyecto, de la Unidad de investigación Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y de la Educación (UIICSE).

El presente estudio "Depresión y Habilidades Sociales en adolescentes de Secundaria de dos contextos geográficos Estatal VS Urbano.

RESUMEN

El objetivo fue analizar los indicadores de depresión y de las habilidades sociales en adolescentes de dos secundarias (estatal y urbana), postulando que a mayor déficit en las habilidades sociales mayor es el número de casos clínicos de depresión; mediante la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes de Ríos (1994) y el Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (1983) se evaluaron 195 adolescentes (ambos sexos) de dos escuelas secundarias, una estatal (100 estudiantes) y otra urbana (95 estudiantes), de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. Considerando un grupo de primero, un grupo de segundo y un grupo de tercer grado por escuela designados al azar, siendo seis grupos por ambas escuelas en total.

El análisis de datos fue realizado a través del paquete estadístico SPSS V. 10 para Windows, primero los datos de toda la muestra evaluada sobre habilidades sociales y depresión, después, los resultados encontrados en cada una de las escuelas y por último un análisis comparativo y la correlación entre ambas.

En los resultados obtenidos de manera general, no se observaron aparentemente diferencias estadísticamente significativas en relación con los indicadores de depresión y las habilidades sociales; sin embargo, en el análisis detallado si se alcanzaron puntajes ligeramente elevados mostrando casos considerados como inhábiles en habilidades sociales así como en la depresión presentándose indicadores de depresión leve y moderada, proporcionando una significativa correlación entre el déficit en habilidades sociales y la depresión. Observamos también que al comparar ambas escuelas, en relación a las habilidades sociales y la depresión, encontramos que en la escuela estatal presenta mayor déficit en las habilidades sociales y mayor número de casos de depresión que la escuela urbana. Mientras que la escuela urbana obtuvo mayor promedio en las habilidades sociales y menor promedio en la depresión.

Concluyéndose que la inhabilidad social posiblemente puede afectar al adolescente en su interacción social y tenga una relación directa en sus emociones, pensamientos y conducta al grado de presentar tendencia a la depresión.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha dado mayor importancia al estudio sobre la adolescencia y se ha prestado mayor atención por las manifestaciones propias de esta etapa.

Se puede considerar a la adolescencia como una etapa de cambios biopsicosociales que algunos logran pasar sin grandes inquietudes o preocupaciones mientras que a otros les puede generar problemas de comportamiento, propiciando que no se alcance un acuerdo sobre cuáles son las características definitorias de la adolescencia. Aunque consideramos que es una etapa de construcción que inicia en lo biológico y finaliza en lo psicológico – social.

Esta etapa ha sido abordada por diversas teorías que proporcionan una explicación de su significado, tales como el biomédico, antropológico, sociológico y psicológico, entre otras posturas. Estas teorías coinciden al afirmar que los cambios corporales, propios del desarrollo, modifican la imagen del adolescente, obligándolo a responder ante una serie de exigencias socio-culturales con lo cual la personalidad puede experimentar transformaciones y provocar conflictos emocionales.

La teoría conductual no aborda directamente la etapa de la adolescencia, pero sostiene que el comportamiento, en todas las fases del desarrollo, es aprendido. La conducta del adolescente puede explicarse al definir el contexto y aplicar las leyes de la conducta adecuada. (Horrocks, 1993).

Otra posición es la teoría del aprendizaje social de Bandura (1976), citado en Medina (1999); quién considera que la persona contribuye de manera activa su propio aprendizaje y reconoce la influencia cognitiva sobre el comportamiento.

Tanto el punto de vista conductual como el cognitivo aportan elementos importantes de intervención que han permitido lograr cambios en el comportamiento y permite ayudar a los adolescentes en la problemática que enfrentan en esta etapa. Ambas perspectivas teóricas (conductual y del aprendizaje social) han servido de apoyo y soporte para esta investigación que realizamos con adolescentes. Los problemas de conducta del adolescente, han resultado ser un tema de investigación preferido por los especialistas, entre los que se encuentran Fierros, (1999); Pick, Díaz-Loving, Rivera, Flores y Andrade, (1988); Collado, González y Pick (1996); Pick y Álvarez (1969); Berenzon, Carreño, Medina, Juárez, Villatoro (1996); Vargas y Fernández (1999); Polaino y Lorente (1988), Rios, Frías y Rodríguez (1994); Vilchis (1999); entre otros, quienes postulan que los problemas más frecuentemente encontrados son los relacionados con: delincuencia, drogadicción, alcoholismo, embarazo precoz y otros trastornos como la depresión. Siendo la depresión uno de los aspectos a tratar en esta investigación.

La depresión es uno de los trastornos de salud, cuya concepción ha variado en los últimos años y su frecuencia se ha incrementado paulatinamente, no solo en la población adulta sino en niños y adolescentes, eso hace que dicho trastorno sea considerado de suma importancia por los investigadores.

Algunos autores consideran que los adolescentes han sido los más afectados por el trastorno depresivo, por encontrarse en una etapa de

desarrollo con cambios que lo hacen vulnerable a este padecimiento y favorece la emergencia de comportamientos, pensamientos y sentimientos depresivos. Afectando su productividad, el rendimiento escolar, las relaciones interpersonales, y en su propia vida traduciéndose en fracaso. Y si no se evalúa, diagnóstica y trata a tiempo, puede alterar la vida futura del adolescente.

La depresión ha permanecido siempre en la literatura y ha ido cambiando en relación con los enfoques teóricos a través de la historia. Nuestra investigación esta sustentada en el enfoque cognitivo de Beck (1979) y Caballo (1991), donde lo más característico del trastorno depresivo es lo que se denomina tríada cognitiva.

Otro aspecto que consideramos relevante y que posiblemente refuerce la presencia de depresión en la adolescencia es entre otros el déficit en las habilidades sociales. En la adolescencia (etapa de cambios), consideramos que dentro de un sinfín de factores que favorecen la depresión, uno de ellos es el déficit en las habilidades sociales.

Ya algunos científicos han vinculado la depresión con el déficit de habilidades sociales argumentando la dificultad que experimentan muchos adolescentes para manejar las relaciones interpersonales.

Unos proponen que el adolescente puede fracasar en la ejecución de conductas prosociales, porque éstos atraviesan por cambios bio-psico-sociales, el joven se enfrenta a situaciones nuevas y más complejas que en la etapa anterior que puede generarle problemas de comportamiento.

En el caso de depresión, se advierte que esta puede inhibir el manejo de habilidades sociales en los jóvenes, aspecto que a su vez puede provocar deterioro en su desempeño académico y su competencia social, “es un hecho que las habilidades sociales son conductas aprendidas y aprobadas socialmente, las cuales dependen del contexto en el que se emiten, la edad, el género, la clase social y la educación de quien las pone en práctica” Ríos, Frías y Rodríguez (1994), considerando que el desarrollo de repertorios pro-sociales adquiere especial relevancia en la prevención y tratamiento de episodios depresivos en adolescentes.

El objetivo del presente trabajo fue analizar los indicadores de depresión y de las habilidades sociales en adolescentes de dos secundarias (estatal y urbana), postulando que a mayor déficit en las habilidades sociales, mayor es el número de casos clínicos de depresión.

En el capítulo uno, se expone una visión general de los antecedentes históricos, la conceptualización de la adolescencia desde los diversos enfoques teóricos y de los problemas que se presentan en esta etapa, específicamente la depresión, finalizando con el marco teórico que se adopta en el trabajo.

La depresión que siendo uno de los problemas primordiales que afecta al adolescente y puede no ser atendida a tiempo, se analiza en el capítulo dos, incluye la recopilación teórica de sus antecedentes, definición, clasificación y etiología haciendo énfasis en el modelo cognitivo-conductual de depresión de Beck (1983) que propone una vinculación estrecha entre pensamiento, conducta y emociones, sustento teórico para nuestro trabajo. También se exponen varios autores que relacionan

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

la depresión con la adolescencia, enseguida se reseña el curso histórico, así como una revisión de los principales modelos teóricos de depresión.

Las habilidades sociales y la depresión en la adolescencia son abordadas en el capítulo 3, en donde se habla de la importancia de las habilidades sociales en la depresión y las habilidades sociales se definen, se enmarcan teóricamente, se habla de su evaluación y entrenamiento. Siendo la teoría del aprendizaje social la que sustente este estudio. Caballo (1993).

En el capítulo cuatro, se presenta la metodología seguida en la realización de este estudio, los resultados y su análisis.

En el capítulo cinco, se muestran las conclusiones, comentarios y sugerencias y alternativas de intervención para indicadores depresivos en adolescentes.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

Los investigadores de la evolución humana han identificado en la vida diversas etapas, determinadas cronológicamente por sus propias características, y referidas como infancia, niñez, adolescencia, la edad adulta y senectud. La adolescencia ha sido estudiada recientemente, dándole una importancia cada vez mayor y enfocada por muchas teorías diferentes que ofrecen una explicación de su significado.

La palabra adolescencia proviene del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adolescere* (Ponce, 1980, Hurlock, 1987, Rochibleve-Spenlé, 1984, y Ballesteros 1975), que significa crecer o crecer hacia la madurez y esta palabra ha sido utilizada como sinónimo de juventud, pubescencia o pubertad; tal como Landis (1952) quién utiliza juventud para describir el último período de la adolescencia; mientras que Gesell (1956) utiliza el mismo término para determinar el lapso que va de los 10 a los 16 años. Ausubel (1954), empleo pubescencia, exclusivamente referida a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la maduración sexual. De esa manera han tratado de definirla en general; en específico retomaremos los puntos de vista biológico, antropológico, sociológico, cronológico y psicológico exponiéndolos a continuación.

En la recopilación de Vilchis (1999) retoma estos puntos de vista. Biológicamente, el individuo se convierte en adolescente al inicio de la pubertad, alcanzando la madurez sexual y la capacidad de reproducirse. En los que se producen cambios no sólo fisiológicos sino físicos (crecimiento corporal, aumento de peso, entre otros). Destaca Horroks

(1993), que el comienzo de la adolescencia se define en términos fisiológicos, pero su culminación y duración en términos psicológicos.

Antropológicamente hablando, la define de acuerdo con los rasgos culturales y las exigencias sociales de un determinado momento histórico. Son los factores culturales los que influyen el desarrollo evolutivo.

Sociológicamente se considera a la adolescencia como período de transición entre la niñez y la edad adulta, este período producto prolongado no es tan sólo un fenómeno fisiológico, sino también un producto social por estar determinado por instituciones y grupos sociales.

Cronológicamente, se conceptualiza a la adolescencia desde los 12 años a los primeros años de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales por lo que no hay una convergencia respecto a los años que abarca esta etapa.

Psicológicamente, se considera a la adolescencia como una situación "marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones que distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto, por lo que el adolescente manifiesta conductas ambivalentes por su afán de querer seguir siendo niño y adulto a la vez.

De la misma manera en que se abarcaron las definiciones anteriormente, también se ha tratado de explicar históricamente este fenómeno, el siguiente apartado hace referencia a la evolución histórica y los diversos enfoques teóricos acerca de la adolescencia.

ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE ADOLESCENCIA

Platón (siglo V a. C) en su obra "Diálogos", quien se preocupaba mucho por la educación de la juventud haciendo notar que sus actitudes eran factibles de modificar, se refería a los adolescentes como amantes de la discusión y en excesos excitables. Aristóteles en el siglo IV a.C. (Powel, 1985), calificó a los adolescentes como inconstantes en sus deseos apasionados, propensos a dejarse llevar por los excesos o sus impulsos. Este filósofo en su informe denominado Historia animalium hacía hincapié en los cambios físicos que ocurrían en los adolescentes y las repercusiones que en su comportamiento presentaban, decía también que cuando los varones duplicaban la edad de cuatro años comienza a engendrar simiente, a la par, las niñas experimentan su primer flujo menstrual y los senos se han desarrollado hasta la altura de dos dedos de espesor, hablo acerca del carácter apasionado e irascible y su tendencia a tomar posturas extremas y dar opiniones categóricas.

En Roma, Plutarco en el siglo I d.C. escribió en su obra "Moralia" la importancia que tiene la educación para que los jóvenes puedan asumir las responsabilidades de un adulto. En el siglo XVII de la Ilustración, Rousseau en "Emilio" describió con cierta extensión los eventos del período comprendido entre los 12 y los 15 años que llamó la "edad de la razón", y manifestó que la llegada de la pubertad es el suceso más crítico en la secuencia del desarrollo.

Fue hasta finales del siglo XIX y principios XX, cuando se consideró a la adolescencia como una etapa del desarrollo humano a partir de los estudios, en 1904 Stanley Hall (en Horrocks, 1993) quién la describió

como un período de “tormenta y tensión” (Sturmund-Drang) durante el cual, según el autor, el individuo se muestra excéntrico, emotivo, inestable e impredecible, periodo de vacilación y emociones contradictorias. Por otro lado, Freud, (1953) fundamentaba que la adolescencia, era un re-despertar de los impulsos sexuales de la etapa fálica, la cual ahora se orienta por canales aprobados socialmente, es decir, consideraba la etapa genital de la maduración sexual como principio de la adolescencia. También Anna Freud en (1958) se interesó más que su padre por estudiar la adolescencia, principalmente del desarrollo sexual patológico. Por su parte, Erikson (1968) identificó a la adolescencia como una crisis de la identidad, donde el rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital, colocan al joven en un nuevo papel tendiente a la adultez y lo hacen cuestionarse sobre su mundo, surge el “quién soy”. Recalcando el esfuerzo del adolescente para lograr el sentido del yo y del mundo, siendo este un saludable proceso vital que contribuye a fortalecer el ego.

En contraste Mead (1961), postula que la adolescencia así referida como Hall, no se presenta en todas las sociedades y por lo tanto no es universal. Más tarde Offer (1969), en su estudio con adolescentes encontró poca agitación es decir, un alto nivel de “riñas” relacionadas con aspectos relativamente poco importantes entre jóvenes de 12 a 14 años.

Por su lado Adelson (1979) resume, tomados como un todo, los adolescentes no están en agitación, ni profundamente alterados ni a merced de sus impulsos ni rechazan los valores de sus padres, ni son activistas políticos, ni rebeldes.

De la misma manera, Bandura (1964) considera que la adolescencia tempestuosa con frecuencia es una profecía de auto-cumplimiento, sostiene que la idea que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso es un mito.

Encontramos entonces que a medida que se ha estudiado a la adolescencia esta es rica y diversa, el siguiente apartado hace referencia a los enfoques teóricos de la adolescencia.

APROXIMACIONES TEÓRICAS DE LA ADOLESCENCIA

APROXIMACIÓN DESARROLLISTA

Stanley Hall (1844-1924), basó su teoría en el concepto Darwiniano de la evolución, donde el organismo individual en el transcurso de su desarrollo, pasa por etapas que corresponden a la historia de la humanidad. Además sostenía que los factores fisiológicos genéticamente determinados producen reacciones psicológicas y consideraba la adolescencia como una etapa evolutiva junto con la infancia, niñez y juventud" (Muuss, 1988).

Harrocks (1993) opinaba que Hall describía a la adolescencia como un periodo característico "tormenta e ímpetu", periodo que se extiende hacia la pubertad hasta alcanzar el estatus del adulto ya que su vida emotiva fluctúa entre varias tendencias contradictorias (energía, exaltación, desgano, depresión, egoísmo etc.).

Gesell (1956) consideraba que la adolescencia era una etapa de transición decisiva entre la niñez y la edad adulta entre los 11 y los 24 años de edad, siendo fundamental "el encontrarse a si mismo".

Piaget (1967), en su teoría de desarrollo cognitivo propone una secuencia de cuatro pasos de la niñez a la adolescencia. La senso-motriz, pre-operacional, operaciones concretas y preposicional ó de operaciones formales. La cuarta etapa de los 11 o 12 a los 14 o 15 años corresponde al adolescente, donde su pensamiento se vuelve preposicional y posee la capacidad de interrelacionar estas preposiciones. El adolescente muestra gran egocentrismo, pero al madurar más, se da cuenta que la función adecuada de la reflexión es predecir e interpretar la experiencia, esta transición se da por las presiones culturales, la necesidad de adoptar papeles adultos, la maduración de estructuras cerebrales y las nuevas experiencias de aprendizaje social.

Piaget considera al niño como sujeto activo en su proceso de evolución, es decir, el niño desde que nace desarrolla estructuras de conocimiento, que se renuevan constantemente a partir de la experiencia de asimilación y acomodación.

En el período senso-motriz es de 0-2 años , el pensamiento se desarrolla adquiriendo capacidad de discriminación de la realidad porque más allá de los reflejos hereditarios, pone en funcionamiento el mecanismo de asimilación perceptiva y motriz. Conforme la asimilación se hace más progresiva así como la coordinación visual y de la prensión se acentúa y dan la oportunidad de diversos comportamientos que le permiten al niño actuar.

El periodo preoperatorio entre los 2 y 4 años, el niño no discrimina de forma absoluta, el pensamiento sigue siendo egocéntrico lo más importante de este periodo es la adquisición del lenguaje.

En el período operatorio de entre 4 y 7 años, la inteligencia es pre-operatoria concreta, el pensamiento es intuitivo y pre-lógico.

En este momento el niño no sabe organizar todavía los conceptos de forma coherente, hasta los 11 y 12 años.

La capacidad de establecer hipótesis, se presenta en el periodo operatorio o formal entre 11 - 12 años de edad y culmina a lo largo de la adolescencia, el joven realiza operaciones que se dirigen a las hipótesis y efectuar deducciones que se traducen en una lógica formal que no tienen necesidad de remitirse a la experiencia concreta.

APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA

En cuanto a la postura de Sigmund Freud (1905), fundamentaba que la adolescencia, es un despertar de los impulsos sexuales de la etapa fálica, la cual ahora se orienta por canales aprobados socialmente, es decir, consideraba la etapa genital de la maduración sexual como principio de la adolescencia.

Por su parte Anna Freud (1946), se interesó más que su padre por los estudios sobre adolescencia, pero se ocupó principalmente del desarrollo sexual patológico, dejando un poco la adaptación sexual normal, menciona que los aspectos glandulares que producen cambios fisiológicos también afectan los aspectos psicológicos.

Lewin (1939), argumenta que la adolescencia es un periodo de ambivalencia ya que integra el grupo infantil y en parte el del adulto.

Erikson (1968), identificó a la adolescencia como una crisis de identidad, el rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital, colocan al joven en un nuevo papel el cual conlleva a la adultez, lo hacen cuestionable para lograr sentido del yo y del mundo, no es un tipo de "malestar maduracional", sino más bien un saludable proceso vital que contribuye a fortalecer el ego del adulto maduro. Erikson desarrolla su teoría del desarrollo en ocho etapas

1. Confianza vs. Desconfianza
2. Autonomía vs. Vergüenza y Duda
3. Iniciativa vs. Culpa
4. Laboriosidad vs. Inferioridad
5. Identidad vs. Difusión del propio papel del rol
6. Intimidad vs. Aislamiento
7. Fecundidad vs. Estancamiento
8. Integridad del Yo vs. Aversión y desesperación

Correspondiendo la 5ª etapa a la adolescencia, por lo que supone que la tarea más importante del adolescente es la búsqueda de su identidad. Y que cuando se ha logrado desarrollar un sentido de confianza, de autonomía, de iniciativa, de laboriosidad; entonces, no habrá ningún problema para concluir con éxito la búsqueda y adquirir un sentido positivo de identidad, así como la visión hacia el futuro. Postula Erickson que el esfuerzo adolescente para lograr el sentido del Yo o del mundo, no es un tipo de malestar maduracional, sino más bien, un saludable proceso vital que contribuye a fortalecer el ego del adulto maduro.

APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Otro enfoque que hace referencia a la adolescencia es, la teoría cognitivo- conductual, la cual sostiene que el adolescente aprende los comportamientos sociales por observación e imitación del modelo. Por lo tanto, la conducta del adolescente, tal y como se produce, puede explicarse al definir el contexto y aplicar las leyes de la conducta adecuadas, siendo la adolescencia tan solo un periodo, solo una época en el transcurso de la vida en que ocurre la conducta y cabe esperar que esta última siga las leyes universales del comportamiento en un contexto especial. La Teoría Social y el Conductismo se diferencian en cuanto a que la primera considera que la persona contribuye de manera activa en su propio aprendizaje que se logra por observación y no por el refuerzo y el castigo como lo explica el conductismo, es decir considera una interacción recíproca continua entre las influencias conductuales, cognitivas y ambientales. Harrocks (1993), añade que un adolescente es antes que nada un ser humano y gran parte de su conducta es humana.

Al repasar lo expuesto, encontramos diferencias y afinidades en las teorías que abordan a la adolescencia.

Gessel, Freud y Lewin; concuerdan en que los cambios fisiológicos y físicos en el adolescente constituyen fenómenos evolutivos que se presentan entre los 10 a los 15 años.

Mientras que Stanley Hall y Freud; consideran que ese desarrollo obedece a factores fisiológicos y genéticos dejando un escaso margen a la influencia de factores ambientales.

Erikson y Lewin, señalan la importancia de los roles sociales según las condiciones sexuales que influyen en el Yo para desarrollarlo normalmente y consideran a la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. De esta manera la teoría de Lewin aporta en el lograr la armonía de los factores biológicos, sociológicos, ambientales y psicológicos.

Piaget, (1967), por su lado enfatiza en los aspectos cognitivos y de maduración.

Por último, el conductismo ha contribuido a que el estudio del adolescente sea más científico ya que enfatiza la definición de las condiciones precisas y la rigurosidad de los experimentos. Destaca las influencias ambientales pero subestima las influencias biológicas y a la herencia, así como los procesos cognitivos.

Los conceptos de niñez, adolescencia y edad adulta constituyen tres periodos que pueden ser reconocidos psicológica, fisiológica y sociológicamente que son reconocidas por varios autores, además se comparte la idea de que existan diferencias individuales como culturales.

Por tanto, dentro de este consenso científico, la adolescencia es una etapa de desarrollo de los individuos, en la que factores biológicos tales como el crecimiento morfológico, estructural y funcional del cuerpo (Bee y Mitchel 1987); los factores sociales, como la necesidad de participar de manera afectiva en la sociedad (Grinder 1989) y factores psicológicos, tales como la adquisición de operaciones abstractas Piaget, en (Grinsburg y Opere 1981), colocan al individuo adolescente

en una posición difícil; en donde, por un lado no han dejado la infancia pero tampoco entran en los patrones de adultos. Por nuestra parte compartimos la teoría cognitivo conductual para desarrollar nuestra investigación, la cual considera como una etapa del desarrollo que inicia alrededor de los doce años a trece años y concluye de 18 a 20 años y que se traduce en algunos cambios bio-psicosocial: el individuo adquiere la estatura y el aspecto del adulto y la capacidad de engendrar el sujeto empieza a pensar en abstracto con un razonamiento hipotético-deductivo, sin tener que remitirse a la realidad; y enfrentar en forma mas o menos conflictiva a las demandas que la sociedad le exige, considerando los datos culturales específicos en su momento histórico Vilchis (1999).

PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

Algunos autores coinciden en sostener que algunos jóvenes si presentan problemas en el periodo de la adolescencia debido a los cambios corporales y requerimientos sociales. Estos pueden provocar en el adolescente tendencias contradictorias y ambivalentes (rebeldía, indiferencia, letargo, desgano, alegría, euforia, disforia, depresión, y muchas otras manifestaciones).

A continuación les presentamos algunos de los problemas asociados a la adolescencia y mencionaremos algunos de los aspectos que influyen en su manifestación, los cuales son: los marcos culturales, la familia y la escuela.

Según Fierros (1999), menciona que dentro de este grupo etéreo, se acentúan diversos problemas tales como depresión, psicosis,

esquizofrenia, problemas de identidad, ansiedad, baja autoestima, bajo nivel de asertividad entre otros. (Giraldi y Andrade, 1988; Pick de Weiss y Andrade 1988; Estévez y Atkin 1990; Escandrón, 1990; López 1988; Reca, 1979). De la misma manera, argumenta que las diversas investigaciones enfatizan en los cambios corporales, la confusión de su nueva imagen, son los que generan sentimiento de soledad, aislamiento, emociones, y afectos confusos, etc. Como si fueran un producto del pasivo del desequilibrio hormonal o algo así. Este autor analiza el perfil del adolescente, expone diversas investigaciones las cuales les permiten sondear la problemática del joven.

El primer postulado que expresa el autor, se refiere a que la sexualidad es un punto de partida hacia la investigación, ya que cada vez es mayor el número de relaciones sexuales entre adolescentes. Pick, Díaz-Loving; Rivera, Flores y Andrade (1988), quienes concluyen que si se desean campañas de planificación familiar efectivas, se debe prestar atención a la historia de la familia con embarazos de adolescentes, la comunicación madre e hija, y a la evaluación que hacen las chicas de la relación que estas tengan con su padre.

Para Collado, González y Pick, (1996) una de las etapas mas importantes del ser humano es la adolescencia, ya que en esta etapa el individuo se apropia de nuevos valores, define su identidad, inicia el proceso de independencia y a su vez inicia sus vínculos amorosos fuera del ámbito familiar, lo cual tiene implicaciones en su sexualidad y su práctica.

Para Pick y Álvarez, (1996), los adolescentes constituyen un grupo poblacional que esta en riesgo constante ente los problemas de abuso

de drogas, embarazos tempranos y enfermedades de transmisión sexual y del SIDA.

David (1988), concluye que:

1. El embarazo no deseado en la adolescencia es un serio problema.
2. Los grupos que se encuentren fuera de los servicios escolares deben recibir mayor atención.
3. Muchas veces se incluye en la población adolescente en los problemas de planificación.
4. Existe carencia de personal adecuado para el cuidado de la salud del adolescente.
5. Faltan datos sobre la conducta reproductiva de los jóvenes programas con materiales adecuados.
6. En las escuelas existen oposición para la implementación de programas de cursos de educación sexual.
7. Existen impedimentos legales que limitan a la información y a los servicios médicos que pudieran transmitirse a los adolescentes.

Pick y Álvarez (1996) realizaron una investigación con adolescentes para conocer el impacto del SIDA que ha producido en las conductas sexuales, en las emociones y creencias. Los resultados indican que los adolescentes frecuentemente escuchan a través de sus amigos, compañeros y familiares, información errónea sobre formas de contagio. Así mismo, encuentran contradicción sobre el uso del condón, como forma importante de protegerse del VIH y otra en la práctica de relaciones sexuales ocasionales, no utiliza el condón por pena a la pareja.

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

El segundo postulado se refiere a que los expertos en salud pública han reconocido el impacto devastador que tiene el consumo del alcohol, tabaco, y demás sustancias peligrosas en los chicos. Ya que los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones releva que el 8% de la población encuestada pertenece a usuarios de por lo menos el uso de una droga, quienes se encuentran entre los 12 y 17 años (ENA, 1993).

Berenzón, Carreño, Medina, Juárez y Villatoro (1996), consideran común que los adolescentes ingieran grandes cantidades de alcohol los fines de semana, por lo que investigan con los estudiantes la prevalencia de su uso, tipos de bebidas, problemas asociados del consumo y que población es la mas afectada. Los resultados confirman la tendencia observada en otros estudios en lo que se refiere al elevado uso de bebidas alcohólicas y que los expone a mayor riesgo de accidentes automovilísticos, traumatismos, problemas con la policía, etc.

Otro estudio de López, Medina, Villatoro, Juárez y Berenzón, (1996), han encontrado factores asociados al consumo de drogas, uno de ellos es el bajo desempeño escolar y la probable deserción escolar. Fleiz, Berenzón, López, Rojas y Carreño (1996) en un análisis con estudiantes de secundaria y preparatoria, encontraron que los factores asociados al consumo de sustancias tóxicas, son los personales y ambientales, tales como; involucrarse con amistades que consumen drogas, encontrarse inmerso en una familia con problemas de consumo o abuso de alcohol así como tener disponible la droga en su ambiente. Además, se observa que las variables intrapersonales con el rendimiento escolar, depresión, ideas suicidas, estrés y abuso sexual, también son consideradas.

El tercer postulado hace referencia a la esfera moral, el autor señala, determinada por la adquisición o apropiación por parte del niño de las normas y valores morales que son parte de la ideología de su grupo y su interacción. González (1996), intento observar la presencia de probables inconsistencias entre el juicio moral verbalizado y sus conductas frente a situaciones reales entre sujetos de edades que fluctúan entre 11 y 15 años, confirmando lo observado, con una marcada discrepancia entre ambos comportamientos, pues aunque en las situaciones hipotéticas había una marcada aceptación al enfrentarse al hecho real, los niveles de participación fueron notablemente bajos. Apoyando este trabajo, Robles y Estrada (1996), consideran que los valores se ven afectados, por ello realiza un estudio en la zona Otomí con adolescentes y otro grupo Toluca; para realizar un comparación de valores, los resultados indican que los adolescentes otomíes tienden a valorar la vida espiritual, orden social, protección al medio ambiente, amistad verdadera y humildad. Mientras que los ciudadanos tienden a dar mas valor a la ambición, y la imagen pública, vida emocionante y variada.

Otro postulado es de autoconcepto, es decir el conocimiento de si mismo. Balcazar (1996) estudio el auto concepto real e ideal con estudiantes entre un rango de 12 y 20 años, encontrando en las mujeres es más importante saber que posee mas atributos relacionados con el desempeño escolar, conservando su estereotipo; entre tanto, los hombres consideran más importante ser más voluble y agresivo (rebelde) siguiendo el patrón cultural de la cultura mexicana.

La autoestima es otro postulado de estudio, debido a la importancia que tienen estas estructuras para el máximo desenvolvimiento de los individuos, González y Valdés (1996), investigaron la relación entre el

auto concepto y la autoestima entre madres e hijos, encontrando que las madres tienen mayor autoestima que los hijos, debido a la discrepancia entre el ideal y lo real así como el periodo crítico en la cual se encuentran los muchachos.

Otro de los postulados se refiere al área de salud mental, según el autor, la prevalecía de los trastornos en los niños y adolescentes es mayor a 10%, y posiblemente más alto en las regiones urbanas dado a las presiones de estrés psicosocial.

Valle Gómez, Valenzuela y Acasuso (1996), plantean que la mayoría de los adolescentes pasan por un periodo sin pensar en problemas importantes, pero que un 20% tiene riesgo de padecer alguna forma de desajuste emocional.

Silva (1989), realiza un estudio en nuestro país sobre los trastornos psicológicos a través de métodos epidemiológicos y elabora un programa de intervención, los problemas que analizó y considera que afectan el desarrollo de los jóvenes son: Los hábitos de estudio, fóbicos, información sexual, adicciones, delincuencia y conflictos familiares.

Calderón (1990), realiza un estudio para determinar la prevalecía de los estados depresivos en el Distrito Federal (una colonia), con una población de 928 sujetos de 15 años en adelante. Los resultados obtenidos de 122 (de 15 a 19 años), los sujetos mostraron que 17 de ellos presentaban signos de depresión media (14%) y 3 mostraron depresión severa (2.4%).

Martínez (1998), señala que la depresión infantil posee algunas características similares a la depresión adulta tales como "posicionamiento" en el ambiente familiar y académico; fracaso escolar, trastornos del esquema corporal y de la alimentación, fugas, mentiras, hurtos, promiscuidad, consumo de tóxicos, y conductas suicidas, etc. Son manifestaciones típicas de la depresión en menores de 25 años. La irritabilidad puede sustituir al ánimo deprimido.

En un estudio realizado de Pittsburg (1977), encontraron que uno de sus descubrimientos más importantes fue que la mayor demanda por consulta psiquiátrica ocurre entre los 5 y 14 años de edad y donde la depresión es causa principal de consulta, los autores indican que el pico de la depresión está entre los 13 y 15 años. (Vargas y Fernández 1999).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 5 de Nuevo León, Monterrey se encontró que el 54% de los adolescentes de una escuela secundaria, presentaron depresión; el 23% depresión leve, 20% depresión moderada y el 11 % depresión severa; los síntomas son: de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignación y de culpa, soledad, pérdida de motivación, retraso motor, fatiga, apatía, aburrimiento, pérdida de interés, irritación, insomnio, entre otros comportamientos. Por lo tanto consideramos que el incremento de pacientes depresivos (niños y adolescentes), resalta una atención importante, donde la prevención e implementación de programas multidisciplinarios de detección temprana se hacen necesarias (Hilario, Hernández y Urbano, 2001).

Según Polaino-Lorente (1988), la inestabilidad emocional del joven puede hacer emerger un trastorno depresivo, que una vez instaurado, sino se evalúa, diagnóstica y se trata a tiempo, puede alterar la vida futura del adolescente. Ya que las manifestaciones derivadas de los cambios que tiene el joven dificultan un buen diagnóstico debido a que los síntomas depresivos son considerados como "normales" de la edad.

Siendo difícil establecer si el adolescente esta simplemente pasando por la fase de su desarrollo o si esta padeciendo verdaderamente un trastorno.

Es por esta razón que consideramos que la depresión en adolescentes es un problema psicológico que merece atención por lo que de ahí se deriva nuestra investigación.

Por lo tanto, el siguiente capítulo aborda el tema de la depresión más a fondo.

CAPÍTULO II

LA DEPRESIÓN

La depresión es un fenómeno que afecta a millones de seres en todo el mundo y de manera creciente a gran cantidad de personas en nuestros días: la prevalencia del síndrome depresivo alcanza valores de 3 a 4% en la población general, mientras que 10% de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida; sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), solamente alrededor de 50% de ellos son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento adecuado (López, 2003).

La alta prevalencia de los trastornos depresivos en la población general, las alteraciones que provoca en la funcionalidad y en la calidad de vida, hacen que sea más importante conocer cada vez mejor aquellas características clínicas y variables biológicas que permiten obtener una respuesta terapéutica.

De acuerdo con diferentes estudios desarrollados en diversos centros de investigación en el mundo, el riesgo de padecer un episodio depresivo en un determinado periodo es aproximadamente 6% para hombres y 12% para mujeres; cerca de 20% de la población general presentará un episodio depresivo en el transcurso de la vida. Asimismo, las mujeres tienen doble riesgo que los hombres de padecerla; la mayor incidencia y prevalencia ocurren entre los 20 y 45 años de edad (Heinze, 1995).

Apreciaciones conservadoras realizadas en 1997 señalan que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería tratamiento específico; tan sólo en México, se calculaba que más de 4 millones de habitantes padecía la enfermedad. Por lo que investigadores se han dado a la tarea de conocer más profundamente acerca del problema de la depresión que parecería que se genera como una epidemia poblacional.

En el primer nivel de atención médica, un estudio mexicano (Padilla y Peláez, 1985) mostró una frecuencia de trastornos emocionales de 51% en un Centro de Salud de la SSA, 43% en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS y 34% en un Hospital General del IMSS, lo que indica que 40% de los pacientes que acuden al primer nivel de atención tienen trastornos del ánimo (Iñescas, 2002).

En una Encuesta Nacional de Adicciones realizada en México (Medina, 1999), se encontró que 34% de la población general presentaba síntomas de depresión, que en 17% de mujeres y 8.5% de varones había sintomatología depresiva de moderada a severa y una prevalecía de ideación suicida de 10 a 14%.

Este tipo de hallazgos muestra lo alarmante de la situación y el aumento de la ocurrencia de pacientes depresivos es preocupante desde el momento en que se está presentando cada vez más, no sólo en la población adulta sino que ahora hasta en edades más tempranas como la niñez y la adolescencia.

Resulta un tanto difícil de creer que un niño o adolescente presente algún tipo de trastorno, sin embargo, la adolescencia —como etapa psicológicamente compleja— es digna de estudio científico.

Algunos profesionales de la salud mental coinciden en que los adolescentes son sometidos a situaciones de conflicto y a factores que los afectan, manifestando trastornos tanto pedagógicos, personales, culturales y/o sociales, entre otros muchos problemas, como la depresión, que pueden repercutir en su vida adulta, por lo que se hace imprescindible la detección oportuna de estas problemáticas para su prevención.

La adolescencia es el periodo entre la niñez y la edad adulta, de rápidos cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognoscitivos y sociales; es la etapa comúnmente considerada como conflictiva: el joven debe enfrentarse con las exigencias internas y externas de su organismo. Es decir, el joven quisiera obtener la libertad del adulto y al mismo tiempo las comodidades del niño. Vive una difícil postura existencial donde no se siente identificado con su entorno social, los cambios que experimenta pueden provocarle angustias, miedo o sentimientos de extrañeza, nostalgia, rebeldía, irritabilidad, inestabilidad y vaivenes emocionales, depresión, soledad e inseguridad en sus estados de ánimo y acciones. Se ha encontrado que los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, estrés, inquietudes, entre otros.

Un punto importante a considerar respecto a las manifestaciones que se presentan como resultado de los cambios que el joven siente, sugiere que los adolescentes atendidos en hospitales y servicios de urgencia por trastornos de conducta son distintos de la mayoría de sus compañeros

de la misma edad y que, si no se interviene de forma adecuada, es muy probable que sigan siendo distintos durante el resto de su vida.

Es decir, el diagnóstico es difícil en muchos casos, ya que los síntomas son tomados como "comportamiento normal del adolescente", producto de los cambios mencionados y no se les ofrece la ayuda necesaria.

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa a otra de la niñez, es a veces difícil establecer si un niño o joven está simplemente pasando por la fase de su desarrollo o si está padeciendo verdaderamente un trastorno.

El fenómeno de la adolescencia es muy complejo por lo que diversos investigadores y bajo diferentes enfoques teóricos han tratado de explicarla, desde tiempos remotos hasta la actualidad, sin embargo, Vilchis, (1999) menciona que han surgido muchos problemas como consecuencia de terminologías ambiguas y discrepancias en los conceptos fundamentales respecto a lo que realmente constituye la adolescencia, aun así coinciden al afirmar que los cambios corporales físicos y fisiológicos modifican la imagen del individuo y le obligan a enfrentar retos y expectativas de acuerdo con las situaciones emergentes, causándole conflictos emocionales y de comportamiento.

Bajo estas circunstancias, los adolescentes comparten ciertos problemas comunes: búsqueda de identidad, pubertad, enfrentan la necesidad de ganarse la vida, entre otros, y que su propia experiencia es vivida de manera muy particular y enfrenta los problemas con o sin grandes conflictos.

Continúa Vichis, que con frecuencia se habla de la "crisis de la adolescencia" debido a los problemas que se presentan y que pueden dividirse en dos grandes rubros: los relacionados con la salud (anorexia, fobias, adicciones, embarazo precoz, depresión, entre otros) y los sociales (delincuencia, deserción escolar, vandalismo) que involucran efectos psicológicos que se traducen en trastornos emocionales y de conducta.

Silva (1989), en un estudio epidemiológico con una población de adolescentes mexicanos de secundaria, identificó los siguientes problemas: información sexual inadecuada, deficiencia en los hábitos de estudio, deserción escolar, adicción, fobias, delincuencia, conflictos familiares, problemas de asertividad y depresión.

Martínez (1998) señala que la depresión en cualquiera de sus formas o variantes es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios, siendo en los países desarrollados y urbanizados donde crece mucho más deprisa en niños y adolescentes. La depresión infantil posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas peculiares.

En una investigación realizada entre 1973 y 1977 acerca de la identificación de síntomas-guía que sirvieran para predecir el éxito de un tratamiento antidepresivo, los seis síntomas-guía (entre un total de 150 posibles) fueron los siguientes: desánimo, irritabilidad, cansancio, indecisión, sentimientos negativos acerca de sí mismos y sensación de incapacidad y fracaso (*Revista Actualidad Psiquiátrica* en Google.com).

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

Al respecto, para determinar los factores más frecuentes que afectan a los adolescentes, los especialistas de Pittsburgh analizaron a más de nueve mil jóvenes que acudieron a consultas psicológicas durante 1977, los datos recogidos se compararon con cerca de 21 mil consultas más complejas del mismo tipo realizadas en 1996. Dentro de los diagnósticos más comunes realizados por los psicólogos destacan: ansiedad, depresión, déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos emocionales similares.

La cifra de patología mental se ha incrementado en la última década, la morbilidad psiquiátrica va en aumento de 6 a 24% y que los grupos de edad con mayor frecuencia de trastornos mentales son los de 5-14 años en primer lugar, en segundo los de 20-29 y en tercero los de 30-39 años de edad. En dicho estudio, uno de sus descubrimientos más importantes fue que la mayor demanda por consulta psiquiátrica ocurre entre los 5 y 14 años de edad, donde la depresión es la principal causa de consulta en el último año y coincide con el grupo de 5-14 años; indica que el pico de la depresión en adolescentes es entre los 13 y 15 años y coincide con la baja autoestima durante el periodo de crecimiento (Vargas y Fernández 1999).

Refiere el MSD, Publicaciones *Manual Merck*, (2000) que la incidencia de la depresión leve en los estudiantes de bachillerato es de hasta 10%, la moderada llega a 5-6% y la grave afecta a 1-2%.

En otra investigación llevada a cabo por la Unidad de Medicina Familiar No. 5 de Monterrey, Nuevo León; se encontró que 54% de los adolescentes de una escuela secundaria presentó algún grado de depresión: 23% leve, 20% moderada y 11% severa. Concluyen que el

estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa, lleva a la soledad, pérdida de motivación, retraso motor, fatiga, aburrimiento, apatía, pérdida de interés, irritación constante, problemas para dormir, entre otros comportamientos, y que todos ellos son manifestaciones de la depresión.

El incremento de pacientes depresivos resalta la importancia de atención, prevención e instrumentación de programas multidisciplinarios de detección temprana. Aun cuando sabemos que la prevalencia de trastornos depresivos obtenida mediante instrumentos de autoevaluación es significativamente mayor a la obtenida mediante evaluación clínica, los resultados son bastante alarmantes.

La importancia de comprender el trastorno depresivo radica principalmente por su alta frecuencia, que se va incrementando conforme pasa el tiempo, y por el impacto devastador que se manifiesta en los jóvenes y demás individuos, problema psicológico de profundo significado personal, familiar y social, así como las repercusiones experimentadas por las personas, tales como los déficit emocional, motivacional, conductual y cognitivo.

Respecto a los estudios realizados acerca de la depresión en la adolescencia, Polaino-Lorente (1988) señala históricamente cuatro grandes etapas:

1. Periodo inicial: hace referencia al término "melancolía" como sinónimo de depresión.
2. Siglo XIX: varios estudios aparecen acerca de la depresión asociada al suicidio.

3. Primera mitad del siglo XX: surge el término de depresión con una influencia psicoanalítica.

4. Último período: se caracteriza por una abundante producción bibliográfica de la depresión considerando el aspecto epidemiológico, diagnóstico y su tratamiento.

Al respecto, la depresión ha permanecido siempre en la literatura y ha ido cambiando en relación con los enfoques teóricos, con la misma suerte para los estudios con niños, adolescentes y adultos; a continuación se reseña el curso histórico de dicho problema.

PANORAMA HISTÓRICO ACERCA DE LA DEPRESIÓN

Es fácil creer que la depresión es un problema actual, pero este desorden remonta su historia hasta los primeros registros de la humanidad, pues sus antecedentes demuestran que siempre ha existido considerándose como un estado de ánimo pasajero, en donde a las personas que lo padecían se les trataba de curar con algún tipo de jugo de hierbas o se pensaba, por los síntomas que presentaba (cansancio, falta de energía, etc.), que eran flojos y por lo tanto no querían realizar ninguna actividad. También en diversos personajes de antiguos mitos, así como en figuras bíblicas, se describen síntomas que hoy en nuestros días serían clasificados como una típica enfermedad depresiva; como señala López (2003), no es una enfermedad nueva ya que en el Antiguo Testamento se habla del rey Saúl, quién padeció una depresión, lo mismo se menciona en la *La Iliada* con el suicidio de Ajax.

A través de la historia el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse en la actualidad como una enfermedad.

Dentro de los antecedentes sobre el origen de la depresión encontramos que: La depresión ha sido tratada históricamente bajo diferentes aproximaciones teóricas, desde el punto de vista médico-biológico, cuando Hipócrates (s. IV a. de C.), quien por primera vez empezó a analizar de manera clínica y objetiva este estado de ánimo pasajero, del cual encontró y concluyó que era una enfermedad, la cual provenía del exceso de bilis negra o *atrabulis* en el cerebro. Esta descripción médica adopta el nombre de "melancolía", describiendo los mismos efectos del trastorno depresivo (en Arieti y Bemporad, 1981).

Fue Areteo de Cappadocia (siglo XI de nuestra era) quien desarrolló el cuadro más completo sobre depresión, pues al contrario de Hipócrates, sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la bilis negra. Areteo valorizó la importancia de las relaciones interpersonales durante el curso del trastorno, el cual desaparecía cuando sucedía un episodio motivante, desafortunadamente este estudio sobre la depresión no fue continuado por sus sucesores.

En esa misma época, Galeno de Pérgamo (130-120) desarrolla la teoría sobre la depresión basada en supuestos humores, describe a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y con síntomas como temor, suspicacia, cansancio de la vida, entre otros. Esta teoría se mantuvo durante muchos siglos, hasta la Edad Media.

Ya en el Renacimiento, en Inglaterra, resurge el estudio sobre la depresión donde al parecer hubo una epidemia de melancolía, con lo cual surgió nuevamente el interés por la depresión dándole un nuevo enfoque a sus causas; aunque todavía algunos investigadores creían que la melancolía era producida por situaciones demoníacas e influencias astrales, como lo sostenía Santo Tomas de Aquino.

Algunos trabajos realizados en ese breve periodo son *Treatise on Melancolía*, publicado en 1586 por Timothy Bright, y veinte años después se conoció *Optick Glass of Humours* de Thomas Walkington, que se ocupó de la constitución melancólica resultante de los humores y el efecto de los planetas. Por último, en 1621 Robert Burton terminó su *Anatomy of Melancholy* que es un texto sobre depresión y una reflexión sobre la vida, en el cual era fácil identificar los estados depresivos (Arieti y Bemporad, 1993).

Con la revolución científica, los psiquiatras comenzaron a considerar a la depresión como enfermedad mental causada por agentes fisiológicos y no como se creía en la antigüedad, como el producto de posesiones demoníacas.

A principios del siglo XIX, en relación con las causas de la depresión, Philippe en 1801, (Calderón 1998, citado en Depresión-monografía, <http://www.miexamen.com.mx>) indicó como causas posibles de la melancolía los aspectos psicológicos (miedo, desengaños amorosos, pérdida de propiedades y dificultades familiares) y las causas físicas (amenorrea y puerperio) expresó; que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas induciendo en algunas otras ocasiones al suicidio. Como lo afirma Aslam (Calderón 1998, citado en

Depresión-monografía): "los que se encuentren bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas; semblante ansioso y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en calma la mayor parte del tiempo, después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa".

Era una época en que los estados patológicos se describían con exagerados pormenores. Falret en 1851 (citado en Arieti y Bemporad, 1993) diferenció entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica, también acuñó la expresión "foliecirculaire" y describió periodos de normalidad en algunos pacientes, en contraste con la gradual pero irreversible degeneración que sufrían otros individuos. Otro aporte importante de Falret fueron sus observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres.

Conforme fue avanzando el tiempo, los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869, Georg Meller Beard decía que la neurastenia (fatiga nerviosa) era un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC) sin lesión demostrable en donde se presentaban síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, tumores difusos, temores hipocondríacos, etcétera (Gasto, 1993, citado en Depresión- monografía, fuente citada).

Por otra parte, Kraepelin (citado en Arieti y Bemporad, 1993) revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema que hasta hoy continúa en vigor. Discriminó los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva.

Basó sus clasificaciones tanto en la similitud de los síntomas como eventual desenlace de la enfermedad. Con su especificación de la diferencia entre la psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerara a la psicosis como una depresión. Con esto concuerdan Calderón (1998) y Gasto (1993) (citados en Depresión-monografía, fuente <http://www.miexamen.com.mx/Depresión.http>) quienes describen que para Kraepelin la enfermedad maniaco-depresiva era una psicosis constitucional esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia, yuxtaposición o coexistencia de estados de excitación y depresión.

Ya en la actualidad, aparece el modelo que habla sobre la depresión, el enfoque bioquímico, el cual determina que tanto norepinefrina (NE) como la serotonina o 5 hidroxitriptamina (5-HT) están específicamente relacionadas con la depresión. Se cree que estas aminas son neurotransmisoras, esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra, sugiriendo que su disminución provoca la depresión.

Dentro de la depresión farmacológica, los agentes más importantes son los triciclitos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y el litio. Esta clase de medicamento se ha establecido como agente efectivo en el

tratamiento de dicho trastorno (American Association Task Rosce, 1975).

Posteriormente, Freud (1957) con su enfoque psicodinámico, escribe sobre el luto y la melancolía. Freud consideraba la depresión como un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos. Jakobson (1971), quien ha trabajado bajo la misma línea que Freud, amplía el concepto de aflicción incluyendo la tristeza e indica que una de las características de la depresión es: "la alteración del ánimo surge de la discrepancia entre las representaciones del yo y el ideal del ego (super ego) o la imagen anhelante del yo".

En cuanto al enfoque conductista, los autores Lewnsohn Mac Phillamy (1974), Fester (1973), Akiskal y McKinney (1975), Ullman y Krasner (1969) consideran a la depresión como resultado de un acceso limitado a acciones y proporcionan un refuerzo positivo (recompensa), quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas. Y entonces se desencadena la depresión por la pérdida del refuerzo positivo o por la experiencia del castigo o por ambas cosas.

El enfoque operante especifica una relación de contingencia entre conducta y reforzamiento, por lo que el común denominador entre las personas deprimidas es el decremento de la frecuencia de clases diferentes de actividad reforzadas positivamente y el incremento en la actividad de evitación y escape.

Seligman (1975) considera que la depresión se ve como el resultado de una pérdida de control sobre los medios para obtener un refuerzo positivo o negativo, a este estado se le llama desamparo aprendido, y que los primeros años de vida de un individuo, a quien se le negó la oportunidad de controlar su propio medio, reacciones con desamparo aprendido en su vida adulta.

El modelo del aprendizaje social sostiene que la depresión y el reforzamiento son fenómenos relacionados. Por tanto, los eventos contingentes sobre la conducta pueden no ser reforzantes porque hay una pérdida de la efectividad del reforzador, los eventos que son reforzantes pueden quedar indisponibles y/o el reforzador puede estar disponible pero si el individuo carece del repertorio necesario no lo podrá obtener.

El modelo de autocontrol (Rem, en Caballo, 1991) indica que es un procedimiento de terapia cuyo objetivo es enseñar a las personas estrategias para controlar o modificar su propia conducta, es decir, la importancia radica en el papel de la persona como director de su propia conducta.

El enfoque cognitivo es formulado por Beck (1967) quien considera a la depresión como un disturbio en la cognición y enfoca su atención sobre las manifestaciones vegetativas, conductuales, motivacionales y afectivas que la influyen.

Señala que son tres elementos importantes en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, los errores lógicos y los esquemas; basado en una tríada: la visión de sí en donde la persona se hace una

crítica personal, se desvaloriza o subestima; el segundo componente es la visión de experiencias y del mundo, donde se comparan con otras personas y piensan de sí que son inadecuadas, además las experiencias de éxito son minimizadas y las de fracaso enfatizadas. El tercer componente es la visión del futuro, así la persona deprimida supone el fracaso y otras consecuencias negativas.

Beck (1974) ha propuesto un modelo que evalúa los resultados de la depresión para la activación de un juego de patrones cognitivos que causa la persona para construir por sí mismo su mundo y su futuro en un camino negativo. Kovacs (1977) se basa en el modelo de la depresión de Beck (1983), definiendo la depresión como un síntoma que vincula aspectos de índole emocional (pérdida de alegría, periodos de llanto), cognitivo (baja estima, indecisión, autocrítica), motivacional (deseos de evitación, ideas suicidas), neurovegetativo (pérdida del apetito, insomnio) y manifestaciones de comportamiento en donde se observa menor participación del sujeto deprimido en tareas que solían ser sus habilidades; de acuerdo con esto: a mayor déficit de actividades más gravedad del estado depresivo.

El principal sistema de diagnóstico, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) American Psychiatric Association 1994, considera a la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos que la describe como humor disfórico "pérdida del interés o insatisfacción en todo, en casi todas las actividades o en pasatiempos usuales se expresa por síntomas tales como: triste, desesperanzado, irritable, preocupado, deprimido".

Otra definición es de la OMS, quien describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad con algún grado de ansiedad. La actividad por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse en intervalos regulares.

En resumen, cada método parte de una concepción de cómo se ha generado la depresión dando origen a la necesidad de tratamiento. Además a través de reportes proporcionados por los pacientes, se han descrito las manifestaciones asociadas a estados internos y externos de la depresión.

1. El modelo médico-biológico; afección de los "humores" y relacionada a la melancolía (Hipócrates s IV a.C).
2. Psicoanálisis: conflictos inconscientes entre instancias psíquicas (ello, yo y súper yo) determinados por las vicisitudes de la energía vital durante el desarrollo del individuo. Abraham (1927) odio a sí mismo (masoquismo); Freud (1955) pérdida de un objeto amado.
3. Conductismo: aprendizaje inapropiado de conductas (incluidos pensamientos y sentimientos) (Fester 1965; Lewinsohn, 1968; Seligman, 1975).
4. Cognitivo-conductual: la conducta no está determinada exclusivamente por el medio ambiente, son concepciones cognitivas distorsionadas de la realidad (Beck 1963).

Los estados internos que describen la depresión son tristeza, desesperación, culpa, falta de valor, irritabilidad, pesimismo e intento de suicidio (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Grinker y otros, 1962; Hamilton, 1967; Levitt y Luvín, 1965; Zung, 1965). Pero

también conductas observables: retardo motor, reducción en el nivel de actividad, baja de apetito, disturbio en el sueño, etcétera (Beck, 1961; Levitt, y Luvín, 1965; Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1982).

Jacobson (1981) menciona que la depresión es un desorden afectivo, considerando a ésta como un disturbio extremo en el ánimo (American Pssychiatric Assosiation 1968; Beck, 1967; Grinker, Miller, Sabshin, Nunn y Nunnally 1961; Mendels 1970; Jacobson 1981).

Por otro lado, Seligman (1976, 1978, 1981) señala que la depresión está definida por sus cuatro déficit, a saber, motivacional, cognitivo, afectivo-automático y autoestima.

Beck (1961, 1967; citado en Rush, 1981, y Harrison, Beck y Buceta 1984) consideran a la depresión como un resultado de pensamientos negativos y distorsionados en sí, del mundo y del futuro.

Rem (1981) sugiere una lista de conductas depresivas verbales-cognitivas (simulación de tristeza, distorsión cognitiva, pesimismo, desesperación, incapacidad, baja autoestima y culpa). Así como también comportamientos somáticos (excesos y déficit conductuales).

REVISIÓN TEÓRICA DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE DEPRESIÓN

ENFOQUE CONDUCTUAL

El primer intento de análisis conductual de la depresión está contenida en el libro de *Ciencia y conducta humana* de Skinner (1953), en el cual se define la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la

interrupción de secuencias de la misma que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada ha sido central a todas las posiciones conductuales.

Apoyan esta tesis Fester (1973), Lewinsohn (1974), citados en Nelson y Craighead (1977), quienes han argumentado que la depresión puede ser resultado de una pérdida o baja tasa de reforzamiento de la conducta adaptativa.

La principal aportación de Fester consiste en cómo realizar un análisis funcional de la conducta depresiva, es decir, el comportamiento de un depresivo se caracteriza por el exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva, junto con un exceso de conductas poco usuales o irracionales, y por un déficit de conductas activas reforzadas positiva o negativamente, que sirven para ejercer un control sobre el medio. Estos excesos de conductas de evitación y huida se producen porque el sujeto no tiene en su repertorio conductual ninguna conducta efectiva para poner fin a la estimulación aversiva con la que se enfrenta, obedeciendo su comportamiento al medio pasivo y actuando de forma refleja.

El principio de reforzamiento indica cómo la conducta es moldeada y aprendida a través del uso de reforzadores. Un reforzador es un estímulo o evento que cambia la conducta subsiguiente, cuando sigue temporalmente a una instancia de tal conducta (Glaser, 1982, citado en Norberto, 1997).

Aplicando el término reforzamiento a la depresión, Lewinsohn, Younggreen y Grosscup 1979 (citado en Norberto 1997) elaboraron varias hipótesis, la primera estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la depresión. El reforzamiento aquí es definido y se refiere a la calidad de interacciones de las personas con su ambiente. Estas interacciones con resultados positivos constituyen un reforzamiento de la conducta de las personas siempre y cuando dichos resultados sean positivos. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta, como consecuencia, las personas deprimidas tienen dificultades para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas, también se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de disforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión. Lewinsohn también supone que una alta tasa de experiencias de castigo causan depresión. Las interacciones de castigo con el medio ambiente pueden causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con el involucramiento y disfrute de actividades potencialmente reforzantes.

La ausencia de eventos reforzantes que son relevantes a la depresión pueden ser vistos de varias clases: experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, soledad y experiencias en donde se compite. Los eventos de castigo que se relacionan más con la depresión abarcan: discordia marital, excesivo trabajo en el hogar y las reacciones negativas de otros (Fredén, 1986).

Se pueden encontrar diferentes situaciones en relación con el reforzamiento. Es importante considerar que una persona deprimida

está en un ensayo de extinción, Lazarus (1968), citado en Norberto, (1997) opina que la depresión es una función de reforzadores insuficientes o inadecuados.

ENFOQUE COGNITIVO

La clínica de la depresión suele acompañarse de una serie de alteraciones cognitivas que hacen que el rendimiento de la persona en tareas intelectuales o que demandan recursos cognitivos disminuya respecto al nivel base, aunque dichos déficit desaparecen una vez remitida la depresión. Entre ellos, cabe destacar la falta de concentración que impide al paciente seguir una conversación, ver una película o leer un libro o el periódico; alteraciones de memoria, como señalan Gasto, Vallejo y Merenhon (1993), no corresponden a una medición objetiva, ya que sólo se han detectado disminuciones en pruebas que evalúan la memoria inmediata. Suelen presentarse quejas referentes a un aletargamiento del pensamiento, con dificultades para asociar muchas veces ideas o conceptos.

Los pensamientos negativos referentes a sí mismos, a su entorno y a su futuro están siempre presentes, constituyendo un pensamiento obsesivo, que puede desembocar en ideación o riesgo autocrítico.

El lenguaje se presenta empobrecido, el paciente suele permanecer callado y contesta con monosílabos cuando es cuestionado, llegando en algunos casos a un mutismo total. Asimismo, aparece una serie de síntomas conductuales, como el abandono de la apariencia física (el paciente no cuida su aseo, su aspecto físico, ni sus necesidades primarias), el retraimiento social y la inactividad laboral (no es capaz de cumplir con sus responsabilidades domésticas o laborales).

Por una parte, Beck (1970), citado en Caballo, (1991) define la depresión como un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas. Para este autor, lo más característico del trastorno depresivo es lo que denomina tríada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo (el paciente se percibe a sí mismo como un infeliz o un desgraciado, experimentando sentimientos de culpa y de autoreproche respecto a las situaciones desagradables por las que ha pasado); visión negativa de su entorno (vive sus experiencias como negativas, amenazadoras y frustrantes, e interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración), y visión negativa acerca del futuro (no cree que las dificultades a las que enfrenta sean momentáneas, sino que está convencido de que nada bueno puede ocurrirle en el futuro). Beck sostiene que le fue posible detectar estos componentes esenciales de la depresión en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y reacciones a estímulos externos.

La mayoría de los investigadores de la depresión coinciden en que con frecuencia los pacientes depresivos son pesimistas respecto de los demás, de sí mismos y de su futuro.

La dificultad surge cuando se considera que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión. Según Beck, las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así modelos cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida; los diversos fenómenos emocionales, motivacionales de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones emotivas. Se puede

decir que con esto Beck infiere que después de experimentar una pérdida, el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa.

Otro autor que maneja la teoría cognitivo-conductual es Ellis, (1978), citado en Vázquez, (1986), quien indica que muchos de los trastornos emocionales son fruto de creencias irracionales que es preciso modificar.

Dichas creencias irracionales se caracterizan por ser absolutas o dogmáticas por naturaleza, expresándose en términos de "tengo que", "debo", "debería", "estoy obligado", etcétera; por provocar emociones negativas que interfieren en la persecución, obtención de metas y que están en la base de conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas. Por el contrario, las creencias racionales son cogniciones evolutivas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial, que se expresan en términos de "me gustaría", "quisiera", "preferiría", "desearía", y que no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. Los problemas psicológicos son conceptualizados por Ellis según el esquema ABC. La "A" representa el acontecimiento desencadenante o activador y suelen ser acontecimientos presentes y corrientes o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero envueltos en recuerdos o pensamientos (conscientes o inconscientes) de experiencias pasadas, la "B" se refiere a lo que cree una persona de ese acontecimiento (creencias racionales y creencias irracionales) y la "C" representa las respuestas emocionales y comportamientos mentales o las consecuencias que se derivan de las creencias.

La terapia racional-emotiva no ha elaborado una teoría respecto a la adquisición de las alteraciones psicológicas, sino que se centra en por qué se mantienen tales perturbaciones. Parte de la hipótesis de que los seres humanos tienen una tendencia innata a pensar y actuar irracionalmente (así como a trabajar contra tales pensamientos), aunque reconoce que las variables ambientales contribuyen a las alteraciones psicológicas. Estas alteraciones se mantienen por las propias teorías que sostienen los sujetos sobre la naturaleza de sus problemas, ya que pueden atribuirse por la utilización de mecanismos de defensa cuya función es ayudar a negar la existencia de estos problemas o minimizar su severidad, y por la "profecía de auto cumplimiento", según la cual el sujeto actúa de acuerdo con sus evaluaciones y predicciones, originando respuestas desde ellos mismos o desde otros, que más tarde interpretarán de forma que confirme su hipótesis inicial.

De la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura en 1982 (citado en Medina 1999), se desprende la aproximación cognitivo-conductual de la depresión, que atribuye un papel fundamental al pensamiento y juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y mantenimiento de la afección. Este enfoque sugiere que existe una alteración previa en la manera de pensar del individuo, que le provoca el desarrollo de las alteraciones del estado de ánimo con un esquema de autodesprecio y autoacusación.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

La escuela psicoanalítica propone que el individuo está inmerso en sentimientos de culpa y de baja autoestima; interioriza la pérdida de

objeto como rechazo de sí mismo y la confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas.

En 1911, Abraham, publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre depresión, este trabajo pionero debe ser entendido en el contexto de las formulaciones psicoanalíticas entonces prevalecientes. En un intento de sistematizar el trastorno maniaco-depresivo, Abraham 1911, (citado en Escobar, 1994) comparó la depresión con un duelo luctuoso (esto es con la pérdida de un ser querido), según él, la diferencia esencial entre estos dos radica en que la persona afectada por el duelo luctuoso es consciente de su preocupación por la pérdida de un ser querido y, en cambio, el individuo depresivo está inmerso en imprecisos sentimientos de pérdida, de culpa y de poca autoestima. De acuerdo con el autor podemos decir que el individuo depresivo interioriza la pérdida como un rechazo de sí mismo y lo confunde o lo relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas.

También Abraham compara depresión con ansiedad, que de igual manera era vista como resultado de instintos reprimidos; formula la siguiente diferenciación: mientras que la ansiedad surge cuando la depresión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

Además en la depresión, la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado, ni capaz de amar y desespera de nunca llegar a la intimidad emocional. Si

bien, en ambos estados la capacidad de amar a otros está bloqueada a causa de la represión de la libido (Arieti y Bemporad, 1993).

En su teoría psicodinámica, Freud profundizó en las ideas de Abraham con el propósito de dotar a la depresión de un cuerpo teórico. Para Freud la diferencia fundamental entre luctuoso y la depresión está en que esta última, la poca autoestima, es un síntoma y además la pérdida es inconsciente, a diferencia del duelo en que la pérdida es consciente.

Según Freud, el individuo depresivo también padece una pérdida pero es simbólica y no se relaciona con la persona perdida. En otras palabras, la tendencia a culpabilizarse y los autoreproches del individuo depresivo están dirigidos, en realidad, a la manera inconsciente, a la persona perdida. El individuo depresivo asume los atributos que percibía en esa persona. Y a partir de ese momento, la depresión se convierte en un proceso narcisista dirigido hacia el interior de la persona, en lugar de estar dirigido hacia el exterior (Escobar, 1994).

Es decir, Freud consideraba la depresión como un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo hacia la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos (Fredén, 1986).

De aquí surgen dos rasgos característicos del paciente depresivo: el sadomasoquismo y la dependencia oral, puesta de manifiesto en la necesidad de ayuda emocional que requieren y piden este tipo de pacientes. Freud 1917, (citado en Medina, 1999) manifiesta que el potencial depresivo tiene su origen en la primera infancia. Supone que durante la etapa oral, las necesidades del infante pueden ser

insuficientes o excesivamente satisfechas, o bien, que después de perder a un ser amado, el individuo introyecta o incorpora en sí mismo a la persona desaparecida; de ahí que la depresión se derive del luto y la melancolía. La pérdida del objeto provoca en el individuo estados depresivos conscientes e inconscientes, tales como tristeza, llanto, nostalgia, amargura, sensación de vacío, sentimientos de culpa hasta pensamientos suicidas.

El punto de vista psicodinámico de la depresión se deriva de *El luto y la melancolía* de Freud (1957), donde trata principalmente la diferencia entre aflicción (dolor) y la depresión (melancolía). El duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado, es un afecto normal paralelo a la melancolía, que incluye tres periodos: desesperación, depresión y adaptación.

En 1971, Jacobson trabajó en la misma línea de Freud, ampliando el concepto de aflicción para incluir la tristeza, mientras que la depresión la caracteriza diciendo que la alteración del ánimo surge de la discrepancia entre las representaciones del Yo y el ideal del ego (superego) o la imagen anhelante del Yo (Fredén, 1986).

En 1948, Klein (citada en Escobar, 1994) propuso y argumentó a favor de una base psicodinámica distinta para explicar el desarrollo de la depresión. Según Klein es durante el primer año de vida de las personas cuando se forma la base de lo que más tarde puede ser el padecimiento depresivo.

Bibring (1986), representa la opinión neo-freudiana otra rama de dicha escuela— y considera a la depresión como un fenómeno del ego. Aquí el

factor importante es la relación entre el individuo y su medio social, siendo no tanto con algún conflicto dentro del individuo mismo. Otra opinión diferente de Bibring es que un solo mecanismo subyacente se atribuye al abatimiento normal, a las depresiones neurótica y psicótica; todas las clases de depresión tienen sus raíces en la pérdida de la autoestima, que puede llevar a que los impulsos agresivos se vuelvan hacia adentro. Cuando la agresión se ha vuelto interna es, pues, un fenómeno secundario (Fredén 1986), es decir, se da una importancia primordial a la pérdida de la autoestima como elemento clave de la depresión.

ENFOQUE MÉDICO-BIOLÓGICO

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta a todo el cuerpo, estado de ánimo y pensamientos. Afecta la forma en que se come, se duerme, lo que opinen de sí mismos y el concepto de vida en general. Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda eliminar. Las personas que padecen esta enfermedad no pueden tan sólo animarse y de inmediato sentirse mejor. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Esta postura plantea que toda depresión tiene factores endógenos (genéticos, bioquímicos) y factores exógenos (desencadenantes).

Desde el descubrimiento de la acción antidepresiva de la imipramina, por Kuhn en 1958, ha sido posible investigar las bases bioquímicas de los trastornos depresivos.

Según la opinión dicotómica, algunas depresiones son endógenas, tienen origen interno (bioquímicos, genéticos), en tanto que otras son

exógenas, dependen de circunstancias externas. Los partidarios del enfoque médico emplean muchos conceptos distintos al referirse a la depresión y estos pueden cambiar de un país a otro. De esta manera, podemos ver que un diagnóstico psiquiátrico de la depresión, y en particular del diagnóstico parcial, está basado en una mezcla (quizá deberíamos decir una confusión) de causa-efecto (síntoma y tratamiento), Fredén, 1986.

En la depresión endógena, la etiología se sustenta en la teoría de las aminas biógenas (serotonina, dopamina y norepinefrina), considerando que el origen de la depresión es una alteración de la neurotransmisión monoaminérgica (Den Boer y Sitsen, (1994), citados en Medina, (1999).

Existe un problema de neurotransmisor con déficit en la función neurotransmisora de la serotonina y/o las catecolaminas, noradrenalina y dopamina. El fenómeno puede provocarse por un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción (por las enzimas monoaminooxidasa y/o catecolamin-orto-metil-tranferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona (fallo del segundo mediador).

Es razonable pensar que todos los mecanismos mencionados están involucrados ya sea de forma primaria o secundaria en un trastorno depresivo. El estado actual de los conocimientos induce a pensar que sea cual sea el tipo de depresión, existe alteración bioquímica.

En estudios realizados en la década los cincuenta, se observó que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina sufrían depresión. Se demostró que la reserpina disminuye la norepinefrina (NE), y serotonina o 5 hidroxitriptamina (5-HT) del cerebro. En otro estudio, se

notó que los pacientes tuberculosos tratados con isoniazida impiden la destrucción de NE y 5-HT inhibiendo el efecto de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que metaboliza dichas aminas. Más adelante, se demostró que los efectos favorables de los antidepresivos tricíclicos, como por ejemplo, la imipramina, derivan de un bloqueo de la recaptación de NE en las terminaciones nerviosas Norberto, (1997).

Posteriormente, se determinaría que tanto la NE como 5-HT están específicamente vinculados con la depresión. Se cree que estas aminas son neurotransmisoras, esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra, sugiriendo que su disminución provoca la depresión.

Dentro de la depresión farmacológica, los agentes más importantes son los tricíclicos, los inhibidores de la MAO y el litio. Estas tres clases de medicamentos han sido claramente establecidos como agentes efectivos en el tratamiento de depresión (American Psychiatri Association Task Rorce, 1975; Cole, 1964; Kleman y Cole, 1965; Morris Beck, 1974; Rogers y Clay, 1975; citados en Norberto, (1997).

Aunque los efectos de los antidepresivos y de los inhibidores de la MAO han sido beneficiosos en el tratamiento de la depresión, no se han hecho conclusiones definitivas.

Entre los partidarios de la opinión médica de la depresión, recientemente ha sido más marcada una tendencia a poner énfasis en el tratamiento, en lugar de concentrarse en las posibles causas. Se hace una distinción entre las depresiones primaria - secundaria y el abatimiento normal. Las personas que padecen una depresión primaria

por lo general reaccionan de manera positiva a los agentes antidepresivos.

Aquellos que sufren una depresión secundaria, que a menudo ha estado precedida por una enfermedad psiquiátrica no afectiva, como la esquizofrenia, pueden encontrar un hecho: que sus problemas se agravan con tales auxiliares psicofarmacéuticos. En los casos de abatimiento normal los agentes antidepresivos no surten ningún efecto en particular Akiskal y McKinney, (1975), citados en Fredén, (1986).

Para concluir con este capítulo, es importante mencionar que la enfermedad depresiva es probablemente la vía final común de múltiples procesos etiopatológicos que convergen en una conocida constelación de síntomas.

Asimismo, la depresión no respeta clases sociales, económicas ni culturales, es un fenómeno universal que debe ser tratado inmediatamente, más aún si cada vez se presenta más en niños y adolescentes, esto es, no respeta edades, ni género.

La presente investigación se sustenta en el enfoque cognitivo-conductual de Beck (1970) y Caballo (1971), donde lo más característico de trastorno depresivo es lo que denomina tríada cognitiva.

La presencia de un trastorno depresivo tiene sobre los individuos un considerable impacto negativo en dimensiones tales como la personalidad, el funcionamiento físico y social en general.

En la adolescencia, (etapa de cambios) consideramos dentro de un cúmulo de factores que propician la depresión, uno de ellos es el déficit de las habilidades sociales.

Las razones por las cuales el adolescente puede fracasar, en la ejecución de conductas prosociales, son que estos transitan por momentos difíciles y que la depresión en la etapa de la adolescencia se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional-afectivo o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad.

Algunos de los investigadores han relacionado la depresión con el déficit de habilidades sociales, argumentando la dificultad que experimentan muchos adolescentes para manejar las relaciones interpersonales debido a que en esta etapa, el joven se encuentra ante situaciones nuevas y más complejas que en la etapa anterior. En el siguiente capítulo se hablará acerca de las habilidades sociales y la relación con la depresión, idea central de nuestro tema de investigación. Considerando a la depresión como un trastorno que puede inhibir la conducta social esperada

CAPÍTULO III.

HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN

Como se mencionó, la adolescencia se puede considerar como una etapa de cambios bio-psico-sociales y algunos jóvenes la atraviesan sin contratiempos, mientras que otros personifican problemas de comportamiento durante esta etapa.

Por tanto, varios estudiosos se han encargado de analizar el comportamiento problemático de los adolescentes, entre ellos *Mussen, 1990; Conger, 1988; Papalia, 1997, y Silva, 1989*, quienes coinciden en señalar que los factores involucrados en dicha problemática son variados, entre ellos se encuentran: los conflictos familiares, actitud del joven ante la conducta sexual, elección vocacional, enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, deserción escolar, independencia familiar, delincuencia, alcoholismo, drogadicción, fobias, hábitos de estudio y/o depresión, entre otros.

Estos factores ambientales y de conducta tienden a presentarse de manera simultánea o ser un elemento único que propicie la problemática del joven adolescente.

Los factores de riesgo son aquellos que propician el comportamiento-problema y se dividen en individuales, familiares y sociales.

Dentro de los **individuales** encontramos:

- ° Baja autoestima

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

- Problemas académicos: fracaso, suspensiones, expulsión, dificultades.
- Bajos niveles para evitar riesgos hacia lo dañino o perjudicial.
- Percepción distal de los padres y/o familia.
- Manifestación de problemas sociales y de conducta en edades tempranas, persistiendo de la niñez a la adolescencia.
- Crisis de valores.
- Fuga de problemas.
- Conflicto con la autoridad, crisis de identidad, ausencia de modelos reales de identificación.
- Alta dependencia del sistema familiar o aislamiento emocional respecto a la familia
- Pérdida de lazos familiares.

Los factores de riesgo **familiares** son entre otros:

- Desintegración familiar, crisis de valores familiares, alejamiento afectivo.
- Comunicación deficiente, clima familiar de desconfianza.
- Marginación del "hijo problema", segregado, aislado, culpado y finalmente expulsado.
- Poca capacidad de los padres para reconocer y manejar sentimientos.
- Autoritarismo de uno o ambos padres, inconsistencia en pautas de autoridad y límites.
- Aislamiento social de la familia.
- Madre sobreprotectora y padre subordinado o ausente.
- Distanciamiento afectivo de los padres o los integrantes de la familia.

- Padres temperamentalmente violentos.
- Familia caótica y desordenada; falta de límites o límites difusos.

Los factores **sociales** de riesgo son:

- Sociedad permisiva
- Problemática social: promiscuidad, prostitución, desempleo, etcétera.
- Crisis de valores sociales.
- Brecha generacional.

Sin embargo, asumimos que cualquiera de estos factores o en su conjunto posiblemente den origen al trastorno, ya que el comportamiento problemático del adolescente es un fenómeno complejo y debe ser objeto de estudio muy cuidadoso.

En este capítulo, se profundiza en relación a las habilidades sociales y la importancia del déficit en las habilidades sociales en relación con indicadores de depresión en adolescentes. Las razones por las cuales un individuo puede fracasar en la ejecución de conductas pro-sociales, en especial los adolescentes, son que éstos transitan por momentos muchas veces difíciles socialmente hablando y que la depresión puede inhibir el manejo de habilidades sociales, lo cual repercute en su comportamiento. Autores como *Vilchis* lo mencionan (1999).

Desde luego, el tratar con estos temas es fundamental aclarar que son los que nos interesan como objeto de estudio, sin embargo, consideramos como lo expusimos anteriormente, existen diversos factores individuales, familiares y sociales que impactan en el adolescente de manera negativa propiciando un trastorno.

LAS HABILIDADES SOCIALES (DOS EXPLICACIONES ANTAGÓNICAS)

Podemos suponer que existen dos explicaciones antagónicas con respecto a las habilidades sociales, una de ellas con relación al modelo tradicional de "personalidad" y la otra, la más reciente, es la "conductual".

La primera y la más común propone tratar a la habilidad social como constructor hipotético de la "personalidad" o como una cualidad de la personalidad. Es decir, se toma como una característica fundamental de la personalidad que predispone al individuo a responder; la cual es inherente a él y donde las conductas son reflejos de esa inherencia. Esta no es directamente observable; siendo la ejecución inferida por el individuo y convertida en habilidad social.

Típicamente, se dice que la persona "tiene" habilidad social, por eso su ejecución es satisfactoria y es satisfactoria su ejecución dado que la habilidad social es inherente al organismo humano, sin especificar la habilidad particular (*Wiggins, 1973; Mc Fall y Lindzey, 1957*). Dicha concepción de cualidad lleva implícita una suposición referente al nivel de habilidad de una persona, se dice que ésta podría ser estable durante el tiempo y relativamente consistente a través de situaciones. Así, si un individuo es altamente hábil en una situación interpersonal determinada, lo seguirá siendo en el futuro y en diferentes tareas.

Sin embargo, dada las implicaciones tanto teóricas como metodológicas del esquema mencionado, como alternativa se introduce un nuevo modelo: el molecular conductual (*Mc Fall, 1982*). Para este modelo las habilidades sociales se refieren a unidades de respuestas observables que se manifiestan en una situación particular (*Sullivan 1892-1949*).

Por tanto, constituyen un atributo conductual de las personas ante una situación específica y no de la persona en sí como en el anterior modelo, el individuo no "tiene" cierta cantidad de habilidades sociales sino por el contrario, éste se comporta en una situación y tiempo particular de una forma más o menos habilidosa.

La alternativa se basa en no considerar la definición circular o de uso tautológico, es decir, la ejecución del individuo es juzgada - observada, más no infiere si es o no habilidosa y por ende concluye que la persona "tiene" habilidad en determinada situación.

En su defecto, el modelo molecular evita suposiciones acerca de la cualidad fundamental, las habilidades se ven como conductas aprendidas en situaciones específicas, si una persona es altamente hábil en una situación interpersonal puede o no serlo mañana bajo la misma situación o en otra diferente (*Mischel 1968*).

Golfried y D'Zurilla (1969) sugieren un criterio para juzgar a una conducta como habilidosa "...es una respuesta máximamente efectiva la que resuelve los problemas inmediatos y está determinada por las consecuencias a corto, mediano y largo plazo".

En una situación interpersonal se manifiestan diversas conductas, las cuales constituyen las habilidades sociales, entre las que se encuentran las conductas asertivas, que se definen como "la expresión adecuada

dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad" (Wolpe, 1969).

Los orígenes del estudio en las habilidades sociales se atribuyen frecuentemente a *Salter (1949)*, conocido por el desarrollo de técnicas para aumentar la expresividad, a *Wolpe (1958)* quien utilizó por primera vez el término de "conducta asertiva", a *Moreno (1946)*, quien aportó el psicodrama y la terapia de papel fijo, *Kelly (1955)*.

A continuación, la descripción de las definiciones que en la actualidad conocemos:

DEFINICIONES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

La importancia de las habilidades sociales en el funcionamiento interpersonal está ampliamente establecida, no obstante, no existe una definición universalmente aceptada por todos los investigadores, encontrándose numerosas definiciones que inciden en una u otra característica de lo que constituye una conducta social habilidosa; enseguida se ofrecen algunas definiciones representativas dentro del ámbito de estudio.

Vilchis (1999), recopila las siguientes definiciones: en 1981, *Argyle* señala que las habilidades sociales dependen de la maduración y de las experiencias del aprendizaje, ya que por naturaleza los individuos están influidos por factores sociales que inhiben o facilitan la emisión de conducta para su proceso adaptativo. En el mismo año, *Arkowitz* lo maneja como conductas interpersonales. En 1986, *Roth* señala que la definición de habilidad tiene que ver con la naturaleza del objeto de estudio, sea este fisiológico, conductual o social, o como la interacción

de estas tres. En 1992, *Kelly* opina que una manera de caracterizar o definir las habilidades sociales se basa en su función, es decir, algunas facilitan el establecimiento de relaciones con las demás, otras sirven para alcanzar reforzadores. Una cierta cantidad de definiciones, continúa *Vilchis*, considera el contenido o la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos y deseos), mientras que otras observan las consecuencias del comportamiento que aluden básicamente al reforzamiento social, una más al contenido y a las consecuencias. Como ejemplo, la de *Wolpe* (1977): "la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad". *Kelly* (1982): "conjunto de conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento de su ambiente". *Hersen y Bellack* (1977): "capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social". *Rimm* (1974): "la conducta impersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos".

Caballo (1993), quien toma tanto el contenido como las consecuencias postula: "ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos a la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas".

García y Gil (1995) menciona que por tantas diferencias conceptuales y la confusión del terreno de las habilidades sociales, el camino más viable es dar a conocer solamente las características más importantes que integran a las habilidades sociales; como son: comportamientos manifiestos (capacidad de actuación en su interacción social);

orientación a objetivos (comportamientos para alcanzar metas o refuerzos); especificidad situacional (tanto la situación como los objetivos del individuo en su interacción requiere de ciertas habilidades), y por último los componentes de las habilidades (conductuales, cognitivos y fisiológicos).

Ríos, Frías y Rodríguez (1994) proponen que las habilidades sociales “son conductas aprendidas y aprobadas socialmente, las cuales dependen del contexto en el que se emitan, la edad, el género, la clase social y la educación de quien las pone en práctica, además de que pueden producir reforzamiento positivo más que negativo”.

MODELOS TEÓRICOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Enseguida se presentan los modelos teóricos que han tratado a las habilidades sociales, tales como: el modelo etológico, el modelo de rasgos, el modelo molecular, el modelo antropomórfico, modelo de scripts, modelo generativo, modelo del aprendizaje social y modelo de análisis de tarea. En donde cada uno presenta su posición hipotética.

Modelo etológico: Analiza las habilidades sociales desde el punto de vista darwiniano de la selección sexual, según el cual los roles sociales están influidos por las características sexuales. Así como el estudio de la conducta animal, es su conocimiento de la comunicación no verbal que puede ser referida significativamente a la expresión de la afectividad.

Modelo de los rasgos: Analiza las habilidades sociales como un constructor hipotético que refleja las características subyacentes de la

personalidad. Habilidades que no son directamente observables, sino indicadores de una determinada personalidad.

Modelo Molecular: Las habilidades sociales son vistas como unidades observables de conducta, que constituyen las partes de la ejecución total del individuo en cada situación interpersonal, son, por tanto, las habilidades sociales un atributo de una situación de una conducta específica, no de la persona en sí. Se definen las habilidades sociales como un término que designa el grado de adecuación que puede lograr una persona en situaciones de interacción que tienen lugar en un contexto interpersonal, independientemente del lugar, los objetos personales o los participantes implicados (*Conger y Conger 1982*).

Modelo Antropomórfico: Considera al ser humano como agente reflexivo y racional, proceso que permite la autointervención, por tanto, además de ser reflexivo, es observador activo y crítico de su propia conducta. Ya que la realidad social no es objetiva sino intersubjetiva.

Modelo de Los *Scripts*: propone que nuestro comportamiento está organizado a través de una infinidad de situaciones estereotipadas que implican actividades rutinarias, por medio de experiencias directas como vicarias, el estereotipo fijado en la memoria se le llama *script* y supone roles, objetos, condiciones, secuencias de acciones y resultados de las acciones.

Modelo Generativo: Supone que cada vez que la atención se dirige hacia el medio ambiente exterior, la naturaleza de la información del mismo es procesada con el fin de establecer una clasificación de entrada o esquema, el cual constituye un conocimiento existente que

contextualiza la información. Es un proceso de observación (monitoreo interno y externo) y de seguimiento de las reglas acordes con el esquema cognitivo existente.

Modelo de Aprendizaje Social: Propone cinco pasos para desarrollar el proceso interactivo: el primero se refiere al aprendizaje observacional, el cual indica que toda persona adquiere conocimiento a través de la observación (integración y procesamiento de información), esto es, cognitivo. El segundo hace alusión a los constructos personales y las estrategias de codificación como variables cognitivas que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención, y la interpretación de la situación social. El tercero destaca las variables expectativas que determina la selección de respuesta de la persona ante una amplia gama. En cuarto lugar se habla de los valores subjetivos de la persona, su respuesta depende de su juicio preferencial. Y por último, menciona la existencia de un sistema regulatorio de la conducta a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento de manera crítica.

Modelo de Análisis de Tareas: Este modelo expone que las habilidades sociales no pueden ser consideradas en abstracto, sino que involucra una tarea en concreto, por lo que la especificación de las características de la misma forma el análisis de tarea. Por lo que hay que descubrir las leyes que gobiernan la interacción social, identificar criterios para discriminar entre ejecuciones adecuadas e inadecuadas y examinar de qué manera la ejecución de una tarea se relaciona con otras dentro del sistema de vida de la persona.

Además, analiza la ejecución con base en los sistemas fisiológico (función decodificadora), cognitivo (toma de decisiones) y conductual (codificadora).

Basado este modelo en el aprendizaje social, postula que el desarrollo de la conducta, incluido el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión partiendo de los principios de esa teoría, y si se es capaz de especificar la historia de aprendizaje de un individuo, también se puede comprender su forma de manejar situaciones, entre las que se encuentran aquellas que requieren respuestas socialmente eficientes.

Este modelo plantea que las habilidades sociales se adquieren, se mantienen e incrementan normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje; a continuación se enumeran:

1. Reforzamiento positivo directo y castigo (aprende la conducta desde la niñez).
2. Experiencia observacional (exposición del modelo).
3. Retroalimentación (consecuencia de la reacción).
4. Expectativas cognitivas (creencias o predicciones positivas de la acción).

De la misma manera que las habilidades sociales se adquieren, también pueden desaparecer, inhibir o perderse, por diversos aspectos:

1. Modelo de déficit de habilidades sociales (no aprendió la conducta).
2. Modelo de ansiedad condicionada (las respuestas fueron castigadas).
3. Modelo cognitivo-evaluativo (la valoración es inadecuada).

4. Modelo de la discriminación (no sabe como emitir la conducta).

Este modelo como tal, también nos proporciona la clasificación de las habilidades sociales, cabe aclarar que ya antes autores trataron de hacer lo mismo; enseguida se expondrán los tipos de respuestas.

Wolpe (1969) presenta seis conductas que requieren los pacientes:

- 1) Externar sus sentimientos, refiriéndose a la verbalización deliberada de las emociones sentidas espontáneamente.
- 2) Expresión facial. Mostrar emoción en la cara y con movimientos cuando sea apropiado.
- 3) Contradicción y ataque. Cuando el paciente discrepa con alguien, no tiene que fingir que está de acuerdo, sino contradecirlo con el sentimiento que sea razonable.
- 4) El uso del yo. La palabra "yo" se emplea tanto como sea posible de modo que el paciente se implique en las afirmaciones que hace.
- 5) Exprese estar de acuerdo cuando sea elogiado. Los elogios no deben ser evitados sino aceptarse honestamente. El autoelogio también debe usarse cuando sea razonable.
- 6) Improvise. Trate de dar respuestas espontáneas ante estímulos inmediatos.

El manual de procedimientos clínicos aborda algunas conductas asertivas entre las que se encuentran: iniciar una conversación, atender información libre, hacer auto-revelaciones, cambiar de tópicos, interrumpir y participar en conversaciones en marcha, terminar conversaciones, dar y recibir cumplidos, ignorar selectivamente,

desarmar ira o enojo, reducción de culpa y la regla de decir lo siento y disculparse, entre otras.

Combs y Lahey, (1981), consideran como conductas sociales, el contacto visual, iniciación de la interacción verbal, respuesta verbal a la verbalización de su compañero, contacto no verbal positivo de su pareja, sonreír, respuesta afectiva positiva, apreciación, no afirmaciones, complacencia, requerimiento de nuevas conductas.

Lazarus, (1973), estableció cuatro tipos de respuestas asertivas: capacidad para decir no, capacidad para pedir favores o hacer peticiones, capacidad para especificar sentimientos positivos y negativos, capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Eisler, (1975), sugiere como habilidades sociales las siguientes: la habilidad de expresar opiniones contrarias a compañeros e instructores, la habilidad de pedir favores a otros, la habilidad para negociar el "dame" y "toma" con familiares, amigos o esposos y la habilidad para pedir ayuda en la resolución de un problema.

Goldstein, (1981), clasifica las habilidades sociales en 59 indicadores, que a la vez se subdividen en seis grupos, desde las habilidades más sencillas hasta las más complejas, es decir, desde saber escuchar hasta las de planeación. Posteriormente, las reduce a 50 habilidades sociales consideradas como necesarias para que un adolescente interactúe adecuadamente y propone una escala para medirlas.

Ríos, (1994) trabajó con dicha escala con adolescentes mexicanos, logrando así la validación y confiabilidad de los resultados.

Caballo (1993) maneja una lista de 12 dimensiones conductuales como las más aceptadas: hacer y aceptar cumplidos; hacer peticiones; expresar amor, agrado y afecto; iniciar y mantener conversaciones; defender los derechos propios; rechazar peticiones; expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; petición de cambio de conducta del otro; disculparse o admitir ignorancia y afrontar las críticas.

Estos elementos han sido un gran aporte en la evaluación de las habilidades sociales y tienen relación con el modelo conductual, ya que sus componentes son medidos en forma observable y objetiva.

En términos generales, se puede hablar de dos enfoques teóricos que subyacen al estudio de las habilidades sociales, aunque antagónicos, y que han servido de base para formular varios modelos, estos son el cognitivo y el conductual.

En el enfoque cognitivo se le concede al hombre un papel más activo en la modelación de su conducta. El hombre domina sus experiencias no a la inversa. No es un mero rector pasivo ante el ambiente, sino que lo estructura e interpreta. El hombre es un ser que soluciona problemas, donde sus funciones superiores le permiten pensar, planear y juzgar, siendo su conducta el resultado de esos procesos. Se incluyen los modelos de *Roth (1986)* antropomórfico, *scripts*, del aprendizaje social, generativo y de análisis de tareas).

El enfoque conductual se concentra en el influjo del medio externo que modela y estimula nuestra conducta y sostiene que el ser humano es una especie de "reactor" frente a los hechos pasados y de su presente, además de negar que el hombre escoja libremente su forma de actuar.

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Enseguida se retomará el aspecto de evaluación de las habilidades sociales, sus características fundamentales son un conjunto de estrategias y capacidades de actuación aprendidas y se manifiestan en situaciones de relaciones interpersonales, incluyendo comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos; los cuales permiten realizar evaluaciones de este marco.

Podemos distinguir dos tipos de análisis: molar y molecular; el primero se refiere a la habilidad general, como la asertividad, la habilidad heterosocial o la capacidad de actuar con efectividad. Mientras que en la molecular, cada habilidad general está compuesta por otras más, la conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos, éstos son medidos de forma objetiva y sus medidas son altamente confiables. El enfoque molar evita evaluaciones objetivas, específicas y se sustenta en evaluaciones generales, subjetivas, su principal desventaja consiste en que no indican específicamente lo que está haciendo bien o mal el sujeto.

Las habilidades sociales se organizan en distintos niveles de complejidad, las cuales mantienen cierta jerarquía, cuyas estructuras se desarrollan desde un nivel molar (p. ej.: habilidades de interacción social) hasta llegar a uno molecular (p. ej.: mantener contacto ocular, decir "no").

El modelo tradicional comúnmente utiliza la prueba convencional estándar, llamadas pruebas psicométricas (*Wiggins 1973*), que son usadas para evaluar un atributo particular de la personalidad. Se utilizan

los auto-reportes. De esta manera, se resalta que los métodos tradicionales están centrados en la "eliminación" de características no deseables que fortalecer sistemáticamente las conductas deseables, esto es, eliminar las fuentes del malestar psicológico.

En contraste con este modelo, *Kelly (1992)* señala que la descripción conductual más objetiva se basa en la especificación de elementos verbales y no verbales. Este enfoque pretende construir nuevas competencias conductuales y es así como suma al repertorio adaptativo y social de la persona.

Caballo, (1988), en una revisión de 90 trabajos, que emplearon componentes conductuales, encontró los elementos más utilizados: componentes verbales, elementos paralingüísticos o vocales, componentes no-verbales y componentes mixtos.

Por tanto, las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluyen el reforzamiento positivo directo de las habilidades; experiencias de aprendizaje vicario u observaciones; retroalimentación interpersonal y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.

Este principio permite deducir que el propósito último del entrenamiento de las habilidades sociales pretende establecer un cambio durante esa práctica controlada para, después y por encima de todo, promover la generación de las nuevas habilidades con relación a las situaciones problemáticas que se dan en el ambiente natural. Como se comentó, se considera a las habilidades sociales como un conjunto de habilidades

aprendidas que un individuo pone en juego en una situación interpersonal en función de variables personales, factores ambientales y la interacción entre ambos.

Esta conceptualización implica tres componentes: una dimensión conductual (tipos de conducta), una dimensión situacional (situaciones) dentro de un contexto cultural o subcultural y una dimensión personal (variables cognitivas).

Gismero, (1996) propone lo siguiente:

En la dimensión conductual (clases de respuestas), uno de los primeros en manejar este término fue *Lazarus (1973)*, que proponía dividir el comportamiento asertivo en cuatro patrones de respuestas específico y separado:

1. La capacidad de decir "no".
2. La capacidad de pedir favores o hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Aunque están otras muy relacionadas con las anteriores, las cuales son:

1. Defensa de los derechos.
2. Hacer peticiones.
3. Rechazar peticiones.
4. Hacer cumplidos.
5. Aceptar cumplidos.
6. Iniciar, mantener y terminar conversaciones/tomar iniciativa en las relaciones con otros.

7. Expresión de sentimientos positivos (amor, agrado, afecto).
8. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de sentimientos negativos (molestia, enfado, desagrado).
10. Solicitar cambios de conducta.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Afrontar, manejar las críticas.

Los componentes no-verbales (contacto ocular, gestos, posturas, distancia, etcétera) y paralingüísticos (volumen de la voz, tono, latencia, fluidez, etcétera).

Respecto a la dimensión personal (componentes cognitivos) incluiría la forma de percibir cada situación de cada individuo particular, sus expectativas, valores, autoverbalizaciones, etcétera. Es decir, todas aquellas variables cognitivas que ha aprendido en el transcurso de su historia personal y que le constituye una persona única en la cual el ambiente influirá de manera específica.

En la dimensión situacional se hace referencia de las distintas circunstancias que pueden afectar a la mayor facilidad, dificultad de un individuo a la hora de comportarse asertivamente (*Gismero, 1996*).

ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento de las habilidades sociales está considerado como una forma de intervención terapéutica en diversos problemas conductuales para mejorar las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Este

entrenamiento puede ser aplicado prácticamente a todo tipo de problemas, ya que parece existir una estrechísima relación entre dichas habilidades y la salud (*Pérez, 1997*).

De ahí que el ámbito de aplicación de estos entrenamientos se haya extendido desde la psicología clínica hacia otras áreas de la misma, como por ejemplo:

- El campo de la psicología de la salud está aplicando programas específicos para trastornos crónicos (mejora la auto-imagen en niños y adolescentes).
- Prevención o intervención en la salud laboral (mejora el clima laboral).
- Relaciones y recursos humanos (*Irvarriaga, Segura, Criado, Zuazoy, Sastre, 1999*).

Wolpe, (1958), propone un paquete de técnicas, denominado entrenamiento asertivo, el cual se utilizó para el manejo de respuestas de ansiedad, es decir, el entrenamiento de respuestas asertivas como método para reemplazar conductas desadaptadas.

Mc Fall y Marston, (1970), utilizan la técnica de juego de papeles, construyendo una serie de situaciones sociales con estudiantes inasertivos. En sus resultados, los autores demuestran que los estudiantes inasertivos presentaron mayor ansiedad al comienzo de las sesiones, la cual disminuyó conforme transcurrió el tratamiento, lo cual prueba que la técnica de juego de papeles inhibe la conducta indeseable.

Eisler, (1973) utiliza el juego de papeles, observando las conductas verbales y no-verbales dentro de una situación simulada (*video*),

demostrando que esta técnica permitió a los sujetos desarrollar respuestas verbales y no-verbales.

Meichenbaw y Cameron, (1974), aliados del cognocitivismo, proponen la técnica de auto-instrucción, la cual permite a los individuos desarrollar una relación más directa entre las auto-verbalizaciones y la conducta.

Otro tipo de técnicas que se han utilizado en el tratamiento del déficit social, son: las técnicas de modelamiento, demostrándose la efectividad del aprendizaje observacional o usando técnicas combinadas como la de modelado y el reforzamiento (*Cooke y Appolloni, (1976)*).

Weinman, Gelbart, Wallace y Post, (1972) compararon los efectos del tratamiento conductual (terapia socio-medioambiental) con la desensibilización sistemática y el entrenamiento de relajación en la inducción de la conducta asertiva. Encontrando que los tratamientos reducen la ansiedad y la afección y el conductual mejoró la conducta interpersonal.

Roth, (1986) realiza una revisión empírica de la aplicabilidad del entrenamiento de habilidades sociales en la solución de una amplia gama de problemas de conductas interpersonales, tales como el consumo excesivo de alcohol y drogas, la conducta de la agresión, esquizofrenia, depresión, invalidez, retardo en el desarrollo, los problemas maritales y familiares, de ansiedad, etcétera. Por lo que maneja la aceptación del entrenamiento en las habilidades sociales como vehículo para rehabilitar pacientes con trastornos de conducta debido al déficit de habilidades. Asimismo, recomienda que el

entrenamiento de habilidades sociales no debe estar restringido a superar los problemas o trastornos específicos, sino que resulte viable su aplicación a poblaciones que no suelen presentar anomalías de ninguna clase para optimizar y mejorar su rol social.

Este autor hace referencia a una serie de investigaciones: *O'Leary, (1976)* quienes encontraron que los adolescentes pre-alcohólicos eran menos diestros con deficiente repertorio social y más probable a las recaídas que los bebedores ocasionales de su misma edad.

Asimismo, reporta a *Lazarus, (1995)*, quien presentó uno de los testimonios de tratamiento más exitoso para un alcohólico y basado en el entrenamiento asertivo a través del ensayo conductual. Otros estudios que menciona están relacionados con la agresión, *Quay, (1966)* dice que los problemas de conducta, en su generalidad, revelan la presencia de patrones de conducta agresiva, física y verbal, asociados con relaciones interpersonales pobres, tanto en adultos como en jóvenes.

Lewinsohn, (1975) ha trabajado el entrenamiento en habilidades sociales sobre la depresión, teorizando en que la conducta depresiva tiene una etiología, la cual es que el individuo obtiene poca porción de reforzadores positivos en su relación familiar e interpersonal.

Fester, (1965) hizo notar por primera vez el reducido repertorio de habilidades sociales en los pacientes depresivos, a quienes calificó de sujetos en programas de extinción debido a un déficit creciente de reforzamiento positivo; el individuo depresivo no sólo no recibe reforzamiento de otras personas, sino que tampoco es capaz de darlo.

A partir de ese criterio expuesto por *Fester*, el entrenamiento de habilidades sociales es uno de los principales tratamientos de la depresión que han sido utilizados en varios estudios, considerando a este problema como un problema social, donde existe una pérdida creciente de la interacción interpersonal. Enseguida se mencionan algunos de ellos:

Hersen, (1980) muestra la mejoría en pacientes depresivos no sólo en el funcionamiento interpersonal y el humor sino que también redujo la sintomatología.

Vilchis, (1999) hace una recopilación de los siguientes estudios:

Iniciando con *Lazarus*, (1968) quién trató a un depresivo exógeno con un entrenamiento de habilidades sociales, indicando que con ese procedimiento desapareció la depresión y no volvió a aparecer en tres años.

Sánchez y Lewinsonh, (1980) encontraron una correlación de $r = -0.50$ entre la asertividad y la depresión a lo largo de un periodo de 12 semanas en doce pacientes deprimidos.

Spirito y Hark, (1990) examinaron la relación entre depresión, conducta suicida y el déficit en habilidades sociales en 41 adolescentes, después de evaluar la depresión y las habilidades sociales, los resultados obtenidos arrojaron una correlación de $r = -0.56$ entre las variables.

Beck, (1976), *Levitt y Lubin*, (1975), señalan que los estados depresivos van acompañados de una notable reducción en la tasa de actividad personal.

Por tanto, encontramos que el modelo conductual enfatiza que la habilidad social implica:

- a) La capacidad de respuesta tiene que adquirirse (dimensión conductual; tipo de habilidad o conducta).

- b) Que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas (dimensión personal; variables cognitivas o habilidades que procesan información).
- c) Que la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción de ambos (dimensión situacional; contexto ambiental).

El tipo de respuesta, es decir, la dimensión conductual ha sido estudiada y clasificada por varios investigadores. *Lazarus, (1973)* describe la clase de respuestas para iniciar una conversación, así como también estableció las respuestas que abarcan las habilidades sociales, tales como la capacidad para decir no, para pedir favores o hacer peticiones, capacidad para especificar sentimientos positivos y negativos y capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Caballo, (1993) clasifica en 12 clases de respuestas; hacer cumplidos, aceptar cumplidos, hacer y rechazar peticiones expresar amor, agrado y afecto, iniciar y mantener conversaciones, defender los propios derechos; rechazar peticiones; expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, petición de cambio de conducta del otro; disculparse o admitir ignorancia y afrontar las críticas.

Ríos, (1994) en México tradujo la escala de *Goldstein, (1981)*, cuya clasificación contenía 59 habilidades y que posteriormente la presentó en 50 habilidades sociales consideradas como necesarias para que un adolescente interactúe adecuadamente, y propone una escala para medirlas; la investigadora validó la escala en una población adolescente. El entrenamiento en habilidades sociales es una estrategia comúnmente utilizada para el tratamiento de diversos problemas conductuales para

mejorar las relaciones interpersonales, como terapia dirigida para incrementar la competencia social.

Según Caballo, (1993) este entrenamiento implica cuatro elementos estructurados:

A) Entrenamiento en habilidades sociales. Se enseñan conductas específicas por medio de instrucciones y modelado, después se hace el ensayo conductual, enseguida se retroalimenta y refuerza, por último, el manejo de un conjunto de las técnicas de mantenimiento y generalización.

B) Reducción de la ansiedad. Se utiliza la técnica de relajación si la ansiedad es elevada y se utiliza el manejo de una respuesta incompatible con la respuesta de ansiedad.

C) Reestructuración cognitiva. Adquisición de una nueva conducta por medio de la modificación de valores, creencias, cogniciones y/o actitudes.

D) Entrenamiento en solución de problemas. Enseñar a percibir y procesar los "valores" de todos los parámetros situacionales relevantes para generar respuestas potenciales, seleccionar esas respuestas y enviarlas al impulso que motivó esa relación interpersonal.

Recapitulando, estas investigaciones muestran que los problemas psicopatológicos posiblemente están vinculados con un marcado déficit en las habilidades sociales. Se supone que existe un sector poblacional incapaz de relacionarse socialmente, de expresar clara y directamente sus sentimientos, tomar decisiones, resistir a las presiones, negociar los conflictos, controlar su ambiente y anteponerse a situaciones adversas, en su caso, se hace necesario una intervención a tiempo en forma preventiva, entendiéndose esto como la creación de técnicas y procedimientos de repertorios prosociales, cuyo déficit esté vinculado a factores de riesgo.

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

Como podemos apreciar, la metodología conductual aplicada en pacientes con problemas de salud mental, en especial en pacientes depresivos, registra una intervención con resultados favorables para el paciente, de esta manera nuestro estudio compartimos la definición de Ríos (1994) " las habilidades sociales son conductas aprendidas y aprobadas socialmente, las cuales dependen del contexto en el que se emiten, la edad, el género, la clase social y la educación de quien los pone en práctica. Además que pueden producir reforzamiento positivo más que negativo" . Caballo en 1986) considera " La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación respetando esas conductas en los demás. Por lo tanto el presente estudio se enfocó a analizar los indicadores de depresión sin embargo consideramos y de las habilidades sociales. Postulando que a mayor déficit en las habilidades sociales mayor es el número de casos clínicos de depresión.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA, RESULTADOS Y ANÁLISIS

MÉTODO.

En este trabajo el objetivo fue analizar los indicadores de depresión y de las habilidades sociales en adolescentes de dos secundarias (estatal y urbana), refiriendo que a mayor déficit en las habilidades sociales, mayor es el número de casos clínicos de depresión.

Para alcanzar dicho objetivo se procedió con los pasos siguientes:

VARIABLES.

Las variables consideradas en esta investigación fueron: depresión definida de acuerdo con Beck, (1970) y Caballo, (1991); habilidades sociales definidas de acuerdo con Caballo (1986); el grado académico, considerando los tres grados del nivel de secundaria (primero, segundo y tercer); el género masculino y femenino; y la edad, considerada de 11, 12, 13, 14 y 15 años. Así como el ámbito donde se ubicaban dichas escuelas (estatal y urbano).

SUJETOS

La muestra se integró con una población de 195 estudiantes de ambos sexos correspondientes al nivel de secundaria de dos ámbitos diferentes (estatal, 100 alumnos y urbana, 95 alumnos), cuyas edades oscilaban entre los 12 y 16 años.

Considerando los tres grados académicos (un grupo de primer grado, un grupo de segundo y un grupo de tercero) en cada escuela.

MATERIALES

Para evaluar la depresión se utilizó el Inventario de Depresión para niños de Kovacs M. (1977), que consta de 27 reactivos (14 reactivos positivos y 13 reactivos negativos) con tres categorías de respuesta (0,1y 2), cuyo objetivo es detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo.

Para evaluar las habilidades sociales se utilizó la Escala de Habilidades Sociales para adolescentes (EEHSA) de Ríos (1994), que consta de 50 reactivos, conformados en seis categorías generales: Habilidades de Inicio (escuchar, iniciar y mantener una conversación, preguntar, agradecer, presentarse y presentar a otros y hacer cumplidos); Habilidades Avanzadas (pedir ayuda, trabajar en equipo, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, y convencer a otros); habilidades para manejar sentimientos (identificar y conocer los propios sentimientos, permitir que otros conozcan los propios sentimientos, entender los sentimientos de otros, mostrar afecto, afrontar el miedo y auto-valorarse); Habilidades alternativas a la agresión (pedir permiso, lograr un permiso, ofrecer ayuda, ayudar a otros cuando lo solicitan, negociar, autocontrolarse, defender sus derechos, afrontar la burla, evitar peleas y problemas); habilidades para encarar el estrés (reclamar asertivamente, responder a la queja de otros, expresión de opiniones honestas ante los logros de otros, afrontar la vergüenza, encarar la frustración, defender a un amigo, resistir a la persuasión, afrontar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, responder ante una acusación,

expresar opiniones y resistir a la presión del grupo) y Habilidades de planeación (motivación en actividades nuevas, identificar problemas, lograr una meta, autoconocer sus capacidades, obtener información, establecer prioridades, tomar decisiones, planear antes de actuar)

AMBIENTE

La aplicación de los instrumentos que nos sirvieron para evaluar la depresión y las habilidades sociales, se realizaron en las instalaciones de cada una de las escuelas, en los salones de clase de cada uno de los grupos, en las instalaciones de cada plantel educativo, en la Secundaria técnica No. 23 (Estatal) y en la Secundaria Diurna No. 38 (Urbana).

PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Se contacto con los Directores de ambas Secundarias con la finalidad de requerir su autorización y llevar a cabo los trámites administrativos necesarios para la aplicación de las pruebas psicológicas, como parte de las actividades desarrolladas en la línea de la Unidad de investigación interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE), de la UNAM CAMPUS IZTACALA.

Se investigó el número de grupos de 1º, 2º, y 3er de nivel académico de cada uno de los planteles educativos, enseguida mediante un muestreo aleatorio simple, se eligió a los grupos de cada grado en forma azarosa del turno matutino. Se impartió una plática previa a los estudiantes seleccionados, de sensibilización hacia la prueba y así lograr la veracidad de sus respuestas. Se aplicaron los inventarios de forma grupal en cada una de las escuelas en diferentes momentos. Primero se aplico la escala

de habilidades sociales con una duración aproximada de una hora, se dejó pasar un lapso de 20 min. de receso para aplicar la siguiente prueba de depresión.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

El análisis de los datos fue realizado a través del paquete estadístico SPSS V.10 para Windows, mismo que se presenta de lo general a lo particular, es decir, se presenta en primer lugar lo encontrado en toda la muestra evaluada sobre habilidades sociales y depresión; enseguida se presentan los resultados encontrados en cada una de las escuelas (análisis intra escuela) para después presentar un análisis comparativo (entre escuelas) iniciando con habilidades sociales y siguiendo con la depresión y la correlación entre ambas.

En primer lugar, se calcularon las frecuencias observadas, media y desviación estándar de los datos generales de habilidades sociales de toda la muestra evaluada, para enseguida proceder de la misma forma con lo encontrado en la evaluación de la depresión. Posteriormente se hizo un análisis de correlación mediante el estadístico producto momento de Pearson de las habilidades sociales y la depresión. y se calculó la significación de las diferencias de estas variables en términos de edad, grado académico y género en ambos planteles educativos mediante la t de Student y análisis de varianza . Estos resultados se muestran en los siguientes apartados.

HABILIDADES SOCIALES EN TODA LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Los resultados de habilidades sociales fueron reagrupados de la siguiente manera: primeramente se analizaron las frecuencias en cada categoría de respuesta (de "nunca" a "siempre hábil") y enseguida se reagruparon aquellos que contestaron de "nunca" a "algunas veces hábil" como "**no hábiles**" y los que contestaron "frecuentemente" y "siempre" fueron considerados como "**hábiles**". Estos resultados se presentan en las tablas 1 y 2.

TABLA No. 1 HABILIDADES SOCIALES EN TODA LA MUESTRA DE ESTUDIANTES

Se describe el significado de las columnas de la tabla 1, siendo que la columna 1 corresponde a los FACTORES DE LAS HABILIDADES SOCIALES evaluadas, enseguida se describen las categorías de respuesta, NH (NUNCA HÁBIL) columna 2; RV (RARA VEZ) columna 3; AV (ALGUNAS VECES), columna 4; F (FRECUENTE), columna 5; S (SIEMPRE), columna 6; enseguida la (MEDIA), columna 7; y la DESVIACIÓN ESTANDAR columna 8; se muestran también los RANGOS DE RESPUESTA para cada categoría de cada uno de los factores de las habilidades evaluadas, así como las FRECUENCIAS para cada uno de ellos.

Los resultados indican que la mayoría de los jóvenes evaluados, se perciben como hábiles en todas las categorías evaluadas de habilidades sociales, pues las mayores frecuencias se observan en las categorías de ("F") rango de frecuentemente y ("S") rango de siempre. Sin embargo, al reagrupar las tres primeras categorías de respuesta, ("nunca", rara vez y "algunas veces hábiles"), se encontró que la frecuencia de casos de jóvenes inhábiles es considerable. Veamos por ejemplo, en las

Habilidades de Inicio (HI) 66 jóvenes pueden ser considerados como inhábiles para escuchar, iniciar y mantener conversaciones, hacer preguntas, agradecer, presentarse y presentar a otros y hacer cumplidos (habilidades que evalúa el factor 1). En promedio, se obtuvo un puntaje 27.03 con una D.E. 4.79

Cuando una persona es inhábil con respecto factor 1 (Habilidades de inicio) ésta puede presentar implicaciones como falta de atención, ansiedad o inquietud, pierde la oportunidad de entender lo que esta sucediendo y la interpretación de la realidad será distorsionada.

Las personas con dificultades para iniciar o mantener una conversación no van proyectar seguridad en las interacciones sociales y es muy probable que tiendan a aislarse o a evitar relacionarse con los demás, así como interactuar con otras personas ya sea por timidez o fobia social. Siendo las habilidades de este factor una base de suma importancia para la comunicación

Otro aspecto importante donde las interacciones sociales se ven afectadas es cuando el individuo no hace preguntas, no agradece, no sabe como presentarse o presentar a otros y hacer cumplidos, esto influye puesto que minimiza su interés y su actitud será de inseguridad y poca confianza en si mismo. La autoestima y el autoconcepto pueden resultar afectados.

En el factor 2 que evalúa las habilidades avanzadas donde se exploran las habilidades para pedir ayuda, trabajar en equipo, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse y convencer a otros.; encontramos un total de 70 estudiantes que pueden considerarse inhábiles. El puntaje

promedio obtenido por la muestra fue de 21.31 y una desviación estándar de 4.05, estos resultados pueden apreciarse en la tabla 2.

Estimamos que 70 adolescentes es una frecuencia muy grande si consideramos que solo son resultados de tres grupos de cada escuela; sin embargo, recuérdese que la muestra fue tomada de forma aleatoria dentro de la escuela, lo cual podría permitirnos extender estos hallazgos al menos hacia la población de estudiantes de este nivel en las escuelas evaluadas., aspecto que puede verse como un verdadero problema de inhabilidades en los estudiantes de ambos planteles.

La persona que tiene dificultades para poner en práctica las habilidades avanzadas, puede perder la oportunidad de buscar apoyo o solicitar ayuda en algún momento de dificultad, o negarse a cooperar, participar, colaborar, negociar, discutir, de forma adecuada con los demás o puede también mostrarse apático, al no poder establecer y mantener una interacción adecuada con los otros. En este sentido, le puede resultar difícil integrarse de manera adecuada al grupo de compañeros, al no poder comunicarse o entablar una conversación, tampoco puede defender sus ideas, sentimientos e integridad, sintiéndose incomodo ante estas situaciones y al mismo tiempo incapaz de poder convencer o llegar a un acuerdo con otras personas.

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

TABLA 1. Habilidades sociales en toda la muestra de estudiantes

FACTORES	INTERVALOS					MEDIA	DESV. ESTÁNDAR
	* NH	* RV	*AV	*F	*S		
HABILIDADES DE INICIO							
F1	8-13	14-19	20-25	26-31	32-40		
FRECUENCIA	0	4	62	86	43	27.93	4.79
HABILIDADES AVANZADAS							
F2	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30		
FRECUENCIA	2	3	65	80	35	21.31	4.05
HABILIDADES PARA MANEJAR LOS SENTIMIENTOS							
F3	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30		
FRECUENCIA	2	16	72	86	29	21.04	4.31
HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN							
F4	10-17	18-25	26-33	34-41	42-50		
FRECUENCIA	0	9	55	94	36	35.8	6.02
HABILIDADES PARA AFRONTAR EL ESTRÉS							
F5	12-21	22-31	32-41	42-51	52-60		
FRECUENCIA	2	9	54	91	40	44.63	8.03
HABILIDADES DE PLANEACIÓN							
F6	8-13	14-19	20-25	26-31	32-40		
FRECUENCIA	2	10	27	61	95	30.56	6.48
PUNTAJE TOTAL DE HABILIDADES SOCIALES							
	50-89	90-129	130-169	170-209	210-250		
FRECUENCIA	0	0	36	105	26	181.36	26.61

En el factor 3 que evalúa las habilidades para manejar los sentimientos, tales como: conocer sus propios sentimientos, permitir que otros conozcan sus sentimientos, entender los sentimientos de los otros, mostrar afecto, encarar el miedo y auto valorarse. Se encontró que 90 estudiantes resultaron inhábiles en este factor con un puntaje promedio de 21.4 y una desviación estándar 4.31. estos resultados pueden también apreciarse en la tabla 2.

Las personas que presentan problemas para manejar sus sentimientos, pueden sentir temor hablar de ellos abiertamente, al fracaso social y ser observado, se muestran renuentes, herméticos, y ponen siempre una barrera con tal de no encararlos. Se protegen y siempre muestran la misma actitud de reserva, no permiten llegar a sentir afecto ni mostrándolo a sus semejantes, ni tampoco aceptarlo. Truncan las relaciones con parejas, con amigos, con la familia etc.

El factor 4 representa las habilidades alternativas a la agresión e incluye habilidades para lograr un permiso, pedir permiso, ofrecer ayuda, ayudar cuando lo pidan, negociar, auto controlarse, defender sus derechos, afrontar la burla, evitar problemas y evitar peleas. En este factor los resultados mostraron una frecuencia de 64 estudiantes inhábiles con una puntuación media de 35.8 y una desviación estándar 6.02, lo que puede significar que estos jóvenes pueden presentar respuestas agresivas, altaneras, de negación, rebeldía, entre otras, provocando el rechazo de los demás e impidiendo relacionarse de una manera armoniosa, pueden buscar dificultades por la actitud que muestran y pueden ser discriminados por los demás por su comportamiento poco ajustado y escasamente adaptativo.

En el factor 5 que evalúa las habilidades para afrontar el estrés, tales como: reclamar asertivamente, responder a la queja de otros, expresión de opiniones honestas ante logros de otros, encarar la vergüenza, encarar la frustración, defender a un amigo, resistir la persuasión, afrontar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, responder ante una acusación, expresar opiniones, resistir la presión del grupo. Los resultados muestran que 65 estudiantes se consideran inhábiles en este factor, donde el puntaje promedio fue de 44.63, con una desviación estándar de 8.03.

En este sentido, los estudiantes que presentan déficit en el manejo del estrés pueden perder la calma y el control de las situaciones con facilidad, no saben cómo actuar en los momentos de crisis, reaccionando en ocasiones con fugas emocionales como la tristeza, el enojo envidias, preocupaciones excesivas, respuestas impulsivas y viscerales, esto nos indica una falta de capacidad de respuesta.

Finalmente, en el factor 6, con el cual se evalúan las habilidades de planeación, donde se incluyen las habilidades de: motivación en actividades nuevas, discriminar problemas, lograr una meta, auto conocer capacidades, obtener información, establecer prioridades, tomar decisiones, planear antes de actuar. En este sentido, los resultados muestran a 39 estudiantes inhábiles. Con un puntaje promedio de 30.56 y desviación estándar de 6.48.. Las habilidades de planeación conllevan una respuesta reflexiva de la persona hacia un proyecto de vida, esto se ve afectado cuando se presenta un deterioro de dichas habilidades, la persona se siente conformista, mediocre, sin ánimo para emprender sus metas, sin expectativas futuras, toma su vida dada ("así

soy yo”), sometiéndose a la voluntad de otros, actuando y relacionándose con los demás de manera autónoma.

Hasta aquí, los resultados evidencian la falta de esos recursos sociales en los jóvenes evaluados, cuya ausencia puede aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes para la adopción de patrones conductuales nocivos para la salud, el aprendizaje, el bienestar familiar y social. Al carecer de los repertorios prosociales hace más probable que se presente en ellos inestabilidad emocional y social. (Ríos 1994)

Al parecer los resultados nos muestran que la mayoría de los alumnos evaluados en la prueba de habilidades sociales, “frecuentemente” se consideran hábiles aparentemente al contestar positivamente, en el caso de las habilidades de planeación, indica que se perciben hábiles, sin que se detecte un déficit severo en nuestra muestra.

Sin embargo, en general observamos que en las categorías de respuesta “nunca”, “raras veces”, y “algunas veces” alcanzaron puntajes ligeramente más elevados si se comparan con los puntajes obtenidos en cada una de las categorías de respuesta, resultando que la muestra es significativa, esto es, si se llevará a cabo la aplicación en muestras más grandes, se reduciría lo óptimo de los resultados en las categorías analizadas.

Los resultados hasta aquí esbozados, ponen en evidencia la falta de estos repertorios sociales en los jóvenes evaluados, aspecto que puede aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes, para la adopción de patrones conductuales nocivos para la salud, el aprendizaje, el bienestar familiar y social.

Al carecer de los repertorios pro-sociales hace más probable que se presente una inestabilidad emocional y social, ante tal circunstancia, los adolescentes están más expuestos de presentar otro tipo de trastorno y también alteran el tipo y la calidad de las interacciones que los jóvenes desarrollan con las personas significativas de su entorno. (Padres, maestros, hermanos, amigos o adolescentes del sexo opuesto). (Vilchis, 1999).

Los problemas de interacción social en los adolescentes, pueden tener implicaciones para su ajuste presente y futuro a las demandas sociales. Los resultados permiten varias reflexiones: en primer lugar, sobresale que la mayoría de los jóvenes (90) se resultaron con dificultades para manejar sus sentimientos, lo cual hace evidente que el déficit en las habilidades sociales hace más probable la presencia del trastorno depresivo. En segundo lugar, dentro de las habilidades avanzadas (70), habilidades de inicio (66), habilidades para afrontar el estrés (65), habilidades alternativas de la agresión (64) y las habilidades de planeación (39) contribuyen también a que se presente este patrón conductual, fuente de los problemas de la salud.

FRECUENCIA DE CASOS CONSIDERADOS INHÁBILES EN TODA LA MUESTRA.

A continuación, se analizan los resultados obtenidos de los casos considerados inhábiles en las habilidades sociales considerando el criterio de reagrupar las categorías de respuesta.

TABLA 2 FRECUENCIA DE CASOS INHÁBILES EN TODA LA MUESTRA.

En la tabla 2, se observa la frecuencia de casos considerados inhábiles de acuerdo con las categorías de respuesta "nunca", "rara vez" y "algunas veces" hábil, en cada uno de los factores estudiados, nos muestra menor frecuencia en las habilidades de planeación (39 estudiantes) y mayor frecuencia en las habilidades para manejar los sentimientos (90 estudiantes).

Lo cual nos indica que los estudiantes tienen mayor dificultad en el manejo de sus sentimientos (factor 3), tales como conocer sus propios sentimientos, permitir que otros conozcan sus propios sentimientos, entender los sentimientos de otros, mostrar afecto, encarar el miedo y auto valorarse y menor dificultad en las habilidades de planeación, como motivación en actividades nuevas, discriminar problemas, lograr una meta auto conocer capacidades, obtener información, establecer prioridades, tomar decisiones y planear antes de actuar.

De acuerdo con Ríos (1994), la presencia en el adolescente de cierto tipo de inhabilidad individual (auto-controlarse, no saber tomar decisiones, resolver problemas) o inhabilidad social (establecer relaciones amistosas, hablar en público) podría estar vinculada a ciertos trastornos conductuales y emocionales como la agresión, el aislamiento social o la depresión, entre otros.

TABLA 2. FRECUENCIAS DE CASOS INHÁBILES EN HABILIDADES SOCIALES

FACTORES	NOMBRE DEL FACTOR	FRECUENCIA
F1	habilidades de inicio	66
F2	habilidades avanzadas	70
F3	habilidades para manejar los sentimientos	90
F4	habilidades a la agresión	64
F5	habilidades para afrontar el estrés	65
F6.	habilidades de planeación	39

DEPRESIÓN EN TODA LA MUESTRA DE ESTUDIANTES

En la tabla 3, se presentan los resultados obtenidos sobre la depresión, mediante el instrumento de Kovacs (1977) en toda la muestra evaluada de estudiantes (195 casos) y de acuerdo con las categorías de respuesta (de vez en cuando, muchas veces y siempre).

TABLA 3 DEPRESIÓN EN TODA LA MUESTRA DE ESTUDIANTES.

Puede observarse que la mayor frecuencia (132 casos), contestaron en la categoría "de vez en cuando" consideran tener depresión, que corresponde al intervalo de 0 -17 puntos; y 63 casos contestaron en la categoría de "muchas veces", se perciben como deprimidos, (intervalo de 18-35 puntos); mientras que en el intervalo de 36-54 puntos, que corresponde a la categoría de "siempre" se encuentran deprimidos, la frecuencia de casos fue de cero. Lo cual indica que el 32 % de los estudiantes evaluados de ambas escuelas reportaron indicadores depresivos que los ubica en una depresión moderada, y el 68% presentó depresión leve ,En ambos casos si no son atendidos oportunamente, esta situación puede agravarse y limitar su desenvolvimiento físico, psicológico y social. Según Petti (1993), la depresión es un síntoma que

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
 SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
 ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
 PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

se manifiesta en la psicopatología del adolescente, sirve de prototipo para el estudio de los trastornos de conducta y este cuadro clínico de la depresión está permanentemente empañado por factores evolutivos, familiares, sociales culturales y cognitivos, siendo uno de los trastornos de mayor incidencia, tal vez por efecto de ciertos factores socioculturales, tales como: la influencia de la extrema pobreza y de condiciones deficientes ambientales y de saneamiento, un medio familiar desfavorable (familias disfuncionales, alcoholismo, o adicción a drogas de los padres o de otros miembros de la familia, criminalidad), problemas de nutrición inadecuada, aglomeración familiar, comienzo prematuro del ciclo reproductivo y otras circunstancias estresantes, así como los que resultan de la confrontación entre los nuevos valores adquiridos por la juventud y los valores familiares tradicionales.

TABLA 3. Depresión en toda la muestra de estudiantes de secundaria

FACTORES	INTERVALOS	FRECUENCIA	%	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
DEPRESIÓN	0-17 (de vez en cuando)	132	68	14,37	6,942
	18-35 (muchas veces)	63	32		
	36-54 (siempre)	0	0		

RELACIÓN ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN EN TODA LA MUESTRA

Ahora, analizaremos los resultados de las correlaciones entre las habilidades sociales y depresión de toda la muestra poblacional evaluada.

**TABLA No. 4 CORRELACIÓN ENTRE LAS HABILIDADES SOCIALES
Y LA DEPRESIÓN DE TODA LA MUESTRA**

En la tabla 4, como se puede observar, todas las asociaciones obtenidas fueron negativas y altamente significativas ($p < 0,000$), en todas las categorías de habilidades sociales y el puntaje total con respecto a la depresión $r = -0.253$, (habilidades de inicio)., $r = -0.305$, (habilidades avanzadas)., $r = -0.305$, (habilidades para manejar los sentimientos)., $r = -0.318$, (habilidades alternativas a la agresión)., $r = -0.353$, (habilidades para afrontar el estrés)., $r = -0.411$, (habilidades de planeación)., y $r = -0.421$ (total de las habilidades sociales respectivamente); Estos resultados prueban la relación inversamente proporcional entre las habilidades sociales y la depresión, es decir, que al presentarse un déficit en las habilidades sociales, pueden presentarse niveles significativos de depresión en los adolescentes..

Por lo tanto, consideramos que las habilidades sociales y la depresión se relacionan, evidenciando que un desarrollo pobre de destrezas sociales puede causar depresión y ésta a su vez puede mermar la puesta en práctica de los repertorios sociales. La inadecuación social puede tener sus raíces a estar mantenida a veces por determinados factores cognitivos y conductuales, es decir, la actuación social puede ser inhibida u obstaculizada por perturbaciones cognitivas, afectivas y conductuales, tal como sucede con pacientes depresivos.

Estos resultados permiten comprobar la asociación entre el trastorno depresivo y el déficit en las habilidades sociales, además concuerdan con lo mencionado por Lewinsohn (1975) y Beck (1983). También confirman lo encontrado por Fester (1965) quién hablaba del reducido repertorio conductual adaptativo de los depresivos, este investigador considera que la inclusión de la idea del déficit en las habilidades sociales, se otorgaba

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
 SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
 ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
 PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

al problema de depresión una dimensión social, debido a que se consideraba el reforzamiento contingente deficitario básicamente de carácter social, como fruto de una pérdida creciente de calor cualitativo y cuantitativo de la interacción interpersonal. El individuo depresivo no sólo no recibe reforzamiento de otras personas, sino que tampoco es capaz de darlo (Lewinsohn y Shaffer, 1971)

Así también, Beck A. (1967); Levitt y Lubin (1975), señalaron que los estados depresivos van acompañados de una notable reducción en la tasa de actividad Interpersonal.

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN EN TODA LA MUESTRA DE ADOLESCENTES EVALUADOS

HABILIDADES SOCIALES	DEPRESIÓN	
	CORRELACIÓN	PROBABILIDAD ASOCIADA
INICIO	-.253	.000
AVANZADAS	-.305	.000
PARA MANEJAR SENTIMIENTOS	-.305	.000
ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN	-.318	.000
PARA AFRONTAR EL ESTRÉS	-.353	.000
DE PLANEACIÓN	-.411	.000
TOTAL	-.421	.000
DEPRESIÓN	1.000	.000

ANÁLISIS DE LA SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN TODA LA MUESTRA

EDAD, GÉNERO Y GRADO

Al analizar la significación de las diferencias de habilidades sociales y la depresión con respecto a la edad en toda la muestra de adolescentes evaluados, los resultados del análisis de varianza (Oneway) no mostraron evidencia que apoye tales diferencias.

De forma semejante a la edad, al analizar la significación de las diferencias de género, tanto en habilidades sociales como en la depresión en toda la muestra, los resultados de la t de Studen no resultaron significativos estadísticamente para tomar en cuenta tales diferencias. De manera semejante ocurrió con respecto al grado escolar, es decir, tales diferencias no fueron significativas.

Estos resultados muestran que no existen diferencias significativas en cuanto a la edad, género y grado de los jóvenes evaluados, quizá se deba a que el intervalo de edad y grado es mínimo, es decir, la edad fluctuaba entre los 11 y los 15 años de edad, lo cual quizá requiera la consideración de un intervalo más amplio como podría ser entre la niñez y la adolescencia; o entre la adolescencia y adultez o adultez y niñez. Lo mismo podría ocurrir con el grado académico, 1°, 2° y 3° de secundaria donde de un grado a otro no se pueden apreciar tales diferencias como ocurrió. Quizá entre la primaria y la secundaria, la primaria y el bachillerato o el bachillerato o la secundaria, donde exista un intervalo más grande y no tan reducido como en nuestra muestra de estudiantes que corresponden al nivel de secundaria: en cuyo caso es probable que pudieran detectarse mejor tales diferencias.

En cuanto a las no diferencias significativas en la variable género, en habilidades sociales y depresión, lo que al parecer los coloca en igualdad de condiciones en ambas variables evaluadas, no significa que sean hábiles o no presenten depresión, solo se menciona que no difieren entre sí. Es posible que por la etapa de la adolescencia que corresponde a la población evaluada se obtengan los resultados muy similares entre la edad, género y grado en este sentido, Vilchis (1999), ha mencionado que la adolescencia es el periodo más crítico para el aprendizaje de la conducta social, donde regularmente se adquiere el funcionamiento social de las personas con las que se relacionan, de ahí que sea muy relevante esta adquisición de habilidades sociales ya que el adolescente atraviesa por cambios biológicos, psicológicos y sociales; los cuales propician un nuevo rol de interacción social, en donde, para algunos, el proceso de cambio podría resultar difícil.

Sin embargo, consideramos que nuestros resultados no son concluyentes y que se requiere más investigación en jóvenes del nivel medio básico, y comparaciones con adolescentes de edades y grados más avanzados.

COMPARACIÓN ENTRE ESCUELAS (ESTATAL VS. URBANA)

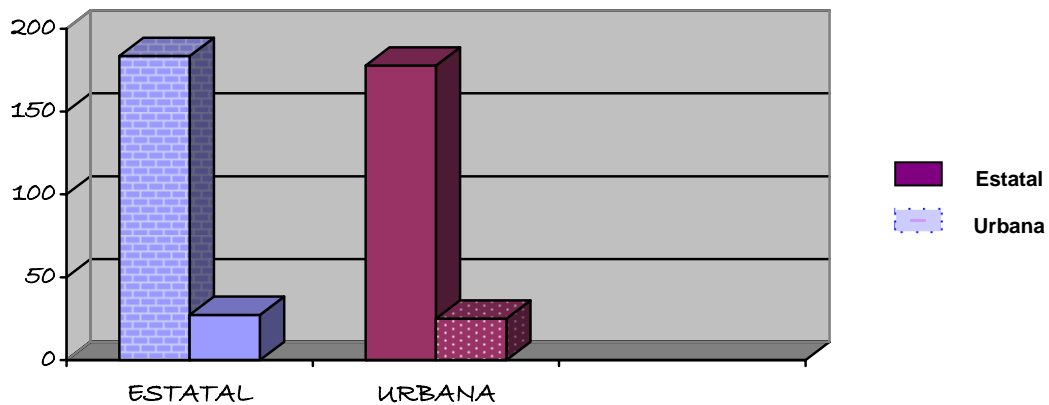
Otro aspecto de revisión, es los resultados comparativos entre escuelas que se presentan enseguida.

LA FIGURA No. 1 COMPARACIÓN ENTRE ESCUELAS

La figura No. 1 nos muestra los datos comparativos entre escuelas (estatal vs urbana) con respecto al promedio total de las habilidades sociales. Se puede observar que la escuela estatal obtuvo un promedio más bajo (177.73 y d.t. 25,10) que la escuela urbana (183.55 y d.t.

27,36), aspecto que coloca a los adolescentes de la escuela urbana como más hábiles, no obstante hubo mayor variabilidad en esta última.

FIGURA NO. 1 COMPARACIÓN ENTRE ESCUELAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES



COMPARACIÓN ENTRE ESCUELAS EN CADA UNA DE LAS HABILIDADES SOCIALES

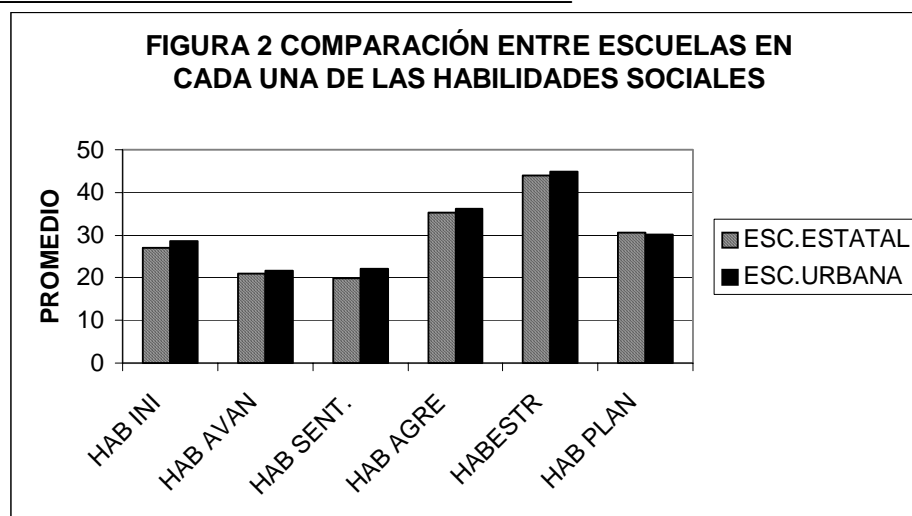
Este aspecto revisa los datos comparativos entre escuelas en cada una de las habilidades sociales.

FIGURA No. 2 COMPARACIÓN ENTRE ESCUELAS DE CADA HABILIDAD SOCIAL

Sociales de toda la población evaluada.

La Figura No.2 muestra los promedios obtenidos en cada una de las habilidades sociales, comparando ambas escuelas, se puede observar que en la escuela estatal las barras son ligeramente más bajas que las de la escuela urbana, es decir, en cinco áreas de las habilidades sociales el promedio de la estatal es menor que el de la urbana, y sólo en el área de planeación ocurrió de forma contraria. Así, por ejemplo, en las habilidades de inicio se encontró un promedio de 27.05 para la estatal y 28.50 para la urbana; en las habilidades avanzadas el promedio para la estatal fue de 20.97 para la urbana de 21.66; en las habilidades para manejar los sentimientos se obtuvo un promedio de 19.79 para la estatal y 22.16 para la urbana; en las habilidades alternativas a la agresión el promedio fue de 35.31 para la estatal y de 36.27 para la urbana, en las habilidades para afrontar el estrés la puntuación promedio fue de 43.97 para la estatal y de 44.83 para la urbana y, contrariamente, en las habilidades de planeación en la escuela estatal el promedio fue ligeramente mayor (30.65) que el de la urbana (30.21).

Con estos resultados puede decirse que los jóvenes evaluados de la escuela urbana se consideran más hábiles que los de la escuela estatal. Posiblemente, esta diferencia ligera entre la escuela urbana y estatal, sea producto del nivel socio-económico, cultural ó familiar; por lo que sugerimos, investigar más profundamente sobre este rubro.



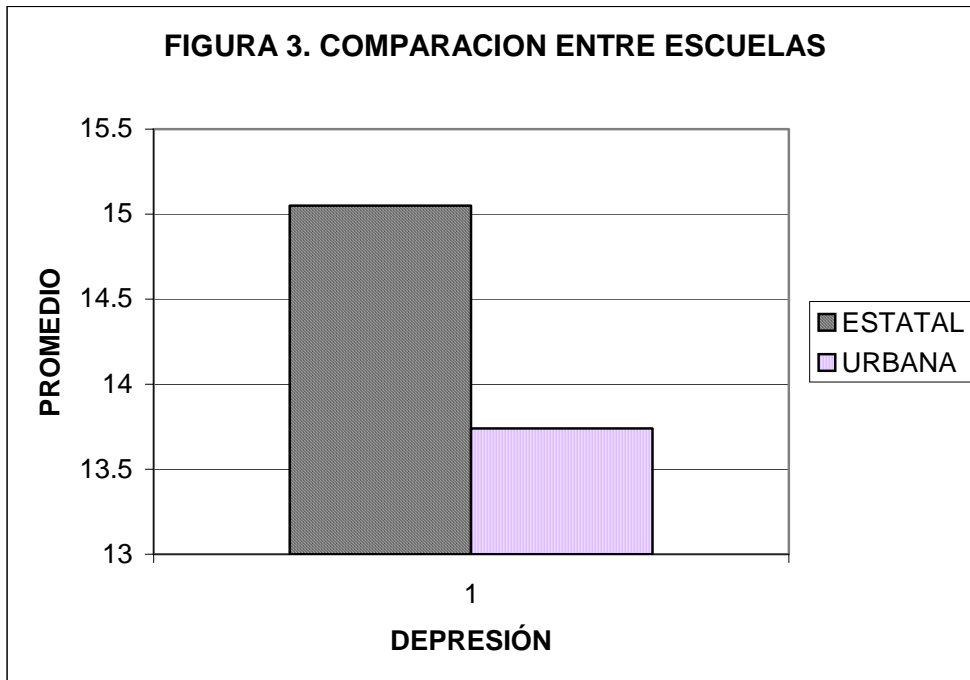
DEPRESIÓN TOTAL DE LOS ALUMNOS EN AMBAS ESCUELAS

En esta parte, se revisarán los resultados obtenidos acerca de los indicadores de depresión en el total de la muestra evaluada, es decir, considerando la escuela estatal y la urbana.

FIGURA No. 3 DEPRESIÓN TOTAL DE LOS ALUMNOS EN AMBAS ESCUELAS.

En la Figura No.3 se muestra el promedio de depresión total de los alumnos en ambas escuelas. Observándose que los adolescentes de la escuela estatal presentaron un promedio más alto en depresión que los de la escuela urbana. Estos resultados permiten inferir que los jóvenes de la escuela estatal que presentan puntajes más bajos en habilidades sociales presentan posiblemente más indicadores depresivos. En el caso de la escuela estatal, que alcanza un promedio de 15, es decir mayor que el de la escuela urbana (13.6); nos indica que existe un mayor número de incidencia de depresión debido a diversos factores de índole

individual, familiar o social; que deben ser estudiados con sumo cuidado sin excluir la variable del déficit en las habilidades sociales que en particular estudiamos.



ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE AMBAS ESCUELAS DE HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN

Es interesante conocer los resultados con respecto a la comparación entre escuelas con respecto a las habilidades sociales y la depresión.

TABLA No. 5 COMPARACIÓN ENTRE ESCUELA DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN.

En la Tabla 5 se presenta el análisis comparativo entre la escuela urbana y estatal de las habilidades sociales y depresión. Puede observarse que en los valores de t, fueron negativos con una diferencia a favor de los

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

de la escuela urbana, excepto en las habilidades de planeación donde el promedio fue ligeramente mayor en el caso de la escuela estatal; aunque tal diferencia solo fue significativa en el caso de las habilidades de inicio ($p < 0.05$) y las habilidades para manejar los sentimientos ($p < .01$). Contrariamente, en el caso de la depresión la diferencia es a favor de los de la escuela estatal, aunque en este caso tal diferencia no fue significativa; no obstante los de la escuela estatal presentaron un promedio mayor de depresión que de los de la escuela urbana; lo cual viene a corroborar los resultados antes mencionados, acerca de que la escuela estatal presenta déficit en las habilidades sociales y depresión mayor en comparación con la escuela urbana.

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
 SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
 ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
 PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

TABLA No. 5 COMPARACIÓN ENTRE ESCUELAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN.

AREAS	ESCUELA	N	T	GL	SIG(2)	MEDIA	D.E.
Habilidades de inicio	ESTATAL	98	-2.178	192	.031	27.05	4.36
	URBANA	96		188.488	.031	28.50	4.90
Habilidades avanzadas	ESTATAL	98	-1.177	192	.240	20.97	3.88
	URBANA	96		189.700	.241	21.66	4.24
Habilidades para manejar sentimientos	ESTATAL	98	-3.996	192	.000	19.79	4.11
	URBANA	96		191.828	.000	22.16	4.15
Habilidades alternativas a la Agresión	ESTATAL	98	-1.119	192	.265	35.31	6.07
	URBANA	95		190.986	.264	36.27	5.94
Habilidades para afrontar el estrés	ESTATAL	98	-.757	192	.450	43.97	7.50
	URBANA	96		188.738	.451	44.83	8.38
Habilidades de planeación	ESTATAL	98	.476	192	.634	30.65	5.73
	URBANA	96		181.066	.635	30.21	7.21
Habilidades totales	ESTATAL	98	-1.539	191	.126	177.73	25.10
	URBANA	95		188.424	.126	183.55	27.36
Depresión	ESTATAL	98	1.318	192	.189	15.05	6.18
	URBANA	96		182.645	.190	13.74	7.62

Aunque, creemos importante mencionar que los resultados obtenidos en la comparación entre escuelas pudieron estar influidos por otras variables tanto personales (estilos cognitivos, perfil de personalidad, valores) y ambientales o situacionales (roles sociales, contextos familiares, nivel socio-económico); la dimensión conductual (tipo de habilidad y conducta) y la interacción entre ambas, tal como lo afirma Vilchis (1999).

Por tanto, el análisis de los datos anteriores mostró aparentemente que no existieron diferencias significativas en las variables evaluadas, sin embargo, al realizar un análisis detallado se encontró:

primero en habilidades sociales, que las categorías de respuesta nunca, raras veces y algunas veces (casos considerados inhábiles), alcanzaron puntajes ligeramente elevados, significativos considerando la aplicación en muestras más grandes, lo cual reduciría lo óptimo de los resultados y posiblemente se vincularía a ciertos trastornos; segundo, en cuanto a la depresión, se reportaron indicadores de depresión leve y moderada que de no ser atendidos oportunamente pueden incapacitar al individuo; tercero, al correlacionar las habilidades sociales y la depresión se observó una relación inversamente proporcional entre ambas variables, es decir, que al presentarse un déficit en las habilidades sociales pueden presentarse niveles significativos de depresión en los adolescentes; cuarto, al analizar la significación de las diferencias de las habilidades sociales con respecto a la edad, género y grado académico, mostró que no existen diferencias significativas en los jóvenes evaluados, esto posiblemente es por la etapa de la adolescencia que corresponde a la población evaluada, que se obtengan los resultados muy similares entre la edad, género y grado; quinto, al realizar la comparación entre la escuela estatal y urbana en relación a las habilidades sociales y la depresión, observamos que la escuela estatal presenta déficit en las

DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA DE DOS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS ESTATAL VS URBANO
ALEJANDRINA SOLEDAD CONTRERAS BRAVO
PATRICIA TERESA SALVADOR MARCIAL

habilidades sociales y depresión mayor en comparación con la escuela urbana. La escuela urbana obtuvo mayor promedio en las habilidades sociales y menor promedio en depresión.

CAPITULO V.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue evaluar y analizar los indicadores de depresión y de habilidades sociales en adolescentes de dos escuelas secundarias (estatal y federal).

De acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual -el cual forma el marco referencial de nuestra investigación- nos permite hacer varias consideraciones acerca de nuestro trabajo.

El análisis de los resultados permite corroborar la hipótesis planteada, la existencia de una relación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el trastorno depresivo y el déficit en las habilidades sociales en adolescentes en dos ambientes diferentes (estatal vs. federal). El análisis general de los resultados mostró aparentemente que no existieron diferencias significativas en las variables evaluadas, sin embargo, al realizar un análisis detallado se encontró, primero; en habilidades sociales que las categorías de respuesta nunca, raras veces y algunas veces (casos considerados inhábiles), alcanzaron puntajes ligeramente elevados, significativamente considerando la aplicación en muestras más grandes, lo cual reduciría lo óptimo de los resultados y posiblemente se vincularía a ciertos trastornos; segundo, en cuanto a la depresión, se reportaron indicadores de depresión leve y moderada que de no ser atendidos oportunamente pueden incapacitar al individuo; tercero, al correlacionar las habilidades sociales y la depresión se observó una relación inversamente proporcional entre ambas variables, es decir, que al presentarse un déficit en las habilidades sociales pueden presentarse niveles significativos de depresión en los adolescentes;

cuarto, al analizar la significación de las diferencias de las habilidades sociales con respecto a la edad, género y grado académico, mostró que no existen diferencias significativas en los jóvenes evaluados, esto posiblemente es por la etapa de la adolescencia que corresponde a la población evaluada que se obtengan los resultados muy similares entre la edad, género y grado; quinto, al realizar la comparación entre la escuela estatal y urbana en relación a las habilidades sociales y la depresión, observamos que la escuela estatal presenta déficit en las habilidades sociales y depresión mayor en comparación con la escuela urbana. La escuela urbana obtuvo mayor promedio en las habilidades sociales y menor promedio en depresión.

Por otro lado, consideramos que hay que tener cuidado al establecer si el adolescente está simplemente pasando por la fase de su desarrollo o si está padeciendo verdaderamente un trastorno, es decir, es la etapa de rápidos cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognitivos y sociales; es la etapa considerada conflictiva para algunos jóvenes y que esto puede hacer difícil el diagnóstico en muchos casos, ya que los síntomas son tomados como "comportamiento normal del adolescente" producto de los cambios mencionados y no de una sintomatología que requiere una intervención y ayuda necesaria.

La depresión, es un trastorno que puede presentarse en la adolescencia, debido a que son sometidos a situaciones de conflicto y a factores que los afectan, repercutiendo en su vida, siendo imprescindible la detección oportuna de esta problemática.

Según Polaino-Lorente (1988), la inestabilidad emocional del joven puede hacer emerger un trastorno depresivo, que a su vez instaurado, sino se evalúa, diagnóstica y se trata a tiempo, puede alterar la futura vida del adolescente.

Beck (1974), planteaba una "triada cognitiva" para explicar la depresión, modelo teórico, que como parte esencial es la vinculación estrecha entre pensamiento, conducta y emociones, sin descartar lo biológico; donde la persona deprimida sirve para evaluar negativamente sus experiencias, es decir, las experiencias tempranas aprendidas pueden fomentar las bases para la formación de conceptos negativos (esquemas) acerca de uno mismo, el futuro y el mundo circundante; estos esquemas suelen desarrollarse a través de las experiencias negativas que fomentan reglas rígidas para guiar la conducta e influyen disfuncionalmente en el contenido del pensamiento del individuo; pueden estar latentes y/o ser activados por circunstancias específicas análogas a las experiencias negativas que los originaron inicialmente. El modelo introduce el concepto de asunciones depresógenas, las cuales propician que la persona cometa errores cognitivos por medio de generalizaciones exageradas, inferidas arbitrarias y otros procesos cognitivos distorsionados entrando en conflicto lastimando la autoimagen, causando malestar y pensamientos disfuncionales que conducirán a la depresión por medio de un ciclo mutuamente reforzante entre pensamientos, conducta y afecto.

De acuerdo, a las investigaciones con estudiantes mexicanos (Calderón, 1984, y Silva (1989) reportadas en nuestro trabajo, podemos argumentar que el trastorno depresivo en jóvenes de secundaria, es uno de los problemas psicológicos que se ha ido extendiéndose en dicha población y que son más frecuentes los casos. Que muestra la importancia teórica, práctica y clínica de la depresión como un problema epidemiológico.

Por otra parte, las razones por las cuales un adolescente puede fracasar, en la ejecución de las habilidades sociales son que estos transitan por momentos difíciles y la dificultad que experimentan para manejar las relaciones interpersonales, debido que a que el joven se enfrenta a situaciones nuevas y más complejas que en la etapa anterior. Es

importante ver en este trabajo, que el déficit de las habilidades sociales en los adolescentes, fue considerado como uno de los muchos factores que puede contribuir a la depresión, sin descartar que existen otras variables que influyen sean estas personales, familiares, ambientales, conductuales y de interacción entre ellas.

De la misma manera, Bellack y Hersen (1993), aluden la presencia en el adolescente de cierto tipo de inhabilidad individual y social asociada a trastornos depresivos, los jóvenes con trastornos emocionales, exhiben diversos déficit de habilidades sociales que interfieren con la capacidad de establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, aún no está definido que estas deficiencias sociales están relacionadas con el trastorno o si contribuyen para su diagnóstico.

Por lo que se sugiere que, se lleven a cabo investigaciones en el entrenamiento de las habilidades sociales en adolescentes mexicanos en relación con problemas de depresión. Esperando el desarrollo de estrategias de intervención para prevenir la generación de dicho trastorno conductual en adolescentes.

Así mismo, que se realicen estudios comparativos entre diferentes etapas de desarrollo (niñez, adolescencia y jóvenes adultos); así como, el género (femenino, masculino) y el grado de estudios (primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura) en relación con el trastorno depresivo y el déficit en las habilidades sociales.

Realizar indagaciones con respecto al nivel económico, situación geográfica, situación familiar, y otras variables que pueden influir en el déficit de las habilidades sociales y la depresión.

Estos resultados muestran la necesidad de una urgente intervención con la finalidad de minimizar el problema de la depresión en adolescentes, entrenar a los jóvenes en las habilidades sociales podría favorecer y reducir la generación de dicho trastorno.

Vichis (1999), propone que el entrenamiento en habilidades sociales es uno de los principales tratamientos de la depresión. Así como lo propone Ríos y Frías (1994), que el entrenamiento en las habilidades sociales podría utilizarse como una alternativa de prevención de problemas conductuales, aunque no garantiza la extensión de los problemas, sí se hace más probable su disminución y puede favorecer el éxito en las relaciones interpersonales, "también puede redundar en el mejoramiento individual, familiar, comunal y social".

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR, G. y BERGANZA C. (1996) Autoestima y Depresión en adolescentes guatemaltecos. En: Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 28, No.2

AMERICAN ACADEMY OF CHILD&ADOLESCENT PSYCHIATRY. (2000). Desorden Bipolar (la enfermedad maniaco-depresiva en los adolescentes).
<http://www.aacap.org/publicactions/apntsfam/fff38.htm>.

ARAGÓN, L. Y SILVA, A. (2002) Evaluación psicológica en el área clínica editorial Pax México

ARIETI, S. (1981) Psicoterapia de la Depresión. Editorial Paidós. Buenos Aires

ARIETI, S. y BEMPORAD, J. (1993) “Revisión crítica de los principales conceptos de depresión”. En: Psicoterapia de la depresión. Editorial Paidós México

BALLESTEROS F. (2001). La Depresión.
http://www.arrakis.es/_jaarbizu/depresión.htm.

BANDURA, A. (1976) Principles of behavior modification. New York, Holt Rinehart Winston.

BANDURA, A., (1982) Teoría del Aprendizaje Social. MADRID, editorial Alianza

BECK, A., RUSH, J. Y EMERRY, C. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, Editorial Desclee de Brouwer.

BUCETA, M; MALDONADO, C; VELARDE, V. y POLAINO-LORENTE, A. (1983) “La evaluación del progreso terapéutico de la depresión: Necesidad de los registros multidimensionales” Revista Latinoamericana de Psicología Vol.19 No.3

CABALLO E. V. (1986) Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. En: R. Fernández Ballesteros y Carboles (comp.) Evaluación conductual: Metodología y Aplicaciones (3ª. Edición) Madrid: Pirámide.

CABALLO E. V. (1993) Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. Editorial Siglo XXI Madrid.

CALDERÓN, G., (1990) Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. México, Editorial Trillas.

DAVISSON, C. (1983) Psicología de la conducta anormal Editorial Limusa México.

DEPRESIÓN MONOGRÁFICA.

FUENTE: <http://www.miexamen.com.mx/Depresión.11tm>.

EASSON, W. (1987). Depresión in Adolescence. En S:C: Feinstein y P. Guivacchini (comps). Research in Behavior Modification. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston.

ERIKSON, E. (1968). Identidad, juventud y Crisis. Editorial Paidós. México.

ESCOBAR, C. (1994) La depresión: definición y clasificación. Editorial Quinto Sol. México

FREDEN, L. (1986) "¿Qué es la depresión?" En: Aspectos psicosociales de la depresión. Editorial Fondo De Cultura Económica. México

FREUD, S. (1991). Tres ensayos sobre la teoría de sexualidad. Vol. 7 (1905-1910). En Obras Completas de S.F. Editorial Amorrort. México.

FREUD, A. (1977). Psicoanálisis del niño y del adolescente. Editorial Paidós. Buenos Aires.

GARCÍA, S. M. Y GIL, F. (1995) Conceptos, Supuestos y Modelo explicativo de las habilidades sociales. En: Gil, F., León, J. M. Y Jarana, L., (1995). Habilidades Sociales y Salud. Editorial Pirámide, Madrid. Cap.3

GIL, F. Y LEON R. (1998) Habilidades Sociales teoría, investigación e intervención. Editorial Síntesis España, cap 1.

HARRISON, P.; BECK, T. Y BUCETA, M. (1984) Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y

procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck.

Revista de Psicología Gral. y Aplicada Vol. 39 No.4

HEINZE, G. (1995) "La Depresión" PAG. MG-2 Libro 8 Revista de
Psiquiatría

HORROCKS, J. (1993). Psicología de la Adolescencia. Editorial trillas.
México.

**IRUARRIZAGA, I; GÓMEZ-SIERRA, J.; CRIADO, T.: ZUAZO, M. y
SASTRE, E. (1999)** Reducción de la ansiedad a través del
entrenamiento en habilidades sociales. Revista de motivación y emoción
Vol.2, No.1

LÓPEZ, E. (2003) "La depresión, mal mundial en aumento (1ª. Parte)
En: Gaceta UNAM Iztacala

MALDONADO, I. (1984) Terapia de conducta y depresión "Un análisis
experimental de las interacciones entre tratamientos cognitivos y
conductuales con tratamientos farmacológicos en sujetos depresivos."
En: Revista de Psicología General y Aplicada Vol. 39 No.3 pp.517-646

MARTINEZ, J. (1998) Las causas de la depresión.
En: <http://freenews.dragonfire.net/fjmrui01.htm>

MEDINA, R. (1999) Construcción de un Inventario para evaluar la
depresión en adolescentes. En: Tesis para obtener el grado de maestría.
Campus Iztacala UNAM

NORBERTO, S. (1997) Algunos modelos sobre depresión desde la
perspectiva Cognitivo-Conductual En: Tesis para obtener el grado de
Maestría. Campus Iztacala UNAM

PATIÑO, J. (1975) Concepto y delimitación de los fenómenos
depresivos En: 26 lecciones de Psiquiatría Clínica México, Taller de
impresiones populares.

PIAGET, J. (1972) Desarrollo Humano Madrid Editorial Morata

**POLAINO-LORENTE, A; DOMÉNECH, LL.; GARCÍA, V. y EZPELETA,
A.(1988)** Las depresiones infantiles Editorial Morata

RIOS, S., FRIAS A. y RODRÍGUEZ V. (1994) Habilidades Sociales en adolescentes de Secundaria. Revista Psicología y Ciencia Social, Vol.2-Num.2

RIOS S. y FRIAS A. (1994) Déficit de habilidades sociales como factor de riesgo en la generación de conductas adictivas en adolescentes Revista Psicología y Ciencia Social Vol. 2 Num.2

RÍOS, S. y OSORIO, G. (2001) Influencia del modelo estético corporal y déficit de habilidades sociales: Un riesgo para la salud en adolescentes mexicanos Psicología Conductual, Vol.9, No.2

ROTH, E. (1986) Competencia Social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad, México: Edit. Trillas Cap. 3

RUÍZ C Y BERMÚDEZ M. (1991). Estado de ánimo depresivo y memoria: un Análisis teórico y Empírico. REV. DE PSICOLOGIA GRAL Y APLIC. Vol. 44 (3) 329-338. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

SABANÉS, F., (1993) La depresión México Editorial Diana.

SILVA, A., (1989) Un estudio epidemiológico comparativo de los problemas psicológicos en una población de adolescentes En: Tesis de maestría FES IZTACALA UNAM

VELÁSQUEZ, C., (1986) Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas En: Revista de la Psicología General y Aplicada VOL. 41 No.1

VILCHIS, G. (1999) Entrenamiento de Habilidades Sociales para adolescentes de secundaria. Como una alternativa para la reducción de la depresión: Un caso longitudinal . En: Tesis para obtener el grado de Maestría. Campus Iztacala UNAM