



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“DEPRESIÓN Y SUCESOS DE VIDA  
ESTRESANTES EN ADOLESCENTES”.**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

**LUZ ELENA SUÁREZ DE LA CRUZ**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA**

**REVISORA:**

**DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

	No. Pág.
Resumen.....	4
Introducción.....	5
<b>Capítulo 1. DEPRESIÓN.....</b>	<b>7</b>
1.1 Definición.....	7
1.2 Epidemiología .....	11
1.2.1 Estudios en México .....	12
1.3 Depresión en Adolescentes.....	14
1.3.1 Prevalencia .....	16
1.4 Teorías de la Depresión .....	17
1.4.1 Teorías Conductuales.....	17
1.4.2 Teorías Cognitivo-Conductuales.....	19
1.4.3 Teorías Cognitivo-Sociales.....	24
1.4.4 Teoría Psicoanalítica .....	28
1.5 Correlatos Psicofisiológicos de la Depresión .....	37
1.5.1 Investigaciones con Adolescentes.....	39
1.6 Factores de Riesgo Psicosociales .....	41
1.6.1 Factores de Riesgo para la Depresión en Adolescentes .....	42
1.7 Consideraciones Finales del Capítulo.....	46
<b>Capítulo 2. ADOLESCENCIA.....</b>	<b>47</b>
2.1 Desarrollo Físico.....	47
2.1.1 Cambios Hormonales.....	48
2.1.2 Correlatos Psicológicos de los Cambios Hormonales en la Pubertad.....	49
2.1.3. Inicio, Tasas y Progresión de los Eventos de la Pubertad.....	49
2.1.4 Correlatos Psicológicos de los Eventos de la Pubertad.....	51
2.2 Desarrollo Psicosocial y Personalidad.....	53
2.2.1 Los Patrones del Proceso de Desarrollo Según Gesell.....	53

2.2.2 Kurt Lewin .....	56
2.2.3 Aportaciones del Enfoque Psicoanalítico.....	57
Sigmund Freud .....	57
Anna Freud.....	58
Arminda Aberastury y Mauricio Knobel.....	60
Otto Rank.....	64
Erick Erickson .....	65
Peter Blos.....	68
Harry Stack Sullivan .....	70
2.2.4. Aportación de Havinghurst .....	72
2.2.5 La Teoría Focal.....	74
2.3 Desarrollo Cognitivo.....	75
2.4 Desarrollo Moral.....	77
2.5 Desarrollo Emocional en la Adolescencia.....	78
2.6 Consideraciones Finales del Capítulo.....	83
<b>Capítulo 3. ESTRÉS.....</b>	<b>85</b>
3.1 Estrés en la Adolescencia.....	89
3.1.1 Diferencias por Género.....	92
3.1.2 Nivel Socioeconómico.....	93
3.1.3 Familia.....	94
3.1.4 Apoyo Social.....	96
3.1.5 Factores Moderadores del Impacto del Estrés.....	98
3.2 Afrontamiento.....	99
3.3 Estrés y Depresión.....	103
<b>Capítulo 4. MÉTODO.....</b>	<b>114</b>
4.1 Planteamiento del Problema.....	114

4.2 Justificación.....	115
4.3 Objetivos.....	115
4.1.3 Tipo de Estudio.....	116
4.2 Diseño.....	116
4.2.1 Tipo de Muestra.....	116
4.2.2 Participantes.....	117
4.2.3 Escenarios.....	118
4.3 Variables.....	118
4.3.1 Definición Conceptual de las Variables.....	118
4.3.2 Definición Operacional de las Variables.....	119
4.4 Instrumentos.....	120
4.5 Procedimiento.....	122
<b>Capítulo 5. RESULTADOS.....</b>	<b>124</b>
5.1 Variables Atributivas.....	124
5.2 Correlación entre las Escalas de Depresión y Escalas de Sucesos de Vida.....	129
5.3 Comparación de Puntajes en las Áreas de Sucesos de Vida Estresantes entre el Grupo Clínico y el Grupo de Casos Normales.....	133
<b>Capítulo 6.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>136</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>143</b>

## AGRADECIMIENTOS

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.*

*A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA.*

*Al proyecto de investigación “Factores de riesgo en problemas emocionales y diseño de estrategias e intervención en adolescentes”, DGAPA. PAPIIT. No. IN-300002, sin el cual no hubiera sido posible la realización de este trabajo.*

*A la Maestra María Cristina Heredia Ancona quien aportó con gran dedicación su guía, apoyo y revisión constante, permitiendo así la realización de esta tesis.*

*A la Dra. Emilia Lucio Gómez–Maqueo por las enseñanzas aportadas durante el proyecto que dirigió, mismo que me permitió la realización de este trabajo, así como por su revisión dedicada e invaluable apoyo.*

*A la Maestra Consuelo Durán Patiño por brindar su apoyo, asesoría y valiosa colaboración.*

*A las Instituciones que permitieron el estudio, sus psicólogos y médicos:*

*Hospital General de México*

*Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*

*DIF Tulyehualco*

## AGRADECIMIENTOS PERSONALES

A LA MTRA. CRISTINA HEREDIA POR SU ENSEÑANZA, ENTUSIASMO,  
COMPENSIÓN Y ALIENTO.

A LA DRA. EMILIA LUCIO Y LA MTRA. CONSUELO DURÁN QUE  
FACILITARON EN GRAN MEDIDA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, POR  
SU GENEROSIDAD Y AYUDA

A MI MADRE ELIA CRUZ ORTÍZ,

A MIS HERMANOS DAVID, XIMENA Y SERGIO

A MIS AMIGOS:

SUSANA ARELLANO

GRISELDA ALARCÓN

OCTAVIO GUTIERREZ

A LA MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA CUYO EJEMPLO Y  
ENSEÑANZA ME HAN IMPULSADO A SER MEJOR PROFESIONISTA

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

ALEJANDRA LARA, LAURA GUIZAR

LUCIA AGUIRRE, MERCEDES JUAREZ

GUADALUPE VELÁZQUEZ Y VICTOR LINARES

## RESÚMEN

Los objetivos de la presente investigación fueron observar si existía relación entre depresión y sucesos de vida estresantes en un grupo de adolescentes; así como, analizar qué tipo de sucesos de vida se relacionarían con este padecimiento. Se realizó un estudio de tipo correlacional, no experimental, transeccional, con un muestreo no probabilístico dirigido. La muestra total estuvo constituida por 71 adolescentes de ambos sexos, de entre 13 y 17 años de edad, divididos en dos grupos: 37 adolescentes con depresión que acudían a servicios de salud mental y 34 casos de adolescentes sin depresión. Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su forma para Adolescentes (MMPI-A), del cual se emplearon la escala clínica 2 Depresión y la escala de contenido Dep-A (Depresión en Adolescentes). Así mismo, se utilizó el Cuestionario de Sucesos de Vida para obtener la evaluación de los sucesos de vida estresantes, tanto positivos como negativos, en diferentes áreas. Se empleó estadística descriptiva e inferencial, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la vivencia de estrés. Las correlaciones medias y bajas entre los puntajes de las escalas de depresión del MMPI-A y las áreas de sucesos de vida estresantes indican que los adolescentes con depresión experimentaron un mayor impacto por sucesos estresantes negativos relacionados con la dinámica familiar, las relaciones sociales, a nivel personal, problemas de conducta y en el ámbito escolar, preocupación por la salud, logros y fracasos. Estos datos señalan la participación del estrés en el padecimiento de depresión.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, Adolescentes y Estrés.



## INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos se han considerado dentro de las enfermedades neuropsiquiátricas y problemas más urgentes de salud a nivel mundial, de acuerdo con la OMS (Kaplan y Sadock, 2000). Así mismo se ha observado el inicio de episodios depresivos en edades más tempranas. Estudios en población mexicana, como los de González Forteza (2001) y De la Peña (1999), señalan al malestar depresivo como una de las patologías más comunes en adolescentes.

Este grupo de trastornos ha sido abordado desde el punto de vista neurológico, que ofrece un tratamiento a través de psicofármacos. En el campo de la psicología, se han construido teorías a partir de las manifestaciones cognitivas y conductuales del padecimiento, desde la que se ha planteado un tratamiento basado fundamentalmente en la modificación de cogniciones o pensamientos idiosincrásicos. Otras aproximaciones como la psicoanalítica ubican a la melancolía como una condición propia de una estructura narcisista de personalidad, como una adicción, o bien, como episodios; mas no le reservan un estructura definida o tipológica. En el presente trabajo se abordan las implicaciones cognitivo-conductuales y aquellas que señalan la participación de los riesgos psicosociales que generan estrés, como determinantes del trastorno.

Se enfatiza el papel que tienen los sucesos de vida estresantes en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva. Por otro lado, las diferencias entre el trastorno del adulto y del adolescente son señaladas. Al ser la adolescencia una etapa

de desarrollo es relevante retomar los enfoques que conceptualizan como basamento del trastorno déficit cognitivos, en las habilidades de afrontamiento y habilidades sociales, que implican en conjunto el manejo de estrés tanto normativo como no normativo.

Sin duda las situaciones que ocurren en los entornos en que se desenvuelve el adolescente tienen una participación en el trastorno, por lo que se explora la relación de la depresión con el estrés que surge de las relaciones familiares, del ámbito social y escolar, así como, situaciones relacionadas con la salud, la presencia de trastornos de conducta y cuestiones personales que llegan a ser relevantes como la opinión de sí mismo, de los logros, etc.

El estudio de los factores de riesgo contribuye a la comprensión del trastorno en la adolescencia, la detección temprana y posiblemente en el desarrollo de medidas de prevención.

## **Capítulo 1. DEPRESIÓN**

La depresión ha sido considerada enfermedad neuropsiquiátrica; forma parte de cuatro, dentro de las diez enfermedades más discapacitantes, junto con la esquizofrenia, obsesión- compulsión y alcoholismo (Medina-Mora, Borges, y cols., 2003). La Organización Mundial de la Salud situó a la depresión en el cuarto lugar en la lista de problemas más urgentes de salud, a nivel mundial (Kaplan y Sadock, 2000). En la práctica médica general, (Caraveo J. ,1996), desde hace más de una década, la depresión se ha identificado como el desorden más frecuente en adultos mexicanos que requiere atención de tipo psicológico o psiquiátrico

### **1.1 DEFINICIÓN**

La depresión está incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo, de acuerdo con la última versión de la clasificación de los trastornos mentales, el DSM-IV –TR.

El término trastornos del estado de ánimo se considera en la actualidad más conveniente ya que se refiere a estados emocionales, no meramente externos como expresiones del estado emocional presente. Los trastornos de estado de ánimo son considerados como síndromes más que como enfermedades discretas, es decir, se requiere la confluencia de signos y síntomas sostenidos durante cierto periodo de tiempo, que va de semanas a meses y que representa un marcado cambio en el habitual funcionamiento de la persona, que tiende a recurrir, con frecuencia en un ciclo o con cierta periodicidad (Kaplan B. y Sadock V., 2000).

La depresión, más que un sentimiento o tristeza comunes se convierte en un síndrome al producir alteraciones graves del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas (Arieti y Bemporad, 1993). Diferentes autores como Seroczynski, Jacquez y Cole (en Blackwell 2000), Seiffge –Krenke I., (1995), Cicchetti D., Rogosh F.(en Luthar, et. al. 1997), concuerdan en que la depresión puede ser conceptualizada como estado de ánimo, síndrome o trastorno; el estado de ánimo depresivo es un sentimiento de afecto negativo, que incluye disforia, tristeza, e irritabilidad. El síndrome depresivo es un conjunto de síntomas que incluyen: disforia, irritabilidad, anhedonia, falta de apetito, cambios en el peso, trastornos del sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, problemas de concentración y pensamientos o conducta suicida. Para diagnosticar un trastorno depresivo, se requiere de un número mínimo de síntomas, con cierta duración y severidad.

El DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) divide los trastornos depresivos en las siguientes categorías:

<p><b>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR</b></p>	<p><i>Se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores (excluyendo síntomas maníacos o hipomaníacos). Un <b>episodio depresivo mayor</b> es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay de manera predominante un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés y placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.</i></p> <p><i>El sujeto experimenta al menos otros de los cuatro síntomas siguientes: cambios de apetito o peso, del sueño o la actividad psicomotora, falta de</i></p>
---	---

	<p><i>energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos suicidas.</i></p> <p><i>Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día. Se acompaña de malestar clínicamente significativo, o de deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</i></p> <p><i>En algunos episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante pro parte del sujeto.</i></p>
<b>TRASTORNO DISTÍMICO</b>	<p><i>Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo presente la mayor parte del día que prevalece al menos dos años.</i></p> <p><i>El estado de ánimo es triste, irritable o desanimado y se acompaña de al menos dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, hipersomnia o insomnio, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y desesperanza. Es frecuente la pérdida de intereses, aumento de la autocrítica, o sentimientos de inutilidad. En los niños y adolescentes, el periodo depresivo debe estar presentar al menos 1 año con periodos libres de síntomas no son mayores a 2 meses.</i></p>
<b>TRASTORNO DEPRESIVO SIN ESPECIFICACIÓN</b>	<p><i>Se diagnostica cuando el cuadro, no cumplen los criterios para otros trastornos, incluye: el trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia, y episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado</i></p>

<p><b>TRASTORNOS BIPOLARES</b></p>	<p><i>Se caracterizan por la presencia de síntomas depresivos y maníacos o hipomaniacos que se dividen como sigue:</i></p> <p><i><b>Trastorno bipolar I:</b> Se diagnostica cuando se presentan uno o más episodios maníacos o episodios mixtos y uno o más episodios depresivos mayores.</i></p> <p><i><b>Trastorno bipolar II:</b> Indica la presencia de uno o más episodios depresivos mayores y al menos un episodio hipomaniaco.</i></p> <p><i><b>Trastorno ciclotímico:</b> Se refiere a la alteración del estado de ánimo crónica y fluctuante; comprende varios periodos de síntomas hipomaniacos y periodos de síntomas depresivos, pero que resultan insuficientes en número, gravedad, importancia, o duración para cumplir los criterios del trastorno depresivo mayor. Según el DSM-IV-TR debe presentarse durante 2 años en personas adultas y un año tanto para niños como adolescentes; los intervalos libres de síntomas deben durar menos de dos meses.</i></p> <p><i><b>Trastorno bipolar no especificado:</b> Se trata de trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios de ningún trastorno bipolar.</i></p>
<p><b>OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</b></p>	<p><i>Se refiere a trastornos de estado de ánimo relacionados con una enfermedad médica, consumo de sustancias u otras condiciones no incluidas en el resto de categorías diagnósticas.</i></p>

## 1.2 EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con Kaplan B. y Sadock V., (2000), la depresión mayor afecta al 10% de la población mundial, se calcula que afecta al menos al 20% de las mujeres, y el 12% de los hombres en algún momento de sus vidas. Es más frecuente en las mujeres de 20 a 40 años, en los solteros jóvenes, en los que viven en la ciudad y en los que tiene antecedentes familiares del alcoholismo y suicidio. Mientras que no se ha encontrado relación entre depresión y variables como raza, nivel de estudios, o ingresos económicos (DSM-IV-TR).

La prevalencia puntual del trastorno en adultos de muestras de población general han variado entre el 5 y 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para los hombres. La prevalencia de los trastornos en población general, según el DSM-IV-TR se muestra a continuación:

<b>Trastornos depresivos</b>	<b>Prevalencia en población general</b>
Trastorno depresivo mayor	Entre 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% en hombres.
Trastorno Distímico	3%, aumentando a 6% con episodio depresivo mayor superpuesto.
Trastorno Bipolar I	0.4 y 1.6 %
Trastorno Bipolar II	0.5%
Trastorno ciclotímico	0.4 al 1%

Según el DSM-IV-TR entre 10% y 15% de los casos con distimia desarrollan un trastorno depresivo mayor.

Además de considerarse como un trastorno que afecta la adaptación o funcionamiento normal del individuo, es uno de los principales factores en el suicidio,

siendo el 15% de los afectados por depresión quienes lo intentan, encontrándose tasas mayores en la juventud y edad avanzada (Kaplan B. y Sadock. V. 2000), cabe mencionar que son los hombres quienes consuman el suicidio en una proporción mayor.

En general se ha observado que las mujeres doblan la cifra de casos con depresión en comparación con los hombres. La depresión es un trastorno recurrente, más del 80% de pacientes con depresión tiene más de un episodio depresivo (Schraedley P. K., Gotlib I. H., Hayward C., 1999); de acuerdo con el DSM-IV-TR un episodio lleva consigo la probabilidad que va del 60% al 90% de presentar un segundo, tercero o cuarto episodio, mientras que entre el 5% y 10% de sujetos con único episodio depresivo mayor, presentan más tarde un episodio maniaco.

### **1.2.1 ESTUDIOS EN MÉXICO**

En un estudio en la Ciudad de México, Caraveo, Colmenares y Saldivar, (1999), observaron que los trastornos afectivos se presentaron en la población mexicana adulta en un 9%, del cual el 7.8% correspondían a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5 % fueron diagnosticados con distimia, en una proporción hombre-mujer similar; encontrándose también una tasa inferior de episodios maniacos con proporción parecida entre hombres y mujeres. Documentaron que sólo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada.

Heinze G., Villamil V., Cortés J., (2001), en un estudio retrospectivo con pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría, observaron mayor susceptibilidad en las mujeres a



presentar depresión, relacionando los episodios depresivos con el estrés psicosocial y ubicaron el inicio del padecimiento a los 42 años.

Medina-Mora, Borges, y cols., en el 2003, encontraron que en la población urbana nacional, los trastornos afectivos (9.1%) y de ansiedad (14.3%) son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias (9.2%) son más frecuentes para los hombres. Así mismo reportaron un porcentaje de 3.3% para el episodio depresivo mayor en la población urbana nacional. De acuerdo a los datos de la encuesta, el episodio depresivo mayor presenta un primer auge a los 17 años, otro segundo a los 32 años y al final de la edad máxima de la encuesta se presenta otro incremento. Así mismo ubicaron el inicio del trastorno depresivo mayor entre los 24 y 26 años en promedio. Reportan a la depresión como uno de los trastornos con mayor uso de servicios con un 21.8%, abarcando el porcentaje de 11.9% de uso de servicios especializados.

En general varios investigadores reportan que la edad de inicio de los trastornos afectivos es más baja, en comparación con décadas anteriores, al igual que para otros trastornos como el de ansiedad, consumo de sustancias, junto con mayores tasas de suicidio en jóvenes (Medina.Mora y cols, 2003, Seiffge-Krenke , 1995, Kaplan y Sadock, 2000, Goodyer I., 2001), algunos han tratando de explicar este fenómeno en base a problemas como la pobreza, violencia, incremento de urbanización y aislamiento social , anomia, incremento de la secularización y de la movilidad geográfica.

Se asume que la tendencia marcada de la prevalencia del trastorno en mujeres, es estable a lo largo del ciclo vital, pero que empieza a ser evidente a partir de la adolescencia temprana. Varios autores han opinado que esta diferencia se relaciona en parte con aspectos de la cultura, que en el mundo occidental, tiende a asignar al rol femenino como característica la dependencia (Seiffge-Krenke, 1995), al respecto Blazer (en Kaplan B. y Sadock. V. 2000), señala los cambios en los roles ocupacionales y trayectoria de las carreras para hombres y mujeres; así como diferencias entre ambos sexos relacionados con la secreción y nivel de hormonas. Nolen- Hoeksema, (en Sakamoto y cols.,2001) ha encontrado que la mayor predisposición psicológica de las mujeres a la depresión se relaciona con un tipo de respuesta ante el estrés. Seiffge- Krenke I. (1995, 2001) ha observado a lo largo de sus estudios que las adolescentes muestran una tendencia a evaluar las situaciones como más estresantes, predisponiéndolas a la depresión. Las diferencias culturales, edad, sexo, punto en el desarrollo en el que el individuo se encuentra, herencia, cambios y acontecimientos sociales, entre otros son factores que interactúan en el desarrollo de depresión y su expresión.

### **1.3 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

Se han identificado similitudes entre el trastorno depresivo en niños y adolescentes en comparación con el de los adultos, de donde se infiere que es un mismo trastorno. Los niños, adolescentes y adultos presentan comorbilidad con los trastornos de ansiedad, pero los niños y adolescentes tienden a presentar trastornos de conducta junto con el trastorno depresivo. Aunque se considera que el afecto depresivo es fundamental para el diagnóstico, se ha identificado que niños y adolescentes presentan, en comparación con los adultos,

menos sentimientos de culpa, aunque menor autoestima y más quejas somáticas. Así mismo en la adolescencia hay más intentos de suicidio, (Toro J., 2000, Borchardt C. y Meller W., 1996), mientras que la ideación suicida se presenta mayormente en la preadolescencia. Los adolescentes suelen presentar menos insomnio terminal y depresión matutina. La melancolía suele aumentar de la preadolescencia a la adolescencia (Goodyer I., 2001). Al igual que en los adultos la depresión afecta el nivel de funcionamiento general, en los adolescentes el deterioro académico se observa en gran parte de los casos (De la Peña et.al., 1999).

Los trastornos de ansiedad suelen preceder al trastorno depresivo, en un 85.1% de los casos (Brooks-Gunn J. , Auth J., Petersen A. y Compas B., en Goodyer 2001). La comorbilidad cambia de acuerdo al sexo, pues los adolescentes varones tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta como el trastorno desafiante oposicionista, mientras que el sexo femenino tiende a presentar comorbilidad con trastornos de alimentación.

De acuerdo con la investigación de Borchardt C. y Meller W. (1996), en su estudio comparativo de adolescentes y preadolescentes con depresión, se observa que es en la adolescencia cuando crece el número de mujeres que lo padecen. Así mismo, los preadolescentes tienden a presentar mayor irritabilidad, pérdida de control, agresión física y distractibilidad. Los adolescentes muestran con mayor frecuencia pérdida de apetito, baja energía y mayor riesgo de presentar alucinaciones, asemejándose más al patrón

adulto. Otra diferencia señalada en este estudio es que los preadolescentes no responden tan bien como los adolescentes a diferentes tipos de intervenciones.

Hay datos contradictorios en lo relacionado a la duración de los trastornos entre niños y adolescentes, por lo que es difícil establecer un patrón.

### **1.3.1 PREVALENCIA**

Serfaty E. Andrade J., D'Aquila H., Masautis A. y Foglia L. (1995), encontraron una prevalencia de depresión grave de 4.5% y un 26.6% de depresión moderada, en jóvenes de 18 años residentes de Buenos Aires.

Así mismo, Schraedley P.K., Gotlib I.H. y Hayward C. (1999), en un estudio con niños y adolescentes de entre 9 y 20 años, con media de 14 años de edad, reportaron un 80 % de niveles bajos de depresión, 12% presentó niveles de depresión media, mientras que el 8 % reportó un nivel alto de depresión. Las chicas obtuvieron los puntajes más altos para depresión. Este estudio señala que en la adolescencia temprana y tardía incrementa la depresión en comparación con la preadolescencia.

De la Peña F., Estrada A., Almeida L., Páez F. (1999), en un estudio con estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, señalaron que el trastorno depresivo mayor (12.5%) y el trastorno distímico (7.5%) fueron las psicopatologías más comunes de este grupo de edad, que afectan directamente el aprovechamiento académico y aumentan el riesgo de ideas suicidas. Aproximadamente 70% de los sujetos con trastorno distímico de inicio

temprano tenía un trastorno depresivo mayor concomitante, el 50% presentó otro trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (40%), el trastorno por déficit de atención (24%) y el 2.5% presentó fobia específica. Así mismo encontraron que 4 de 5 adolescentes con trastorno depresivo mayor presentaron algún otro padecimiento, siendo el trastorno depresivo el diagnóstico principal.

En el 2001, González- Forteza C., Ramos L., Vignau L. y Ramírez C., observaron en adolescentes mexicanos la presencia de malestar depresivo en un 14.4% en los varones y 18.0% en chicas.

Essau, C. en el 2004, en un estudio en adolescentes alemanes, reporta que cerca del 17.9% de los adolescentes han tenido un desorden depresivo en su vida, los cuales tienden a ocurrir junto con un grupo amplio de desórdenes. Se encontró que 42% de los adolescentes detectados presentaron únicamente trastorno depresivo, un 18.4% presentaba comorbilidad con trastornos de ansiedad, 11.4% con trastornos somatomorfos, 10.3% con abuso de sustancias.

## **1.4 TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN**

### **1.4.1 Teorías conductuales**

De acuerdo con Belloch (2000), uno de los primeros psicólogos que estudió la depresión desde el punto de vista clínico experimental fue Charles Fester en los años sesentas y setentas. Fester explicaba que la depresión resulta cuando el reforzamiento positivo para el sujeto es reducido para las conductas encaminadas a controlar el ambiente,

ante lo que se desarrolla una frecuencia elevada de conducta de escape o evitación ante los estímulos aversivos.

Fester señaló cuatro procesos que aislados o en combinación, coadyuvan a explicar la patología depresiva:

a) Cambios inesperados, súbitos, y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo. Lo que puede explicar por qué en la depresión ante la pérdida de una única fuente de reforzamiento se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente.

b) Programas de refuerzo que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.

c) Al haber una baja tasa de refuerzos positivos surge una serie de conductas maladaptativas; impidiendo al individuo el desarrollo de repertorios conductuales adaptativos más eficaces.

d) Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

Señala una dinámica en la que las conductas depresivas al permitir la evitación de situaciones desagradables se mantienen por reforzamiento negativo.

Peter Lewinsohn (1974, citado en Belloch, 1999) también apoya la idea de que la depresión surge como respuesta a la falta o pérdida de refuerzos positivos contingentes a la

conducta. Explica que debido a esto hay una reducción de actividad ante lo cual surge baja autoestima y desesperanza. Señala como factores relacionados con la presencia de depresión: a) un ambiente que no proporcionan el reforzamiento suficiente, b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social. Así mismo señala el reforzamiento social positivo de las personas que le rodean como otro factor que contribuye al mantenimiento de la depresión a corto plazo, sin embargo esta misma conducta genera aversión de las demás personas hacia el sujeto a largo plazo exacerbando la sintomatología.

Charles Costello, (1972, en Belloch op.cit.) identificó como el rasgo más característico de las personas deprimidas, la pérdida de interés general por el medio que las rodea, señalando que se debe a que los reforzadores ya no son efectivos; lo que constituye una causa suficiente y necesaria en la depresión, en su opinión. Así mismo reconoce que la depresión tiene un componente bioquímico, neurofisiológico y otro que consiste en la pérdida de estímulos condicionados o estímulos discriminativos en una cadena conductual.

#### **1.4.2 Teorías cognitivo-conductuales**

Aarón Beck, (Beck A., Rush J. et. al, 1983) postuló tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos o en el procesamiento de la información.

El **concepto de tríada cognitiva** se refiere a la presencia de tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrásico. El primer componente consiste en una visión negativa de sí mismo, el sujeto puede tener concepciones de sí mismo como desgraciado, torpe, enfermo o con poca valía; con tendencia a creer que sus experiencias desagradables son defecto suyo, manteniendo una severa autocrítica. El sujeto suele creer que no posee cualidades esenciales para ser feliz ni sentir alegría.

El segundo componente consiste en la interpretación negativa de las experiencias. El sujeto percibe que el mundo le hace demandas exageradas o que le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos; por lo que hace interpretaciones de su interacción con el mundo basados en sentimientos de derrota y frustración.

El tercer componente es una visión negativa acerca del futuro que le lleva a esperar que las dificultades o sufrimientos actuales continúen indefinidamente, entonces suelen generarse expectativas de fracaso al iniciar una nueva tarea en el futuro inmediato; sentándose las bases para síntomas como poca fuerza de voluntad, deseos de escape, evitación, falta de energía e inhibición motriz. Beck propone que la persona se vuelve dependiente ya que pierde la confianza en sus propias capacidades y sobreestima sus dificultades.

El concepto de “**esquema**” es central en la teoría, los esquemas consisten en “patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base regular de las



interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones” (Beck A., Rush J. et. al, 1983).

Al enfrentar una circunstancia el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, localizando, diferenciando y codificando el estímulo que enfrenta la persona. Estos forman una matriz a partir de la cual el individuo estructura sus experiencias.

En los estados psicopatológicos como la depresión, el individuo construye una concepción sesgada de las situaciones, que se ajusta a esquemas inadecuados los cuales se van haciendo progresivamente más activos ante estímulos ambientales específicos y a la larga son evocados por un rango más amplio de estímulos con los que tienen escasa relación lógica. De acuerdo con esta teoría, el paciente pierde gran parte del control voluntario de sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. En los casos graves de depresión, la organización cognitiva del paciente llega a ser independiente de la estimulación externa, sufre de pensamientos idiosincrásicos y repetitivos que interfieren en la realización de actividades mentales voluntarias.

Beck indica que los “**errores en el procesamiento de la información**” mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, éstos consisten en:

- 1.- Inferencia arbitraria (adelantar una conclusión sin evidencias que apoyen o sean contrarias éstas).
- 2.-Abstracción selectiva (centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto y conceptualizar toda la experiencia en base a un fragmento).

- 3.- Generalización excesiva (elaborar una regla general a partir de hechos aislados).
- 4.- Maximización y minimización (errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento)
- 5.- Personalización (Tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos, sin base firme para hacerlo).
- 6.- Pensamiento dicotómico (Tendencia a clasificar todas las experiencias de acuerdo con una o dos categorías opuestas).

Así mismo, caracteriza a los pensamientos como “primitivos” cuando son extremos, negativos, categóricos, absolutistas, invariables e irreversibles y van acompañados de una respuesta emocional negativa extrema. Mientras que el pensamiento “maduro” se caracterizaría por integrar las situaciones en varias dimensiones, en términos cuantitativos más que cualitativos, de acuerdo a criterios relativos, siendo más flexible.

En cuanto a la predisposición y desencadenamiento de la depresión, este modelo propone que los esquemas negativos permanecen latentes y pueden ser activados por determinadas circunstancias, en ocasiones ante una anomalía o una enfermedad física; de acuerdo con lo cual las situaciones desagradables de la vida no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

Este modelo enfatiza la presencia de distorsiones en los esquemas de pensamiento como foco de la enfermedad (al activarse un conjunto de estructuras cognitivas alteradas o

esquemas formados en un momento temprano del desarrollo), y por lo tanto representa un punto central para el tratamiento.

La teoría de autocontrol de Rehm (en Belloch, 1999), propone que la depresión puede desencadenarse ante un déficit en las conductas de autocontrol que consisten: a) conductas de autoobservación (prestar atención a las conductas relevantes y al ambiente), b) conductas de autoevaluación (comparar lo observado con un estándar interno sobre el comportamiento que se quiere lograr, realizando un juicio para adecuar la meta y una atribución interna), c) conductas de autoreforzamiento (autoadministración de reforzadores positivos o castigos, si se concretó o no el objetivo). Estas habilidades se desarrollan en el proceso de socialización, constituyendo rasgos más o menos estables.

Ian Gotlib (en Belloch, 1999) considera que la gravedad del episodio depresivo depende de circunstancias externas y de la existencia de factores de vulnerabilidad, que pueden ser interpersonales (como el apoyo social, cohesión familiar), personales (como los esquemas cognitivos) y conductuales (como las habilidades sociales y de afrontamiento). Señala que estos factores surgen de experiencias familiares adversas durante la infancia que conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de uno mismo y del mundo, favoreciendo características de personalidad como dependencia, inhabilidad para resolver problemas y falta de habilidades sociales.

De modo que para una persona con vulnerabilidad a la depresión, ocurre un estresor que es interpretado con esquemas cognitivos negativos y se utilizan modos de

afrontamiento maladaptativos, como la autofocalización y rumiación, que dan paso a la sintomatología depresiva.

Gotlib I., opina que los factores que convergen en el mantenimiento o exacerbación de los síntomas son: a) factor interpersonal, que implica la expresión del individuo de habilidades sociales y esquemas intrapersonales desadaptativos, así como la respuesta de las personas significativas del entorno a su conducta sintomática. b) sesgo cognitivo negativo depresivo como un aumento de sensibilidad y atención a aspectos negativos del ambiente, así como interpretación negativa de su situación, lo cual tiende a generar más síntomas.

### **1.4.3 Teorías cognitivo-sociales**

La teoría de Martin Seligman (1981), tuvo su inicio en la investigación experimental, al observarse que ante situaciones incontrolables en el ambiente, los animales desarrollaban un patrón de conductas semejantes al de los deprimidos, a lo que llamó indefensión aprendida.

Seligman M.E. (1981), postuló que la percepción de pérdida de control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad, es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en los seres humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes factores:

- a) Una historia de fracasos en el manejo de situaciones.

b) Una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

Posteriormente Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale, (1978) revisan y reformulan la teoría de la indefensión aprendida, agregando un factor cognitivo: la atribución de falta de control. Cuando la atribución de los individuos es hacia factores internos, se produce un descenso de la autoestima. Cuando la falta de control se atribuye a causas estables y esta se extiende como expectativa hacia los hechos futuros se mantienen los síntomas depresivos. Así mismo, atribuir la falta de control a factores globales, conlleva a la generalización de indefensión y déficit depresivos a otras situaciones.

Por el contrario, la atribución de falta de control a factores inestables y específicos supondría sentimientos de indefensión y déficit depresivos de corta duración, delimitados a la situación en cuestión.

Proponen que el análisis atribucional se hace en base las dimensiones:

1. internalidad – extrenalidad.
2. estabilidad –inestabilidad.
3. globalidad- especificidad.

Agregaron como cuarto factor al hecho de que la depresión ocurría en los casos en los que la expectativa de falta de control se refería a un suceso altamente deseable o la ocurrencia de un hecho altamente aversivo.

En resumen, de acuerdo con la reformulación de la teoría, la vulnerabilidad cognitiva de la depresión consiste en una tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales.

Al respecto la teoría de la “activación diferencial” de Teasdale (en Lara M. y Klein D., 1999), propone que cuando una persona experimenta tristeza relacionada con un evento dado, se activan estructuras de memoria negativas, que traen a la conciencia otras memorias tristes y entonces se mantiene el estado de ánimo deprimido. Para Teasdale, el proceso maladaptativo de pensamientos que se activa cuando la persona está medianamente deprimida, determina la duración y severidad del episodio. Proponen un círculo de retroalimentación entre memorias negativas y tristeza que hacen al sujeto susceptible de interpretar negativamente los nuevos eventos y finalmente persiste el cuadro depresivo.

La teoría propone que las personas con depresión tuvieron experiencias tempranas que fueron aversivas e incontrolables. El inicio de la depresión hace a estas memorias más accesibles que las placenteras, se activan entonces de manera selectiva, y en base a ella se interpretan las vivencias nuevas, por lo que el deprimido se deprime acerca de su depresión. Así mismo lanza la hipótesis de que interrumpiendo los pensamientos negativos, se reduce la depresión. Posteriormente estos se relacionan con un “enfoco en sí mismo” que resulta negativo, pues se genera un concepto devaluado y negativo.

Así mismo Susan Nolen Hoeksema (en Lara M. E. y Klein D.,1999), ha propuesto la teoría del estilo de respuesta de rumiación, conducta que consiste en enfocarse en los

propios sentimientos y emociones, centrándose en los síntomas, sentimientos depresivos, las causas y consecuencias de la depresión.

En su teoría aquellos que utilizan la rumiación como respuesta a su depresión mantendrán su estado en comparación con quienes se distraen de sus problemas. La rumiación interfiere con la generación de conductas instrumentales o adaptativas. Esto incrementa el “enfoque en sí mismo negativo” e interfiere con la generación de soluciones para los problemas.

Coiné en 1976, (en Lara M.E. y Klein D. ,1999), propuso una teoría del ciclo depresivo en el cual la constante demanda de simpatía, interés y preocupación del medio social, genera inatracciones displacenteras y preocupantes con la familia y amigos. Entonces el depresivo nota hostilidad y muestras de afecto menos genuinas de quienes le rodean; lo que aumenta la dependencia y la desesperanza exacerbando el malestar.

Posteriormente los autores Lynn Abramson, Gerald Metalsky y Lauren Alloy, 1989, (en Belloch, 1999) propusieron la **Teoría de la desesperanza**. La desesperanza es definida como la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia del suceso. La cadena causal de la desesperanza, tiene factores como el “estilo atribucional depresógeno”, y sucesos vitales negativos incontrolables. La baja autoestima puede acompañar o no a la desesperanza. Esta se determina por la globalidad y estabilidad de las atribuciones aunando a factores como el apoyo social.

Así mismo, proponen una vulnerabilidad específica individual para la depresión que se configura de acuerdo a un estilo atribucional depresógeno y la ocurrencia de distintos tipos de sucesos negativos, así un individuo sería proclive a desarrollar depresión ante dominios de contenido o situaciones específicos.

#### **1.4.4 Teoría Psicoanalítica**

De acuerdo con Arieti y Bempoard, 1993, dentro del psicoanálisis las primeras formulaciones en torno a la depresión fueron las de Abraham, quien en 1922, a partir de sus observaciones clínicas, trató de distinguir entre ansiedad y depresión concluyendo que mientras que ambas surgen de la represión de instintos, en la ansiedad aún es posible la gratificación, pero que en la depresión hay una renuncia a la esperanza de satisfacer la tendencia libidinal, siendo la búsqueda de satisfacción más profundamente reprimida. Así mismo, al distinguir entre la depresión y obsesión, observó que en la depresión había represión de odio, proyección de hostilidad, y tendencia a pensar que los demás le odian. Esta última creencia se complementaba con la presencia de ideas consistentes en tener un defecto innato que justificaría el hecho de ser odiado.

Abraham consideraba que la culpa en el individuo depresivo se debía a deseos destructivos inconscientes. Así mismo observó que algunos pacientes se enorgullecían de su culpa y parecían gozar de los autorreproches y el sufrimiento, centrando sus sentimientos en sí mismos. Abraham opinaba que la manía era la expresión de lo reprimido en la fase depresiva.



Señaló que con frecuencia los depresivos presentaban incapacidad para enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad, dificultad para amar realmente a otra persona debido a excesiva preocupación en sí mismo y utilización de la culpa para llamar la atención de los demás.

Así mismo consideró como factores predisponentes: 1.- factor constitucional ligado a una excesiva acentuación del erotismo oral, 2.- fijación oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación, etc.), 3.- un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos, 4.- la aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados. 5.- repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

Abraham destacó la importancia de la ambivalencia, tanto hacia los demás como hacia el objeto incorporado. Afirma que “cuando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño inflingido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte fuente de placer” (citado en Arieti y Bempoard, 1993).

Sigmund Freud, en 1917 publicó “Duelo y Melancolía”, equiparando el trabajo del yo en ambos, indica que en la melancolía, el objeto de pérdida parece no reconocerse pues está sustraído de la conciencia, a diferencia del duelo. En ambos hay un trabajo de duelo que va retirando la libido del objeto perdido, ocupando en ello una considerable cantidad de tiempo y energía mientras el objeto aún continúa en lo psíquico.

Tanto el duelo como la melancolía se caracterizan por la inhibición, cancelación de interés por el mundo y una desazón profunda, pero en la melancolía, hay una rebaja del sentimiento de sí mismo que se exterioriza mediante reproches y autodenigraciones, a lo que Freud llama “perturbación del sentimiento de sí”. Indica que esto ocurre cuando la libido antes ligada al objeto se desplaza hacia el yo y allí es juzgada sádicamente por la instancia crítica (Super-Yo), en lugar de retirarse sobre otro objeto.

Esto implica un trabajo interno parecido al del duelo pero que devora al yo, se exterioriza mediante autorreproches y autodenigración que no corresponden a lo real y que se hace ante otros; destacando el desagrado moral con el propio yo, siendo el empobrecimiento el que ocupa un lugar privilegiado entre sus temores o aseveraciones.

Freud nota que las querellas del paciente se ajustan a otra persona a quien el enfermo ama, ha amado o amaría, representando entonces reproches contra un objeto de amor, que rebotan sobre el yo propio. De manera que la mayor parte de las cosas que el melancólico dice de rebajante de sí mismo lo dice de otro.

Para que esto ocurra, Freud propuso que hubo una elección de objeto sobre una base narcisista, donde hay una fuerte fijación al objeto de amor que hace que el yo se identifique con el objeto y una débil resistencia de la investidura de objeto. Señala como factor concomitante la ambivalencia. La melancolía puede surgir, a diferencia del duelo, ante una gama más vasta de ocasiones, que ocurren ante un sacudimiento del vínculo. Debido a la relación del yo con el objeto marcada por la ambivalencia se presentarán constantes batallas en las que el yo busca a través del odio desatar la libido del objeto y mediante el amor por salvar la posición libidinal. Estas se desarrollan en el inconsciente donde actúa la represión.

Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo” hacia 1921,(citado en Arieti,1993) menciona al examinar las relaciones del yo con el ideal del yo, que mientras que en la manía se fusionaban el yo y el ideal del yo, en la melancolía el yo es identificado como objeto frustrante, y queda sujeto a los ataques del ideal del yo.

Otra aportación a la teoría de la melancolía, surge con el escrito de Freud “El yo y el ello” en 1922. Al revisar la teoría estructural, describe el mecanismo de introyección o identificación con un objeto catectizado, que consiste en la incorporación de un objeto frustrante, haciendo que el niño desarrolle su carácter mediante la introyección de diversos objetos, ya que la internalización anula la pérdida en el inconsciente. La melancolía resultaría de una extrema discordancia entre el superyó y el yo, en donde el yo es víctima de la rabia del superyó. Esta severidad y rabia se relacionarían con el instinto de

muerte, observando además que si la agresión no se expresa hacia fuera, termina por volverse contra el propio sujeto.

Dentro de la psicología del yo, Otto Fenichel (1989), señala el papel de una fijación pregenital implicando regresión y narcisismo. Considera que en la depresión la autoestima es regulada por estímulos externos, señala como característica una alta dependencia y un tipo narcisista de elección de objeto, con este objeto se presenta identificación y suele haber una vivencia de insatisfacción que orilla al depresivo a cambiar constantemente de objeto. Recuerda que debido a una fijación de tipo oral, el vínculo es ambivalente. Considera que la depresión es grave cuando el yo carece de suministros vitales de los que depende, mientras que en la depresión leve resulta de la anticipación premonitoria de este estado. Afirma que no sólo este factor desencadena el estado depresivo, también el de obtener aprobación del superyo. Señala que la depresión neurótica es un intento desesperado de obligar a un objeto a conceder los suministros vitales necesarios, en la depresión psicótica hay una regresión aun estado de satisfacción alucinatoria del deseo, donde las exigencias ya no se dirigen al mundo real y la vida se reemplaza por una experiencia pasiva y sin objetos, donde los intentos de regulación se dirigen exclusivamente al superyo.

Explica que la depresión podría desencadenarse ante acontecimientos que representan o precipitan una pérdida de su autoestima o bien, de los suministros, pudiendo constar de experiencias como fracasos, pérdidas de prestigio, dinero, o bien que implican perder una fuente suministros como un desengaño de amor, muerte de un compañero

amoroso, o aún puede tratarse de tareas que el paciente debe realizar y que le hacen sentir inferioridad. Señala que quien reacciona a una pérdida amorosa con una grave depresión responde así debido a que la experiencia amorosa significó no sólo gratificación sexual, sino también narcisista. La discordancia entre yo y superyó son fuente de odio a sí mismo que genera culpa. Agrega que hay un mecanismo de introyección de objetos donde la hostilidad se dirige hacia el yo, intensificando el cuadro al introyectar nuevos objetos que también enjuician al yo.

Este enfoque es retomado por Jacobson, Bibring y Sandler (en Arieti, 1993), quienes conceptualizan la autoestima como la vivencia real que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado, considerando que su regulación es crucial en el cuadro depresivo.

Edith Jacobson (en Arieti, 1993), quien trabajó con pacientes maniaco-depresivos graves hacia 1954, considera que la mente se desarrolla a partir de una matriz indiferenciada de imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos. Estas representaciones son catexizadas con energía libidinal, agresiva o neutralizada. La versatilidad de las catexias determina los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los demás, según el tipo de energía recibida por cada representación. Así en la infancia la desvalorización de otros (carga agresiva de la representación objetal), causada por una frustración trae consigo una desvalorización del sí mismo, puesto que este se encuentra aún fusionado con la representación de los otros.

En 1946, señaló que existen en el individuo creencias de omnipotencia, basadas en la fusión de sí mismo con una imagen objetal idealizada, lo cual lleva al depresivo a desengaños, se desvalorizan las figuras parentales pero también la imagen de sí mismo, surgiendo la depresión infantil primaria, ésta se reactiva en la edad adulta. Para Jacobson, la depresión se caracteriza por la catectización agresiva de sí mismo, escasa diferenciación superyoica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia. El conflicto básico en los desórdenes afectivos sería: frustración que provoca rabia y da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada. Sin embargo, si el yo no logra su cometido, la agresión será vuelta hacia sí mismo, lo cual incrementa la discrepancia entre el yo y el ideal, disminuyendo la autoestima.

Bibring hacia 1953, (en Arieti ,1993), señaló como signo característico de la depresión un sentimiento de indefensión e ineludible sensación de fracaso, lo cual daña la autoestima. Además existe en el depresivo un franco reconocimiento por parte del yo de su indefensión real o imaginaria, junto con aspiraciones narcisistas que es incapaz de concretar. Así mismo opinaba que estos factores generan tensión en el yo, en lugar de un conflicto entre instancias psíquicas.

Como factor caracterológico que predispone a la depresión, Bibring identificó la presencia de aspiraciones ambiciosas que el individuo no puede cumplir, junto con la excesiva reiteración en el pasado de las experiencias en las que se sintieron indefensos o bien, la presencia de real de estas experiencias.

Desde el enfoque en las relaciones objetales, Melanie Klein (en Arieti, 1993), describió en el desarrollo del individuo dos etapas, las llama posiciones, la primera es la posición esquizoparanoide y la segunda la depresiva. Esta surge cuando las facultades cognitivas del bebé han madurado lo suficiente para permitirle empezar a percibir los objetos totales de la realidad. Debe enfrentar entonces a los objetos, como fuentes de placer y displacer, a diferencia de la escisión característica de la posición esquizoparanoide, debe enfrentar su propia ambivalencia y no puede proyectar su hostilidad hacia el mundo externo. Surge entonces temor a la agresión, que ahora reconoce como propia, destruye a los objetos buenos, tanto externos como internos; de ahí que el principal temor que experimenta se denomina ansiedad depresiva, surge del temor a haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar o bien de los objetos buenos. El individuo puede adoptar diferentes actitudes, puede mostrarse inhibido y deprimido debido al temor de que cualquier acción destruya a los objetos buenos. Puede recurrir a la defensa maniaca negando el valor de los objetos buenos e insistiendo en que no necesita de objeto alguno además de sí mismo.

La resolución normal consiste en que el individuo reconozca que aunque sus acciones o deseos pueden haber causado la pérdida temporal de los objetos buenos, éstos pueden ser recuperados mediante las adecuadas maniobras restitutivas. De modo que el individuo admite su responsabilidad por sus sentimientos hostiles, y tiene la certeza de que esa hostilidad no es tan masivamente destructiva y que un comportamiento adecuado permite la restablecer la buena vivencia de sí mismo.

Para Klein la depresión es subyace a la mayor parte de los desórdenes neuróticos, postula que el factor que predispone a la melancolía es la incapacidad del yo del niño para construir buenos objetos de amor.

Dentro de la corriente culturalista, autores como Alfred Adler y Kurt Adler, en 1914 y 1961 respectivamente (en Arieti,1993), pusieron el acento en las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás, y la utilización de la patología para satisfacer sus objetivos.

Para Kurt Adler la psicopatología es el resultado de la búsqueda de superioridad que emprende el individuo para contrarrestar los sentimientos de inferioridad, explica que al ser los objetivos del individuo inalcanzables desarrollan un sistema de racionalizaciones o excusas para adaptarse a la vivencia de fracaso. Señala que el depresivo protege su autoestima adoptando coartadas y evasivas, obligando otras personas a ceder y evitando así las responsabilidades de la vida, presentan también tendencia a proyectar la culpa y a afirmar su enfermedad.

Bonime, en 1976 (en Arieti,1993), veía a la depresión como un modo de interacción social, pues observaba en los pacientes depresivos tendencias manipuladoras, aversión a la influencia de los demás, junto con hostilidad y ansiedad, así como una tendencia generalizada a vivir las demandas de la vida como exigencias injustas. Así mismo opinaba que la hostilidad encubierta terminaba por afectar de algún modo a otras personas. La ansiedad surgiría ante el fracaso de consecución de sus objetivos. Con respecto



a la etiología el autor la relacionó con una infancia carente de estímulo y respeto, donde las necesidades del niño eran ignoradas o sofocadas, lo que daría paso a sentirse defraudado, y desarrollo de la convicción de que los demás le deben la solicitud que no tuvo antes. Señaló como factor dinámico la búsqueda constante de una infancia irrealizada.

Dentro del punto de vista existencialista, Arieti y Bemboard, (1993) se refieren a autores como Le Mappian, Ey y Sommer, quienes interpretaron el desorden como detención o insuficiencia de las actividades vitales. Así también observaron que en la depresión había una distorsión temporal, por la cual los depresivos tendían a una preocupación excesiva por eventos pasados, que dan paso a la culpa.

### **1.5 CORRELATOS PSICOFISIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN**

Se ha señalado que en las emociones se encuentran involucrados la corteza límbica que se relaciona con el neocortex y participa en las funciones simbólicas; el cerebro medio y centros cerebrales que participan en el control autonómico, producción hormonal, sueño y vigilia.

De acuerdo con Kaplan y Sadock (2000), se han encontrado desbalances bioquímicos en la depresión, que se consideran genéticamente determinados. Se ha identificado que las neuronas norepinefrinérgicas, participan en funciones que se encuentran alteradas en la melancolía, incluyendo el estado de ánimo, arousal, apetito y recompensa. Así mismo dentro de las catecolaminas, la dopamina, es importante para el

placer, respuesta sexual y actividad psicomotora; la serotonina, que es una indolamina, participa en la regulación de los afectos, agresión, sueño, y apetito, entre otras. Las neuronas colinérgicas que secretan acetilcolina, las cuales son antagonistas de las funciones de las catecolaminas. Siendo las más estudiadas la norepinefrina y serotonina, aún cuando para un trastorno pueden estar implicados más de un neurotransmisor.

Las alteraciones en los niveles de norepinefrina y serotonina, se han relacionado con la modificación patológica en la función de sus receptores, lo cual puede ocurrir ante la vivencia constante de estrés. Así también este desbalance se relaciona con el funcionamiento neuroendocrinológico, como la desinhibición del eje hipotálamo-pituitaria que genera sobreproducción de esteroides. Se ha observado desequilibrio del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal, en el 30-50% de adultos con depresión, mediante hipersecreción de cortisol, signo que tiende a desaparecer durante la recuperación; así mismo se ha propuesto que niveles sostenidos de cortisol pueden causar muerte de células en el hipocampo y atrofia de cortical (citado en Goodyer, 2001).

Las investigaciones de Charles Nemerof, (en Kaplan y Sadock, 20000), probaron la existencia de un nivel mayor de corticotropina en el fluido cerebroespinal, en pacientes con depresión mayor y trastornos de ansiedad. En la depresión se ha encontrado aumento de clonidina, que es un agonista de un receptor adrenérgico; también se ha relacionado con aumento de tirotropina.

Según Post (1984, en Goodyer, 2001), se ha observado del fenómeno de “kindling” por el cual, los cambios biológicos que ocurren durante los primeros episodios pueden sensibilizar al organismo a experimentar disfunción en la regulación de los sistemas de los neurotransmisores con mayor facilidad; por ejemplo al enfrentar eventos ambientales adversos o biológicos, de modo que los episodios tempranos pueden predisponer al individuo a ser más susceptible a nuevos episodios. Post señala que el hecho de que los episodios depresivos ocurren cada vez con mayor frecuencia, con menor periodo interepisódico pudiera deberse por este fenómeno .

Así mismo mediante tomografía computarizada se ha observado alargamiento de la pituitaria y glándulas adrenales en pacientes depresivos (Kaplan y Sadock, 2000).

También se ha estudiado la presencia de alteraciones en los ritmos biológicos, observándose que en la depresión se encuentran adelantadas las fases como la latencia para el primer movimiento rápido de los ojos en el sueño (REM) y latencia REM la cual fue estudiada por David Kupfer y sus colaboradores (en Kaplan y Sadock ,2000). Se ha observado que la privación de sueño y exposición a la luz blanca pueden ser correctivos en los disturbios de esta fases y terminar con el episodio depresivo, especialmente en pacientes con depresión periódica o estacional.

### **1.5.1 Investigaciones con adolescentes**

De acuerdo con Goodyer (2001), en adolescentes se han observado cambios importantes en los ejes hipotalámico-pituitaria-gonadal (HPG) e hipotalámico-pituitaria-

adrenal (HPA), durante en la pubertad. En los niños y adolescentes se ha observado un ligero aumento en los niveles de cortisol, encontrados en adultos con el trastorno. La hormona dehidroepiandrosterona (DHEA), también en el eje hipotalámico-pituitaria-adrenal, se ha relacionado con la depresión en niños y adolescentes.

De acuerdo con Goodyer (2001), la exposición anormal a niveles de cortisol y DHEA en el inicio y término del día, puede actuar impidiendo la recuperación de niños y adolescentes con depresión.

Se han identificado diversas alteraciones (en Goodyer, 2001), en cuanto al eje hipotalámico-pituitaria-somatotrópico. Los niños y adolescentes deprimidos quienes reportan al menos un suceso de vida estresante, secretan mayor nivel de hormona del crecimiento durante el sueño, que aquellos no deprimidos. En el estudio del eje hipotalámico-pituitaria-tiroides, se ha centrado un nivel más bajo de hormona estimulante de la tiroides en muchachos en la pubertad. En adolescentes con problemática de suicidio, se ha encontrado mayor nivel de hormona del crecimiento, cortisol e incremento en la latencia de sueño.

Así mismo se ha encontrado que la menarca se relaciona con un aumento en síntomas depresivos, observándose que en comparación con los sucesos de vida estresantes, el aumento de niveles de la hormona estradiol, explica 1% de la varianza mientras que los eventos explican en 8% de la varianza para los síntomas depresivos.

## 1.6 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

De acuerdo con Blazer D. G. (en Kaplan y Sadock, 2000), uno de los factores predisponentes la depresión es la ocurrencia de sucesos estresantes, se identifican tres tipos de estresores sociales: el estrés diario, los eventos de vida y el estrés crónico. Hay una relación entre factores biológicos y constitucionales, que en combinación con la vivencia de ciertos eventos, pueden dar lugar a la depresión clínica, mediante la inducción o iniciación de desbalances neuroquímicos (límbicos y diencefálicos) en sujetos vulnerables, sugiriéndose que es posible que la ocurrencia de sucesos traumáticos para el individuo en la niñez puedan alterar con mayor facilidad la neuroquímica del cerebro medio.

Se han encontrado sucesos relacionados con la aparición de un episodio depresivos y su persistencia en adultos como: discusiones maritales, separación de cónyuges, inicio de un nuevo trabajo, cambios en las condiciones de trabajo, enfermedades serias, muerte de un miembro inmediato de la familia, y vivir solo (en Kaplan y Sadock, 2000). También se ha señalado que hay eventos que pueden tener el efecto de neutralizar el impacto de sucesos negativos. Para Goodyer (2001), la exposición a sucesos estresantes trae consigo el poder de incrementar la vulnerabilidad para presentar síndromes conductuales y afectar las habilidades psicosociales. Son las pérdidas el factor más importantes en el desarrollo del trastorno.

Otro riesgo psicosocial, es el reportado por Gibb B., Abramson L., Alloy L. (2004) quienes en un estudio con universitarios de primer año encontraron que la victimización

verbal por parte de padres y compañeros en la niñez se relacionaba con un riesgo cognitivo para presentar depresión, consistente en estilos inferenciales y actitudes disfuncionales; sugiriendo que la victimización por parte de los padres puede tener mayor efecto en la niñez, mientras que en la adolescencia y adultez, parecen tener mayor efecto para el riesgo cognitivo la victimización verbal de los pares.

El apoyo social, ha sido señalado un factor importante en la incidencia de depresión, desde Emile Durkheim (en Kaplan y Sadock, 2000), quien proponía que las personas que no están integradas a una sociedad (o anomia), tiene un mayor riesgo de suicidio; hasta la actualidad. Se ha identificado que el soporte social tiene cuatro componentes: la red social, la interacción social, percepción de apoyo social y apoyo instrumental. Lo cual concuerda con la idea de que una sociedad integrada es un sistema social que asegura los patrones de conducta social, que son esenciales tanto para la supervivencia como para el bienestar de sus miembros.

Además de la herencia, se ha comprobado que conflictos familiares como divorcio, peleas entre los padres, o las circunstancias que se generan cuando uno de los padres padece un trastorno mental, se relacionan con los episodios depresivos.

### **1.6.1 Factores de riesgo para la depresión en adolescentes**

Uno de los factores relacionados con la depresión es el estrés, así investigadores como González-Forteza, y Andrade P. (1993), señalan una relación importante entre el estrés cotidiano, en especial el que se refiere a las relaciones interpersonales, con el malestar

depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos de entre 12 y 14 años. Las investigadoras describen que la traición de un amigo, y pérdida de confianza en éste se relacionan con un bajo autoconcepto (sentir que son desagradables para los demás) y sentimientos de rechazo, en adolescentes de ambos sexos. Así mismo, los adolescentes suelen reportar estrés relacionado con discusiones con sus maestros y compañeros de la escuela; en ambos sexos presentaron quejas somáticas y sentimientos de rechazo; pero las adolescentes mostraron mayor afecto negativo, labilidad emocional, somatización, problemas en las relaciones interpersonales, ideas de muerte y pensamientos parasuicidas. Confirmando que a partir de la adolescencia hay una mayor vulnerabilidad del sexo femenino para padecer trastorno. Fenómeno ampliamente observado.

En cuanto a características de temperamento y factores psicosociales, Serfaty E. Andrade J., D'Aquila H. , Masautis A., y Foglia L. (1995), indican que los niños argentinos con características alegres mostraron menor probabilidad de presentar depresión en la juventud, mientras que tener un temperamento triste, aburrido, retraído y nervioso se relacionaba con la probabilidad de desarrollar el trastorno. Así también identificaron que los factores: consumo de drogas por algún hermano, presencia de depresión en la madre y la presencia de conflictos familiares se relacionaron con el padecimiento de depresión en adolescentes. Así mismo, señalan relación entre depresión e ideación suicida.

Borchardt C. y Meller W., 1996, han encontrado que un 75.8% de pacientes depresivos adolescentes y preadolescentes, tenían una historia de violencia o abuso en la familia. Lo que concuerda con el estudio en México de González- Forteza C., y cols.

(2001), en el que encontraron que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en las mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual. Schraedley P. y cols. (1999), ofrecen datos más puntuales en su estudio al afirmar que los adolescentes con historia de abuso físico triplicaba la probabilidad de que desarrollaran niveles altos de depresión, mientras que ser víctima de abuso sexual cuadruplicaba esta probabilidad.

Facio A. y Batistuta M. (2001), en un estudio longitudinal con adolescentes también observan mayor vulnerabilidad del sexo femenino para presentar el trastorno, los investigadores señalan que las chicas suelen presentar mayor nivel de ansiedad y baja autoestima en comparación con muchachos; señalan que estos problemas tienden aumentar hacia la adolescencia. Observaron que el factor protector ante estos síntomas, es el sentimiento de satisfacción en las relaciones con los padres y una autoestima adecuada, para las chicas. Mientras que para los varones, el factor protector fue la satisfacción con la imagen corporal; la falta de ésta se relaciona con mayor afecto disfórico para ellos.

Así también, Schraedley P. y cols., (1999), observaron que el nivel de estrés era un predictor importante de síntomas de depresión, siendo las chicas las que mostraban mayores síntomas de depresión; relacionaron el estatus económico alto con un nivel bajo de depresión. Observaron una tendencia a incrementar el nivel de depresión con la edad.

Los investigadores señalan que otro factor importante es el apoyo social, el 20% de muchachos con depresión reportaron bajo nivel de apoyo social: no hablar con nadie cuando tenían un problema, se relacionó con niveles altos de depresión, este fenómeno fue



reportado mayormente por muchachos que por muchachas. El apoyo social se relacionó con la reducción de síntomas depresivos en muchachas.

Storch E., Bravata E., Storch J., Johnson J., Roth D. y Roberti J. (2003), señalaron que sucesos como las burlas en la niñez estaban medianamente relacionadas con síntomas depresivos, ansiedad, miedo y evaluación negativa, en estudiantes universitarios.

Jacquez F., Cole D., Searle B. (2004), basados en el modelo de depresión de Cole, que trata sobre competencias en niños y adolescentes, suponen que las creencias en la valía de uno mismo se basan en la retroalimentación positiva o negativa del entorno. Observaron que si bien la retroalimentación materna negativa no tuvo relación directa con la depresión, sí parece tenerlo la exposición a retroalimentación negativa crónica e inevitable, pues los niños se vuelven vulnerables a tener una baja autoestima y posiblemente a desarrollar depresión.

De acuerdo con Essau C. (2004), la depresión en los padres se ha identificado como factor de riesgo de hasta 60% para los hijos niños y adolescentes de presentar el trastorno a los 25 años. La investigadora explica que los hijos de padres deprimidos también presentan riesgo de presentar comorbilidad con desórdenes de ansiedad, conducta y uso de sustancias. Essau C. encontró que en los adolescentes con depresión mayor, un 22.2% tenían padres con alcoholismo, un 11.45 % tenía padres con problemas de uso de sustancias un 32.45% tenía padres con problemas de ansiedad. Así mismo observó un bajo nivel de apego a los padres en los adolescentes deprimidos en comparación con los

adolescentes no deprimidos. Así la autora señala que existen factores genéticos y psicosociales que inciden en la presencia del trastorno.

### **1.7 Consideraciones Finales del Capítulo**

Como se ha visto, se considera a la depresión como un trastorno de etiología multifactorial, que aqueja a la población adolescente de manera importante, pudiendo generar efectos graves en su inserción al medio social y escolar; representando una de las problemáticas de índole emocional más frecuentes.

Son diversos los factores que participan en la aparición y mantenimiento del trastorno, los investigadores como Lara M.E. y Klein D. (1999) han considerado que se dichas variables se configuran, por ejemplo las experiencias adversas en la niñez, favorecerían tipos de pensamiento negativo, ruminación y activación de memorias negativas, inhibiendo la generación de respuestas adaptativas a las vivencias estresantes. Esto se relaciona con la retroalimentación de un concepto negativo, dificultando y generando un reforzamiento social que se vuelve aversivo al persistir el trastorno. De manera que se establece la cronicidad de la depresión en individuos sensibilizados para ello.

Para fines de este estudio se retoman las propuestas cognitivas y aquellas relacionadas con riesgo psicosocial, con el fin de probar y conocer la relación de los sucesos de vida estresantes con la depresión en la población adolescente.

## **Capítulo 2. ADOLESCENCIA**

La adolescencia es un periodo entre la niñez y la adultez, caracterizado por cambios que llevan al niño a alcanzar el estatus de adulto. De acuerdo con Muuss R. (1978), la palabra adolescencia deriva de la voz latina “*adolescere*” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez.

La pubertad trae consigo importantes cambios físicos, que incluyen el continuo crecimiento, cambio en la forma y tamaño del cuerpo, desarrollo de los órganos sexuales, que continúan a lo largo de la adolescencia. Los cambios hormonales y corporales hacen que se reedite continuamente la imagen corporal, influyendo en el concepto de sí mismo y por lo tanto en la manera de relacionarse con los demás. En la adolescencia se vive la búsqueda y posible resolución de la identidad. Toman relevancia la identidad sexual, necesidades y vivencias. Aunque los roles sociales se van aprendiendo desde la niñez, es en la adolescencia cuando mucho de ellos se consolidan. Las relaciones con la familia y amigos sufren modificaciones, mientras que las habilidades cognitivas permiten otra visión del mundo y de sí mismo.

### **2.1 DESARROLLO FÍSICO**

De acuerdo con Bastiani A., Graber J., Brooks-Gunn J. (en Blackwell, 2003), la pubertad más que una etapa, es un proceso, un continuo en el desarrollo, que incluye una serie de cambios hormonales y físicos interconectados, que resultan en la capacidad de reproducción del ser humano y la apariencia adulta.

Se identifican cinco áreas generales de cambios internos y externos durante la pubertad: 1. aceleración seguida de una desaceleración del crecimiento del esqueleto. 2. incremento y redistribución de la grasa corporal y tejido muscular. 3. desarrollo de los sistemas circulatorio y respiratorio, incremento en fuerza y resistencia. 4. maduración de las características sexuales, secundarias y de los órganos reproductivos. 5. cambios en los sistemas hormonal–endócrino que regulan y coordinan los eventos de la pubertad. (Marshall y Tanner ,1942, citado en Blackwell, 2003) .

Se asume que la coordinación endocrina inicia antes del nacimiento, antes de que los cambios sean evidentes. Y en cuanto al cambio fisiológico y físico, la pubertad consiste en eventos que toman cinco o seis años en muchos adolescentes, como resultado de la interacción de factores genéticos, nutricionales y hormonales.

### **2.1.1.Cambios Hormonales**

Durante el periodo prenatal las hormonas llamadas andrógenos comienzan a organizar el sistema reproductivo del sujeto. Hay una supresión de las hormonas después del nacimiento y durante la niñez temprana, de manera que la pubertad comienza cuando se reactiva la influencia hormonal hacia el sistema reproductivo.

Alrededor de los 7 años, hay un incremento de hormonas, que precede a otros cambios hormonales de la pubertad, así como al inicio de los signos externos del desarrollo físico, que pueden iniciar alrededor de dos años después (Blackwell, 2003). En las etapas tempranas de la pubertad, hay incrementos de las hormonas gonadotropina, leutinizante y

estimulante del folículo, que en un principio se liberan por la noche y en la adolescencia tardía durante el día como en los adultos. Estas hormonas son importantes en la producción de las hormonas sexuales: andrógenos y estrógenos, que estimulan el desarrollo de la capacidad reproductiva.

La hormona estimulante del folículo, en las chicas favorece la producción de los ovarios y la hormona leutinizante, regula la producción de progesterona y estrógenos. La hormona estimulante de folículo, tiene un incremento paralelo en los chicos y se relaciona con la producción de espermatozoides. La espermatogénesis ocurre cuando los niveles adultos de andrógenos y niveles de gonadotropinas se logran (Blackwell,2003).

### **2.1.2 Correlatos psicológicos de los cambios hormonales en la pubertad**

Estudios como los de Brooks-Gunn J. (en Blackwell, 2003), apoyan la idea de que el incremento hormonal favorece la aparición de afecto negativo y malestar en los adolescentes. La investigadora ha encontrado afecto negativo con los primeros incrementos hormonales en chicas. También se ha relacionado que la hormona folículo estimulante con la vivencia de tristeza, los niveles de andrógenos se han relacionado con conductas de acting-out; mientras que los incrementos en hormona leutinizante y folículo estimulante con angustia en niñas.

### **2.1.3. Inicio, Tasas y Progresión de los Eventos de la Pubertad**

El desarrollo de la pubertad se caracteriza también por el desarrollo de características sexuales secundarias. Se considera normal el rango de inicio de la pubertad

dentro de los 8 y 13 años para las niñas, entre los 10 y 13 para los varones (Papalia D.E. y Wendkos O. S., 2001), la secuencia de eventos parece ser la misma dentro de cada género; sin embargo se han notado variaciones con un inicio más temprano en las niñas en las últimas generaciones. Existen variaciones étnicas, participan factores genéticos, nutricionales y ambientales

En el cuerpo femenino, el crecimiento de los senos, ocurre entre los 8 y 13 años. Esto es seguido por la aparición de vello púbico cuyo desarrollo toma alrededor de 4 o 5 años (Bastiani A. y cols., en Blackwell, 2003). El incremento de estatura comienza aproximadamente en forma paralela al desarrollo de los senos, tiene su mayor aumento en la mitad de la pubertad, para hacerse más lenta paulatinamente. Así mismo aparece la menarca o primera menstruación.

En los muchachos los cambios de la pubertad ocurren aproximadamente dos años después de los cambios en las niñas; siendo el primer signo desarrollo sexual el crecimiento de los testículos, que ocurre cerca de los 11 y 12 años. El vello púbico y facial aparece hacia los 12 años y se desarrolla durante 3 ó 5 años aproximadamente. Así mismo, sigue el incremento de altura, con un máximo crecimiento entre los 13 y 14 años, tiempo en el cual ocurre la primera eyaculación. En general entre los 14 y 15 años, la mayoría de los chicos han cambiado la voz. Estos cambios pueden continuar en la adolescencia media (Bastiani A. y cols., op.cit.).

Ocurren otros cambios corporales sobre la composición y redistribución de músculo y grasa: los chicos ganan mayor masa muscular y masa ósea que las chicas esto es posterior al aumento de altura; la diferencia en la distribución de grasa se debe en parte a que los chicos desarrollan mayor musculatura que las niñas, éstas experimentan crecimiento de los senos y caderas, cambia ligeramente la circunferencia de la cintura. El incremento de grasa parece ocurrir al inicio de la menstruación, siendo importante para el inicio y mantenimiento del funcionamiento reproductivo.

#### **2.1.4 Correlatos Psicológicos de los Eventos de la Pubertad**

Los cambios en la pubertad suelen ser impredecibles y el resultado es por lo general incierto. Así mismo, las personas responden a los cambios físicos en los adolescentes ya que al aparentar mayor edad, son tratados más como adultos que como niños. De acuerdo con Bastiani, Graber y Brooks-Gunn (op.cit.), algunos cambios pueden vivirse con orgullo o con sentimientos negativos relacionados con molestias de los compañeros.

Uno de los factores que median el efecto psicológico de los cambios físicos reside en el tiempo de desarrollo en relación al grupo de pares. Los autores señalan que, aquellos que se desarrollan más tempranamente que el resto de compañeros tienen mayor riesgo de psicopatología como depresión, abuso de sustancias, problemas de conducta e intentos suicidas. En adolescentes mexicanos se ha observado el mismo efecto por Benjet C. y Hernández-Guzmán L. (2002), quienes relacionaron el evento de la menarca con síntomas depresivos e identificaron como variables que median este efecto: la percepción de control

por parte de la madre, el ajuste socioemocional anterior y las actitudes hacia la menstruación. Observándose que los muchachos tienden a experimentar los cambios más favorablemente.

Éstos suelen experimentar positivamente los cambios de altura y peso, mientras que para las jóvenes puede ser más difícil aceptar el incremento en grasa corporal, lo cual se sugiere como factor que contribuye al desarrollo de problemas de alimentación y depresión (Bastiani y cols., op.cit.). Los efectos psicológicos interactúan con los generados por las experiencias, ajuste social pasado, factores biológicos, sociales y medioambientales.

La diferencia entre varones y muchachas en cuanto al impacto psicológico de los cambios físicos, ha sido atribuida a que los cambios ocurren primero en las chicas (Bastiani y cols., op.cit.), cuando posiblemente son más inmaduras, además de que los cambios suelen coincidir con el paso a la escuela secundaria, agregándose factores culturales como los ideales culturales de belleza y mayor control de los padres (Kimmel y Douglas, 1997).

Petersen y Richards (en Kimmel y Douglas, 1997), consideran que las variables mediadoras son distintas para cada individuo y afectan el impacto de los cambios físicos. Agregan que si otros cambios ocurren al mismo tiempo, pueden intensificar el impacto de los mismos, por ejemplo desplazarse de una ciudad a otra o el cambio de escuela.



## **2.2 DESARROLLO PSICOSOCIAL Y PERSONALIDAD**

En cuanto al desarrollo psicosocial y personalidad, han habido diferentes aproximaciones, hacia esta etapa de la vida, desde las primeras publicaciones científicas alrededor de la adolescencia como la de Stanley Hall, (Muus R.,1978) quien hacia el final del siglo XIX, consideraba que el desarrollo obedecía a factores fisiológicos determinados genéticamente, siendo las fuerzas o directrices interiores las que dirigían el crecimiento y conducta. Basándose en la teoría de Darwin, consideraba que las etapas de desarrollo del individuo correspondían a aquellas que se dieron en el desarrollo de la humanidad. Las etapas concebidas por Hall eran: la infancia, niñez, juventud y adolescencia.

La adolescencia era el periodo desde la pubertad hasta alcanzar el estatus de adulto, caracterizó esta etapa por lo que llamó “tormenta e ímpetu”, al encontrar analogía con el idealismo, reacción contra lo viejo, pasión y sufrimiento personales del movimiento literario germano. Consideró a la adolescencia como una etapa de turbulencia y transición, en la que existía una fluctuación entre varias tendencias contradictorias, energía, exaltación y actividad, que alternan con letargo, indiferencia y desgano. Señalando que dentro de los cambios emocionales había momentos de depresión. Subrayó la creciente influencia de los amigos y compañeros e ímpetu revolucionario.

### **2.2.1 Los Patrones del Proceso de Desarrollo Según Gesell**

Arnold Gesell en 1956 (Horrocks, 1984), definió la adolescencia como un periodo rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo. Gesell consideraba al desarrollo como un

proceso de patrones graduales que se extienden en el tiempo, en el que cada año de madurez producía conductas o tendencias características. El desarrollo de cada individuo se producía como una variación única dentro del desarrollo, en la que influyen factores genéticos y factores ambientales.

Para Gesell, el décimo año es un periodo de equilibrio y balance, en el que hay una confirmación de los años de niñez. El undécimo año es visto como una época de transición en la que se pierde el equilibrio, aumentando la actividad, donde surgen nuevas formas de autoafirmación sociabilidad y curiosidad, la vida emocional alterna entre la melancolía y el buen humor; pudiendo surgir problemas con los familiares. Va desarrollando su individualidad y confianza en sí mismo.

Gesell caracterizó al duodécimo año, como una etapa de mayor equilibrio y objetividad, el niño se vuelve menos ingenuo y es más centrado en sí mismo, amplía sus horizontes sociales, el grupo de su edad se vuelve importante y el entusiasmo aumenta. Este periodo favorece la integración de la personalidad y empatía.

En el décimo tercer año el niño se encuentra adentrado en la adolescencia, Gesell consideró que el joven es menos comunicativo, pero tiende a adaptarse y ser confiable. Se angustia con facilidad y por lo general se aparta del círculo familiar, volviéndose introspectivo y reflexivo. Hace un mayor uso del pensamiento racional y es sensible a la crítica, hay una mayor discriminación en sus relaciones sociales, se aparta un poco más de

su familia y aumenta la influencia de su grupo de pares. El yo se hace más profundo y amplio.

El décimocuarto año es un tiempo de expresividad y menos retraimiento, el adolescente se encuentra mejor orientado hacia sí mismo y su ambiente. Goza la vida y se interesa en la gente. Su interés principal es agruparse con compañeros de su mismo sexo. Su pensamiento se agudiza y aumenta la confianza en sí mismo.

A los quince años, hay un interés en comprenderse a sí mismo y que otros lo comprendan; a la vez que aumenta su apreciación de los matices más finos en los significados de los sentimientos. Gesell considera que el adolescente es más calmado pero más vulnerable a los sentimientos subjetivos de envidia, venganza y violencia. Se incrementa el espíritu de independencia y se intensifica el instinto de agrupación con los de su edad. Comienza a orientarse hacia el futuro.

Gesell describe que a los dieciséis años, la sociedad reconoce más su lugar, permitiéndole una atmósfera de confianza en sí mismo y tolerancia. Las experiencias socializadoras más amplias toman mayor importancia, hay mayor orientación hacia el futuro y menor conciencia de sí mismo. Hay mayor control de las emociones y menos angustia.

### **2.2.2 Kurt Lewin**

Kurt Lewin hacia 1954, (Horrocks, 1984), concebía tres importantes etapas del desarrollo en relación con el grado de diferenciación del espacio vital, en función de actividades y relaciones sociales, en función de su punto de vista y en función de su fluidez general. Para Lewin son tres etapas importantes la niñez, adolescencia y adultez.

De acuerdo con Muus R.(1978) Lewin consideró que la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo; mientras que el niño y el adulto tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente integra en parte al grupo infantil y en parte al adulto, lo que lo convierte en un “hombre marginal”, ya que no se le aceptan formas de conductas infantiles, pero tampoco se le permiten comportamientos como manejar un automóvil, tomar bebidas alcohólicas, etc. Esto lo pone en un estado de “locomoción social”, los campos social y psicológico en que se mueve no están estructurados, a comparación del de la niñez y adultez, lo cual da paso a sentimientos de inseguridad y favorece la adopción de cambios drásticos de conducta, tomando el adolescente actitudes radicales y rebeldes.

Lewin, concibió que en la adolescencia hay una “falta de estructura cognoscitiva”, consistente en que ante los cambios rápidos en su espacio vital, el adolescente no está seguro de que su conducta lo acerque a su objetivo. Señala también que los cambios físicos suelen generar incertidumbre, inestabilidad e inseguridad. Así mismo cambia la perspectiva temporal pues desarrolla la capacidad de comprender el pasado, adoptar nuevos objetivos para el futuro y planificar de manera más realista su propia vida. Señaló que este periodo se

caracteriza por una gran plasticidad de la personalidad. Así afirma que en una cultura dada, lo más importante será el grado de diferencia que existe en la sociedad adulta y la infantil, así como los factores que separan a una de otra.

### **2.2.3 Aportaciones del Enfoque Psicoanalítico**

Desde esta perspectiva en general, se considera que la personalidad se forma durante los primeros cinco o seis años de vida bajo la dirección de impulsos o fuentes innatas de energía, que se revelan en formas predeterminadas (Kimmel y Douglas, 1997).

#### **Sigmund Freud**

Freud (en Muuss ,1978), propuso una teoría del desarrollo por etapas definitivas: la etapa oral, la anal y fálica; que ocurren en los primeros cinco o seis años de vida, mientras que hay dos que ocurren posteriormente: latencia y etapa genital.

De acuerdo con Kimmel y Douglas, (1997) Freud señaló que durante la adolescencia había un aumento o intensificación de los impulsos sexuales, por lo que el joven debía enfrentarse nuevamente con preocupaciones sexuales experimentadas en la infancia; específicamente durante la pubertad se vuelve a vivir el Complejo de Edipo. La segunda vivencia de esta ansiedad, es reprimida ya que en el periodo de latencia se desarrolla el superyó y la prohibición contra el incesto es internalizada. En cuanto a la situación edípica, el adolescente debe superar el apego libidinoso a la madre y la dominación ejercida por el padre. El fracaso en la resolución de estas situaciones lleva a la neurosis por interferir con la elección de objeto sexual.

El desprendimiento emocional de los padres redundaba en rechazo, resentimiento y hostilidad hacia ellos, cuestión que se generaliza a otras formas de autoridad. La tarea primordial del adolescente sería lograr la primacía genital y la consumación definitiva del proceso de búsqueda no incestuosa de objeto. Pues en la adolescencia y pubertad hay una lucha dinámica entre el ello y las fuerzas socialmente orientadas del yo.

Así también aunque la meta de las formas infantiles de sexualidad es la búsqueda de placer, en la pubertad los cambios fisiológicos hacen surgir paulatinamente el objetivo sexual de la reproducción, esta es la fase genital. De acuerdo con Muuss (1978), con el desarrollo de la pubertad también aumenta la excitación nerviosa, ansiedad y perturbaciones de la personalidad, ya que en el adolescente debe descubrir cómo manejar los impulsos.

### **Anna Freud**

Anna Freud (Muuss, 1978), planteó que la pubertad generaba un desequilibrio entre las instancias ello, yo y superyó, siendo una tarea del adolescente recuperar el equilibrio interno.

Durante la pubertad la energía instintiva aumenta y puede sumarse no sólo a los apremios sexuales sino también a cualquier impulso del ello. El cambio de un mecanismo de control externo de los impulso (por ejemplo los padres u otra autoridad), a otro interno

(normas introyectadas por el superyó) supone un desequilibrio, que se traduce en intensificación de comportamientos como la agresividad y rebeldía.

Con la madurez sexual, hay un incremento de la influencia libidinal que puede generar regresión hacia etapas evolutivas anteriores.

Anna Freud, consideraba que hay una segunda vivencia del complejo Edipo, provocando miedo a la castración en varones y envidia de la posesión del pene en las niñas; los impulsos que llegan a la conciencia se realizan en la fantasía, el superyó interviene en el conflicto, produce ansiedad y pone en acción los mecanismos de defensa del yo (represión, negación y desplazamiento), éstos invierten los impulsos libidinales y los vuelven contra el sí mismo, ocasionando temores, ansiedad y síntomas neuróticos.

Ante esto pueden adoptarse gratificaciones sexuales pregenitales y conductas agresivas, obteniendo un éxito parcial el ello. La presencia de distintas formas de ansiedad, el desarrollo de rasgos de ascetismo y la acentuación de síntomas neuróticos e inhibiciones denotan una defensa más vigorosa, que indican éxito parcial del yo.

Entre las amenazas al desarrollo normal, señala que el ello puede anular al yo y la entrada a la vida adulta puede estar marcada por un tumulto de gratificaciones no inhibidas de los instintos; o bien el yo puede vencer al ello y confinarlo a un área limitada, controlada constantemente por numerosos mecanismos de defensa.

Durante la adolescencia señaló el surgimiento de dos mecanismos de defensa: el ascetismo y racionalización, el ascetismo supone la minimización de la ansiedad mediante el rechazo de las tentaciones y la negación a uno mismo a los placeres normales de la vida humana; el cual se debe a la desconfianza en los deseos instintivos. Junto con un aumento de intereses intelectuales, que se cambian por otros más abstractos, surge la racionalización como un mecanismo de defensa contra la libido, minimiza la ansiedad y el individuo se muestra impersonal, se examinan las causas y se debaten cuestiones tanto morales como éticas.

Anna Freud postuló que las instituciones del yo, que se han resistido a la pubertad sin ceder suelen permanecer inflexibles durante toda la vida, pero considera que un equilibrio armonioso entre el ello, yo y superyó, es posible. Los factores implicados en los conflictos de adolescencia son: la fuerza de los impulsos del ello determinada por procesos fisiológicos durante la pubertad, la capacidad del yo para superar las fuerzas instintivas o ceder ante ellas cuando no es posible lo primero, lo cual depende de la ejercitación del carácter y desarrollo del superyó en el periodo de latencia. Así también serán importantes la eficiencia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del yo.

### **Arminda Aberastury y Mauricio Knobel**

En este enfoque más contemporáneo, Aberastury y Knobel (1988), consideran que la adolescencia es un periodo marcado por cambios importantes en la constitución de la personalidad, dando lugar a lo que llamaron “síndrome normal de la adolescencia”, que se



caracteriza por desequilibrio e inestabilidad, resultando en una transición difícil tanto para el adolescente como para sus padres.

Definen la adolescencia como una etapa de búsqueda de la identidad adulta, donde el individuo se apoya en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verifica la realidad que el medio social le ofrece. Lleva al logro de la estabilidad de la personalidad en un plano genital si se hace el duelo por la identidad infantil.

Señalan que en esta transición es importante el desprendimiento del mundo infantil caracterizado por la dependencia y seguridad que brindan los roles claramente definidos. Al pasar a la adolescencia vivirá tres duelos fundamentales:

- El duelo por el cuerpo infantil perdido.
- El duelo por el rol y la identidad infantiles.
- El duelo por los padres de la infancia.

El duelo es entendido como una pérdida personal y sólo mediante la elaboración de estos duelos el adolescente llegará a otra etapa caracterizada por nuevas formas de relación con sus padres, compañeros, consigo mismo y con el mundo. En opinión de Aberastury y Knobel (1988), si el adolescente es capaz de aceptar sus aspectos de niño y adulto, puede empezar a aceptar los cambios en su cuerpo y comienza a surgir su identidad.

Así mismo señalan como características del “síndrome normal de la adolescencia” las siguientes:

1. La búsqueda del sí mismo y de su identidad: implica el cambio de la imagen corporal, aceptación el propio cuerpo y posibilidad de la sexualidad. La introyección de objetos infantiles y de los padres da paso a la individuación, entonces se desarrolla el concepto de sí mismo, formándose una ideología como un sistema de teorías e ideas al cual aferrase donde se plantean los problemas de los valores éticos, intelectuales y afectivos.

2. Tendencia grupal: el adolescente recurre al comportamiento defensivo de “uniformidad” que se refiere a un proceso de sobreidentificación masiva con sus pares.

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear: representa una huída al mundo interior para un reajuste emocional, lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos y sociales; permitiéndole formular un plan de vida y defenderse de los cambios incontrolables del entorno y aquellos que ocurren en su propio cuerpo.

4. Crisis religiosa: Surge en ocasiones como intentos de solución de la angustia que vive el yo en búsqueda de identificaciones positivas ante el enfrentamiento con los cambios corporales, separación de los padres y la aceptación de la posible muerte de los mismos.

5. Desubicación temporal: en el adolescente no hay una clara distinción entre presente-pasado-futuro, la noción temporal es de características rítmicas o corporales y hay una tendencia a convertir el tiempo en presente y activo. Paulatinamente el tiempo se vuelve conceptual y cronológico conforme el adolescente puede ir completando los duelos e la niñez.

6. Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad: se vive la aceptación paulatina de la genitalidad, en un principio exploratoria, pero que prepara para la genitalidad procreativa, al aceptar gradualmente su genitalidad el adolescente inicia la

búsqueda de pareja, se da el primer enamoramiento; con el resurgimiento de la libido, vuelve angustia relacionada con conflictos pasados y se reedita el complejo de Edipo.

7. Actitud social reivindicatoria: ésta surge del proceso de separación de los padres, búsqueda de nuevas identificaciones, defensa contra un superyó rígido y la actitud de las personas significativas ante su desarrollo.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: en este periodo la conducta del adolescente está dominado por la acción, se viven procesos de proyección e introyección intensos, variables y frecuentes, habiendo labilidad en su organización defensiva.

9. Separación progresiva de los padres: surge a partir de la aparición de la capacidad efectora de la genitalidad, requiere de la presencia de objetos buenos internalizados e identificaciones nuevas, consistentes y firmes.

10. Constantes fluctuaciones de humor y estado de ánimo: dependen de la puesta en marcha de mecanismos de proyección e introyección, así como los intentos de elaboración de los duelos. Experimenta frustración, retraimiento, sentimientos depresivos, enojo, etc.

Por último Aberasturi y Knobel (1988) señalan que es la adolescencia una etapa en la que la personalidad se cristaliza, dependerá de la introyección de figuras parentales buenas, con roles bien definidos, una escena primaria amorosa y creativa; así como contar con fuentes de identificación de personalidades firmes o maduras.

## **Otto Rank**

Hacia 1884-1939(en Muuss, 1978), Rank consideraba que la naturaleza humana era creadora y productiva, criticó varios postulados del psicoanálisis y dió mayor importancia al yo. El concepto nuclear de su teoría es la voluntad, considera que ésta es una organización positiva de guía e interpretación de sí mismo, que utiliza como forma creadora los impulsos instintivos, que al mismo tiempo los inhibe y los controla. Mientras que el yo, es más bien una fuerza dominante que utiliza y dirige a ambos.

Consideró que el factor de la sexualidad no era tan determinante, opinó que si bien el yo está desarrollándose y fortificándose cuando surge la pulsión sexual como una contravoluntad, la voluntad trata de ganar su control. Consideró que en esta etapa se desarrolla la personalidad como un tránsito a la independencia.

El desarrollo de la voluntad en la latencia favorece la independencia por lo que surge en el adolescente una tendencia a rechazar la autoridad que no es elegida por el joven. Explica que la voluntad surge de la situación edípica, pues la voluntad individual se encuentra en la voluntad social, representada por los padres y está expresada por un código moral.

Señala que la independencia volitiva del joven es exigida por la sociedad y que las primeras actitudes de lucha por la independencia de factores externos (como padres,

maestros, códigos, etc.) y contra factores internos (los propios impulsos), ocurren en la adolescencia temprana.

Consideró que al lograrse la independencia se logra la capacidad de amar, pues implica autorestricción, autosubordinación y dependencia, que no amenacen de manera terminante al individuo, por ello considera que la relación amorosa en la adolescencia representa un conflicto interno.

Rank considera al desarrollo de la personalidad como expansión, diferenciación e integración continuas tanto de la relación externa “yo - otro” como del sistema intrapsíquico.

### **Erick Erickson**

Erick Erickson, (en Muuss, 1978) adaptó hallazgos de la antropología, cultural, propone una teoría del desarrollo del yo, que constituye la adquisición de una identidad y se cumple de una u otra manera en varias culturas. Esta teoría tiene ocho etapas evolutivas en las que hay un conflicto que debe resolverse, si se hace de manera satisfactoria, la cualidad positiva se incorpora al yo y puede producirse un desarrollo ulterior saludable; pero si el conflicto persiste o se resuelve de modo insatisfactorio se perjudica el yo en desarrollo, por que se integra en él la cualidad negativa. Las ocho etapas son:

1. Confianza versus desconfianza.
2. Autonomía contra vergüenza.
3. Iniciativa contra culpa.

4. Laboriosidad contra inferioridad.
5. Identidad contra difusión del propio papel.
6. Intimidad contra aislamiento.
7. Fecundidad contra estancamiento
8. Integridad del yo contra aversión.

Según Erickson, la pubertad se caracteriza por la rapidez de crecimiento físico, la madurez y conciencia sexual, queda amenazada su imagen corporal y la identidad del yo, el joven se preocupa por lo que parece a los ojos de los demás. Así en la quinta etapa (identidad vs. difusión), el adolescente trata de establecer su identidad, mediante la integración de sus experiencias previas, surgiendo una mayor conciencia del futuro. Esta identidad se ve amenazada, pues debe aceptar sus cambios corporales e impulsos.

Se presenta entonces una mayor necesidad de pertenecer socialmente a un grupo, los compañeros ayudan al individuo a encontrar su propia identidad dentro de un contexto social. El sentimiento de solidaridad es fuerte, pero también los de intolerancia hacia las diferencias, pues constituyen una defensa contra el peligro de autodifusión existentes en este periodo. La identificación puede basarse en una especie de estereotipo de la forma de ser, de los ideales y adversarios, sobretudo en la época de mayor cambio corporal.

La madurez genital estimula la imaginación y la intimidad con el sexo opuesto. El enamoramiento surge de naturaleza menos sexual que en etapas posteriores, el adolescente

trata de proyectar sobre otra persona su propio yo, aún difuso e indiferenciado, con el fin de aclarar y descubrir el concepto de sí mismo y la propia identidad el yo.

Erickson señala que surge un periodo de moratoria, que asemeja una pausa psicológica en el desarrollo, es un periodo de aplazamiento concedido al individuo cuando el adolescente no está listo para cumplir con una obligación. Así se entiende por moratoria social un retraso en el compromiso del adulto; siendo en opinión de Muuss (1978) un periodo de cierta permisividad que proviene de la sociedad.

Intimidad versus aislamiento, es la sexta etapa. Aunque la capacidad e intimidad sexual comienza para Erickson desde la adolescencia, el individuo no llega a ser capaz de una relación íntima plena hasta que su sentido de la identidad personal esté totalmente construido.

De acuerdo con Erickson, la madurez empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, con control emocional, que acepta su pasado y el sentido de sí mismo es firme. Esto implica la integración de ambiciones y aspiraciones vocacionales junto con cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores, imitación de los padres, enamoramiento, admiración de héroes, etc.; logrando la incorporación de la madurez genital a su imagen corporal.

## **Peter Blos**

Peter Blos (en Kimmel y Douglas, 1997) escribió sobre la adolescencia en forma más amplia que sus antecesores desde el enfoque psicoanalítico, coincide en la importancia de la segunda vivencia del complejo de Edipo, como fuente de tensión y describió etapas en el desarrollo.

La primera de estas fases es un periodo de **latencia** que tiene lugar durante los años de escuela elemental, según Blos, es una época en la que no aparecen impulsos instintivos nuevos, los niños desarrollan sus capacidades mentales y emocionales en formas que los preparan para enfrentarse con el incremento de impulsos que se da durante la pubertad.

Posteriormente viene la **preadolescencia**, durante la cual hay un aumento cuantitativo de los impulsos instintivos que se refleja mediante fantasías sexuales y una elevada susceptibilidad a la estimulación erótica, pero que no incluye propósitos sexuales hacia ninguna persona concreta.

La tercera fase la **adolescencia temprana**, está marcada por la atracción renacida hacia el progenitor del otro género, al que le sigue un rechazo a éste como objeto amoroso y un intento de establecer una relación de amistad íntima con los compañeros del mismo género por los que se siente una gran admiración.



La **adolescencia** propiamente dicha se inicia cuando los vínculos con amigos del mismo género empiezan a ser sustituidos por objetos amorosos heterosexuales, lo que marca la ruptura definitiva de los lazos edípicos con los padres.

La quinta fase: **la adolescencia tardía**, es un periodo de consolidación de la identidad sexual del individuo, de toma de conciencia real y aceptación del yo. A esta etapa sigue la **postadolescencia**, periodo de la edad adulta temprana en el que se ponen en práctica objetivos vitales fijados durante la adolescencia en función de relaciones, roles y opciones permanentes.

Así mismo Blos, aportó otro concepto importante al identificar la noción de separación-individuación durante la adolescencia, observando que en la adolescencia media, los jóvenes se sienten normalmente intranquilos al tiempo de separarse de sus padres y convertirse en individuos independientes por derecho propio.

La individuación del adolescente va acompañada de sensaciones de aislamiento, soledad y confusión; hay una toma de conciencia de la irrevocabilidad del final de la infancia, de la naturaleza vinculante de los compromisos y limitaciones definitivas de la propia existencia del individuo, lo que genera sentido de urgencia, miedo y pánico.

Las preocupaciones sobre la separación-individuación explican los sentimientos contradictorios que tiene la mayoría de los jóvenes hacia su crecimiento.

## Harry Stack Sullivan

Sullivan (Kimmel y Douglas, 1997), también difiere de algunos postulados del psicoanálisis clásico, Sullivan sostenía que los individuos son seres sociales cuya personalidad es modelada por su entorno cultural e interpersonal. Concibió el desarrollo en etapas que se diferencian por los cambios en las relaciones interpersonales.

En la **preadolescencia**, el individuo desarrolla una relación más estrecha con un solo amigo, del mismo género, las amistades son una forma importante de prepararse para las relaciones interpersonales maduras y gratificantes; preceden al inicio de la pubertad. En esta relación se desarrolla la sensibilidad hacia lo que le importa a la otra persona, habiendo un interés en contribuir a la felicidad, prestigio o sentimiento de valor del amigo íntimo.

De acuerdo con la perspectiva de Sullivan (Kimmel y Douglas, 1997), esta relación de mutuo conocimiento conduce a una validación consensuada del valor personal, lo que favorece la aceptación de uno mismo. En este sentido la falta de una relación con un amigo íntimo, puede ser fuente de sufrimiento, puede reforzar el temor a iniciar relaciones íntimas de compromiso y exigencia. Esta ansiedad llega a un extremo cuando el individuo adopta la actitud de evitación hacia sus compañeros, lo que interfiere con el desarrollo de habilidades sociales. Sin embargo Sullivan consideraba que en esta etapa es cuando surge una fuerza para superar la soledad.

La etapa de **adolescencia temprana** comienza con la aparición del interés sexual, como una tensión recurrente que surge en la interacción con los demás. Posteriormente

este dinamismo llega a su máximo punto cuando las tensiones sexuales alcanzan proporciones importantes y la zona genital participa en su expresión en la relación con otra persona.

Para Sullivan la necesidad de satisfacción del deseo sexual se añade a otras dos necesidades básicas que han surgido antes: la necesidad de seguridad que se refiere a la eliminación de la ansiedad, y la necesidad de intimidad, basada en las relaciones estrechas de colaboración. Estas tres necesidades humanas básicas pueden interferir o entrar en conflicto entre sí. El principal logro del desarrollo en el adolescente de acuerdo a Sullivan es llevarse tan bien con una persona por la que se siente un deseo sexual como con otra con la que se tiene una relación íntima, sin sentirse indebidamente paralizado por la ansiedad en el proceso.

Así mismo, la **adolescencia tardía**, comienza cuando los jóvenes han alcanzado una integración razonable de las necesidades de seguridad, intimidad y satisfacción de los deseos sexuales, en sus relaciones interpersonales. Sullivan señaló que había factores externos como un entorno desfavorable, ansiedad y autoevaluaciones negativas que obstaculizan el desarrollo pleno de los individuos como adultos maduros.

En la adolescencia tardía el aprendizaje de nuevas formas de relacionarse con los demás puede provocar ansiedad, cuando es grave puede interferir con el establecimiento de relaciones interpersonales maduras, otro aspecto obstaculizante es la opinión negativa de sí mismo, que genera actitudes de evitación social. Sin embargo si se logra vencer la

ansiedad en la adolescencia tardía el individuo tiene menor dificultad para desarrollarse como un adulto pleno.

#### **2.2.4. Aportación de Havighurst**

Havighurst, en 1953, (Horrocks, 1984), definió la tarea del desarrollo como aquella que surge en cierto periodo, o alrededor de éste, en la vida del individuo y cuya realización exitosa conduce a la felicidad de la persona y al éxito para afrontar tareas posteriores, mientras que el no cumplirlas trae consigo infelicidad, desaprobación social y dificultad para realizar tareas subsecuentes. Havighurst, consideró las tareas del desarrollo como patrones básicos de prioridades para el desarrollo personal. Considera que una tarea del desarrollo es una meta específica que refleja representaciones compartidas acerca de patrones normales o deseables del desarrollo. Estas se basan en la confluencia de cambios biológicos y demandas culturales asociados a la edad.

Propone tres fuentes de tareas de desarrollo: maduración física, expectativas culturales y aspiraciones individuales. Así mismo identificó diez tareas del desarrollo:

1. Lograr relaciones nuevas y más maduras con personas de la misma edad, de ambos sexos.
2. Conseguir un papel social masculino o femenino que sea aprobado socialmente.
3. Aceptar la psique propia y el uso adecuado del cuerpo.
4. Alcanzar la independencia emocional con respecto a los padres u otros adultos.
5. Lograr la seguridad de independencia económica.
6. Seleccionar una ocupación y capacitarse para ésta.

7. Prepararse par el matrimonio y la vida familiar.
8. Desarrollar conceptos y habilidades intelectuales necesarias para la competencia cívica.
9. Desear y conseguir un comportamiento socialmente responsable.
10. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.

La importancia de las tareas del desarrollo es que satisfagan al individuo y sean deseables para la sociedad, si el adolescente debe cumplir con las tareas del desarrollo requeridas en su sociedad, es imperativo que domine sus impulsos y se acepte a sí mismo, de manera que pueda movilizar su energía y manejar eficazmente las fuerzas sociales y culturales que actúan sobre él.

Para investigadores como Pinquart M., Rainer K. Silbereisen, y Wiesner M., (2004), en la adolescencia la construcción visionaria de formas de ser, posibles y deseadas, se convierte en una fuente de motivación del desarrollo de sí mismo con una intención.

Resolver la tarea de desarrollo es un proceso largo y progresivo, por lo que los autores proponen que los procesos de producción de discrepancia y el fortalecimiento de las metas, en la adolescencia es temporal y favorece la futura consecución de metas. Cubrir las tareas de desarrollo es una fuente importante de autoestima. Estas tareas pueden ser también fuentes de baja autoestima e insatisfacción cuando exceden los recursos individuales. Se asocia con aprobación social y es precursor del bienestar psicológico.

### **2.2.5 La Teoría Focal**

Coleman (1980) considera que la adolescencia es un estadio del desarrollo complejo y contradictorio; indica que al tratarse de un periodo crítico, entre la pubertad y la madurez, ejerce una fuerte influencia sobre el curso de la vida posterior.

Para Coleman (1980), la adolescencia no es un periodo en el que puedan presentarse más trastornos psicológicos que en otras épocas de la vida, desde su perspectiva, la mayoría de los adolescentes logran adaptarse sin mostrar tensión o perturbación anómalas.

Coleman (1980), propone “la teoría focal”, que surgió a partir de sus estudios en adolescentes de diferentes edades; que consistió en aplicación de tests relacionados con las actitudes y opiniones sobre diferentes relaciones, con temas como la imagen de sí mismo, relaciones con los padres y amistad, entre otros. De este modo observó que las actitudes ante todas las relaciones contempladas cambian en función de la edad y las preocupaciones sobre temas específicos alcanzan un máximo en diferentes momentos de la adolescencia.

La teoría focal, propone que a diferentes edades se centra el interés en determinadas clases de patrones de relación, aunque ningún patrón es específico o exclusivo de una edad. Aunque los patrones se solapan, el interés se centra en diferentes temas en distintos periodos.

A diferencia de otras teorías, Coleman (1980) consideró que la solución de una cuestión no es necesaria para abordar la siguiente, pues una minoría de individuos se

enfrenta al mismo tiempo a más de una cuestión. No hay límites fijos entre estadios, de modo que una cuestión específica no se liga a una única edad o nivel de desarrollo; no habiendo una secuencia forzosa en la secuencia de tópicos importantes para el adolescente.

La teoría focal propone que los adolescentes enfrentan una cuestión a la vez, y distribuyen el proceso de adaptación durante una serie de años, intentando resolver primero una cuestión y luego la siguiente, enfrentándose sucesivamente a diferentes problemas y cuestiones interrelacionadas que se abordan en distintos estadios. Así las tensiones que resultan de las necesidades de adaptarse a nuevos modelos de comportamiento, raramente todas se producen a un tiempo. Desde este punto de vista, los adolescentes que tienen que enfrentarse al mismo tiempo con más de una cuestión, tienen más probabilidad de desarrollar problemas.

### **2.3 DESARROLLO COGNITIVO**

A los once años, durante la adolescencia temprana las operaciones formales reemplazan a las operaciones concretas; las habilidades de procesamiento de la información se hacen más complejas y sofisticadas desarrollándose la habilidad para el entendimiento abstracto y lógica simbólica. Se es capaz entonces de razonar a partir de generalidades no tangibles, sin limitaciones por el espacio y el tiempo. Los adolescentes comienzan a comprender su mundo a través de eventos que deducen e imaginan, observando las similitudes esenciales y las diferencias superficiales. Dos cosas diferentes pueden ser vistas como reflejo de un concepto fundamental. Piaget (Craig,1997) describió que las relaciones causa-efecto son más fácilmente reconocidas como secuencias complejas de eventos y

pueden tenerse en mente determinantes múltiples. Los cambios en el procesamiento de información y memoria permiten la generación de hipótesis acerca de la relación entre eventos y considerar una perspectiva histórica.

Mientras que los niños son dependientes del contexto, los adolescentes aceptan que debe haber diferentes realidades para diferentes contextos o personas diferentes. Antes de la adolescencia los niños con un pensamiento operacional concreto saben que diferentes individuos pueden tener diferentes puntos de vista sobre un mismo asunto, pero los niños mantienen la percepción de que debe haber una sola verdad absoluta.

Es posible tomar en cuenta en forma simultánea las representaciones propias y las ideas de los demás. Pueden reflexionar sobre los pensamientos propios y los de otras personas, buscando encontrar sentido ante información ambigua. Surge la conciencia de ambigüedad y de la naturaleza subjetiva de significado. El adolescente debe adaptarse a la pérdida de la creencia en la capacidad del conocer algo de manera absoluta, puede adoptar el dogmatismo rígido o vacilar entre éste y el abandono de los esfuerzos de conocer algo totalmente, lo cual trae consigo una actitud de indiferencia emocional o ansiedad y algunas emociones negativas, lo que se ha llamado “Ansiedad Cartesiana”, da lugar a sensaciones de temor, caos y soledad, pérdida y desamparo.

Se desarrolla la habilidad de planeación y anticipación, surgiendo así mismo estrategias más complejas en la resolución de problemas. Crece la capacidad para reflexionar sobre los propios pensamientos. Se advierte que no todos los individuos pueden pensar en



términos de operaciones formales; aún cuando los adolescentes y adultos alcancen este nivel, en ocasiones no se mantiene y ante situaciones nuevas pueden retroceder a formas de razonamiento más concreto.

## **2.4 DESARROLLO MORAL**

En la teoría de Kohlberg (en Urzúa R., 1998), sobre el desarrollo moral, se describen etapas que las personas atraviesan desde la niñez hasta la vida adulta. Dentro de las etapas preconvencionales, se encuentra el dilema “Castigo-obediencia”, en la cual el individuo actúa de una manera debido a la creencia de que no hacerlo le traerá un castigo. La segunda etapa dentro del pensamiento preconvencional es la de “hedonismo instrumental o reciprocidad concreta” en la que su comportamiento de colaboración está motivado por lograr un fin concreto.

Posteriormente el pensamiento cambia, dando paso a dos etapas que Kohlberg (en Urzúa R., 1998), llamó “convencionales”. La primera etapa consiste en la “orientación hacia la mutualidad en las relaciones interpersonales”, que se caracteriza por el deseo de ser querido y aceptado por los demás, para lograr la amistad de otros. La segunda etapa es la de “ley y orden” donde la principal motivación es el mantenimiento del orden social, reglas fijas y la autoridad.

La etapa final del desarrollo moral, concebida por Kohlberg (en Urzúa R., 1998), es la de pensamiento postconvencional cuyo fundamento es la noción de contrato social: “el mayor bien para el mayor número posible de personas”, éste se basa en la determinación

de que lo más conveniente es la acción que procura mayor beneficio para los individuos. La segunda etapa del pensamiento postconvencional es la de “principio ético universal” en la cual el principio de justicia reemplaza al de mayor beneficio para las personas; dentro de esta nueva etapa la mayor motivación es actuar en concordancia con los valores universales, siempre que no se violen las normas sociales y legales, siendo acorde con la propia conciencia .

Para Kohlberg, el adolescente transitará y llegará a una cierta etapa de desarrollo dependiendo de sus capacidades individuales, el contexto cultural y abandono de las formas infantiles por otras más complejas.

## **2.5 DESARROLLO EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA**

Gianine D. Rosenblum and Michael Lewis, (en Blackwell, 2000) señalan que la experiencia emocional en la adolescencia es diferente de la de los adultos en parte debido a la incorporación de nuevos eventos tanto fisiológicos como cognitivos y su influencia en la percepción del desarrollo de sí mismo y adquisición de un estatus adulto, representando vivencias únicas que no persisten en los años posteriores.

El desarrollo temprano es base de la vida emocional del adolescente. La mayoría de las emociones se desarrollan durante los primeros años de vida y se van elaborando durante la niñez temprana, de manera que en la adolescencia no surgen nuevas emociones, pero crecen las habilidades de control emocional.

Hay eventos únicos, o que se viven por primera vez durante la adolescencia que tienen implicaciones significativas para las emociones, como el desarrollo del pensamiento de operaciones formales, los cambios hormonales y otros cambios fisiológicos durante la pubertad, cambios en la identidad, mayor orientación hacia las relaciones con los compañeros y cambios en las demandas sociales.

El desarrollo cognitivo como las ideas abstractas, anticipación de eventos futuros y recuerdos de eventos pasados, trae consigo nuevas experiencias con implicaciones emocionales. Las respuestas emocionales a las relaciones interpersonales se intensifican en la adolescencia y permiten el entendimiento de las personas como más que simples agentes de acción, los adolescentes pueden analizarse a sí mismos y a las personalidades de otros, a las repuestas y experiencias emocionales, así como relacionarse con quienes poseen características comunes de personalidad. Hay una creciente capacidad para reconocer múltiples y más complejas emociones, en sí mismo y en otros. Hay mayor capacidad de introspección y se afirma el reconocimiento de que un mismo evento puede generar diferentes reacciones en personas distintas.

En cuanto a los cambios hormonales, Rosenblum y Lewis, (en Blackwell, 2000), opinan que los cambios emocionales influenciados por fluctuaciones hormonales representan una experiencia única en el periodo adolescente. La estabilización emocional que se logra con el avance del tiempo puede reflejar tanto la regulación del nivel de hormonas como la adaptación del individuo.

Los eventos de vida son una variable que influye en el desarrollo y tono emocional durante la adolescencia, dependiendo de si son normativos o esperados, o son inesperados o no normativos; así como del significado personal que tienen para el individuo. Sin duda hay aspectos en la adolescencia que tienden a generar afecto negativo o estrés, representando para el adolescente un reto que enfrentar. Haviland y cols. (1994, en Blackwell, 2000) teorizan que la emoción juega un papel fundamental al conectar eventos separados que el adolescente va viviendo. Los investigadores consideran que las emociones, como sistemas que proveen significado, están ligadas a la identidad y la van definiendo; la asociación de emociones provee de un curso de organización y significado a los diferentes eventos de vida.

La adolescencia representa cambios en cuanto a cuáles y qué tipo de emociones son estimuladas por los eventos; por ejemplo ligar las emociones a las experiencias con los pares y en especial a las experiencias con el sexo opuesto. Así mismo en la adolescencia surgen diferencias por género en cuanto a los tipos de eventos que son cargados emocionalmente. Observándose que para las adolescentes las experiencias interpersonales toman mayor importancia, a diferencia de los chicos.

En la medida en la que se experimentan nuevos roles ( p.ej. amigos, mejor amigo, novio, así como roles fuera de la casa y la escuela) el joven accede a nuevas experiencias emocionales. Aparecen nuevas conexiones afecto-experiencia, que forman una red. De acuerdo con Haviland(en Blackwell, 2000), esta red contribuye al desarrollo de la identidad en la adolescencia.

Al hablar de las características del tono emocional en la adolescencia se señala que se pueden presentar extremos en la emoción en un rango muy grande. Los adolescentes reportan experimentar extremos en las emociones positivas y cambios de humor en forma más frecuente que los adultos, así como un grado mayor de emociones negativas.

Los estados de humor de los adolescentes, aunque más negativos, son menos persistentes y son disparados más rápidamente que en los adultos. En comparación con los niños, los adolescentes son más sensibles a los eventos durante sus vidas diarias; adquieren capacidad de entender las claves más sutiles, tomar en cuenta y examinar eventos complejos en la memoria, anticipando la implicación de los eventos en el futuro.

Las decepciones y frustración relacionadas con el surgimiento de relaciones amorosas se han identificado como una de las mayores fuentes de estrés y sufrimiento para los adolescentes.

De acuerdo con Rosenblum y Lewis (en Blackwell, 2000), hay habilidades que se desarrollan en la adolescencia que representan bloques con los que se construirá el funcionamiento emocional adulto:

1. Desarrollar conciencia de las propias emociones, sin sentirse abrumado por ellas. El adolescente aprende a utilizar habilidades cognitivas para obtener información acerca de la naturaleza y curso de la emoción. Harter y Budin,(en Blackwell, 2000), señalan que

cerca de los 12 años, se desarrollan habilidades cognitivas para expresar y comprender emociones simultáneas en conflicto. Es entonces cuando es posible verbalizar que se tienen dos emociones simultáneas, o sentimientos opuestos que surgen ante una misma circunstancia, en un mismo momento.

2. Distinguir los sentimientos de los hechos evitando razonamientos basados en la emoción como: “me siento de esta manera entonces debe ser real”.

3. Se desarrolla la capacidad para controlar la expresión de las emociones más intensas, comprendiendo las consecuencias de su expresión en otras personas y en sí mismo; el individuo procura modular rápidamente la variación de emociones y adoptar las normas de conducta adulta.

4. Mientras que un niño tiene capacidad de experimentar la experiencia emocional al ser testigo de lo que ocurre a otra persona, aun responde más a la situación que a los sentimientos de la otra persona. Desde los 7 y hasta los 13 años aproximadamente, se comienza a entender la experiencia de otra persona ante un evento. Esta habilidad se va desarrollando en la medida en la que se toman diferentes roles. Se desarrolla una mayor habilidad para anticipar, ser sensible a los cambios, experiencias y expresiones emocionales de otras personas; también permite al adolescente extrapolar las experiencias emocionales del individuo a las emociones de un grupo de personas, organismos, etc.

5. Se puede ser consciente de las emociones de otros, pero esto no necesariamente se traduce en respuestas de soporte emocional adecuadas. Se deben desarrollar habilidades de regulación emocional, que contribuyen a la experiencia y expresión de la empatía. Otra condición necesaria es la capacidad de tolerar el afecto generado por una conexión empática.

6. Es necesaria la habilidad de regulación emocional, los adolescentes que no son capaces de afrontar exitosamente el incremento de estas emociones pueden experimentar consecuencias negativas, incluyendo propensión a la depresión, sentimientos de vergüenza, ansiedad, angustia patológica y labilidad emocional. El individuo aprende a separar momentáneamente la experiencia emocional de su identidad y reconocer que él o ella pueden permanecer intactos, con continuidad, a pesar de las fluctuaciones emocionales.

En el desarrollo de estas habilidades son de gran influencia los modelos de roles adultos apropiados y las reglas de la subcultura del grupo social al que se pertenece, por lo cual es un reto para el adolescente el adquirir habilidades de manejo de las emociones para practicarlas con su grupo de compañeros.

## **2.6 Consideraciones finales del capítulo**

Al ser la adolescencia una etapa de desarrollo del individuo, en la que ocurren cambios significativos en las esferas cognitiva, emocional y social, además de la corporal; se analiza la relación de los sucesos de vida estresantes y depresión, al representar factores que impactan significativamente la calidad de vida de las personas y representan un problema

de salud mental saliente actualmente, que requiere de investigación, con el fin de contribuir a la mayor comprensión de este trastorno en los adolescentes.



### Capítulo 3. ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1981), señalan que el término estrés fue utilizado desde antes del siglo XVI, para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. Se conceptualizó posteriormente como una fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa, que tiende a distorsionarlo. Estos conceptos persistieron en la medicina de siglo XIX. Hacia 1932, Walter Cannon (en Valdés M. y Flores T. , 1985) consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones como el frío, falta de oxígeno, descenso de la glucosa, etc.

Los investigadores han definido al estrés al menos en tres formas diferentes: como un estímulo, como una respuesta y como las relaciones entre estímulo-respuesta.

La definición de estrés como un estímulo focaliza la atención sobre los estresores (que pueden ser cualquier evento) que requieren algún tipo de respuesta adaptativa. En este contexto, estrés significa cualquier fuerza externa sobre un objeto o una persona (Omar G., 1995). Las demandas del estrés hacia el organismo incluyen: eventos de vida mayores que pueden afectar a gran número de personas, como los desastres y guerras; eventos mayores que afectan a un número determinado de personas como el divorcio o muerte de un familiar; y estrés diario, que incluye eventos como fallar en un examen o tener un desacuerdo con algún amigo.

Así mismo se han hecho distinciones entre estresores agudos y crónicos, los estresores agudos pueden ser parte de las transiciones en el ciclo de vida, como tener una

primera cita, los cambios de la pubertad o bien ser atípicos como el inicio de una guerra. Los estresores crónicos son resultado de la recurrencia de eventos estresantes como la discapacidad, o padecimiento de una enfermedad física progresiva. (Frydenberg, 1996).

Dentro de la definición de estrés como respuesta, éste es entendido como la respuesta biológica y psicológica del sujeto a las demandas del entorno. Aquí pueden ubicarse las descripciones de Cannon en 1920, quien identificó el síndrome de alerta de las respuestas de cuerpo, para protegerse o enfrentar el peligro. Y la conceptualización de Hans Selye, hacia en al década de 1930,(citado en Omar G., 1995) quien utilizó el término estrés para referirse a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, (incluyendo las amenazas psicológicas) reacción a la que llamó “Síndrome General de Adaptación”, definiendo tres etapas de respuesta del organismo: fase de alarma, resistencia y claudicación, mecanismo que decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad. El estrés llegó a concebirse como un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta al peligro; mientras que a las demandas ambientales las llamó estresor.

Finalmente el estrés ha sido definido como la relación estímulo-respuesta, haciendo referencia a la interacción de estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo.

Dentro de esta perspectiva Lazarus y Folkman (1981) desarrollaron un marco conceptual que propone que una relación individuo-ambiente es estresante o no, dependiendo de la evaluación cognitiva del sujeto, dando paso a diferencias individuales o

evaluaciones subjetivas. De acuerdo con esto, las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos.

Se define como “estresante” a cualquier acontecimiento en el cual el individuo sienta que sus recursos adaptativos se hallan amenazados o desbordados.

Introducen el término “evaluación cognitiva”, de fundamental importancia para comprender el estrés; ésta refleja la relación particular y cambiante que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento, y de percepción) con el entorno cuyas características debe predecir e interpretar.

Lazarus y Folkman (1981), distinguen dos tipos de evaluación cognitiva: primaria y secundaria. La evaluación cognitiva primaria se refiere a la percepción de consecuencias y sus características; la evaluación secundaria consiste en la percepción de recursos para actuar y disminuir las consecuencias negativas.

La evaluación primaria puede ser de tres formas: 1.irrelevante (no conlleva implicaciones para el individuo, no pierde ni gana nada); 2. benigna-positiva (las consecuencias del encuentro con el medio se perciben como generadoras de bienestar, pudiendo acompañarse de emociones placenteras); y 3.estresante (para el individuo implican daño, pérdida, amenaza o desafío).

La evaluación secundaria, va dirigida a determinar que puede hacerse, ante una situación que implica peligro, amenaza o desafío; incluye la evaluación de las opciones de afrontamiento; se genera entonces una “expectativa de resultados” que es la valoración del individuo de que una conducta logrará ciertos resultados, también hay una “expectativa de eficacia” que es la convicción de que uno es capaz de llevar a cabo con éxito ciertas acciones y lograr un objetivo.

La interacción entre las evaluaciones secundarias y primarias, determina el grado de estrés, la intensidad y la calidad o contenido de la respuesta emocional.

Así mismo, Lazarus y Folkman (1980), proponen que hay un proceso de reevaluación, consistente en una nueva evaluación de la situación estresante ante el surgimiento de información nueva.

Señalan también como “vulnerabilidad psicológica” aquella que surge de la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de los cuales dispone para evitar la amenaza de tales consecuencias. De esta forma, una amenaza potencial se transforma en una amenaza activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo. La susceptibilidad a reaccionar con estrés psicológico ante un amplio grupo de acontecimientos, se encuentra determinada por un conjunto de factores personales, entre los que están los compromisos, creencias y recursos. Entre los factores ambientales que influyen en el proceso de evaluación cognitiva están: la predictibilidad del evento, la inminencia y duración entre otros.

### 3.1 ESTRÉS EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia temprana, usualmente definida entre los 10 y 15 años de edad, es un periodo de transición en diferentes aspectos: los cambios primeros son de orden biológico, traídos por la pubertad, así mismo suele haber cambios en el sistema escolar, en las relaciones con los pares, en la interacción con los padres y la familia; así como una mayor capacidad cognitiva. Investigadores como Seiffge-Krenke I. (1995), Lucio E., León I., Durán C., Bravo E. y Velasco E. (2001), consideran que los sucesos de vida estresantes aumentan y cambian en la adolescencia en comparación con la niñez. Brown J. D. y Siegel J. M. (1988), señalan que los estresores en las vidas de los niños son incontrollables, situación que parece disminuir al incrementar la autonomía y edad de los individuos; sugieren que una posible diferencia del impacto de los eventos estresantes en adolescentes y niños, es que los adolescentes ganan mayor control sobre las situaciones.

Durante la adolescencia surgen retos que pueden incluirse dentro de eventos de vida, normativos y no normativos, los primeros son experimentados por la mayoría de los individuos y ocurren para la mayoría de las personas, aproximadamente al mismo punto del curso de la vida, en general suelen afrontarse con éxito por la mayoría de los individuos y son medianamente estresantes (Seiffge-Krenke, 1995). Algunos son introducidos por la sociedad como el progreso en la escolaridad; otros están basados en las decisiones del individuo dentro de las reglas sociales como el matrimonio; mientras que otros se basan en el desarrollo como la pubertad.

Los eventos no normativos no son comúnmente experimentados en comparación con los normativos y su ocurrencia en un punto de la vida es menos predecible, suelen generar mayor estrés en opinión de Seiffge- Kreke I. (1995), de manera que, pueden aumentar el riesgo de maladaptación. Los eventos tanto normativos como no normativos demandan al individuo esfuerzos para adaptarse.

De acuerdo con Compas B., Orsan P., y Grant K. (1993), los eventos estresantes y afrontamiento juegan un papel importante en la aparición y mantenimiento de un amplio rango de malestar psicológico y psicopatología durante la adolescencia. Sin embargo, en la relación entre estrés, depresión y psicopatología, señalan que, la exposición al estrés es insuficiente para explicar los resultados negativos en la salud mental durante la adolescencia, existiendo otras variables que deben tomarse en consideración entre las que se encuentran las diferencias por género y el afrontamiento.

Los estresores cotidianos han sido identificados como una fuente de problemas psicológicos en las personas, pues son predictores de desajuste, somatización y trastornos emocionales. Sus diferentes implicaciones se relacionan con los recursos cognitivos, recursos personales y ambientales.

Seiffge –Krenke (1995), opina que la distinción entre eventos normativos y no normativos tiene menor relevancia que variables como: la frecuencia de los eventos estresantes, su predecibilidad, control, impacto negativo y opciones de afrontamiento.

Se observan cambios a lo largo de la adolescencia en cuanto al énfasis del estrés sobre ciertos eventos; así en la adolescencia temprana, un estresor de gran importancia es el atraso o inicio temprano de la pubertad (Seiffge-Krenke I.,1995, 2002, Benjet C. y Hernández-Guzmán L., 2002, Blackwell,2000). En el caso de los chicos un desarrollo más lento puede darles más tiempo para afrontar los cambios, influyendo variables culturales como los roles de belleza; en un estudio con adolescentes mexicanos, Benjet C. y Hernández-Guzmán L. (op.cit.) observaron que los varones que maduraron antes que sus compañeros percibieron el hecho de manera positiva.

Un estresor no normativo que suele demandar recursos importantes del individuo es la presencia de una enfermedad crónica; ésta afecta a un pequeño porcentaje del grupo de edad, es difícil de predecir y controlar, puede ser percibido como altamente estresante (Seiffge-Krenke I. ,2001).

De acuerdo con esta investigadora, en la adolescencia media los estresores normativos se relacionan con la amistad y relaciones familiares. Durante este periodo, los adolescentes pasan cada vez mayor tiempo con amigos y tienen más desacuerdos con los padres en aspectos como la ropa, conducir, espacio personal y horarios. En la adolescencia media y la adolescencia tardía muchos adolescentes comienzan a tener citas y muchos suelen tener su primera relación sexual. El temor al rechazo y sentimientos de incompetencia pueden causar un gran estrés a los adolescentes.

Aunque en la adolescencia ocurre una gran cantidad de cambios en comparación con otros, de acuerdo con la teoría de Coleman (1980), el joven no corre riesgos de desarrollar problemas como psicopatología siempre y cuando enfrente un suceso no normativo a la vez, de otro modo al enfrentar dos o más estresores de manera simultánea aumenta este riesgo. Sin embargo enfrentarse a las situaciones que se van presentando puede ser también fuente de retos, aprendizaje y satisfacción para el joven, tal como lo exponen Pinquart M., Rainer K. Silbereisen, and Wiesner M. (2004).

### **3.1.1 Diferencias por género**

Varias investigaciones reportan que las chicas son más vulnerables al estrés, uno de los factores que se ha identificado es la aparición más temprana de los cambios de la pubertad en comparación con los chicos. Seiffge –Krenke (2001), opina que al coincidir con el cambio de escolaridad resulta más estresante para las niñas; también se ha sugerido que al ocurrir los cambios de la pubertad tempranamente las niñas éstas no han desarrollado recursos para afrontarlos más efectivamente (Blackwell 2000).

Otra diferencia por género plantea que las chicas tienden a ser más vulnerables al estrés interpersonal, pues otorgan mayor importancia a las relaciones interpersonales, Mataud P., Carballeira M., López M., Marrero R., e Ibáñez I. (2002), opinan que esto compromete el desarrollo del concepto de sí mismas y su identidad. Rudolph K. (2002) sugiere que las adolescentes poseen con frecuencia un estilo orientado a las relaciones interpersonales, que se manifiesta como un énfasis en el mantenimiento de relaciones armoniosas y preocupación por la aprobación social; mientras que los chicos suelen



presentar un estilo orientado al mejoramiento personal, por lo que se enfocan más en el logro de dominio o habilidad y competencia.

No obstante en un estudio con adolescentes mexicanos Lucio y cols. (2001) reportaron que los varones tendían a reportar mayor ocurrencia de sucesos estresantes, lo que puede indicar que están más expuestos a ellos; los sucesos más frecuentes son los que se deben a una conducta más agresiva; siendo otro factor que se relaciona el medio socioeconómico bajo.

### **3.1.2 Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico influye para que los adolescentes estén más o menos expuestos a sucesos que generan estrés. Lucio E. , León I. , Durán C. , Bravo E., y Velasco E. (2001), González - Forteza C., Villatoro J., Pick S., y Collado M.E. (1998), indican que el efecto del estrés psicosocial sobre el malestar emocional es mayor para el nivel socioeconómico bajo; reportan también que hay un posible efecto amortiguador de variables como los recursos psicológicos (autoestima, locus de control, etc.) y recursos sociales (apoyo familiar, social, etc.), los cuales se han observado mayormente en adolescentes de nivel socioeconómico medio. Deardorff J. González N., y Sandler I. (2003), consideran que vivir en una situación económica desventajosa afecta variables internas que inciden en la vivencia del estrés, específicamente señalan una disminución de la percepción de control sobre las situaciones actuales y futuras, en diferentes áreas.

No obstante, Waschbusch D., Sellers D., LeBlanc M. y Lelley M. (2003), observaron en un estudio que los adolescentes con un nivel socioeconómico bajo pueden presentar una adaptación a la realidad experimentada, siendo probable que experimenten eventos negativos en una tasa más alta que los adolescentes de un nivel socioeconómico alto. Entonces los adolescentes de nivel socioeconómico bajo afrontan esta situación minimizando el impacto psicosocial de los eventos negativos, lo que se refleja en un estilo de indefensión menos frecuente. Pues los adolescentes del nivel socioeconómico alto hicieron atribuciones de indefensión con mayor frecuencia al experimentar sucesos de vida negativos.

González-Forteza C., Villatoro, J., Medina-Mora M., Juárez F., Carreño S., Berenzon S. y Rojas E. (1997), reportan en su estudio que los factores sociodemográficos como: ser de sexo femenino, estudiante de preparatoria, no ser estudiante de tiempo completo y vivir en una zona urbana resultan predictores significativos de un nivel alto de estrés con amigos, en la escuela y estrés relacionado con prohibiciones por parte de los padres. Los investigadores observan que la percepción del impacto de los sucesos estresantes es mayor en las mujeres que en los hombres.

### **3.1.3 Familia**

En general, no obstante el desprendimiento emocional de los padres que el adolescente debe hacer, éstos continúan siendo una guía y fuente de aprendizaje importantes; son modelos de personalidades maduras para el joven, le permiten validar su autoconcepto, son fuente de aprendizaje de modos de afrontamiento y representan una

fuente de apoyo social. Es por ello que las situaciones estresantes que surgen entre sus miembros, son relevantes para los adolescentes y demandan la puesta en marcha de mecanismos de adaptación

Algunos de los estresores no normativos que resultan relevantes para los adolescentes relacionados con este aspecto son: vivir una situación familiar inestable, riñas constantes, discordias maritales, divorcio o separación de los padres, cambios en la estructura familiar como la existencia de padrastros, tensión y estados emocionales negativos en los miembros de la familia, muerte de algún familiar, abuso por parte de los padres, desempleo o psicopatología de los padres y enfermedades crónicas en la familia (Seiffge –Krenke, 1995). Se considera que estos factores tienen algún efecto en el desarrollo de psicopatología en el joven, pues pueden ser estresores crónicos.

La investigadora ha hallado en sus estudios que los adolescentes provenientes de familias conflictivas, reportaron mayores niveles de estrés, tienden a ser retraídos y no mostraban esfuerzos para solucionar activamente el problema. Mientras que un alto nivel de estructura y reglas claras en la familia parecen favorecer conductas más adaptativas en los adolescentes. Goodyer I.(2001), señala que las experiencias familiares negativas pueden incrementar el riesgo de psicopatología y futuras situaciones negativas como abuso, ausentismo escolar y divorcio. En su opinión, aparentemente hay familias que son propensas a ciertos tipos de eventos y exponen a sus integrantes a experiencias poco deseables.

### **3.1.4 Apoyo Social**

También se ha identificado como un factor de gran importancia para la salud, la percepción de apoyo social, (Mataud, P., Carballeira M., López M., Marrero R. e Ibáñez I., 2002) incluso sobre otras variables como: “conexión social” o “apoyo recibido”. El apoyo puede provenir de la familia, pares y otras personas significativas. El apoyo social ha sido definido como “un conjunto de relaciones interpersonales significativas, miembros de una misma red social, no profesionales de la salud mental” (Frydenberg, E.,1997).

El apoyo social tiene diversas funciones: la función emocional o de apego, que consiste en brindar confort, cuidado, preocupación, también es una fuente de aceptación, intimidad y ayuda al joven a construir su identidad. Tiene la función de prestar ayuda asistencial o material, especialmente importante en la adolescencia pues en este periodo los individuos aún necesitan mayor soporte de padres, familiares e instituciones, mientras desarrollan mayor autonomía e independencia. El apoyo también tiene la función de información que consiste en brindar consejo o guía al individuo. Frydenberg E. (1997) subraya que el aprendizaje social es importante, así el apoyo que el joven recibe de otras personas entre otros beneficios puede aminorar el efecto negativo de los sucesos estresantes, contribuyendo al manejo más eficaz de los esfuerzos de afrontamiento.

Se ha observado que las mujeres tienden mayormente a la búsqueda de apoyo social en comparación con los varones, lo cual es saludable en varias circunstancias.

De acuerdo con Frydenberg E. (1997) y Seiffge-Krenke I. (1995), las adolescentes tienden a hablar con amigas, con sus padres, tías, hermanas; cada relación ayuda a enriquecer el rango de perspectivas para interpretar una situación dada. Puede ser observado que los chicos también buscan apoyo en sus compañeros, con frecuencia el grupo de pares brinda apoyo asistencial, es fuente de identificación y les permite validar el concepto de sí mismos.

Rudolph K., (2002) explica que las relaciones interpersonales proveen un contexto en el que se forman las creencias acerca de uno mismo y del mundo, ayuda en el desarrollo de la capacidad de regulación emocional y desarrollo de competencias interpersonales favoreciendo el bienestar emocional. Al tener esta importancia en el desarrollo de la personalidad del adolescente, el estrés en un contexto interpersonal puede ser de mayor riesgo para presentar dificultades emocionales.

También se reconoce que las relaciones que son fuentes de apoyo, pueden propiciar tensión y estrés, dando paso a emociones negativas que inciden en algún grado en la salud de las personas. Las diferencias de género en cuanto a la percepción de apoyo social son influidas por factores culturales: en los hombres suelen enfatizarse la autonomía y confianza; mientras que en las mujeres se resalta la expresividad, calidez y mayor tendencia a buscar ayuda de otros; estas diferencias pueden dar lugar a consecuencias diferentes en la salud emocional de las personas.

### **3.1.5 Factores moderadores del impacto del estrés**

Se considera que hay factores externos como el apoyo de los padres y de los compañeros; se han estudiado recursos internos como las características de personalidad, percepción del control del éxito propio y respuestas de afrontamiento adaptativas como moderadores de los efectos de los eventos de vida estresantes en la adaptación del individuo.

González-Forteza C., Andrade P., Jiménez A. (1997) observaron que el impacto de sucesos de vida estresantes relacionado con: desventaja dentro del grupo de pares, rechazo social y problemas en la escuela es mediado por los factores: autoestima, tendencia a la impulsividad y atribución de los logros a la suerte. Los adolescentes con una menor autoestima, locus de control externo y tendencia a la impulsividad tienden a reportar mayores niveles de estrés familiar y social.

En general, los diferentes estudios demuestran la presencia de varios factores que actúan a la vez y que influyen en la vivencia de sucesos de vida estresantes. Entre éstos Plancherel B. y Bolognini M. (1995), consideran que el efecto de los eventos estresantes en la salud mental, interactúa con factores como estilos efectivos de afrontamiento, apoyo social y una autoestima positiva. Otro factor que media el impacto de los sucesos de vida estresantes negativos es la ocurrencia de otros sucesos positivos (Kaplan B.J. y Sadock A. V., 2000).

Una variable que puede aumentar el riesgo de estrés psicológico es la adversidad en la vida temprana; Turner H., y Butler M.(2003) señalan que vivencias como la violencia familiar, abuso sexual y divorcio de los padres, entre otros, pueden predisponer al desarrollo de depresión en la adultez; consideran que estas adversidades cuando ocurren principalmente en la niñez, interfieren con el desarrollo de recursos sociales y personales, incrementan el malestar, afectan la autoestima y la percepción de las competencias en diferentes dominios; dado que en la construcción de identidad (y en la búsqueda de la misma) la información que se recibe del entorno es importante.

Por otra parte, investigadores como Rudolph K. (2002), Goodyer (2001), Compas B., Orsan P. y Grant K. (1993), Williamson D.E., Birmaher B., Dahl R., y Ryan N. (2005), observan que los individuos participan en algún grado en la generación de nuevos eventos estresantes y circunstancias en sus vidas. Rudolph K (2002), señala que las adolescentes de sexo femenino participan mayormente en comparación con los varones en la generación de estrés interpersonal, que aumenta entre la preadolescencia y adolescencia, esto incluye: estrés entre padres e hijos y en las relaciones de ellas con sus pares. Compas B. et. al. (1993), opinan que este fenómeno se favorece tras la vivencia de eventos de vida estresantes, en especial cuando son crónicos.

### **3.2 AFRONTAMIENTO**

Frente a eventos amenazantes y o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos

emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen como estrategias o estilos de afrontamiento (Omar G., 1995).

La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de dichas estrategias. Los recursos del individuo desempeñan un rol crucial en la relación estrés - salud o estrés – enfermedad y suelen constituir características estables del sujeto y del medio ambiente donde el sujeto funciona.

No existen criterios consensuados en cuanto a los diferentes tipos y número de estrategias de afrontamiento que manejan las personas. Lazarus y Folkman (1980), proponen un afrontamiento dirigido a la solución del problema y otro afrontamiento dirigido a las emociones. La primera categoría incluye acciones como buscar información o apoyo social, tratar de actuar de manera diferente y evitar situaciones estresantes. La segunda se refiere a acciones como apoyarse en otras personas, tratar de no preocuparse y ver lo positivo de la situación.

Billings y Moos (citado en Plancherel y Bolognini M., 1995), proponen tres funciones del afrontamiento: 1.- Actuar directamente para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejar las demandas (afrontamiento enfocado al problema), 2.- Redefinir las demandas para hacerlas más manejables (afrontamiento enfocado a la evaluación), 3.- Manejar la tensión sentida como resultado de experimentar demandas (afrontamiento enfocado a la emoción).



Seiffge- Krenke I. (1995), a lo largo de su investigación con adolescentes categoriza el afrontamiento en: aquel basado en la solución de problemas, o activo, otro interno y uno de tipo evitativo. Señala que el adolescente debe de ser flexible y utilizar apropiadamente, de acuerdo a la situación, normas sociales y culturales, estas tres estrategias para dominar las problemáticas que se le van presentando. Así el afrontamiento es adaptativo o funcional al incluir la evaluación de una situación estresante de una determinada manera, combinando la búsqueda de apoyo social y reflexión interna que los lleven a la solución del problema.

Se ha investigado la evolución de las estrategias que los adolescentes utilizan para afrontar el estrés, Hampel P. y Petermann F. (2005) en un estudio con adolescentes alemanes observaron que la estrategia de afrontamiento enfocada a la emoción, como la distracción o recreación, decrementa con la edad, observándose principalmente en la niñez tardía. Otras estrategias de regulación emocional como la rumiación y agresión incrementan con la edad; y se observa una tendencia en los diferentes grupos de edad a mantener el nivel de estrategias enfocadas en al solución de problemas.

Las estrategias de evitación parecen no cambiar con la edad, en la adolescencia media incrementa el uso de la estrategia de rumiación y las respuestas emocionales negativas se previenen mediante la resignación o reducción del nivel de aspiraciones. Los autores observan que es en la adolescencia temprana cuando hay mayores respuestas de afrontamiento desadaptativas, debido en parte a la falta de habilidades.

De acuerdo con Brown D. (1989), existen experiencias que marcan el desarrollo de estas habilidades de afrontamiento, en su estudio reporta que los adolescentes con dificultades para adaptarse a un nuevo hogar al ser adoptados por una familia, tienden a calificarse a sí mismos en una situación “en crisis”, con niveles altos de problemas relacionados con delincuencia, sentimiento de opresión, preocupaciones centradas en sí mismos y problemas con la autoridad. Pues, esta situación interfiere con la formación de la identidad y recursos personales de afrontamiento.

Se señalan diferencias en los estilos de afrontamiento en cuanto al género, las chicas utilizan menos estrategias de regulación emocional, aplican mayormente estrategias que pueden considerarse desadaptativas como la rumiación, resignación y agresión; pero muestran también mayor búsqueda de apoyo social, que se considera una estrategia eficaz.

Erika Frydenberg (1997), reporta que algunos de los modos de afrontamiento que pueden utilizar los adolescentes ante los estresores relacionados con la familia son, en el caso de los chicos la tendencia a indicar que no les preocupa o negación, y en las chicas a utilizar estrategias enfocadas tanto a la emoción como a la distracción.

En el estudio de Hampel y Peterman (2005), los estresores interpersonales fueron los que se percibieron como más incontrolables y generaron el uso de estrategias enfocadas a la emoción. Conforme más edad tienen los adolescentes suelen presentar mayor flexibilidad de estrategias ante diversas situaciones. Indican que esto parece

predisponer a las adolescentes a trastornos emocionales como la depresión y a los varones hacia el comportamiento agresivo.

### **3.3 ESTRÉS Y DEPRESIÓN**

Dentro del estudio del estrés y la depresión, algunas teorías identifican al estrés como factor crucial para el desarrollo de “riesgo cognitivo”, o bien la constitución de “estilos” o “esquemas”, la desesperanza y estilos de afrontamiento maladaptativos, que se relacionan con el desarrollo de depresión en las personas. Así mismo, diversos estudios han probado la existencia de la relación entre los eventos estresantes y la patología depresiva, sin embargo no se ha identificado de manera puntual la relación entre éstos.

Compas B., Orsan P. y Grant K. (1993), señalan que un subgrupo de adolescentes experimentará eventos agudos severos, que serán traumáticos en su magnitud, tal como las lesiones físicas, desastres pérdidas o divorcio de los padres. Estos eventos son cualitativamente diferentes del proceso de estrés normativo, en que tienen un inicio discreto y afectan sólo a una pequeña porción de adolescentes, pero insertan un nivel alto de disrupción en el mundo del adolescente, por ejemplo una enfermedad crónica como el cáncer de alguno de los padres. Señalan que los adolescentes suelen percibir como más estresantes estos hechos en comparación con los niños, adicionalmente observan que el género femenino es más afectado por el estrés.

Se piensa que los estresores crónicos ponen en mayor riesgo a los individuos para presentar un trastorno depresivo. (Kaplan B.J. y Sadock. A. V. ,2000).

Un subgrupo de adolescentes también estará expuesto a estrés crónico severo como parte de su ambiente actual. En general los hijos de padres con depresión suelen sufrir de un grupo amplio de problemas para adaptarse. Estas categorías que se proponen no son excluyentes entre sí.

Al prevalecer los eventos de vida estresantes tanto normativos como no normativos, se introduce un nivel mayor de disrupción dentro de la vida del adolescente y en su ambiente inmediato. Goodyer I. (2001), considera que la exposición a sucesos estresantes trae consigo el potencial de incrementar la vulnerabilidad para presentar síndromes y síntomas conductuales, así como afectar las habilidades psicosociales.

Plancherel B. y Bolognini M. (1995), señalan que en la adolescencia temprana hay una gran influencia de los eventos estresantes que impactan su bienestar emocional. Observan que los niveles de depresión y ansiedad tienden a incrementar con la edad en adolescentes de sexo femenino; pero identifican la existencia de factores como eventos de vida, apoyo social, autoestima y estrategias de afrontamiento, los cuales en conjunto parecen favorecer la salud mental a largo plazo. Desde su perspectiva opinan que éstos factores más que actuar en el corto plazo, parecen favorecer la salud mental en el largo plazo, por lo que señalan, es posible que los problemas de salud mental aparezcan antes de entrar a la adolescencia y se desarrollen en esta etapa.

Williamson D.E., Birmaher B., Dahl R. y Ryan N. (2005), encontraron que los niños con depresión reportaron un mayor número de sucesos de vida estresantes al compararlos con un grupo normal y otro grupo con trastorno de ansiedad; observando también que las niñas fueron quienes refirieron mayormente sucesos estresantes. Así mismo los niños con depresión tendieron a mostrar un número considerablemente mayor de eventos de pérdida, comparados con el grupo de ansiosos. Los investigadores sugieren que las pérdidas durante la niñez, que resultan en episodios depresivos pueden favorecer que estos se repitan en el futuro, en especial en presencia de eventos estresantes. Lucio E., León I., Durán C., Bravo E. y Velasco E. (2001), al estudiar adolescentes de la Ciudad de México encontraron que algunos sucesos como el divorcio o muerte de los padres se relacionan con síntomas de depresión tanto en niños como en adolescentes. Identificaron como factor que contribuye a la salud mental la relación cálida con los padres.

Sin embargo no siempre la experiencia de sucesos de vida mayores explica el surgimiento de síntomas de malestar emocional, investigaciones como la de González-Forteza y Andrade P. (1993) han demostrado que el impacto de los estresores cotidianos sobre el estado psicológico de los adolescentes es, en varias ocasiones, mayor que el de los acontecimientos mayores de vida. En su estudio con adolescentes de entre 12 y 14 años, los estresores salientes fueron: problemas con su mejor amigo, así como discusiones con los compañeros y maestros. Las investigadoras consideran que esto genera opiniones negativas de sí mismo y sentimientos de rechazo. El estrés por relaciones interpersonales se relacionó con el desarrollo de quejas somáticas, estado de ánimo negativo, ideas de muerte y pensamientos de suicidio. Confirman la mayor vulnerabilidad del sexo femenino.

González-Forteza C. y Andrade P. (1993), señalan relación entre el estrés social cotidiano, el malestar depresivo e ideación suicida. Como parte de otro estudio con adolescentes mexicanos, Pérez y Farías J. (2003) encontró relación entre depresión y sucesos de vida estresantes familiares negativos, situaciones de fracaso, eventos personales negativos, de salud y escolares positivos.

Otra de las posibles explicaciones a la relación entre estrés y depresión se ha explorado mediante el estudio de los estilos de afrontamiento. En relación con la depresión, Nolen-Hoeksema propone que los individuos que utilizan reiteradamente la rumiación experimentan una amplificación y prolongación del estado de ánimo deprimido; mientras que las personas que utilizan respuestas como la distracción lo interrumpen. Las respuestas de rumiación consisten en pensamientos y conductas que centran la atención en la depresión del individuo y sus síntomas, así como en sus posibles consecuencias. Lo contrario son las respuestas de distracción que son pensamientos y conductas que alejan la mente de las personas de sus síntomas y los enfocan en otras actividades que son neutrales o placenteras.

Basados en esta teoría, Sakamoto S., Mashiko K., y Tanno Y. (2001), observaron en personas adultas deprimidas que los individuos con un estilo de distracción que no se enfocan en el afecto depresivo, reducen los síntomas afectivos de la depresión. Relacionaron los síntomas cognitivos de la depresión con una tendencia a la rumiación al experimentar el humor depresivo. Pero también encontraron que al menos, en la cultura oriental el estilo

de rumiación se relacionó con un incremento en la solución de problemas. No encontraron diferencias de género.

González-Forteza C., Villatoro J-, Pick S. y Collado M. (1998), han relacionado el uso de estrategias de evitación en adolescentes con la presencia de malestar emocional, sintomatología depresiva e ideación suicida.

De acuerdo con la teoría de Abramson, la depresión se relaciona con la atribución de los eventos negativos a causas internas, estables y globales, predisponiendo al individuo a la depresión. Con respecto a las atribuciones internas Brown J., y Siegel J. (1988), señalan que éstas sugieren un déficit en la autoestima, que suele acompañar a la depresión y se relaciona con el mantenimiento de los síntomas. Señalan que el grado de control que se percibe sobre los eventos de vida estresantes se vincula con el ánimo depresivo. En su estudio con adolescentes de sexo femenino, de nivel de secundaria, observaron que las atribuciones de los hechos negativos a causas controlables internas y estables se relaciona con el decremento de ánimo depresivo; las atribuciones incontrolables, internas y estables se relacionaron con un incremento de ánimo depresivo. Concluyeron que la incontrolabilidad percibida de las causas es importante para predecir depresión, no obstante, bajo ciertas condiciones las atribuciones hacia uno mismo de los eventos negativos se asocian a respuestas adaptativas positivas. Janoff Bulman (1982) sugiere que las atribuciones de eventos estresantes negativos, a partes modificables de uno mismo, no se relacionan con la depresión, las recriminaciones por hechos negativos que se dirigen a las características propias, afectan la autoestima y contribuyen a la depresión, sin embargo, las

que se realizan hacia un déficit en la propia conducta no, y más aún se relacionan negativamente con la depresión.

Deardorff J., González N., y Sandler I. (2003), confirman la importancia de las creencias de control sobre las situaciones estresantes, señalando que cuando éstas son desfavorables influyen en el riesgo de desarrollar depresión; observaron esta relación en adolescentes de entre 10 y 16 años e identificaron como situaciones estresantes los problemas económicos y problemas con los compañeros o amigos, particularmente señalan que el estrés familiar y social se relaciona con la presencia de depresión. El modelo que proponen los autores muestra que el estrés reduce el sentido de control de los adolescentes, lo cual contribuye a la presencia de síntomas depresivos.

Garfensky N., Boon S. y Kraaij V. (2003), indican que los estilos de regulación cognitiva de la emoción como el catastrófico, rumiación y culpa juegan un papel importante entre la experiencia de eventos de vida estresantes y sintomatología depresiva en la adolescencia. Encontraron relación entre eventos de pérdida, experiencias que amenazan la salud y estrés por relaciones interpersonales, con depresión. Encontrándose como predictores de depresión a la culpa, rumiación, reevaluación cognitiva, perspectiva y estilo catastrófico.

Para Seiffge-Krenke y Stemmler (2002), los estilos de afrontamiento disfuncionales en adolescentes se combinan con otros factores como: ser de sexo femenino, confluencia de cambios físicos y retos sociales nuevos, como características que se relacionan con



depresión. Plancherel B. y Bolognini M. (1995) reportan que los adolescentes tendían a presentar mayor depresión con el tiempo, sin embargo, las estrategias cognitivas como mostrar sentido de humor y hablar de los sentimientos negativos se relacionaron con salud mental. De esta manera, la autoestima, tener sentido del humor y el apoyo social aminoraron el efecto negativo de los sucesos de vida estresantes para ambos sexos.

Rudolph (2002), propone como explicación a la relación entre estrés social, género y depresión, que la sensibilidad hacia el estrés interpersonal que muestra el género femenino, las hace vulnerables a un déficit en la autoestima y síntomas de ansiedad, lo cual a su vez genera circunstancias estresantes en las relaciones interpersonales, contribuyendo al desarrollo y presencia de síntomas de depresión. Esto concuerda con la observación de Goodyer I. (2002), quien señala que los adolescentes deprimidos actúan de formas que los ponen en mayor posibilidad de exponerse a ciertos estresores, aunque una porción significativa de éstos sean resultado de factores ambientales, lo cual concuerda con los hallazgos de Williamson D.E. et.al. (2005), en niños.

Little y Garber (2004), observan la relación entre orientación al logro (en comparación con la orientación hacia las relaciones interpersonales), sucesos estresantes que ocurren al mismo tiempo (sociales o escolares) y el desarrollo de síntomas de depresión. Probaron una relación entre el estrés por relaciones con los compañeros y síntomas depresivos, indicaron que este riesgo para desarrollar síntomas depresivos aumentó cuando los adolescentes se encontraron en transición al 9º grado escolar; sin embargo los adolescentes de ambos sexos con niveles altos de orientación al logro

mostraron una tendencia a conductas agresivas ante la vivencia de estrés, en lugar de síntomas depresivos.

Pine D., Cohen P., Jhonson J. y Brook J., (2002), estudiaron los efectos de los sucesos de vida estresantes en la depresión a través del tiempo, en una muestra inicialmente de niños examinada también durante la adolescencia. Confirman que el número total de eventos estresantes es un predictor muy importante de psicopatología.

Más aún en su estudio, el único desorden que pudo ser predicho por los eventos de vida en la adolescencia fue la depresión, aunque también se exploraron los trastornos de conducta y de ansiedad. Encontraron relación entre los sucesos de vida estresantes y síntomas de ansiedad en el sexo femenino. Reportan que los adolescentes con cinco o más eventos estresantes en comparación con aquellos que no reportaron sucesos, presentaron tres veces el riesgo para presentar depresión mayor. Observando también que la asociación entre desorden de conducta, ansiedad y depresión está parcialmente moderada por eventos estresantes. Esta investigación confirma el aumento de sucesos de vida estresantes en la adolescencia. También se halló que los eventos de vida median la relación entre ansiedad generalizada y depresión. Concluyen que los eventos de vida particulares, en especial aquellos con impacto crónico, pueden mostrar asociaciones entre los desórdenes psicológicos tempranos y futuros desórdenes psiquiátricos.

Por último, proponen que la relación entre eventos de vida y depresión mayor podría ser explicada por tres mecanismos:

1. La asociación podría reflejar una liga entre desórdenes psiquiátricos presentes y los eventos de vida, lo cual predice desórdenes psiquiátricos futuros.
2. Los eventos de vida podrían incrementar el riesgo de depresión mayor a través de varios caminos: uno incluye efectos del estrés en sistemas cerebrales implicados en la depresión mayor; se considera que este efecto puede variar en el ciclo vital, pero tener mayor efecto a edad temprana. Este estudio relaciona a los eventos de vida estresantes con episodios depresivos seis años después. El estrés en individuos en desarrollo puede tener efectos en la organización de los sistemas que participan en la regulación del estrés. Así, los eventos estresantes durante la adolescencia pueden estar asociados con los eventos de vida en adultos, que ocurren más próximos a episodios depresivos y directamente precipitan esos episodios.
3. La relación entre los eventos de vida y depresión podría ser influenciada por terceros factores que sean comunes a ambos, por ejemplo: genes comunes, estilos de personalidad o variables de personalidad comunes. Así las asociaciones entre eventos de vida y depresión posterior, pueden reflejar la influencia compartida de variables de personalidad.

Connor-Smith y Compas (2002), exploran la relación entre un tipo de personalidad, la elección de estrategias de afrontamiento ante un tipo de estrés y el ajuste o adaptación al medio. En su estudio eligieron a personas con un alto nivel de “sociotropía”, que se refiere a personas altamente sensibles al estrés interpersonal debido a la dependencia de la aprobación social. Encontraron relación entre esta característica, el uso de reestructuración

cognitiva y evitación; lo cual a su vez se relacionó con el nivel de depresión y ansiedad, ante la vivencia de estrés social.

Otro factor que puede influir en la relación entre indefensión y depresión son las atribuciones para los eventos positivos o negativos, o valencia del evento. Waschbusch, Sellers, LeBlanc, y Kelley (2003), encontraron que los hombres con cualquier tipo de problema internalizado (depresión y/o ansiedad) fueron proclives a reportar un estilo de atribución de indefensión; al igual que las mujeres.

Apuntan que los varones tendieron a un estilo de atribución de indefensión mayor que las mujeres ante eventos negativos, indicando una diferencia por género en la ansiedad. Confirman que los altos niveles de depresión se relacionan con la atribución de indefensión; señalando influencia de las características socioeconómicas, pues los sujetos con nivel alto realizaron mayormente atribuciones de indefensión ante los eventos negativos.

Sin embargo ante la vivencia de estrés, incluyendo los sucesos que pueden calificarse como traumáticos, pueden darse respuestas de adaptación positivas como los planteado en la investigación de Milam J., Ritt-Olson A. y Unger B.(2004) al hablar del “crecimiento postraumático”. Este está relacionado con el estrés e incluye cambios personales positivos como incremento en la apreciación de la vida, cambios en las prioridades, mejores relaciones con la familia y mayor comunicación.

Los investigadores realizaron un estudio en el cual adolescentes entre 14 y 16 años encontraron como los eventos más difíciles que habían vivido: la muerte de un familiar cercano ( 34%), cambio de casa (16%), pérdida de un amigo (11%), enfermedad grave o daño de un familiar cercano (10%), divorcio o separación de los padres (10%), repetir un grado escolar ( 6%), y enfermedad de uno mismo ( 5%). Observándose que en promedio, los sujetos experimentaron una porción media de cambios positivos desde el evento. El 29% de la muestra tuvo grandes cambios positivos (al menos cambios moderados desde el suceso), sin que se encontraran diferencias por género. Así mismo la muerte de un familiar cercano tuvo el mayor puntaje de crecimiento postraumático; mientras que cambiarse de casa tuvo el menor.

Los niveles altos de crecimiento postraumático se asociaron con tener mayor edad, posiblemente cuando se tienen mayores habilidades para evaluar las situaciones estresantes; la religiosidad fue un factor importante y así como menor nivel de uso de sustancias, no se relacionó con el tiempo transcurrido después del evento, por lo que los adolescentes pueden mostrar respuestas tanto positivas como negativas a situaciones estresantes, bajo ciertas situaciones.

## Capítulo 4.

### MÉTODO

#### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es uno de los problemas de salud mental creciente en el mundo; también se manifiesta en la adolescencia, si bien con algunas diferencias y características especiales, debidas a que esta etapa está marcada por cambios de orden biológico, pero también psicológico y de status social; en ella se generan cambios en las relaciones anteriormente establecidas en la dinámica familiar; donde algunas vivencias se experimenten por primera vez marcando de manera importante el desarrollo de la identidad del joven. Entonces, la depresión toma relevancia al afectar negativamente el desenvolvimiento del individuo en su medio. El estrés cotidiano y el estrés mayor, han sido señalados como predictores de desajuste emocional para sujetos de todas las edades; se relacionan con variables que de acuerdo con las teorías cognitivas y conductuales, favorecen y mantienen el desarrollo de depresión.

Los sucesos de vida estresantes pueden impactar la personalidad en desarrollo del adolescente y la puesta en práctica de nuevas habilidades cognitivas, físicas y posibilidades de acción en la sociedad; por lo que es relevante plantear la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la depresión y los sucesos de vida estresantes en adolescentes?. Y ¿qué tipo de sucesos de vida se relacionan con la depresión en adolescentes?.

#### **4.1.1 JUSTIFICACIÓN**

Se han hecho diversas investigaciones alrededor de la depresión identificándose al estrés como factor de riesgo; es éste para algunos teóricos uno de los desencadenantes del síndrome, también se ha probado que definitivamente la ocurrencia de sucesos de vida estresantes influye en la recurrencia de un episodio depresivo en adultos. A diferencia de otros estudios de estrés con adolescentes se analizan las implicaciones de los sucesos estresantes en diferentes áreas: familiar, social, logros y fracasos, escolar, salud, personal y problemas de conducta, dentro de éstos se contemplan tanto sucesos normativos como no normativos. Así mismo, se analiza el impacto de sucesos estresantes negativos y positivos.

Dado que esta patología afecta considerablemente la calidad de vida de sujeto, y en sus últimas consecuencias puede llevar al suicidio, es de relevancia conocer la relación entre los dos factores de estudio, lo cual también puede contribuir al diseño de alternativas o estrategias de prevención del síndrome depresivo en esta población.

#### **4.1.2 OBJETIVOS**

- **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar la forma en la que se relaciona la ocurrencia y evaluación de los sucesos de vida estresantes con el nivel de depresión en adolescentes.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar el nivel de depresión en adolescentes que acuden a atención psicológica en el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, DIF de Tulyehualco y Hospital General.
- Observar la ocurrencia y evaluación de los sucesos de vida estresantes en diferentes áreas (familiar, social, logros y fracasos, escolar, salud, personal y problemas de conducta) en los adolescentes que presentan depresión, en comparación con aquellos que no presentan un nivel alto de depresión.

#### **4.1.3 TIPO DE ESTUDIO**

El presente es un estudio de tipo correlacional, pues se pretende establecer relaciones entre las variables: depresión y evaluación de sucesos de vida estresantes.

### **4.2 DISEÑO**

Se trata de un diseño no experimental, ya que se observarán fenómenos, tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Kerlinger, 1979, cit. en Hernández S., 1994). Es transeccional por que interesa analizar el nivel o estado de las variables en un punto del tiempo.

#### **4.2.1 Tipo de muestra**

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico dirigido (Hernández S., et.al. 1991). El grupo de adolescentes con depresión se formó por la participación consentida de los adolescentes y padres de menores que acudían a los servicios de salud mental en el



Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Hospital General y DIF de Tulyehualco, que tuvieran entre 13 y 17 años, que presentaran síntomas de depresión (listados en el DSM-IV). El grupo de adolescentes sin depresión se conformó por la participación de adolescentes en un rango de edad de entre 13 y 17 años, de ambos sexos, estudiantes de una Secundaria Pública y Colegio de Bachilleres, que no acudían a ningún servicio de salud mental y que no puntuaron altos en la medida de depresión.

#### **4.2.2 Participantes**

La muestra total estuvo constituida por 71 adolescentes, 30 de sexo femenino y 41 de sexo masculino, de entre 13 y 17 años de edad. Un 80.3% tuvieron escolaridad de secundaria y el 19.7% tuvo escolaridad de bachillerato.

La muestra total estuvo conformada por dos grupos, el primero de 37 casos de adolescentes de ambos sexos (15 de sexo femenino y 22 de sexo masculino). El nivel de escolaridad de estos se ubicó desde el primer grado de secundaria hasta el primer grado de bachillerato. Un 83.8% tuvo escolaridad de secundaria, mientras que el 16.2% cursaba bachillerato.

El segundo grupo estuvo formado por 34 casos de adolescentes de edades entre 13 y 17 años, de ambos sexos (15 de sexo femenino y 19 de sexo masculino) que no acudían a un servicio de salud mental; se buscó igualar la edad y escolaridad del primer grupo de casos.

### 4.2.3 Escenarios

Los tests psicológicos fueron aplicados en el DIF de Tulyehualco, Hospital General de México y Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, para la conformación del grupo de casos de adolescentes con depresión que acuden a servicios de salud mental. En la constitución del grupo con nivel bajo de depresión, que no asisten a servicios de salud mental, se acudió a una Secundaria Pública y un Colegio de Bachilleres.

## 4.3 VARIABLES

- **Variable dependiente:** Nivel de depresión.
- **Variable independiente:** Evaluación de sucesos de vida estresantes.

### 4.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES:

- **DEPRESIÓN:** Es un trastorno del estado de ánimo, definido por signos y síntomas, que se presentan junto con un estado de ánimo depresivo (tristeza intensa) y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades por lo menos durante 2 semanas (Solloa, 2001). Se presentan quejas de tipo somático, trastornos de conducta o inhibición. Síntomas neurovegetativos (insomnio, cambio en patrones de alimentación), síntomas de tipo motor (fatiga, adinamia) y síntomas psíquicos (sentimiento de infelicidad, llanto, incapacidad de concentración, aislamiento y aumento en la dificultad para relacionarse, etc). Así mismo, mientras que en la adolescencia se presentan depresiones normales caracterizadas por su brevedad e intensidad, existen otras de tipo crónico que no ceden al mejorar las condiciones ambientales (Arieti y Bempoard, 1993). Señalándose además

que en los adolescentes la irritabilidad y agresividad suelen ser los síntomas predominantes (DSM-IV-TR).

- **EVALUACIÓN DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES:** Se refiere a acontecimientos causantes de estrés (Loza C., 1998) y su impacto en la vida de los adolescentes, que pueden ser normativos, es decir que se presentan aproximadamente al mismo tiempo entre adolescentes de la misma edad y que además son típicos en esta etapa de desarrollo vital, por lo tanto medianamente estresantes y controlables. También pueden ser no normativos, que consisten en sucesos de vida significativos y críticos que aumentan la probabilidad de producir desajuste en el joven (Lucio y Durán, 2001).

#### 4.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

- **DEPRESIÓN:** Estará dada por la puntuación T en la escala clínica de depresión (2) del MMPI-A<sup>1</sup> y en la escala de contenido Dep-A (depresión-adolescentes).
- **EVALUACIÓN DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES:** Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Sucesos de Vida<sup>2</sup> en las áreas que mide: Familiar, Social, Personal, Problemas de Conducta, Logros y Fracazos, Salud y Área Escolar.

---

<sup>1</sup> Lucio, Ampudia y Durán, 1998.

<sup>2</sup> Lucio, León y Durán, 2000.

#### 4.4 INSTRUMENTOS:

Se utilizó el *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su forma para Adolescentes (MMPI-A)*<sup>3</sup> para medir la variable DEPRESIÓN. Este instrumento se aplica a adolescentes de entre 13 y 18 años; es una prueba de personalidad, estructurada, autoaplicable, consta de 478 reactivos autodescriptivos, con opción verdadero-falso. Tiene 39 escalas divididas en: escalas de validez, escalas clínicas, suplementarias y de contenido. Al calificarse los puntajes se convierten a puntuaciones T. Se tomó en cuenta la escala 2 (Depresión) y la escala de contenido Dep-A (Depresión-Adolescentes). La Escala Clínica 2 (D) Depresión, consta de 57 reactivos, Hathaway y McKinley en 1942, la describieron como un índice de insatisfacción general con la propia vida, incluyendo sentimientos de falta de motivación, desesperanza y moral pobre. Se incluyen contenidos relacionados con abatimiento, apatía, sensibilidad excesiva, molestias y quejas físicas además de retardo psicomotor, la escala ha mostrado correlaciones con ideas y conductas suicidas, baja autoestima e indicadores de depresión en historiales hospitalarios de adolescentes en tratamiento clínico. La escala de contenido Dep-A, consta de 26 reactivos, tanto los adolescentes normales como los adolescentes de grupos clínicos que presentan elevaciones de esta escala manifiestan tanto conductas como síntomas de disforia y depresión, pudiendo manifestar ideación y conductas suicidas, tienen periodos de llanto y fatiga frecuentes, insatisfacción, pensamientos autorreprobatorios, desesperanza, tristeza, deseo de morir, soledad, poco interés en lo que ocurre a su alrededor y resentimiento.

---

<sup>3</sup> Lucio, Ampudia y Durán, 1998

Respecto a la confiabilidad y validez del instrumento, los estudios han obtenido en la mayoría de las escalas básicas coeficientes de consistencia interna que oscilan entre .52 y .87, indicando consistencia interna de moderada a alta, por lo que el MMPI-A es un instrumento confiable para la población mexicana. Del mismo modo, se han obtenido altos coeficientes de consistencia interna para las escalas de contenido y suplementarias (.35 a .87) siendo capaz de detectar diferencias significativas entre una muestra clínica y una muestra normal, por lo que el MMPI-A es un instrumento válido y confiable para la población mexicana (Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. ,1998).

Para medir la variable EVALUACIÓN DE SUCESOS DE VIDA, se utilizó el *Cuestionario Sucesos de Vida*<sup>4</sup>. Es una prueba estructurada, de autoreporte, que consta de 129 reactivos que valoran la evaluación de los sucesos de vida estresantes en 7 áreas: relaciones familiares, problemas de conducta, escolar, personal, problemas de salud, social, logros y fracasos. Cada reactivo se evalúa por el examinado de acuerdo a las categorías: a) me sucedió y fue bueno para mí, b) me sucedió y fue malo para mí, c) me sucedió y no tuvo importancia, d) no me sucedió. Al estar constituido por sucesos normativos y no normativos se califica asignando diferente puntuación a cada tipo de suceso de acuerdo a la evaluación (si es sucesos normativo positivo tiene una calificación de 1, si es no normativo negativo, se le asigna calificación de 5, etc.) Estas puntuaciones se convierten a puntuaciones T y se obtiene un perfil por sujeto para los sucesos positivos y negativos. Se aplica a adolescentes con edades entre los 13 y 18 años. Para la confiabilidad se obtuvo un coeficiente global de consistencia interna (Kuder-Richardson) de .89, con confiabilidad de .76 para los acontecimientos positivos y de .88 para los acontecimientos negativos, indicando que el

---

<sup>4</sup> Lucio, León y Durán , 2000.

cuestionario es un instrumento confiable. La validez se obtuvo mediante cuatro métodos: de jueces para obtener validez de criterio, obteniéndose un acuerdo de más del 80% en la clasificación de reactivos por área, y 80% de los jueces clasificaron al 76% de los sucesos de igual manera. En la realización de la prueba t de student se obtuvo validez de constructo. Para obtener la validez interna del instrumento se realizó una correlación de cada área con todo el instrumento, encontrándose correlación en la mayoría de las áreas. Y con una prueba t de student para una muestra clínica y una normal se encontraron niveles de confianza de .001 para las áreas familiar, social, problemas de conducta y escolar. Por lo cual, el instrumento es válido, ya que es capaz de clasificar correctamente a un porcentaje alto de adolescentes de ambos sexos en los grupos normal y clínico (Lucio, Barcelata y Durán, 2003).

#### **4.5 PROCEDIMIENTO**

Se acudió primeramente a las instituciones que brindan servicio de salud mental (Hospital General de México, DIF de Tulyehualco y Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro), se seleccionó intencionalmente a 37 adolescentes que cubrían los criterios de inclusión a la muestra lo que se logró mediante una entrevista (en el caso de síntomas de depresión, nivel de lectura y estar en condiciones de contestar las pruebas). Se explicó a cada joven y a sus padres o tutores los objetivos de la investigación y se les solicitó su cooperación para participar por medio de una carta de consentimiento. Se les aplicaron los instrumentos MMPI-A, y Cuestionario de Sucesos de Vida, en algunos casos de manera individual y en otras ocasiones en grupos de hasta 5 adolescentes, en presencia de la aplicadora.

Se procedió a calificar mediante lectora óptica y computadora las pruebas para obtener las puntuaciones T para los dos instrumentos. Fueron eliminados de la muestra aquellos sujetos que no concluyeron los dos instrumentos psicológicos, o bien aquellos que respondieron las pruebas de manera que alguna de ellas resultara no válida y los protocolos en los que no había un nivel significativo de depresión (T mayor a 60 en las escalas D y Dep-A del MMPI-A).

Posteriormente se seleccionaron 34 casos de adolescentes con características similares a las del primer grupo de casos (nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, sexo y rango de escolaridad), obtenidos al acudir a una Escuela Secundaria Pública del Distrito Federal y un Colegio de Bachilleres. Se aplicaron los instrumentos psicológicos (MMPI-A y Cuestionario de Sucesos de Vida), se incluyeron aquellos casos de adolescentes que contestaron los dos instrumentos psicológicos de manera válida y no presentaran un nivel significativo de depresión (T menor a 60 en las escalas D y Dep-A del MMPI-A), y que no acudían a algún servicio de salud mental. Para el análisis estadístico se utilizó el programa de computadora SPSS 11.

## **Capítulo 5. RESULTADOS**

Para contestar las preguntas: ¿Existe relación entre la depresión y los sucesos de vida estresantes en adolescentes?, y ¿qué tipo de sucesos de vida se relacionan con la depresión en adolescentes?, se procedió a analizar estadísticamente los datos por medio del programa SPSS para computadora en su versión 11. Se utilizó la estadística descriptiva para ubicar los puntajes medios de depresión en los grupos de casos, así como para observar diferencias en las puntuaciones obtenidas en la evaluación de los sucesos de vida. Se utilizó la estadística inferencial para probar la hipótesis de relación entre los puntajes de depresión y los eventos de vida estresantes. Primeramente se presentarán las variables atributivas de la muestra.

### **5.1 VARIABLES ATRIBUTIVAS**

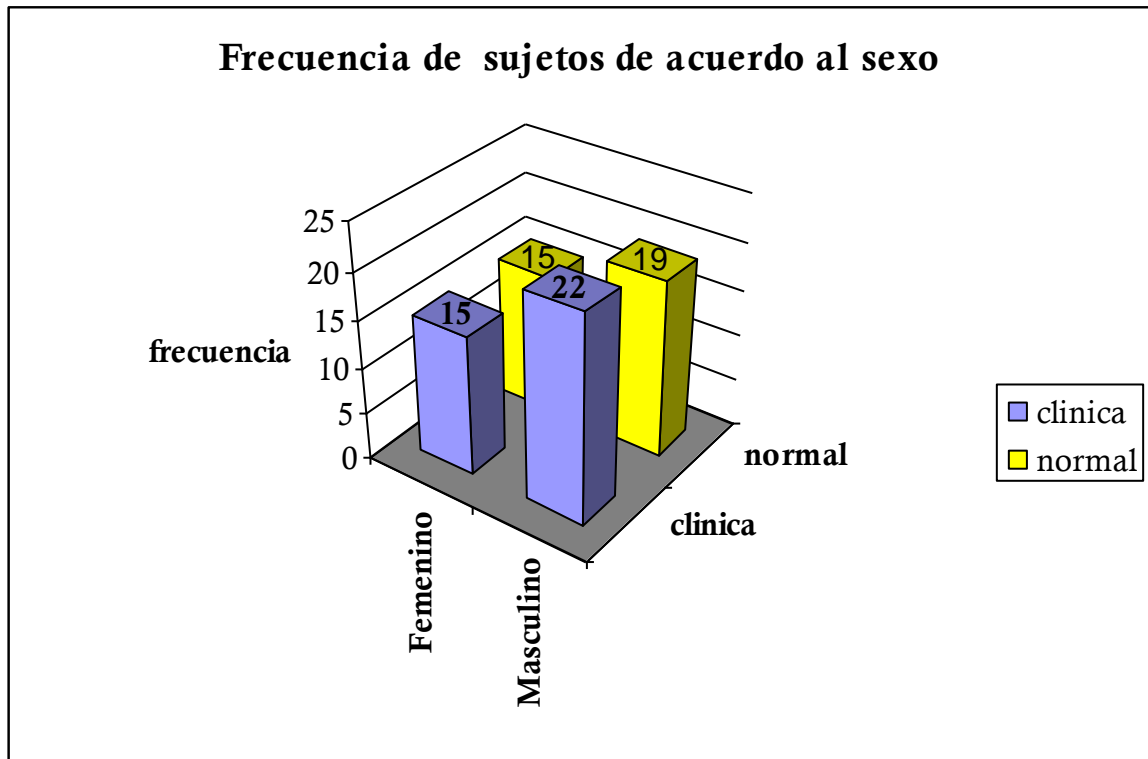
#### **SEXO**

La muestra total estuvo formada por 71 sujetos, 30 fueron de sexo femenino y 41 de sexo masculino. Los datos se repartieron en dos grupos: uno de casos clínicos con depresión y un grupo normal.

El grupo normal, estuvo conformado por 34 adolescentes, de los cuales 15 fueron de sexo femenino y 19 de sexo masculino. El grupo clínico estuvo formado por 37 adolescentes 15 de sexo femenino y 22 de sexo masculino, como puede observarse en la gráfica 1.1.



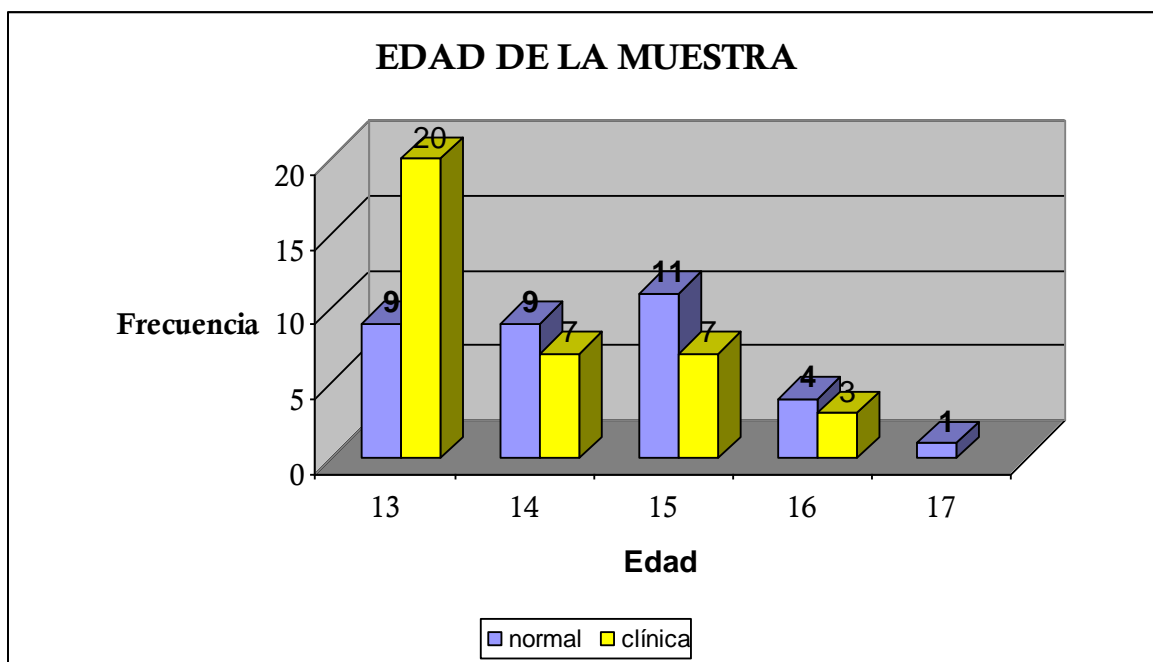
**Gráfica 1.1 Frecuencia de sujetos por grupo en relación al sexo.**



## **EDAD**

Las edades de los sujetos de la muestra estuvieron comprendidos dentro de un rango de los 13 a los 17 años, con una media de 14.08 y una desviación estándar de 1.09. El 40.8% tenían 13 años, 22.5% tenían 14 años, 25.3% eran de 15 años, 9.8% tenía 16 años y 1.4% 17 años. En la gráfica 1.2 se indican las frecuencias de casos para ambos grupos y por edad.

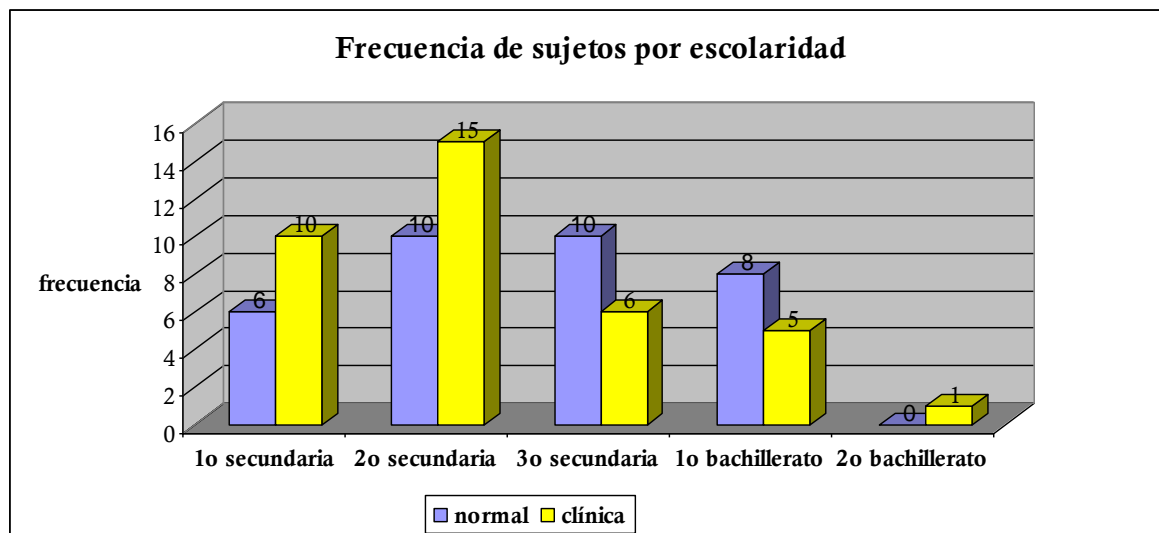
**Gráfica 1.2 Frecuencias de sujetos por grupo en relación a la edad.**



## **ESCOLARIDAD**

Los sujetos de la muestra tenían una escolaridad desde 1° de secundaria hasta 2° de bachillerato, como se muestra en la gráfica 1.3. El 22.5% cursaban 1° de secundaria; 35.2% cursaban 2° de secundaria; 22.5% 3° de secundaria, 18.3% estudiaban 1° de bachillerato y 1.4% el 2° de bachillerato.

**Gráfica 1.3 Frecuencia de sujetos por escolaridad y grupo.**



## NIVEL DE DEPRESIÓN

Se obtuvieron las medias y desviación estándar para las escalas D (Depresión) y Dep-A (Depresión en adolescentes) del MMPI-A en el grupo normal y en el grupo clínico (Tablas 1.1 y 2.2).

Tabla 1.1 Escala D

Grupo	N	Media	Desviación Estándar
Normal	34	48.62	6.184
Clínico	37	62.54	8.150

Tabla 1.2 Escala Dep-A.

<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Normal</b>	34	48.76	8.004
<b>Clínico</b>	37	65.54	8.989

El grupo normal obtuvo una media de  $T=48$  para ambas escalas de depresión: D (escala clínica de Depresión del MMPI-A) y la escala Dep-A (escala de contenido del MMPI-A); indicando que los jóvenes que conformaron esta muestra obtuvieron puntajes no significativos de características depresivas, en comparación con otros muchachos de su edad.

El grupo clínico obtuvo un puntaje medio de  $T=62$  que es medianamente moderado para la escala clínica D del MMPI-A; mientras que el de la escala de contenido Dep-A fue de  $T=65$ , el cual se considera una elevación clínicamente significativa. Ambos puntajes indican la presencia de características depresivas, siendo mayor para la escala Dep-A; esto puede deberse a la diferencia entre las escalas del MMPI-A, la escala Dep-A construida a partir del contenido de los reactivos, pudo ser más sensible. Estos puntajes indican características depresivas en los adolescentes de este grupo.

Se realizó la prueba t de diferencia entre medias para ambas escalas de depresión comparando el grupo clínico y normal, como se muestra en la tabla 1.3 los grupos son

diferentes entre sí en la variable de depresión, siendo esta diferencia significativa al nivel de 0.01.

Tabla 1.3 Prueba t de diferencias entre los grupos normal y clínico en las escalas de depresión del MMPI-A.

<b>Escalas de depresión del MMPI-A</b>	<b>Diferencia entre medias</b>	<b>t</b>	<b>Nivel de Significancia</b>
<b>Escala D (clínica)</b>	13.92	8.148	.001
<b>Escala Dep-A (e. de contenido)</b>	16.78	8.317	.001

## **5.2 CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS DE DEPRESIÓN Y ESCALAS DE SUCESOS DE VIDA**

Se obtuvieron los coeficientes de correlación para las escalas de depresión del MMPI-A y las escalas del Cuestionario de Sucesos de Vida. La Tabla 2.0 muestra los coeficientes de correlación para los puntajes T de la escala D con los puntajes T de las 7 áreas de Sucesos de Vida Estresantes Negativos. En este caso, se observaron correlaciones positivas bajas, siendo significativa la correlación entre D y el área de sucesos de vida negativos del área personal ( $r = .31$ ) a un nivel de significancia de .01.

Tabla 2.0 Coeficientes de Correlación entre Escala Clínica 2(D) del MMPI-A y Áreas de Sucesos de Vida Negativos.

Puntuaciones T de Áreas de Sucesos de Vida Estresantes Negativos	Puntaje T de Escala 2 (D) MMPI-A
Área Familiar	.170
Área Social	.127
Área Personal	.313**
Área de Problemas de Conducta	.216
Área de Logros y Fracazos	.106
Área de Salud	.119
Área Escolar	.186

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01.

Se procedió a obtener los coeficientes de correlación para la escala D y los puntajes T de las áreas de Sucesos Positivos del Cuestionario de Sucesos de Vida, se observaron correlaciones bajas, observándose una correlación de  $r=.32$  entre D y el área de salud, significativa al nivel de .01, como se muestra en la tabla 2.1 .

Tabla 2.1 Coeficientes de correlación entre Escala Clínica 2(D) del MMPI-A y Áreas de Sucesos de Vida Positivos.

Puntuaciones T de Áreas de Sucesos de Vida Estresantes Positivos	Puntaje T de Escala 2 (D) MMPI-A
Área Familiar	.132
Área Social	-.063
Área Personal	-.172
Área de Logros y Fracazos	-.004
Área de Salud	.324**
Área Escolar	.076

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01.

Se obtuvieron los coeficientes de correlación para el puntaje T de la escala Dep -A y los puntajes T de las áreas de Sucesos de Vida Estresantes Negativos. Como se muestra en la tabla 2.2 hay correlación positiva media entre las puntuaciones de Dep-A y las áreas de: sucesos familiares negativos ( $r = .44$ ), área social de sucesos negativos ( $r = .41$ ), área de sucesos personales negativos ( $R = .58$ ), área de problemas de conducta ( $r = .45$ ), área negativa de logros fracasos ( $r = .32$ ), área de salud ( $r = .30$ ) y área de sucesos escolares negativos ( $r = .38$ ). Todas las correlaciones resultaron significativas al nivel de significancia de .01.

Tabla 2.2. Coeficientes de correlación entre Escala de Contenido Dep-A del MMPI-A y Áreas de Sucesos de Vida Negativos

Puntuaciones T de Áreas de Sucesos de Vida Estresantes Negativos	Puntaje T de Escala de Contenido Dep-A del MMPI-A
Área Familiar	.446**
Área Social	.410**
Área Personal	.587**
Área de Problemas de Conducta	.456**
Área de Logros y Fracazos	.327**
Área de Salud	.304*
Área Escolar	.383**

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01.

Al obtener los coeficientes de correlación de las puntuaciones T de la escala Dep-A con las puntuaciones T de las áreas de Sucesos de Vida Positivos, como puede observarse en la tabla 2.3, se obtuvo una correlación media ( $r = .48$ ) entre Dep-A y el área de salud, significativa al nivel de .01.



Tabla 2.3 .Coeficientes de correlación entre Escala de Contenido Dep-A del MMPI-A y Áreas de Sucesos de Vida Positivos

Puntuaciones T de Áreas de Sucesos de Vida Estresantes Positivos	Puntaje T de Escala de Contenido Dep-A del MMPI-A
Área Familiar	.003
Área Social	-.070
Área Personal	-.115
Área de Logros y Fracazos	.124
Área de Salud	.484**
Área Escolar	.135

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01.

### 5.3 COMPARACIÓN DE PUNTAJES EN LAS ÁREAS DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES ENTRE EL GRUPO CLÍNICO Y EL GRUPO DE CASOS NORMALES

Se realizó la prueba T de diferencias de medias para los grupos normal y clínico, en las diferentes escalas de sucesos de vida. Como se observa en la tabla 3.0 el grupo clínico tuvo un puntaje medio mayor que el del grupo normal, en el área de sucesos familiares negativos, habiendo una diferencia significativa al nivel de .05. Hubo una mayor puntuación media de T en el grupo clínico para la escala de sucesos negativos del área social, siendo la diferencia significativa a un nivel de significancia de .01. Hay un mayor puntaje medio de T para el área de sucesos personales en el grupo clínico, en comparación con el grupo

normal, siendo la diferencia significativa a nivel de .01. Así mismo se observa diferencia significativa al nivel de .01 para el área de problemas de conducta, donde el grupo clínico obtuvo un mayor puntaje medio. También se observa una diferencia significativa al nivel de .01 en los puntajes medios del área de sucesos negativos escolares, donde el mayor puntaje lo obtiene el grupo clínico. No se observan diferencias significativas para las áreas negativas de salud, logros y fracasos, entre el grupo normal y clínico.

Tabla 3. 0. Diferencias de medias en las áreas de sucesos de vida negativos entre los grupos normal y clínico.

Área del Cuestionario de Sucesos de Vida	Media del grupo normal	Media del grupo clínico	Diferencia entre medias	Valor de t	Nivel de significancia
Familiar	51.44	61.62	10.18	2.208	.031*
Social	47.44	56.49	9.05	2.627	.011**
Personal	50.82	61.03	10.20	3.435	.001**
Problemas de conducta	50.68	60.08	9.40	2.825	.006**
Logros y fracasos	52.21	55.11	2.90	.958	.341
Salud	51.03	54.27	3.24	1.093	.278
Escolar	50.38	58.03	7.64	2.479	.016**

\* Diferencia significativa al nivel de 0.05.

\*\*Diferencia significativa al nivel de 0.01.

De la misma forma se obtuvo la media y desviación estándar de las puntuaciones de las áreas de sucesos de vida positivos para el grupo normal y el grupo clínico. Y se realizó la prueba t de diferencias entre medias entre ambos grupos. Como se muestra en la tabla 3.1, no hay diferencias significativas en los puntajes T medios de los grupos normal y clínico en las áreas de sucesos positivos: familiar, social, escolar, personal, logros y fracasos. Habiendo una diferencia significativa al nivel de .01 entre los puntajes medios de T entre los grupos normal y clínico en la escala de sucesos de salud positivos, siendo el puntaje medio mayor en el grupo clínico.

Tabla 3.1. Diferencias de medias en las áreas de sucesos de vida positivos entre los grupos normal y clínico.

Área del Cuestionario de Sucesos de Vida	Media del grupo normal	Media del grupo clínico	Valor de t	Nivel de significancia
Familiar	52.76	54.65	.610	.544
Social	51.52	50.78	-.258	.798
Personal	52.44	51.32	-.398	.692
Logros y fracasos	50.41	50.81	.123	.903
Salud	53.26	71.11	5.361	.001**
Escolar	49.32	50.92	.642	.523

\*\* Diferencia significativa al nivel de 0.01.

## Capítulo 6.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para contestar a la pregunta de investigación ¿Existe relación entre la depresión y los sucesos de vida estresantes en adolescentes?, y ¿qué tipo de sucesos de vida se relacionan con la depresión en adolescentes?, podemos decir que en la muestra de adolescentes observada, los resultados indicaron relación entre depresión (puntajes D y Dep-A del MMPI-A) y los sucesos de vida negativos que habían experimentado los jóvenes durante los últimos doce meses en las siguientes áreas por orden de importancia: personal, familiar, social, problemas de conducta, escolares negativos, área de salud, logros y fracasos; lo que apoya a las investigaciones que señalan esta relación como las de Waschbusch D., y cols., (2003), Karen Rudolph (2002), González - Forteza C., Villatoro J., Pick S., y Collado M. E. (1998), González-Forteza, y Andrade P. (1993). Al ser las correlaciones medias y bajas, los sucesos de vida estresantes no mostraron un incremento o disminución paralela con la intensidad de la depresión, a diferencia de estudios como del de Infrasca R. (2003); sin embargo un nivel alto de sucesos de vida se relacionó con el trastorno.

Los puntajes para los sucesos negativos del área “familiar”, “social”, “personal”, “problemas de conducta”, así como del área “escolar” fueron significativamente mayores en los adolescentes con depresión, en comparación con los adolescentes del grupo normal. Mientras que las áreas de “logros y fracasos” y “salud” no difirieron entre ambos grupos de manera significativa. En general los adolescentes con depresión vivieron mayor estrés en

el último año, en comparación con aquellos que no puntuaron alto en depresión, como en las investigaciones de Deardorff J., González N., y Sandler I. (2003); Ifrasca R. (2003).

No se puede indicar si la vivencia elevada de estrés, participa como causa o consecuencia del trastorno, lo cierto es que los sucesos estresantes de vida mostraron relación con la depresión.

El área de sucesos de vida estresantes negativos personales, pudiera explicar su importancia ya que en ésta se incluyeron los eventos estresantes relacionados con la percepción de los cambios físicos, fenómeno crucial que se vive durante esta etapa; que pudieron percibirse como negativos para los jóvenes, apoyando los hallazgos de Benjet C. (op.cit), indicando que éstos suelen ser una fuente de estrés para los adolescentes.

Por otra parte, también se incluyen sucesos relacionados con la capacidad para disfrutar de los pasatiempos, es probable que los adolescentes con depresión apreciaran como negativos a los hechos relacionados con actividades cotidianas normativas. Así mismo, la elevación de esta área de sucesos refleja una tendencia a percibir como negativos los cambios personales de índole psicológica, por lo que los adolescentes con depresión tendieron a manifestar afectos y pensamientos negativos.

Se confirmó la relevancia de las relaciones familiares, pues los jóvenes con depresión reportaron un número mayor de disputas, conflictos, malentendidos, falta de

comunicación con hermanos, padres y otros familiares, así como hechos que afectaron la dinámica familiar y que ellos consideraron perjudiciales, lo que concuerda con investigaciones como las de Essau C. , (2004); Deardorff J., González N., y Sandler I. (2003); Ifrasca R. (2003); Rudolph K., (2002); Facio A. y Batistuta M. (2001); Borchardt C. y Meller W., (1996); Serfaty E. y cols. (1995).

De acuerdo con la literatura ya referida, las relaciones familiares son una parte importante de la vida del joven al ser el medio en el cual se desarrollan los vínculos afectivos primarios, en los que se basan en gran medida los vínculos posteriores. Representan la primera fuente de sustento y apoyo de los jóvenes, a la vez que brindan modelos en cuanto a las maneras de afrontar las situaciones estresantes y problemáticas. En relación a la depresión, como sugieren Lara M.E. y Klein D. (1995), un ambiente familiar adverso en la infancia incrementa el riesgo de desarrollar depresión, este hecho es relevante al considerar que muchos de estos estresores, por ejemplo el bajo nivel socioeconómico y violencia intrafamiliar pueden ser estresores crónicos, que los adolescentes reportaron al momento de evaluarles y que por lo tanto, pueden haber jugado una parte importante tanto en el desarrollo de la depresión como en el mantenimiento del mismo.

El hecho de que los adolescentes con depresión reportaran la vivencia negativa de sucesos estresantes familiares, puede responder a una percepción negativa de sí mismo, factor que ha sido señalado por favorecer el mantenimiento del trastorno por la vía de enfocarse en los sentimientos negativos, coadyuvando a la desesperanza; también se sugiere relación entre la falta de reforzamiento positivo o retroalimentación, disminución

del apoyo de una fuente de la que depende el joven y depresión. Del mismo modo la vivencia de sucesos no normativos dentro de este medio puede ser un factor que aumenta el estrés, al enfrentar varios de los duelos que viven tanto padres como hijos en esta etapa, agravando los conflictos normativos que enfrentan los jóvenes.

Los adolescentes con depresión reportaron una mayor vivencia de sucesos estresantes negativos relacionados con amigos, compañeros y/o novios, en comparación con los normales. Los amigos y compañeros son una fuente de apoyo social importante, de aprendizaje y participan de manera ineludible en el desarrollo; junto a los vínculos con otros adultos que participan en esta función; mostrando ser un factor relacionado con la presencia de depresión en la adolescencia. Ya sea que el adolescente genere más conflictos en sus relaciones al presentar el trastorno como sugieren Rudolph K. (2002), Turner H., y Butler M. (2003); o bien, que estos sucesos sean parte de las problemáticas que rebasan los recursos de afrontamiento del joven y lo lleven a incrementar el malestar emocional.

Estas experiencias negativas en el ámbito social pueden favorecer el desarrollo de un concepto negativo de sí mismo, que obstaculiza los retos o tareas de la adolescencia de construir y reafirmar una identidad. Así el estrés relacionado con las relaciones sociales se relacionó con depresión apoyando los hallazgos de investigaciones como las de Hampel P. y Peterman F. (2005); Garfensky N. y cols. (2003); Jacquez F., Cole D., Searle B. (2004); Deardorff J., González N., y Sandler I. (2003); Schraedley y cols., (1999).

El reforzamiento social es un factor que participa en la depresión ya sea por la ausencia del mismo, que produce aislamiento; o por vía de la manifestación de modos de relacionarse aversivos para otros (Peter Lewinsohn, op.cit.), participando además en las atribuciones y tipos de pensamiento no adaptativos, algunos patognomónicos de la depresión, como la desesperanza; a la vez que reduce la ayuda que puede encontrar en otros para hacer frente a la situación estresante .

Hasta ahora estos resultados sugieren que el trastorno depresivo se acompaña de un grado significativo de problemas para adaptarse a los ámbitos familiar y social, siendo estos importantes para el mantenimiento y posible surgimiento del trastorno depresivo en los adolescentes.

Un porcentaje significativo muestra problemas de conducta, esto puede confirmar el hecho ampliamente observado de que la depresión en los adolescentes se puede expresar de esta forma. Esto puede responder al señalamiento de que a esta edad se prueban y afianzan maneras de enfrentar los eventos negativos que tienen una importancia emocional o psicológica para el sujeto, por lo que tienden a ser más flexibles y utilizar modos más activos de afrontamiento. Cabe mencionar que la mayoría de los adolescentes del grupo “con depresión” eran referidos a los servicios de salud mental por presentar “problemas de conducta”.



Como en el estudio de De la Peña F., Estrada A., Almeida L., Páez F. (1999), los problemas relacionados con bajo rendimiento escolar, desacuerdos o problemas con los profesores están vinculados con el trastorno. Esto puede tener varias explicaciones, pues en la depresión el adolescente experimenta desmotivación y falta de interés, que afectan su rendimiento, resultando en una menor disposición al enfrentarse al sistema escolar y conflictos en este ambiente.

Como es de esperarse de acuerdo al trastorno, hubo relación entre depresión y el área de sucesos estresantes negativos del área de “logros y fracasos”; las bajas apreciaciones de sí mismo y mayor insatisfacción con los logros, o bien, una menor motivación, dificultad para concentrarse, ansiedad y falta de interés para realizar las actividades, pueden fungir como consecuencias del trastorno. Estos pueden participar como factores que favorecen el mantenimiento del padecimiento al reafirmar las creencias en los aspectos negativos de sí mismo, la generalización de la atribución de indefensión y desesperanza.

Sin embargo al haber correlación entre los sucesos positivos y negativos en el área de la salud con la depresión podrían indicar que la salud física un aspecto de preocupación y estrés, así como los hábitos relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas; aunque esta relación con la depresión fue baja como en el estudio de Arellanez-Hernández J.L., Díaz –Negrete B., Wagner–Echegaray F. y Pérez Islas, V. (2004). Se ha sugerido que estos hábitos como el consumo de sustancias reportados, representan un intento del adolescente para afrontar el estrés.

Las diferencias en los puntajes de sucesos de vida negativos en las áreas mencionadas entre el grupo normal y el grupo de adolescentes con depresión son significativas, indicando que los adolescentes con depresión reportaron un número mayor de sucesos estresantes en el último año y que éstos les afectaron negativamente. Esto revela que esta medida de estrés fue un indicador de malestar emocional que puede relacionarse con depresión en adolescentes. En esta muestra de adolescentes no se observó influencia de los sucesos de vida positivos en ninguna de las áreas evaluadas que se relacionara de manera importante con la presencia o ausencia de depresión.

Es difícil establecer el tipo de relación del estrés con la depresión; sin embargo, debe notarse que los jóvenes viven situaciones que rebasan sus recursos de afrontamiento y les generan malestar significativo que interfiere con su adaptación escolar, familiar y social; impactando a la vez su autoconcepto de manera negativa, pudiendo ser un factor que contribuye al mantenimiento del trastorno, como sugieren investigaciones como las de Jacquez F., Cole D., Searle B.(2004); Infrasca R. (2003); Lara M. E. y Klein D. (1999), estos investigadores brindan hipótesis en las que participan diferentes variables entre ellas el estrés, combinándose con una predisposición por eventos adversos en la infancia que producen cogniciones y estilos de afrontamiento desadaptativos, junto con factores biológicos y sociales que mantienen el síndrome.

Las limitaciones de esta investigación se relacionan con la dificultad para controlar otras variables y realizar un muestreo probabilístico, que permitiera generalización de los datos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aberstury A. y Knobel M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México. Ed. Paidós.
2. APA. Manual De estilo de publicaciones 2ª edición (2002). Manual Moderno .
3. Arellanez-Hernández J.L., Díaz -Negrete B., Wagner-Echegaray F., Pérez Islas, V. (2002). Factores Psicosociales Asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados de un estudio de casos y controles. Salud Mental. Vol. 27. No. 3.
4. Arieti S. y Bempoard J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México. Ed. Paidós.
5. Ayuso y Sainz (1997). Depresión : Visión Actual. Madrid. Ed. Grupo Aula Médica.
6. Belloch A., Sandín B., Ramos F. (1995). Manual de psicopatología. Vol. 1. Ed Mc-Graw Hill. España.
7. Benjet C. y Hernandez -Guzman L. (2002). A Short - Term Longitudinal Study Of Pubertal Change, Gender And Psychological Well-Being Of Mexican Early Adolescents. Journal of Youth and Adolescence. . Vol. 31. No.6.
8. Beyers J. y Loeber R. (2003). Untangling Developmental Relations Between Depressed Mood And Delinquency In Male Adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. 31. No. 3. June 2003.
9. Borchardt C. y Meller W. (1996). Symptoms of affective disorder in pre-adolescent vs. adolescent inpatients. Journal of Adolescence. 19. 155-161.
10. Blackwell handbook of adolescence . (2003) Editado por Adams G., y Beronsky

- M. (2003). EE. UU. Blackwell Publishing.
11. Browne D. (1998). The relationship between problem disclosure, coping strategies and placement outcome in foster adolescents. *Journal of Adolescence* . Vol. 21.
  12. Caraveo J. (1996). Prevalencia De Los Trastornos Psiquiátricos En La Población Mexicana . Estado Actual y Perspectivas. *Salud Mental*. V. 19. 8-13.
  13. Craig G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México. Ed. Prentice Hall.
  14. Connor-Smith J. y Compas B. (2002). “Vulnerability to social Stress: coping as mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression”. *Cognitive Therapy and Research*. Vol.26. No.1.
  15. Deardorff J., González N., y Sandler I. (2003). Control beliefs as mediator of the relation between stress and depressive symptoms among inner-city adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. Vol. 31, no. 2.
  16. De la Peña F., Estrada A., Almeida L., Páez F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental* .Vol. 22.
  17. Essau C. (2004). The Association Between Family Factors And Depressive Disorders In Adolescents. *Journal of youth and Adolescence*. Vol. 33. No.5.
  18. Facio A. y Batistuta M. ( 2001). What Makes Argentinian Girls Unhappy?. A Cross-Cultural Contribution To Understanding Gender Differences In Depressed Mood During Adolescence. *Journal of adolescence*. Vol. 24.
  19. Freud. S. (1955). *OBRAS COMPLETAS*. Vol.14. Argentina . Ed. Amorrortu.
  20. Frydenberg E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical research and perspectives*. Ed. E.E. U.U. Ed. Routledge.

21. Garfensky N., Boon S., Kraaij V. (2003), Relationship Between Cognitive Strategies Of Adolescents And Depressive Symptomatology Across Different Types Of Life Events. *Journal of Youth and Adolescent*. Vol.32. No.6.
22. Gibb B., Abramson L., Alloy L. (2004) Emotional Maltreatment From Parents , Verbal Peer Victimization And Cognitive Vulnerability To Depression. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 28. No. 1.
23. González-Forteza, Andrade P. (1993). Estresores cotidianos, malestar depresión e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Vol 40 . No. 2.
24. González-Forteza, Andrade P., Jiménez A. (1997). Recursos Psicológicos Relacionados Con El Estrés Cotidiano En Una Muestra De Adolescentes Mexicanos. *Salud Mental* V.20. No.1.
25. González- Forteza C. , Ramos L. , Vignau L., (2001). El Abuso Sexual Y El Intento Suicida Asociados Con El Malestar Depresivo Y La Ideación Suicida De Los Adolescentes. Ramírez C. *Salud Mental* . Vol. 24. No.6. 2001.
26. González-Forteza C., Villatoro, J., Medina-Mora M., Juárez F., Carreño S., Berenzon S. y Rojas E. (1997). Indicadores Sociodemográficos De Riesgo De Estrés Psicosocial En Los Estudiantes De Educación Media Y Media Superior En La República Mexicana. *Salud Mental*. Vol. 20. No. 4.
27. González - Forteza C., Villatoro J., Pick S., y Collado M.E.(1988). El Estrés Psicosocial Y Su Relación Con Las Respuestas De Afrontamiento Y El Malestar Emocional En Una Muestra Representativa De Adolescentes Al Sur De La Ciudad De México: Análisis Según Su Nivel Socioeconómico. *Salud Mental* . Vol. 21.

28. Goodyer I.M. (2001). The depressed child and adolescent. Ed. Cambridge University Press.
29. Hampel P. y Petermann F. (2005). Age Gender And Effects On Coping In Children And Adolescents. Journal of Youth and adolescence. Vol 34.No. 2 .
30. Heinze G. , Villamil V. Cortés J.( 2001). Relapse and recurrence of depressed patients: a retrospective study. Salud Mental, Vol. 25. febrero
31. Hernández S., Fernández C., Baptista L. (1991). Metodología de la investigación. México. Ed. Mc-Graw-Hill.
32. Horrocks J.(1984). Psicología de la Adolescencia. Ed. Trillas. México. Reimpr. 2001
33. Ifrasca R. ( 2003). "Childhood adversities and adult depression : an experimental study on childhood depressogenic markers" Journal of affective Disorders. Vol 76.
34. Jacquez F., Cole D., Searle B. (2004). Self Perceived Competence As Mediator Between Maternal Feedback And Depressive Symptoms In Adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. 23. No. 4.
35. Kaplan B.J. y Sadock. A. V. (2000) . Comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. New York. Edit. Lippincott Williams y Wilkins
36. Kroger J. (1996). Identity in adolescence. Routledge Ed. London and New York.
37. Lara M.E. y Klein D. (1999). Psychosocial Processes Underlying the maintenance and persistence of depression: implications for Understanding Chronic Depression. Clinical Psychology Review. Vol.19. No.5.
38. Lazarus R. Folkman S. (1991) Estrés y Procesos Cognitivos. España Ed. Martínez Roca.
39. Little S. y Garber J. (2004) .Interpersonal And Achievement Orientations And

- Specific Stressors Predict Depressive An Aggressive Symptoms. Journal of Adolescent Research. Vol. 19. No. 1
40. Loza Canales G. (1998). Factores De Personalidad Y Sucesos De Vida Estresantes En Adolescentes Con Intento De Suicidio. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de psicología. UNAM.
  41. Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. (1998). Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de Minnesota Adolescentes (MMPI-A). Versión en español. México: Manual Moderno.
  42. Lucio E. Barcelata B. y Durán C.(2003). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Suceso de Vida del Adolescente. Revista mexicana de Psicología, 2003, 20 (2), 211-223.
  43. Lucio E. Durán C. y León I. (2000). Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes. México. Ed. El Manual Moderno.
  44. Lucio E., León I.(2001). Los Sucesos de Vida estresantes en dos Grupos de Adolescentes de Diferente Nivel Socioeconómico. Salud Mental (2001). Vol. 24.
  45. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Texto revisado. (2003). Ed. Masson.
  46. Mataud, P, Carballeira M., López M. , Marrero R., e Ibáñez I. (2002), Apoyo Social y Salud: Un análisis de género. Salud Mental . Vol. 25., No. 2.
  47. Medina-Mora, Borges, y cols. (2003).Prevalencia De Trastornos Mentales Y Uso De Servicios . Resultados De La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica En México. Salud Mental. Vol. 26. No. 4.
  48. Milam J. Ritt-Olson A. Unger J. (2004). Posttraumatic growth among

- adolescentes. *Journal of Adolescent Research*. Vol 19. No. 2.
49. Moreno C. Sara (2001). Detección de depresión y disfunción familiar en un grupo de adolescentes de educación media superior. Tesis de especialidad en medicina familiar. México. Facultad de Medicina UNAM.
50. Muuss. R.(1978) Teoría de adolescencia. Editorial Piados. Buenos Aires.
51. Omar A. (1995). Stress y coping Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico psicológico. Editorial Lumen . Argentina.
52. Papalia D. E. y Wendkos O.S. (2001). Fundamentos de Desarrollo Humano. México. Ed. Mc Graw-Hill.
53. Pérez Hernández M. L. (2003) .Depresión asociada con intento de suicidio en la adolescencia. Tesis de especialidad en pediatría. México, Facultad de Medicina UNAM.
54. Pérez y Farías J.M. (2003). Un modelo teórico conceptual de la confiabilidad y la validez con el MMPI-A: la caracterización de la personalidad de un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis de doctorado. México. Facultad de Psicología UNAM.
55. Pinquart M., Rainer K. Silbereisen, and Wiesner M.(2004). Changes in discrepancies between desired and present states of developmental tasks in adolescence: a 4 process model. *Journal of Youth and adolescence* , vol. 33. No. 6.
56. Plancherel B. y Bolognini M. (1995). Coping and mental health in early adolescent. *Journal of Adolescence*. Vol. 18.
57. Rice K.G., Herman M.A. y Petersen A. C. (1993). Coping With Challenge In Adolescence: A Conceptual Model And Psychoeducational Intrvention. *Journal of*



- adolescence. Vol.16.
58. Rudolph K. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress, during adolescence. *Journal of adolescent health*. Vol. 30.
59. Sakamoto S. Masahiko K., y Tanno Y.(2001). Response Styles And Cognitive And Affective Symptom Of Depression. *Journal of personality and individual differences*. Vol. 31.
60. Schraedley P.K., Gotlib I.H., Hayward C. (1999). Gender Differences In Correlates Of Depressive Symptoms In Adolescence. *Journal of adolescent health*. vol. 25.
61. Seiffge - Krenke Inge. (1995). *Stress, coping and Relationships in adolescence*. EE.UU. Ed. Lawrence Erlbaum.
62. Seiffge-Krenke Inge.(2001). *Diabetic Adolescents and Their Families. Stress, Coping and Adaptation*. Ed. Cambridge University Press. United Kingdom.
63. Seiffge-Krenke I., Stemmler M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*. Vo. 31. No. 6.
64. Seligman M.E. (1981). *Indefensión*. Madrid. Ed. Debate.
65. Serfaty E. Andrade J., D'Aquila H. , Masautis A., y Foglia L. (1995). *Depresión Grave Y Factores De Riesgo En Buenos Aires*. *Acta Psiquiátrica Y Psicológica de América Latina*. 41 (1).
66. Solloa G.L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México. Editorial trillas.
67. Storch E. , Bravata E., Storch J., y Johnson J., Roth D y Roberti J. (2003) *Psychosocial Adjustment In Early Adulthood: The Role Of Childhood Teasing And Father Support*. *Child Study Journal*. Vol. 33. No.3.

68. Thomas P. Gullota, Gerald R. Adams, Carol A. Markstrom . (2000). The Adolescent Experience. Academic Press Ed. USA.
69. Toro J. (2000). Depresión y ansiedad en la infancia y adolescencia. Ed Masson España.
70. Turner H., Butler M.(2003) Direct And Indirect Effects Of Childhood Adversity On Depressive Symptoms In Young Adults. Journal of Youth and Adolescence . Vol. 32. No.2.
71. Urzúa F. (1998). “El adolescente y sus conductas de riesgo”. Chile. Ed. Universidad Católica de Chile.
72. Valdés M. y Flores T. ( 1985) . Psicobiología del estrés. España. Ed. Martínez Roca.
73. Waschbusch D., Sellers D., LeBlanc M., Kelley M. (2003) “Helpless attributions and depression in adolescents: the roles and anxiety , event valence , and demographics”. Journal of adolescence . 26 169-183.