

UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“El Autoconcepto en adolescentes de nivel secundaria de una escuela particular y su relación con la Depresión”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

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

P R E S E N T A :

**CAROLINA DIAZ CERON
ANA LAURA HERNANDEZ CORONA**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY

MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme permitido la grandeza de vivir y llegar hasta estos momentos.

A mis Padres:

*Josefina Cerón Martínez y Eugenio Díaz Galicia: Por darme la vida y por el gran apoyo incondicional que me dan, así como por todos los sacrificios que han hecho por mí para poder cumplir con cada una de mis metas. **“Los AMO”***

A mis Hermanos:

Rosa Ibeth y José Eduardo por su presencia.

A mis Profesores:

Que siempre han estado acompañándome en todo el transcurso de mi carrera profesional. A aquellos que han llegado a ser más que unos maestros para mí, y que me han brindado su amistad. Y principalmente a mis queridos profesores que me ayudaron a la realización de esta Tesis (Nachito, Martha y Emiliano).

A mis Amig@s

*Por su compañía y sus palabras de aliento, pero principalmente a mi amiga y compañera de Tesis **“Ana Laura”**, por todo el tiempo que hemos compartido, por su paciencia, entrega y colaboración al lograr nuestro gran sueño.*

*!!!! Amiga sabes que Te Quiero Mucho, Gracias por **“TODO”**!!!!*

A todas las personas que estuvieron cerca de mí y que me brindaron su apoyo.

A todas las personitas que ya no se encuentran conmigo. Pero si estuvieran, estarían orgullosos de mí.

*Y a la persona que me acompañó desde el inicio de mi carrera, que me ha esperado, y que sigue a mi lado. **(Te Amo BB)**.*

Carolina Díaz Cerón.

Son tantas las personas a las cuales les debo agradecer parte de este triunfo, porque he logrado alcanzar mi culminación académica, que es mi mayor anhelo.

A Dios:

Primero por darme la vida, fortaleza y permitirme llegar hasta este momento tan importante, logrando otra meta más en mi aprendizaje que es el camino de la vida.

A mis Papas, Rogelio y Lupita:

*Que me enseñaron a vivir con plenitud, con respeto y amar a los demás; por darme la estabilidad emocional, económica y sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. **GRACIAS**, por darme la mejor herencia que se le puede dar a un hijo, guiándome siempre por el mejor camino.*

*Enseñándome el verdadero valor de una **FAMILIA**, siendo siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, inculcándome que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr todos mis objetivos. Y ahora su esfuerzo, se ha convertido en un triunfo **LOS AMO**.*

A mi hermano Rogelio:

Por tu cariño y amor que siempre me has demostrado, con tu apoyo incondicional, para afrontar las situaciones; sin ti este logro no hubiera sido posible. Además de ser un buen amigo eres la mejor compañía para compartir mis alegrías y experiencias. Gracias por ser parte de mi vida.

A mis amigos: Abigail, Belem, Carolina, Luis y Miguel.

Sin ustedes esto hubiera resultado imposible llevarlo a cabo, gracias por ayudarme a crecer y madurar como persona; por estar siempre conmigo apoyándome en todo las circunstancias posibles, también son parte de este logro. Gracias por su amistad y apoyo y por dejarme ser parte de sus vidas.

Caro: *Colega y amiga gracias por confiar en mí y compartir este mismo sueño que ahora es una realidad, este el inicio de nuevas metas. Siempre cuentas con migo. Te quiero mucho.*

A mis maestros:

Quienes participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

-Psic. Ignacio Javier Maldonado.

Gracias por transmitirme tus conocimientos, por confiar en mí y enseñarme el amor a la psicología y a la educación, por tus consejos y tu amistad sincera.

-Psic. Martha Laura Jimenez y Psic. Emiliano Lezama

Por su apoyo, paciencia y opiniones; por aceptar este reto como propio.

A la Universidad Salesiana, por su formación profesional.

A la secundaria 1ero de Mayo, por su apoyo en la realización de esta investigación.

Mi amigo fiel Scory.

*A todos aquellos que me apoyaron hago extensivo mi más sincero agradecimiento en especial a mi Mimis, mis tios Martin y Elvia, los amigochos y demás que por falta de espacio no puedo mencionar y que siempre han compartido mis momentos alegres y difíciles, brindándome su amistad y apoyo incondicional, saben que los aprecio, respeto y quiero como: abuelitas, abuelitos (†), tíos, primos, amigos y maestros. **GRACIAS**.*

ANA LAURA HERNANDEZ CORONA

INDICE

ÍNDICE

	Pág.
➤ RESUMEN.....	7
➤ INTRODUCCIÓN.....	9
➤ Capítulo 1. Adolescencia	
1.1 Definición.....	13
1.2 Etapas de la Adolescencia.....	15
1.2.1 Pre-adolescencia.....	15
1.2.2 Adolescencia Temprana.....	16
1.2.3 Adolescencia Media.....	16
1.2.4 Adolescencia propiamente dicha.....	18
1.2.5 Adolescencia Tardía.....	18
1.2.6 Post-adolescencia.....	19
1.3 Identidad.....	20
1.4 Desarrollo Social.....	21
➤ Capítulo 2. Autoconcepto	
2.1 Antecedentes históricos.....	25
2.2 Definición del Autoconcepto.....	27
2.3 Características del Autoconcepto.....	30
2.4 El Autoconcepto por William Fitts.....	31
2.4.1 Definición.....	31
2.4.2 Dimensiones del Autoconcepto.....	32
2.5 Autoconcepto en Adolescentes.....	33
➤ Capítulo 3. Depresión	
3.1 Antecedentes y Definición.....	37

3.2 Características de la Depresión.....	41
3.3 Clasificación de la Depresión.....	42
3.3.1 Trastorno Depresivo Mayor.....	42
3.3.2 Trastorno Distímico.....	44
3.3.3 Trastorno depresivo no especificado.....	46
3.4 Teorías de la Depresión.....	47
3.4.1 La teoría conductual.....	47
3.4.2 La teoría cognitiva.....	47
3.4.3 La indefensión aprendida.....	48
3.4.4 Teoría biológica.....	48
3.5 Depresión en Adolescentes.....	48

➤ **Capitulo 4. Instrumentos: Escala de Autoconcepto de Tennessee y Escala de Birleson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia**

4.1 Escala de Autoconcepto de Tennessee.....	52
4.1.1 Naturaleza y Propósito de la Escala.....	52
4.1.2 Desarrollo de la Escala.....	53
4.1.3 Validez.....	54
4.1.4 Diferencias Sexuales.....	56
4.1.5 Naturaleza y significado de los puntajes.....	56
4.1.6 Normas.....	60
4.1.7 Confiabilidad.....	61
4.1.8 Aplicación.....	62
4.1.9 Instrucciones para la Calificación.....	62
4.1.10 Instrumento de Tennessee.....	66

4.2 Escala de Birleson (DSRS) Para El Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia.

4.2.1 Desarrollo de la Escala.....	71
4.2.2 Descripción del Instrumento.....	71
4.2.3 Validez.....	72
4.2.4 Instrumento de Birleson.....	72

➤ **Capitulo 5. Metodología**

5.1 Objetivo General.....	75
5.2 Tipo de Estudio.....	75
5.3 Variables.....	75
5.4 Definiciones.....	75
5.5 Hipótesis.....	77
5.6 Población.....	79
5.7 Instrumentos.....	79
5.8 Situación de Aplicación.....	79
5.9 Procedimiento.....	79

➤ **Capitulo 6. Resultados**

6.1 Puntajes Escala Birleson.....	84
6.2 Puntajes Escala Tennessee sujetos Deprimidos.....	85
6.3 Puntajes Escala Tennessee sujetos No Deprimidos.....	86
6.4 Resultados después de aplicar	
Formulas –Sujetos Deprimidos.....	87
6.5 Resultados después de aplicar	
Formulas –Sujetos No Deprimidos.....	88
6.6 Resultados T Student.....	89
6.7 Grafica de Resultados.....	89
6.8 Resultados Finales por Hileras y Columnas del Tennessee.....	90

➤ Conclusiones.....	95
----------------------------	-----------

➤ Bibliografías.....	99
-----------------------------	-----------

RESUMEN

El propósito de esta investigación es identificar si existe relación entre el Autoconcepto mostrado por adolescentes y el nivel de depresión que manifiestan. Para tal efecto, a través de un estudio exposfacto se contrastaron los resultados obtenidos en la Escala de Autoconcepto de Tennessee entre un grupo de alumnos definidos como deprimidos a través de la Escala de Birlson para Depresión en Adolescentes con respecto a un grupo de alumnos definidos como no deprimidos. La investigación se llevó a cabo en una escuela secundaria particular.

Los hallazgos obtenidos nos han demostrado que existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Ético- Moral, Yo – Familiar, y Autosatisfacción entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión. En este sentido, puede concluirse que, los adolescentes con alto nivel de depresión muestran una no valía moral así como ciertas relaciones negativas con Dios, asimismo muestran falta de valores, sintiéndose menos cercanos a la relación que tienen con las personas allegadas a él y niveles bajos de autosatisfacción. Puede decirse que el adolescente deprimido no tiene una aceptación consigo mismo y que demuestra la insatisfacción de su persona.

En este sentido, considerando que la adolescencia es un periodo de crecimiento, se considera importante que el adolescente se vea fortalecido por los grupos externos: sociedad, familia, amistades, etc., que les permitan desarrollar un autoconcepto positivo que es primordial para que el adolescente se forme como una persona única y se pueda aceptar tal y como es llegando así a una totalidad como individuo.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

Nuestro principal interés para llevar a cabo esta investigación es evaluar si los niveles de depresión en adolescentes de nivel secundaria se relacionan con el Autoconcepto que presentan. La depresión como patología, ha sido estudiada desde la época de los griegos quienes la conocían con el término melancolía y pensaban que era causada por la bilis negra. Los romanos usaban el vocablo latino *tristitia* como equivalente de la depresión. Estos estudios se fueron ampliando hasta Freud que publica el libro titulado “Duelo y Melancolía” en 1917, donde señala que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto, y en el que se manifiesta el odio y sadismo.

Hemos considerado importante estudiar esta patología en el período de la adolescencia debido a que es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma y que se caracteriza por una actitud frágil, manipulable y difícil en la que usualmente se habla de un Autoconcepto desfragmentado.

La adolescencia es una etapa complicada en la que se presentan los mayores cambios fisiológicos y psicológicos, que marca el desenvolvimiento que el individuo tendrá tanto a nivel personal como con la sociedad.

En este sentido, el Autoconcepto que se genere en esta etapa puede ser crucial para el desarrollo subsecuente que tenga el individuo en todas las esferas de su vida, y si bien es cierto que frecuentemente se establece que la depresión puede vincularse con un pobre concepto del propio sujeto, realmente no se hallaron, previo a este estudio, evidencias científicas en esta línea.

Nuestro estudio pretende encontrar que tanto afecta el Autoconcepto en adolescentes de nivel secundario para que estos se encuentren deprimidos.

Por ello, como ya se mencionaba se buscará identificar si existe una relación entre el nivel de depresión que manifiesten los adolescente y el Autoconcepto que manifiestan, para tal efecto se incluirán los siguientes temas en esta investigación.

En el primer capítulo de nuestra presente tesis se abordara el tema de la adolescencia empezando con las diferentes definiciones desde el punto de vista de algunos autores, las etapas de la adolescencia que se trataran son las siguientes: pre-adolescencia, adolescencia temprana, adolescencia media, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía, post-adolescencia, se hablara también de la identidad del adolescente en donde la personalidad se va formando al paso de las experiencias previas y tentativas, de aquí depende la madurez a nivel personal del adolescente en donde ya se ve integrado a un grupo en particular con sus necesidades y satisfacciones y por último en este capítulo se mencionara como es el desarrollo social del adolescente.

En nuestro segundo capítulo se hablara del Autoconcepto, abordaremos los antecedentes históricos, definiciones y características del Autoconcepto, así mismo al Autoconcepto desde la perspectiva de William Fitts autor de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, instrumento utilizado en esta investigación, y abordaremos la formación del Autoconcepto en la Etapa de la Adolescencia, considerando que es la población con la que se trabajará en este estudio.

El tema de la Depresión como sus antecedentes y definiciones tomadas de diferentes autores, características que la describen, clasificación, teorías de la depresión, así como la que nos interesaría conocer más que es la depresión en los adolescentes, todos estos temas de suma importancia se mencionara en el capitulo tres.

En el capitulo cuatro se describen las pruebas utilizadas en esta investigación que es la Escala de Autoconcepto de Tennessee y la Escala de Birlenson para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia, para la escala de Autoconcepto se mencionara

la naturaleza y el propósito de la escala, desarrollo de la escala, validez, naturaleza y significado de los puntajes normas de la prueba, confiabilidad y aplicación.

En el capítulo cinco se describirá la metodología de la investigación que se hizo para este estudio, y por último se darán a conocer los resultados y las conclusiones así como la bibliografía de dicha investigación.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA.

En este capítulo hablaremos de la importancia que tiene la adolescencia en el transcurso de vida del ser humano ya que es una etapa primordial, pero a la vez difícil de entender, y es por la que atraviesan los sujetos de esta investigación. Se incluirán varias definiciones según los autores que han hecho un amplio estudio e investigación sobre el tema, las etapas en las que se ha analizado, particularizando en la correspondiente de los 13 a los 14 años, considerando que es la población con la que se trabajará en este estudio.

1.1 DEFINICIÓN.

La palabra adolescencia deriva de la voz latina “*adolescere*” que significa “crecer” o “desarrollarse hacia la madurez” (Teorías de la Adolescencia, R.E.Muuss, Paidós Studio).

La adolescencia es una parte integrante del crecimiento individual que presenta una modificación repentina; el periodo del crecimiento abarca poco más o menos una tercera parte de la vida humana, provocando continuos cambios en las condiciones del funcionamiento orgánico, algunas condiciones se modifican, otras surgen y se acentúan variaciones de las diversas partes del cuerpo y sus relaciones recíprocas.

A continuación se presentan definiciones de algunos autores sobre la Adolescencia:

- *Brooks (1921)* refiere a la adolescencia como el periodo del crecimiento que se extiende aproximadamente de los 12 hasta los 20 años, concluyendo con la virilidad en los hombres y la madurez en la mujer.
- *Claparède (1922)* describe “La adolescencia sirve para jugar y crear” (La Adolescencia, Antonio Ballesteros Usano, Edit. Patria S.A. México, 1965, Pág.18).
- *Spranger (1929)* menciona: El adolescente no vive su estructura psíquica y sus estados como fenómenos evolutivos, ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones.
- *Lamke y Hall (1931)* afirma que: “La pubertad es un segundo nacimiento.”

- *Charlotte Bühler (1943)*: Menciona que la adolescencia significa la lucha por la preponderancia de las glándulas germinativas, la evolución de la pubertad a la madurez.
- *Hernández Ruíz (1945)* la adolescencia es: “La época de la formación especializada”.
- *Mira y López (1946)*: “La adolescencia es el periodo de crecimiento acelerado, el llamado estirón, que separa a la niñez de la pubertad”.
- *Schopen¹*: Describe que la adolescencia es: “La lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia”.
- *Groos²*: Caracteriza ese periodo de la vida por la aparición de los instintos sexuales.
- *Bauer³*: Refiere a la adolescencia como un: “Sentido profundo de la adolescencia en el conflicto entre el yo y el mundo”.
- *Douglas⁴*: “Declara ser la adolescencia el crecimiento hacia la madurez.”

La adolescencia es un período en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí.

- Grinder (1976) marca el periodo de la adolescencia con el aumento rápido de la estatura que se sitúa desde los 11 ó 12 años hasta los 17 ó 18 años.

A veces se presenta un afán de “empezar de nuevo” en los adolescentes, una intención de cambiar lo establecido, que obedece no tanto a un error de perspectiva en el conocimiento del hijo sino a una predisposición o actitud de los padres para prolongar la relación de dependencia establecida en la infancia, bien por resistencia al cambio, bien por miedo al futuro. Esta actitud es, sin duda, el principal obstáculo para entenderse y sintonizar con los hijos adolescentes y además constituye el error educativo más importante en esta etapa del desarrollo. Lo pertinente es estimular y favorecer la autonomía.

¹ CARNEIRO LEAO, *Adolescencia*. Edit Hspano Americana México 1960.

² *Ibidem*.

³ FARIA DE VASCONCELOS. *Delinquencia e Inteligencia nos Adolescentes*, pp. 17 a 22.

⁴ DOUGLAS & (A. Thom). *Normal Youth and its everyday problems* (Juventud normal y sus problemas habituales), p2.

La adolescencia es, ante todo, un período de *crecimiento especial* que hace posible el paso de la infancia a la edad adulta.

Adolescente es el que está creciendo, en contraposición al adulto, que es el que ha crecido.

Las múltiples definiciones de la adolescencia de algunos psicólogos puede decirse que se caracterizan por la aparición de los instintos sexuales, por un periodo de psiquismo especial que crea o que provoca conflictos, esfuerzos de adaptación e integración y la lucha entre el mundo y el yo.

1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es una época de duración discutida, lo que depende de la cultura, la raza, el clima y de otros factores individuales o familiares por lo que algunos autores consideran que abarca de los 11 a los 18 años y otros de los 12 a los 25 años.

Así, *Blos (1962)* considera no existen etapas cronológicas, sino etapas evolutivas y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente, clasifica a las etapas de la adolescencia de la siguiente manera; latencia de 7 a 9; preadolescencia de los 9 a los 11; adolescencia temprana de los 12 a 15 años; adolescencia de 16 a 18 años; adolescencia tardía de los 19 a los 21 años; postadolescencia de 21 a 24 años.

Para Pearson (1970) existen tres etapas: periodo prepuberal, de 10 a 13 años; periodo puberal de 13 a 16 años; periodo pospuberal de los 16 a los 19 años.

A continuación se presentan las características de las principales etapas identificadas por Grinder considerando que su propuesta precisa los elementos fundamentales de desarrollo.

1.2.1 Pre-adolescencia.

La juventud de los 8 a los 12 años comprende el periodo que hoy es comúnmente llamado pre adolescencia. En esta etapa el niño recapitula la “vida monótona del salvajismo” de hace varios miles de años. Es el periodo de vida en que el niño ofrece

una predisposición favorable a la ejercitación y la disciplina, cuando el entrenamiento y la reiteración rutinarios son los métodos de la educación más apropiados “no existe en la vida del hombre otro periodo de tan optimas posibilidades para el adiestramiento y la disciplina, ni de parecida maleabilidad, tanto para adquirir costumbres como para adaptarse fácilmente a nuevas condiciones. Es la edad del entrenamiento exterior y mecánico. La lectura, la escritura, el dibujo, el adiestramiento de la técnica musical, los idiomas extranjeros y su pronunciación, el empleo de números y elemento geométricos y muchas otras aptitudes tiene en esta su edad de oro, y si no aprovecha el tiempo, ninguna de sus habilidades podrá ser adquirida, mas tarde sin graves impedimentos desventajas y perdidas.

1.2.2 Adolescencia Temprana.

En la primera adolescencia, el individuo sufre un cambio básico de actitud; empieza a oponerse a la dependencia, tanto al régimen de los factores ambientales externos (padres, maestros, códigos, etc.) como al de los deseos internos, los impulsos instintivos que acaban de despertar en él. El establecimiento de su independencia volitiva, cosa que la sociedad valoriza y exige llega a hacer una tarea importante pero difícil para el adolescente en desarrollo.

El comienzo de la pulsión fisiológica sexual en la pubescencia amenaza la independencia recién establecidas, proviene de personas fuerzas exteriores sino de una necesidad interior.

1.2.3 Adolescencia Media.

La adolescencia media continúa en la maduración anatómica, fisiológica, iniciada en la pubertad, pero sin que este sea ya el rasgo predominante. En este sentido, se observa una disminución del riesgo del crecimiento físico; el cuerpo va adquiriendo ya la forma y apariencia propias ya del adulto.

Las ideas del adolescente siguen siendo frecuentemente condicionadas por la intensa vida afectiva (estado de ánimo, deseos personales) confundiendo así muchas veces lo ideal con lo real y lo subjetivo con lo objetivo. Esta falta de

objetividad explica el dogmatismo con el que frecuentemente procede en la defensa de sus opiniones.

La maduración afectiva expresa ahora un enriquecimiento como resultado de una mayor profundización en su intimidad, el nivel de las experiencias y de la reflexión, el “para sí” de la vida interior y de la soledad en el crisol donde se forma la imagen de sí. Al descubrir su libertad interior podría respetar mejor a los demás aprendiendo a conocerse.

Un dato importante dentro de la maduración afectiva es la necesidad de amar, en esta necesidad tiene sus orígenes el nacimiento de la amistad y del primer amor.

Es importante subrayar la maduración social como un rasgo sumamente significativo al pasar de la camaradería a la amistad. A partir de este momento el grupo de camaradas es sustituido por la pandilla que está formada únicamente por los muchachos o muchachas preferidos, sentirá mas tarde la necesidad de darse por completo a los demás, de llegar a una relación más profunda y personal. Esta necesidad hace que la pandilla o grupo de amigos sea sustituida pronto por uno o dos amigos a lo máximo “el sentirse distinto a los demás le mueve a buscar un amigo que le comprenda y con quien pueda compartir de verdad sus proyectos, ilusiones y sus fracasos”.

La idealización: el amigo desempeña muchas veces el papel del otro “yo” idealizándolo, de tal manera que el adolescente identifica toda la serie de cualidades que le gustaría descubrir en él. Hace de él un modelo.

El desarrollo de la intimidad supone para algunos adolescentes un exagerado sentido del pudor.

El amigo único suele ser en estos casos la única persona a la que abren plenamente las puertas de su intimidad, en algunos adolescentes se observan también, sobretodo en el ámbito familiar, el fenómeno de mutismo, son capaces de estar horas con sus padres sin decir nada.

El sentido crítico es propio de personas maduras de personas que tienen curiosidad intelectual y capacidad de discernimiento.

Los padres suelen pasar a un segundo o tercer plano en beneficio de los amigos, la pandilla proporciona al adolescente un clima de comprensión, aceptación y seguridad necesario para el desarrollo de la personalidad.

Un denominador común caracteriza a esta etapa, como la exigencia comprensiva o si se prefiere la comprensión exigente, así; Spranger (1929) subraya “el infinito anhelo de ser comprendido que se experimenta justamente en esta época”, pero se entiende la comprensión de los educadores como un arma de dos filos “esta comprensión puede rebajar, si acentúan los aspectos menos valiosos y puede elevar si da pábulo al vuelo hacia lo alto, propio del alma joven. El único método de educación en estos años es la comprensión elevadora en esta etapa”.

1.2.4 Adolescencia propiamente dicha.

Según Hall (1931) la adolescencia propiamente dicha, finaliza relativamente tarde entre los 22 y los 25 años aproximadamente. Hall, describió la adolescencia como un periodo característico de “tormenta e ímpetu”, como un segundo nacimiento “pues es entonces cuando aparecen los rasgos más evolucionados y más esencialmente humanos”.

El egoísmo, la vanidad y la presunción son tan característicos de ese periodo de la vida como el acompañamiento, el sentimiento de humillación y timidez. El adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero al mismo tiempo se encuentra integrando grandes grupos y amistades. Nunca sus compañeros ejercen tan grande influencia sobre él.

1.2.5 Adolescencia Tardía.

En la declinación de la adolescencia el individuo gana en capacidad propositiva, integración social, predecibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima. Hay una mayor unificación entre los procesos afectivos y los volitivos otra característica de esta etapa es la definición de los asuntos realmente importantes de la vida del individuo, los cuales no toleran ni dilación ni compromiso.

En esta etapa se culminan los siguientes cambios:

- a) Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del Yo.
- b) Una extensión de la esfera del Yo libre de conflictos (autonomía secundaria).
- c) Una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital.
- d) Una catexis, relativamente constante de representaciones del Yo.
- e) La estabilización de los aparatos mentales que de manera automática salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

Una característica del desarrollo de la adolescencia tardía es la integración de un Yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología. El individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social.

Se trata de un cambio de momento decisivo y, en consecuencia, de una etapa de crisis que, con frecuencia somete a esfuerzos determinantes la capacidad integrativa del individuo y provoca inadaptación. Erikson (1956) se refiere a esta etapa como crisis de la adolescencia.

La consolidación de la adolescencia es un proceso de estrechamiento, limitación y canalización, y nunca, de simples alternativas.

1.2.6 Post-adolescencia.

Esta es la fase intermedia de la vida en donde se dice que el adolescente pasa a ser un adulto joven, por fin se da la formación de su personalidad y el logro de la madurez psicológica.

1.3 IDENTIDAD.

La formación de la personalidad se verifica durante la crisis de la pubertad como producto de la resolución. La adolescencia es un periodo en donde se establece una identidad positiva del yo.

En el adolescente la identidad, o sea, en el establecimiento y restablecimiento de la consustanciación con sus propias experiencias previas y la tentativa consciente de hacer que el futuro forme parte de su plan de vida personal, está especialmente subordinada a la sexualidad.

Si la identidad del yo no se establece satisfactoriamente en esta etapa, existe el riesgo de que el papel que ha desempeñado como individuo le aparezca difuso, cosa que pondría en peligro el desarrollo interior del yo. Existe una necesidad desesperada de pertenecer socialmente a un grupo.

La madurez empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, parado sobre sus propios pies que no necesita usar otros como muletas emocionales y que no repudia su pasado “cuando ya no tiene que poner en tela de juicio en todo momento la propia identidad”. (Maccoby 1957).

La identidad del yo implica la integración total de aspiraciones vocacionales junto con las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores: imitación de los padres, enamoramiento, admiración de héroes, etc. Únicamente el logro de todos esos aspectos de la identidad del yo que podemos llamar “integridad” permitirá la intimidad amorosa, sexual y afectiva, la amistad profunda y otras situaciones que requieren entregarse sin temor de perder la identidad del yo en la etapa evolutiva.

La forma específica de la identidad podrá diferir de una cultura a otra. Debe establecer la identidad del yo durante la pubertad para poder incorporar la madurez genital a su imagen corporal.

1.4 DESARROLLO SOCIAL.

Durante su desarrollo el adolescente cambia de grupo, integrándose en parte al grupo infantil y al adulto “a menudo los padres, maestros y otros miembros de su sociedad lo tratan de una manera ambigua”. No se le aceptan ciertas formas pueriles de conducta pero a la vez determinadas formas abruptas todavía no le son permitidas, o se le admiten, son recién adquiridas y extrañas para él. El adolescente muestra una amplia “locomoción social”, y los campos sociales y psicológicos en que se mueve no están estructurados. El individuo aun no posee clara comprensión ni de su status ni de sus obligaciones sociales y su conducta refleja esta inseguridad.

El adolescente no reconoce direcciones en su campo rápidamente cambiante y las situaciones no familiares causan crisis que provocan retraimiento, sensibilidad e inhibición y también agresividad y extremismo.

Es sabido que la sociedad en que vivimos actualmente se caracteriza ante todo por ser cambiante, por estar en continua transformación. Vivimos en una época de cambios acelerados, la concentración urbana, el progreso científico y tecnológico, la rápida difusión de las noticias. Mucho de estos cambios son signo de una evolución positiva de la civilización y de la cultura y tienen como consecuencia unas mejores condiciones de vida para el hombre: pero junto a esos se dan también algunos hechos que no contribuyen al logro de su felicidad y mejora personal: la deshumanización de la actividad laboral como consecuencias del trabajo en serie o en cadena, la masificación, la contaminación ambiental, el aumento de la capacidad humana para la autodestrucción.

Los cambios de la sociedad actual no solo se producen en el terreno de la técnica, de las condiciones materiales y de la vida, sino también en el ámbito de las ideas y valores. Todos somos testigos de la pérdida de toda una serie de valores morales y espirituales que en otras épocas daban sentido a la vida del hombre, del confucionismo y relativismo que existe en relación con dichos valores del deterioro de la vida familiar.

En consecuencia, la sociedad actual no responde a las necesidades y aspiraciones del adolescente, “en una época invadida de nuevos inventos, a base de técnicas y aventuras espaciales nunca soñadas en la generación anterior, las viejas ideas y

estándares de los viejos modos de hacer las cosas y los valores que antes teníamos, inmutables, han cambiado totalmente o están cambiando tan rápidamente que es difícil que el joven de hoy sepa que ha de creer o vivir, ni está mucho más seguro de saber que es aquello por lo que merece la pena vivir". (Hall, 1904).

En otras épocas la familia era el puente que permitía al joven pasar con cierta seguridad de la infancia a la edad adulta; actualmente los jóvenes no cuentan en muchos casos con este apoyo por la pérdida de los valores así como por la poca comunicación y convivencia que se da en el ámbito familiar.

La actitud contestataria y rebelde de la juventud actual obedece no tanto al desacuerdo de las ideas y valores de los adultos cuanto a que estos valores en muchas ocasiones no existen. Los jóvenes echan de menos criterios, pausas y modelos de conducta que seguir, unos valores encarnados en la vida de personas concretas que les muevan a una actitud de compromiso en su vida.

Como consecuencia de esta situación el adolescente de hoy está en mayor conflicto con la sociedad y con generación anterior. Manifiesta menos conformidad a las exigencias de la autoridad y exigen más independencia en muchos casos, está en rebelión abierta con las exigencias y costumbres de la sociedad.

Se trata de una rebelión que nace de una necesidad de seguridad no satisfecha, de un ansia de ser mejor no orientada, de una búsqueda del ideal no apoyada con el ejemplo y la autoridad de los mayores. No es extraño entonces que los jóvenes de hoy sean más escépticos y críticos en relación con el mundo de los adultos, que se sientan más angustiados y desorientados, que estén más preocupados por un mundo más justo y fraternal y que tengan miedo al futuro.

Este miedo al futuro no obedece solamente a la dificultad de encontrar una ocupación profesional estable y acorde con las aptitudes y preferencias personales. Responde también y sobre todo a que la sociedad misma se ha vuelto insegura, los jóvenes de hoy están temerosos de que o bien no exista ese futuro de modo alguno, o de que no posea los recursos personales necesarios para afrontar las exigencias de la edad adulta.

Como consecuencia de los cambios sociales, para el adolescente actual, es muy problemática la relación con sus padres, además, es poco prudente y a la vez difícil de entender.

CAPÍTULO 2

AUTOCONCEPTO

CAPÍTULO 2. AUTOCONCEPTO.

El Autoconcepto se constituye por un conjunto de características y atributos propios que distinguen a una persona de los demás, reflejando la capacidad que tiene el individuo de verse a sí mismo. El Autoconcepto comprende las percepciones y los sentimientos de confianza, valoración, capacidad y aceptación de uno mismo; en este sentido, la persona no nace con un concepto propio de sí misma, sino que es a partir de sus propias experiencias e interacción con el mundo que lo rodea que desarrolla su propia identidad, así, puede decirse que el Autoconcepto es aprendido, no se hereda.

En este capítulo abordaremos los antecedentes históricos, definiciones y características del Autoconcepto, así mismo revisaremos el Autoconcepto desde la perspectiva de William Fitts autor de la Escala de Autoconcepto de Tennessee instrumento utilizado en esta investigación, y abordaremos la formación del Autoconcepto en la Etapa de la Adolescencia, considerando que es la población con la que se trabajará en este estudio.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

A lo largo de la historia de la literatura científica al término Autoconcepto, en general, se le han dado y aún se le dan diferentes interpretaciones, sin que se puedan delimitar con precisión y claridad los términos y ámbitos que se manejan (Burns, 1990). El Autoconcepto es un constructo que pretende explicar lo que la persona cree de sí mismo y siente sobre sí mismo, aunque lo que piensa de sí no corresponda necesariamente con la realidad, y aún así influye en su comportamiento. De ahí que la mayoría de los autores explican el Autoconcepto como conjunto integrado de factores y actitudes relativos al yo, básicamente por tres: cognitivos (pensamientos), afectivos (sentimientos) y conativos (comportamientos); que de considerarlos individualmente, quizás podrían identificarse de la siguiente manera: el primer factor como Autoconcepto propiamente dicho, el segundo como autoestima y el tercero como autoeficacia.

Antes del siglo XX la discusión acerca del yo (self) se centraba en torno a conceptos metafísicos tales como: alma, espíritu, voluntad, etc.; encuadrándose, por tanto, dentro de los ámbitos filosófico y religioso.

En este sentido, podemos remontarnos a Platón y a Aristóteles y sus contemporáneos para encontrar alguna referencia a la dicotomía cuerpo y alma (hilemorfismo).

Platón es el primero en iniciar el estudio del self entendido como alma, un concepto complejo con distintas fuentes y diversidad de significados. Aristóteles en el siglo III a.C., es el primero en hacer una descripción de la naturaleza del Yo; pero es San Agustín el que describe la introspección personal. Durante la Edad Media, la cuestión del self permaneció en manos de los pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época. Más tarde, con el renacer cultural de Europa del Siglo XVIII, el concepto de self se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke, Musito, Roman, 1982, (Cita Oñate, 1989).

Hasta el siglo XVII, con Descartes y su “cogito ergo sum”, se enfatiza la centralidad del yo en la conciencia, si bien Locke y Hume añadieron un nuevo ingrediente que mejoró la ecuación, la importancia de la experiencia (empirismo). Posteriormente, Kant, especificó la distinción entre el yo como sujeto y el yo en cuanto objeto, que más tarde abordaría también Schopenhauer (conocedor-conocido).

Hobbes en su “Leviatán” en 1651, aportó un código ético basado en el interés del self. Allport (1954) consideró esta doctrina como un heraldo de la psicología social y de las doctrinas modernas de la autoestima. Posteriormente Hobbes no estaba ya de acuerdo con algunas nociones de Descartes, junto con Locke, atribuía mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el self. En el siglo XVIII Hume (1740) siguió el argumento basado en la identidad. En Condillac (1715-1780), el Autoconcepto no fue solamente la suma de las percepciones del hombre sino que incluyó lo que las unía. Posteriormente Kant (1781) introdujo la distinción del Autoconcepto como sujeto y objeto. El self, tratado por Locke y Hume, se entendió como unidad obtenida por la síntesis: el self empírico. También lo consideró como agente: *el puro ego*.

En la psicología fisiológica del siglo XIX la esencia del Autoconcepto aparece en el substrato físico de la consciencia, Musito 1982 (Cita Oñate, 1989).

El término Autoconcepto empezó a perfilarse a partir de la Escuela Psicoanalítica de Hartman quién da una visión de lo que significa el Yo dentro de la personalidad. Posteriormente, se solidifica este concepto con las aportaciones de William James, Gordon Allport y Carl Rogers, quienes dirigen la atención del primitivo sí mismo a la noción actual de Autoconcepto.

La teorización y los estudios más recientes sobre el Autoconcepto han tenido lugar en el ámbito de la fenomenología que Wylie (1961) definió como el estudio de la conciencia directa.

Una de las tesis fundamentales de esta teoría es que la conducta se ve influenciada no sólo por el pasado y por las experiencias presentes, sino además por los significados personales que cada individuo atribuye a su percepción de esas experiencias. Ese mundo personal privado del individuo es el que más influye sobre su conducta. De este modo, el comportamiento es más que una mera función de lo que nos sucede desde el exterior y es también una consecuencia de cómo creemos que somos (Lewin 1936; Bruner y Goodman, 1947; Raimy (1948); Rogers, 1951; Vinacke, 1952; tems, 1955; Judson y Cofer, 1956).

2.2 DEFINICIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

El Autoconcepto, entendido como el conjunto de percepciones que el individuo desarrolla sobre sí mismo, es una variable psicológica fundamental para entender el bienestar emocional y la integración social de la persona.

La palabra Autoconcepto está conformada por las palabras auto y concepto:

AUTO: (del griego autós, mismo). “Voz que se usa como prefijo con la significación de sí mismo, por uno mismo: autorretrato”.

CONCEPTO: (del latín *conceptus- cf, cum y cápere*). “Idea o pensamiento de un ser u objeto, sea este real o no. Idea que concibe o forma el entendimiento. Pensamiento expresado con palabras. Sentencia, agudeza, dicho ingenioso. Opinión, juicio. Crédito en que se tiene a una persona o una cosa”.

Así, Jersild define el auto concepto como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituye la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién es y que es.

Por su parte, Kinch describió el Autoconcepto como la organización de cualidades que el individuo se atribuye así mismo.

Para Shane, es el concepto de sí que desarrollan e incorporan niños y adultos que están gobernados por este y que les permite autoasignarse el rol de ciertas características como; payaso, buen ciudadano, gerente, persona tímida, diablillo, sabio, tontuelo, etc.

Burns (1982) define el Autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, está basado en las experiencias individuales y sociales y en las atribuciones que se otorgan a la propia conducta; incluye actitudes, sentimientos, apariencias, aceptación social y capacidades cognitivas.

Posteriormente Burns (1990) interpreta el Autoconcepto como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única.

Rosenberg (1979) supone la totalidad de los pensamientos y sentimientos que hacen referencia al sí mismo como objeto.

Wylie (1979) opina que el Autoconcepto incluye las cogniciones y evaluaciones respecto a aspectos específicos del sí mismo, la concepción del sí mismo ideal y un sentido de valoración global, autoaceptación y autoestima general.

Harter (1986) para quien el Autoconcepto general o global dependerá además de la importancia que demos a cada uno de los componentes.

Epstein (1981), tras hacer una profunda revisión de una serie de autores y para poder tener una idea más clara sobre el Autoconcepto, destaca como más

sobresalientes sus principales características:

- Es una realidad compleja, integrada por diversos Autoconcepto más concretos, como el físico, social, emocional y académico.
- Es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia.
- Se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas.

El Autoconcepto es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas o comportamientos de las personas.

El Autoconcepto comprende las percepciones y los sentimientos de confianza, valoración, capacidad y aceptación de uno mismo (Ana Ma.Garma, El Autoconcepto en el aula, 1999).

La persona no nace con un determinado concepto de sí misma, sino que a partir de sus experiencias e interacciones con el entorno, va a determinar, la manera cómo afrontara la vida, las iniciativas que va a tomar, los niveles de aspiración y realización, su relación con los demás.

Todos necesitamos ser valorados por los demás para crecer con confianza en nosotros mismo y en los otros.

En la formación del Autoconcepto intervienen aspectos familiares, sociales y escolares. La escuela ofrece una inmejorable oportunidad para aprender a ser persona.

En términos generales puede decirse que no existe una única definición unánimemente aceptada del término Autoconcepto, dado que su estudio se ha enfocado desde diferentes perspectivas teóricas.

Algunos autores distinguen entre Autoconcepto y autoestima y otros como Shavelson y colaboradores, (1999) lo utilizan como sinónimos.

Shavelson y colaboradores, definen el Autoconcepto como “la percepción que cada uno tiene de sí mismo, que se forma a partir de las experiencias y las relaciones con el entorno, en las que las personas significativas desempeñan un papel importante”. (El Autoconcepto en el aula, Ana Ma. Garma, 1999.)

Otra definición que resulta especialmente importante para este estudio es la de Fitts, que será revisada en este mismo capítulo.

2.3 CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCONCEPTO.

Shavelson y colaboradores consideran 7 aspectos fundamentales dentro del Autoconcepto:

1. El Autoconcepto es una estructura psicológica mediante la cual las personas organizan en categorías la información que tienen sobre sí misma, y relacionan dichas categorías entre sí.
2. Es multidimensional y las dimensiones concretas que lo configuran reflejan el sistema de categorías adoptado por un individuo y compartido por un grupo.
3. Está organizado jerárquicamente: un Autoconcepto general, en la parte superior de la estructura, referido al conjunto del individuo y uno Autoconcepto específico (físico, social, emocional) subdivididos a su vez, en aspectos concretos relacionados, por su parte, con conductas.
4. El Autoconcepto general es estable, pero a medida que se desciende en la jerarquía, el Autoconcepto se convierte en más específicos y más susceptible de cambio.
5. Las distintas facetas del Autoconcepto se van diferenciando entre sí con una mayor precisión, con la edad y la experiencia.
6. El Autoconcepto incluye tanto aspectos descriptivos (imagen de uno mismo) como evaluativos (valoración de esa imagen). De esta manera, los individuos pueden describirse a sí mismos o evaluarse. Shavelson y su equipo han hallado un apoyo suficiente, ni conceptual ni empírico, para la distinción entre Autoconcepto y autoestima.
7. El Autoconcepto puede diferenciarse de otros constructos con los que está relacionado desde un punto de vista teórico y lógico, como el rendimiento académico.

El Autoconcepto general se sitúa en la parte superior y desde allí, vamos descendiendo hasta componentes y dimensiones cada vez más específicos. El Autoconcepto por tanto está compuesto por múltiples dimensiones que representan las cuestiones de la vida que son importantes para nosotros.

Las facetas de Autoconcepto se van diferenciando progresivamente en función de la edad y la experiencia, que tienen un componente descriptivo y evaluativo y que, a medida que vamos descendiendo en la jerarquía, tienen una mayor relación con conductas concretas y también con otros logros.

Para Roger, la tensión básica que existe dentro del individuo es la discrepancia entre lo que es y lo que parece ser, cuando que lo que es, muchas veces va en contra de una escala de valores aprendida culturalmente. “En esencia la persona dice: exteriormente yo parezco estar bastante bien. Internamente me siento sin valor, incompetente y malo. Hay una discrepancia irreconciliable entre lo que yo parezco ser y lo que realmente soy, me rechazaría.”

2.4 EL AUTOCONCEPTO POR WILLIAM FITTS.

Debido a que la medición para esta investigación se fundamenta en la propuesta de Fitts, a continuación se presenta su definición de autoconcepto así como las dimensiones que establece.

2.4.1 Definición.

William Fitts, señala que el Autoconcepto es “la imagen que el individuo tiene de sí mismo”, la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. Este autor estudió el Autoconcepto a través de investigaciones realizadas por medio de su escala denominada: Escala de Autoconcepto de Tennessee, la cual toma en cuenta cinco áreas: yo físico, yo ético-moral, yo personal, yo social y yo familiar.

Fitts menciona que el Autoconcepto se basa en la identidad de la persona pero alcanzar su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano:

1. Autoconciencia, es el acto por el cual la persona, viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma.
2. Autoaceptación, implica tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad de la propia conducta, aceptar la crítica o

elogios de manera objetiva, las habilidades y las limitaciones propias, sino aceptarlas, considerándose uno mismo una persona de valor igual que otras.

2.4.2 Dimensiones del Autoconcepto.

Fitts (1971), subrayó que la configuración del yo parte de dos puntos de referencia: el marco referencial interno y el marco referencial externo.

1. Dimensión Interna: se refiere a la identidad, que involucra lo que “yo soy”, la aceptación y satisfacción de lo que soy, factores que determinan al Autoconcepto, por ser parte integrantes del ser humano y que idealmente deben funcionar en completa armonía. Dicha armonía será la que determinará la realidad o no del propio concepto (pensamiento, emotividad y comportamiento).

- a) Identidad del self: la necesidad que el individuo tiene de contestar a la pregunta: ¿quién soy yo? Es una necesidad de establecer su identidad. Esto se logra a través de las etiquetas que el individuo y los otros le asignen. Cada una de estas etiquetas de identidad influirá en la manera en que él percibe su mundo fenomenológico, la manera en que él responde a esto o interactúa con esto y las observaciones que él hace acerca de sí mismo.
- b) Comportamiento del self: las consecuencias que la conducta puede tener influyen en función de si esta continuará o desaparecerá, también determinan si las nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su identidad del self.
- c) Satisfacción del self: la interacción entre la identidad, la conducta del self y su interacción en un Autoconcepto total, involucra también la tercera parte del self: la satisfacción. La satisfacción del self funciona como observador, idealista, comprador y sobre todo evaluado.

2. Dimensión externa: incluye el medio ambiental social, cultural, ideológico, religioso e individual, factores que influyen con una connotación particular a la

autoconcepción, ya que moldean y proporcionan los modelos de atributos físicos y personales (habilidades, capacidades y aptitudes) empleadas en el conocimiento que una persona tiene de sí misma.

En relación a la dimensión externa Fitts (1971) destacó:

- a) El yo físico: incluye la percepción del propio cuerpo, el estado de salud, la apariencia física, las habilidades y el sexo.
- b) El yo ético-moral: abarca las normas, los valores, el mérito, la ética y la moral, las relaciones con Dios, con alguna religión o carencia de esta y con sentimientos de “bondad” o “maldad” personal.
- c) El yo personal: se refiere al juicio del propio valor y adecuación: es una evaluación personal del sí mismo por lo que uno es.
- d) El yo familiar: constituye la adecuación y valía como miembro de una familia, como amigo y como compañero de personas que se encuentran cercanas al individuo.
- e) El yo social: abarca las relaciones con otros, la adecuación en cuanto a intereses sociales, la percepción en relación a los demás y la forma de relacionarse con las personas en general.

Cada uno de los factores tanto de la dimensión interna como de la externa, interactúan en forma dinámica, de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado, los otros serán afectados en forma directa o indirecta. Es por ello que es importante conocer el total del Autoconcepto y conocer cómo se encuentra cada uno de estos factores.

2.5 AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES.

Como se había ya mencionado en el capítulo anterior, la adolescencia es una etapa en la que la renovada búsqueda de la identidad de sí mismo es la principal característica. La imagen propia en el adolescente es dependiente de otras personas, busca la popularidad, sigue los gustos que impresionan e imperan en su

grupo y raras veces se atreve a ponerse en contra de las costumbres que rigen entre sus pares. La imagen de sí mismo y su identidad no son firmes para resistir este esfuerzo, la rebeldía propia es su búsqueda de identidad (Lorenzatto, 1997).

En la adolescencia tiene lugar la búsqueda de diferenciación en la que se desarrolla una propia identidad personalizada, en la que influyen 3 factores: la maduración física, la vida académica y la conquista de la autonomía personal.

Las transformaciones que el adolescente experimenta en su cuerpo centran la atención en su imagen corporal. La feminidad y la virilidad se acentúan.

La aceptación e integración de sus nuevas características corporales contribuyen a la valoración de uno mismo y a la afirmación de la propia identidad. La búsqueda de la identidad se manifiesta en la conquista de la autonomía personal, desarrollando rasgos de carácter, maneras de pensar y de comportarse propias y diferentes de las de los adultos de su entorno personal.

El adolescente busca seguridad mediante la identificación con su grupo de pares que compartan sus mismas vivencias.

Reemplazando así a la misma familia, el adolescente se identifica con sus pares de manera intensa, lo que le da fuerzas para progresar hacia una nueva diferenciación: lo que yo soy y lo que es el grupo de personas que comparten las mismas circunstancias.

Es sumamente importante el papel que desempeña el adolescente en la construcción de la identidad personal y en la definición de un Autoconcepto, en el que destacan las características que forman su singularidad como persona diferente de las otras, este proceso sucede de manera irregular debido a los continuos cambios que se experimentan en la etapa de la adolescencia en la percepción de su imagen corporal, sus capacidades, actitudes, cualidades y defectos. Las reformulaciones del Autoconcepto suceden poco a poco, el adolescente camina hacia la definición de un Autoconcepto más estable, coherente y seguro, debido a su mayor personalización (Burns, 1982; L'Ecuyer, 1985).

En esta etapa por primera vez el adolescente es capaz de pensar en abstracto, imaginar posibilidades y reflexionar sobre su mundo interior y sobre como lo ven los

demás, estas habilidades cognitivas le permiten desarrollar 3 componentes del Autoconcepto: el sentido de continuidad a través del tiempo, la unidad del “sí mismo” frente a las demandas del contexto y a los diferentes papeles y lo común entre sus propias opiniones sobre sí mismo y las opiniones de los otros, el adolescente es cada vez más consciente de su mundo interior de pensamientos, sentimientos y deseos, su sensibilidad hacia los sentimientos interpersonales “lo que yo siento hacia otras personas y lo que ellas sienten hacia mí”.

Dentro del desarrollo del Autoconcepto en el adolescente se presentan los siguientes elementos:

- Búsqueda de diferenciación y afirmación de la propia identidad que desemboca en un Autoconcepto personalizado.
- Integración de los cambios corporales y ajuste de la imagen.
- Conciencia de las propias capacidades y aptitudes.
- Conquista de la autonomía personal.
- Identificación con el grupo de pares, intensa pero temporal.
- Capacidad de introspección y de considerar el punto de vista de los demás: conciencia de su mundo interior.
- La inadaptación respecto al grupo en la adquisición de habilidades cognitivas pueden ser origen de problemas.

CAPÍTULO 3

DEPRESIÓN

CAPITULO 3. DEPRESIÓN.

Es imposible imaginar que exista ser humano alguno, que no haya sufrido el síntoma de la depresión. Todas las personas experimentan este sentimiento, aunque las formas diversas y sutiles en que aparece la melancolía dan lugar a controversia. En unos se manifiesta simplemente como tristeza, en otros como infelicidad o pesimismo. En los más, una mera sensación de soledad. Podría decirse que la depresión está en todos nosotros y que se repite a lo largo de nuestra vida, sin descanso. Es importante destacar que nuestro principal enfoque

En esta capitulo es la depresión en los adolescentes, hablaremos de la definición, características, clasificación, causas y antecedentes de la depresión iniciando con este último.

3.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN.

La palabra melancolía era conocida por los griegos, quienes pensaban que la presencia de la bilis negra la causaba. Los romanos usaban el vocablo latino tristitia como equivalente del anterior.

Los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de desesperación, aquella que proviene de Dios y la que es causada por el mundo. El hombre padecería la depresión racional y la irracional, atribuyendo la primera al amor y la segunda al odio.

La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad (Spitz 1946).

El término depresión es un estado psicossomático que se produce espontáneamente o como reacción a circunstancias adversas de la vida, especialmente a la pérdida de objetos psicológicos (personas, situaciones, metas, aspiraciones, valores, etc.) necesarios para mantener la estimación por uno mismo. (TESIS Pág. 231-232).

Según Zung (1965), la depresión es una alteración del ánimo que se caracteriza por sentimientos penetrantes y quejas constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso.

Pinel (1801) describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad, a pesar de que se encuentra en buena salud y en prósperas circunstancias, fue además el primero en mencionar que algunos depresivos pueden cometer crímenes para buscar castigo.

Por su parte, Griesinger (1845) que fue el primero que llevó a cabo una detallada descripción de la depresión, observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

Emil Kraepelin (1925), separó los diferentes complejos sintomáticos y redujo las psicosis a dos divisiones esenciales, los episodios sin daño procesal en el pensamiento, o sea la enfermedad maniaco-depresiva y aquellos con deterioro progresivo de la personalidad. En el factor etiológico pensaba que la circular era frecuentemente hereditaria, las otras formas presentarían alteraciones en la patología cerebral, aunque no tenía idea de cual sería la lesión.

Lange (1982) discípulo de Kraepelin fue quien estableció que la depresión se desarrolla como resultado de la angustia que representa el vivir.

En 1930 fue adoptado el término depresión neurótica por Guillespie añadiéndole el concepto de reacción ante las circunstancias adversas.

La primera aportación por psicoanalistas fue la de Karl Abraham (1911) quien observó en los neuróticos que algunos abandonaban sus impulsos sexuales sin obtener gratificación, ya que se sentían poco amados y por lo tanto eran incapaces de querer a los demás. Abraham se dio cuenta de la diferenciación con la psicosis maniaco-depresiva. Después de analizar, observó que el odio había paralizado la capacidad de amar. Este sentimiento producía culpa y auto reproches, los cual incrementa la depresión, en 1916 y habiendo ya inducido el concepto de la etapa oral, concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la 1era escala del desarrollo y considera que la hostilidad del melancólico se dirige en contra de la madre. Hace hincapié en dos síntomas relacionados con los alimentos, el rechazo de la comida y el temor de morir de hambre.

En 1917, Freud publicó “Duelo y melancolía”, en este texto señala que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección. La parte hostil se manifiesta en el odio y sadismo que se vuelca en contra del yo, esta estructura comienza a sufrir reproches e ideas de autodesprecios.

Uno de los aspectos más importantes de su trabajo, es el descubrimiento del superyo, el psicoanalista se empeñó en la autocrítica encubierta del melancólico, que describió como una verdadera auto-denigración y llegó a la conclusión de que debía existir un agencia censora, la conciencia moral, que habría de estar separada de yo. Al mismo tiempo sugiere que los autorreproches del melancólico son en realidad agravios en contra del objeto amado, que se dirigen en oposición al yo del paciente.

Freud considera que la melancolía se asemeja al duelo, dado que ambas suceden ante una pérdida, la cual puede ser: “una abstracción que ha tomado el lugar de una persona amada, como al patria, la libertad, un ideal, etc.” El deprimido no necesariamente habrá perdido al objeto en la realidad.

Sandor Rado (1928) considera que los enfermos de depresión dependen de otras personas para el mantenimiento de la autoestima, la cual es amenazada por el superyo.

Melanie Klein (1921-1945) aumentó el interés de la depresión como un cuadro clínico, a tomar un nuevo enfoque teórico y crear la posición depresiva como esencial en el desarrollo del ser humano, pensó que el proceso de la introyección de los objetos ocurría desde el principio de la vida, establece el origen del superyo probablemente al final del primer año. La psicoanalista piensa que el depresivo es la comunicación del paranoide y por ello derivado de esta primera posición.

Edith Jacobson (1964, 1971 y 1973) examina el conflicto utilizando una combinación de las ideas de la Psicología del yo entremezcladas con algunos conceptos de Klein,

para Edith Jacobson el problema de la autoestima es central en el melancólico, los sentimientos de inferioridad, empobrecimiento y desesperanza constituyen los determinantes de dicha depresión.

Debido a que la mayoría de los analistas piensan que la melancolía tiene sus raíces en las experiencias emocionales del lactante es interesante mencionar el siguiente autor:

Spitz (1946), observó la depresión en niños después del octavo mes de vida, cuando éstos eran separados de la madre señaló que “la pérdida del objeto amado es en sí misma una privación hostil para el niño”. Los lactantes mostraban desinterés en el medio ambiente, pérdida de peso e inhibición motora.

La depresión es un tono afectivo de tristeza, presenta un estado persistente generalmente global, inmotivado que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir independiente de eventos externos. (De la Fuente 1994. Pág. 438-439).

Para Katz (1979) La depresión es una construcción hipotética que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo conductuales (episódicas o periódicas, unipolares, o bipolares, leves, moderadas o severas) durante las cuales el individuo ya no tiene acceso a los reforzamientos sociales, o éstos dejan de ser contingentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Dichas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre la situación. Tiene por resultado final la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos. (Pág. 21-22).

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN.

La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. Los pacientes se quejan de sentirse abatidos, insatisfechos, de no “ser ellos mismos”. Los enfermos depresivos son incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente les darían alegría. “No existe alegría en su vida” es la expresión que podemos hallar en el centro del difuso sentimiento de inutilidad, vaciedad y futilidad de un enfermo depresivo.

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables.

El llanto se da con cierta frecuencia entre los depresivos en grado leve y moderado, no sólo como respuesta de alguna experiencia sino también por la frustración que pueden llegar a tener, o cuando se irritan sin motivo alguno.

En los adolescentes la depresión se presenta cuando el estudiante fracasa ante un examen reciente, cuando de hecho, el fallo de los exámenes provino de la ineficacia asociada a la irrupción de la depresión.

El depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad. Dando un criterio escaso o nulo a la realidad y ofreciendo una respuesta igual a la confianza que se le muestra, al argumento o al recurso emocional, niega éxitos y habilidades pasadas.

En los casos severos, los enfermos muestran una cara triste y contraída, con gran expresión de pesadumbre en la cual llama la atención la falta de lágrimas o sea el llorar en silencio. En la facies la frente se encuentra arrugada y aparece el pliegue triangular en el entrecejo, descrito por Veraguth y que se forma por la contracción de los músculos frontales. Las comisuras labiales se desvían hacia abajo, llevan la cabeza hundida, rehuyen la mirada de quienes los rodean la mayoría de sus movimientos se encuentran inhibidos, su aspecto es descuidado y se muestra cohibido y silencioso. No existe forma de animarles presentando una falta de concentración.

3.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.

La clasificación que utilizaremos para la depresión es la descrita por el DSM-IV donde los trastornos depresivos se dividen en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

3.3.1 Trastorno depresivo mayor.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado etc. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada entre algunos sujetos que se quejan de sentirse, sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ejemplo, las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad

(por. Ejemplo, ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida.

Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (p. ejemplo, despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ejemplo, despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ejemplo, lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo).

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como

pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios, en el caso de los adolescentes, que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas, estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min.) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ejemplo, comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

3.3.2 Trastorno distímico.

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo

puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Los sujetos pueden señalar pérdida de interés y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ejemplo, «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»).

A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor).

Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p. ejemplo, dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico.

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

Inicio temprano: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.

Inicio tardío: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

3.3.3 Trastorno depresivo no especificado.

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ejemplo, estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses.
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

3.4 TEORIAS DE LA DEPRESIÓN.

Existen varias teorías que intentan explicar y comprender la depresión:

(Doctor: José Antonio García Higuera)

3.4.1 La teoría conductual: como falta de refuerzo.

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

3.4.2 La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el

pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

3.4.3 La indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema. La indefensión aprendida está asociada con la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

3.4.4 Teoría biológica. La depresión, según esta teoría, está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que la depresión es reactiva a una situación, así, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos.

En realidad se pueden aplicar todas las teorías y explicar los síntomas de la depresión en función de cada una de ellas.

3.5 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

Para definir la depresión en adolescentes es importante mencionar los rasgos o características de ésta. En general, el adolescente atraviesa por tres duelos importantes que son:

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
2. El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.
3. El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa que describiera Freud en *Tres Ensayos* (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000); vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor.

Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares.

El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. (Hargraves, Andy, Lorna y Ryan, 2004:18-19).

CAPÍTULO 4

INSTRUMENTOS.

CAPÍTULO 4. INSTRUMENTOS: ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE Y ESCALA DE BIRLENSON PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN LA ADOLESCENCIA.

En este capítulo se incluirá la aplicación, estructura y calificación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee que desarrolló William Fitts en 1955, y la Escala de Birlenson para el Trastorno Depresivo mayor en la Adolescencia debido a que se emplearan en la presente investigación para analizar las diferencias entre los sujetos evaluados.

4.1 ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

La Escala de Autoconcepto de Tennessee es fundamental pues se emplea desde hace años para poblaciones de pacientes y no pacientes con el fin de medir confiablemente el Autoconcepto.

4.1.1 Naturaleza y Propósito de la Escala.

Durante los últimos años se han utilizado una gran variedad de instrumentos para medir la autoimagen. Sin embargo, continua la necesidad de disponer una escala que sea sencilla para el sujeto, ampliamente aplicable y multidimensional es su descripción de la autoimagen. La Escala de Autoconcepto de Tennessee fue desarrollada para satisfacer esta necesidad. Puesto que la autoimagen se ha convertido en un medio tan popular y tan importante para estudiar y comprender el comportamiento humano, también se pensó que una escala adecuada para medir el Autoconcepto proporcionaría el lazo que ligaría los descubrimientos que se han realizado a través de las investigaciones y del trabajo clínico.

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionado con su personalidad y con el estado de salud mental. Las personas que se ven a sí mismas como indeseables o “malas”, actúan de acuerdo con esa idea. Las personas que

tienen un concepto poco realista de sí mismas, enfocan la vida y a otras personas también en forma poco realista. Aquellas que tienen Autoconcepto desviado actúan en forma desviada. Así pues, el conocimiento de cómo la persona se percibe a sí misma, es muy útil para poder ayudarla o evaluarla. La Escala puede usarse para una variedad de propósitos en la consulta psicológica; evaluación y diagnóstico clínico; investigaciones en las ciencias del comportamiento; selección de personal; etc. (Serra, 1991).

La Escala consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas que la persona usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. La Escala se autoadministra y se aplica tanto en forma individual o grupal. Puede usarse en personas desde los 12 años que tengan un nivel de lectura por lo menos de sexto grado. También es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos.

La Escala se encuentra disponible en 2 formas, una parte Orientación y otra forma Clínica y de Investigación. Ambas formas usan el mismo folleto y los mismos reactivos. Las diferencias entre las formas se centran en la calificación y en los perfiles. La forma para Orientación se califica más rápida y fácilmente, pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la autointerpretación y retroalimentación al paciente.

La forma Clínica y de Investigación es más compleja en términos de calificación, análisis e interpretación y no es apropiada para la autointerpretación o por retroalimentación directa al sujeto. La calificación para ambas formas puede realizarse en forma manual o por computadora. La mayoría de las personas contestan la Escala en 10 o 20 minutos. La calificación manual requiere de 6 a 7 minutos; en la forma para Orientación y aproximadamente 20 minutos para la forma Clínica y de Investigación.

4.1.2 Desarrollo de la Escala.

El autor William H. Fitts, empezó a trabajar en el desarrollo de esta Escala con el Departamento de Salud Mental que Tennessee en 1955. El propósito original era desarrollar un instrumento de investigación que pudiera contribuir al difícil problema

del criterio de investigación que pudiera contribuir al difícil problema del criterio de investigación en Salud Mental. En realidad ha resultado útil también para muchos otros propósitos (Serra, 1991).

En el desarrollo original de la Escala el primer paso fue compilar un gran conjunto de ítems autodescriptivos. El conjunto de ítems original se derivó de otros instrumentos que medían Autoconcepto, incluyendo los desarrollados por Balester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953). Los ítems se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes. Después de un análisis considerable, se desarrollo un sistema para clasificar los reactivos sobre la base de lo que ellos mismo decían. Esto evolucionó hasta el esquema bidimensional 3x5 empleado en la Hoja de Puntajes de ambas formas. Esta parte de la Escala contiene 90 items, divididos por igual en positivos y negativos. Los 10 items restantes componen la Escala de Autocrítica.

4.1.3 Validez.

Una vez redactados los Ítems, se contrataron siete psicólogos clínicos como jueces para clasificarlos de acuerdo al esquema 3x5 antes indicado. También juzgado cada uno de los reactivos en cuanto a si era positivo o negativo en su contenido. Los 90 Ítems que finalmente se utilizaron fueron aquéllos en los que hubo un perfecto acuerdo por parte de los jueces.

El agrupamiento de 3x5 fue entonces usado para construir los puntajes de hileras y columnas de la Escala de Tennessee. Entonces la escala de hileras y columnas fueron desarrolladas usando el proceso intuitivo que frecuentemente ha sido encontrado efectivo en la construcción de inventarios de personalidad.

Seis escalas fueron desarrolladas usando la aproximación externa (criterio del grupo) similar a la usada en el desarrollo de los perfiles de la escala del MMPI. Las escalas empíricas derivan de un análisis de respuestas a los ítems de los siguientes grupos: normativo (n=626), psicóticos (n=100), defensivos (n=100; pacientes psiquiátricos cuyo puntaje total estuvo por encima del promedio para la norma del grupo) y personalidad integrada (n=75).

Las respuestas de los ítems comparados para esos grupos fueron analizados por la prueba χ^2 . Aquellos ítems que difirieron de un grupo a los otros fueron usados para conformar una escala específica para aquel grupo. La escala para el desajuste general está compuesta por ítems que difieren de pacientes psiquiátricos a no-pacientes pero no hacen diferencias de un grupo de pacientes a otros. (Gale y Fitts, 1991).

Stanwyck y Garrison desarrollaron la “Escala de Simulación efectiva”. Sin embargo, la escala de autocrítica fue desarrollada a lo largo de las líneas de la escala “L” del MMPI, para detectar la voluntad de admitir la debilidad común y la escala defensiva-positiva fue desarrollada empíricamente para identificar pacientes psiquiátricos quienes presentaban una impresión favorable. Stanwyck y Garrison condujeron un estudio en 2 partes para la detección de la simulación y el rango de respuestas sobre la Escala de Tennessee de la simulación efectiva. En el desarrollo de la Escala de la Simulación Efectiva, Stanwyck y Garrison administraron la Escala de Tennessee a 2 muestras de estudiantes, graduados y no graduados. La muestra no incluyó a hombres y mujeres inscritos en cursos de educación en una universidad del Sudeste.

En la primera muestra, la Escala de Tennessee fue aplicada durante las sesiones de clase, bajo 3 condiciones:

La condición estándar consiste en la dirección de una prueba pública (n=166).

La máxima condición de la simulación efectiva, en la cual las respuestas fueron preguntadas y contestadas como si ellos fueran aplicadores en un trabajo ficticio y buscaran crear una impresión falsamente favorable (n=42).

La condición modificada en la simulación efectiva, en la cual las respuestas fueron instruidas para tratar de crear una impresión falsamente favorable sin ser detectada fácilmente (n=24).

En la 2da muestra, los estudiantes de la condición estándar (n=99) estuvieron dirigidos bajo la dirección de una prueba publicada y aquellos en la condición de la simulación efectiva (n= 153), estuvieron instruidos para modificar las instrucciones de simulación usados por el 3er grupo de la primera muestra. Entonces la 1era muestra de 232 estudiantes sirvió como una muestra derivada; la 2da muestra sirvió como

una muestra para la validez. Una serie de funciones discriminantes fueron analizadas usando los ítems individualmente de la Escala de Tennessee para discriminar entre grupos. La mejor solución usando la muestra deriva fue el conjunto de 9 ítems ocurridos por el puntaje sobre la Escala de Tennessee. Esos 9 ítems resultaron en una clasificación exacta (norma vs. Simulación efectiva) de 78.6% en la muestra derivada y 75.3% en la muestra para la validez.

4.1.4 Diferencias Sexuales.

Las normas de la Escala de Tennessee no han sido tradicionalmente separadas entre las categorías de hombre y mujeres, debido a que los resultados originales de Fitts (1965) sobre diferencias sexuales no son significativos. Sin embargo, Sharpley y Hattie (1983) reportaron diferentes significativas entre estudiantes universitarios, hombre y mujeres, en Australia en doce de los puntajes de la Escala de Tennessee. (Cita Gale y Fitts, 1991).

En una muestra de 495 adolescentes solamente 5 de 29 puntajes de la Escala del Tennessee lograron el nivel 0.05 de significancia (nivel 0.0017 por corrección de la prueba t múltiple sobre la misma muestra) y efecto del rango del tamaño aprox. 0.50 para psicosis, de 0.34 para la autosocial (0.35 para identidad, 0.40 para moral- ético y 0.38 para desordenes de personalidad). La tendencia predominante en aquellos datos es para los hombres quienes obtienen puntajes en la dirección más baja de Autoconcepto o mayor en las desviaciones, excepto en la escala externa del Yo-físico sobre la cual ellos obtienen puntajes más altos que las mujeres.

4.1.5 Naturaleza y significado de los puntajes.

A continuación se indica el significado de los parámetros que evalúa este instrumento para la forma de orientación que es con la que se llevará a cabo este estudio.

A. EL PUNTAJE DE AUTOCRITICA (A-C).

Esta escala está compuesta por 10 ítems tomados de la escala “L” del MMPI, todas son afirmaciones que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Las personas que niegan la mayoría de estas afirmaciones, son generalmente defensivas y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismas.

Los puntajes altos generalmente indican una apertura normal y saludable y una capacidad para la Autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99) indican que a la persona pueden faltarle defensas y puede, de hecho encontrarse patológicamente indefenso.

Los puntajes bajos indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

B. LOS PUNTAJES POSITIVOS (P).

Se basan en estos 3 tipos de afirmaciones:

1. Esto es lo que yo soy.
2. Esto es como yo me siento conmigo mismo.
3. Esto es lo que yo hago.

A partir de las afirmaciones se formaron 3 categorías horizontales que aparecen en la Hoja de Puntajes como Hilera 1, Hilera 2 e Hilera 3. Los Puntajes Hilera entonces, constituyen 3 sub-puntajes que al sumarse dan por resultado el Total Positivo o Puntaje Total P. Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual la persona se describe a sí misma.

Aún dentro de la misma categoría de hilera, las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido.

La hilera 1 (lo que yo soy), las afirmaciones se refieren a lo que yo soy física, moral, socialmente, etc. El conjunto de ítems fue ordenado de acuerdo a estas categorías verticales, que son los 5 puntajes columna de la hoja de puntajes. Así el conjunto total de ítems se encuentra dividido de 2 maneras, verticalmente en columnas (marco

externo de referencia), y horizontalmente en hileras (marco interno de referencia), correspondiendo cada ítem y cada celdilla a 2 puntajes diferentes.

Dentro de los puntajes positivos se incluye:

- I. **PUNTAJE TOTAL P (T.P.)** Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante de la forma para Orientación. Refleja el nivel de autoestima.

Las personas con Puntajes Altos, tienden a estar contentas consigo mismas, sientes que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen.

Las personas con Puntajes Bajos dudan de su propio valor, se ven a ellas mismas como indeseables, con frecuencia se sienten ansiosas, deprimidas e infelices, tienen poca fe y confianza en sí mismas.

Si el puntaje de autocrítica (A-C) es bajo, los Puntajes P altos se tornan sospechosos y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva.

Los Puntajes extremadamente Altos (generalmente sobre el 99 percentil), son anormales y suelen encontrarse en personas perturbadas como los esquizofrénicos, paranoides, quienes como grupo muestran muchos puntajes extremos, tanto altos como bajos.

- II. **HILERA 1. PUNTAJE P.- IDENTIDAD (I-B)** Esos son los reactivos “lo que yo soy”. Aquí la persona describe su identidad básica lo que él es basado en como él se ve.
- III. **HILERA 2. PUNTAJE P.- AUTOSATISFACCION (A-S)** Ese puntaje viene resultando de aquellos ítems en los que la persona describe cómo se siente, con respecto a “sí misma” que percibe. En general este puntaje revela el nivel de autosatisfacción o autoaceptación.
- IV. **HILERA 3. CONDUCTA.** Ese puntaje proviene de aquellos ítems que dicen “esto es lo que yo hago” o “esta es la manera en la que yo actúo”. Entonces este puntaje mide la percepción de la persona sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

- V. **COLUMNA A. YO FÍSICO.** Aquí la persona presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.
- VI. **COLUMNA B. YO ETICO-MORAL.** Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia-ético-moral, su valía moral sus relaciones con Dios, sus sentimientos de ser de una persona “buena” o “mala” y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella.
- VII. **COLUMNA C. YO PERSONAL.** Este puntaje refiere al sentido que la persona tiene sobre su valor personal su sentimiento de educación como persona y la evaluación de su personalidad independiente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.
- VIII. **COLUMNA D. YO FAMILIAR.** Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación méritos y valor como miembro de una familia, se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación a su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos.
- IX. **COLUMNA E. YO SOCIAL.** Esta es otra categoría del “yo como se percibe en relación a otros” perteneciendo a los “otros” en un sentido más general refleja el sentido de adecuación y valor de la persona en su interacción social con otras personas en general.

C. PUNTAJE DE VARIABILIDAD (V).

Los puntajes V proporcionan una medida simple de la cantidad de variabilidad o inconsistencia de un área de autopercepción a otra. Se incluyen:

1.- VARIABILIDAD TOTAL. Esta representa el monto total de la variabilidad para todo el registro.

2.-VARIABILIDAD TOTAL DE COLUMNA. Este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3.-VARIABILIDAD TOTAL DE HILERA. Este puntaje es la zona de las variaciones a través de las diferentes hileras.

D. EL PUNTAJE DE DISTRIBUCIÓN (D).

Este puntaje representa la suma que la persona obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las 5 opciones que se le presentan para contestar a los ítems de la escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción: la certeza o seguridad, sobre la manera en que uno se ve a sí mismo.

E. EL PUNTAJE DEL TIEMPO.

Este puntaje es simplemente una medida del tiempo que la persona requiere para contestar la Escala. Sobre este punto poco se sabe sobre su significado y significancia, los cuales correlacionaron significativamente con un solo puntaje de la escala (subpuntaje del conflicto neto y la columna C; $r=0.32$; $p<0.05$).

Los clínicos pueden encontrar que el puntaje del tiempo es útil, como indicador. La escala no tiene límite de tiempo esto es algo interesante. Los datos originalmente reunidos sobre la variable de tiempo utilizados y respondidos sobre una hoja del formato fue algo que difiere en el presente. Con un grupo de 570 no pacientes, el tiempo promedio para completar la escala fue 12.4 minutos (media=13.0; SD=5.54). Con un grupo de 300 pacientes psiquiátricos, el tiempo promedio fue 15.7 minutos (media =18.1; SD= 5.03). La diferencia del promedio fue significativamente superior al nivel 0.0001. Los datos indican que la mayoría de las personas responden la escala completamente en menos de 20 min, ellos poseen la suficiente educación, inteligencia y habilidad de lectura para manejar esta tarea.

4.1.6 Normas.

El grupo de estandarización a partir del cual se desarrollaron las normas fue una muestra amplia de 626 sujetos. La muestra incluyó gente de varias partes del país y sus edades fluctuaban entre los 12 y los 68 años. Había aproximadamente; el mismo

número de ambos sexos, personas negras y blancas, representantes de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales y niveles educativos desde sexto grado hasta personas que tenían un doctorado.

Los datos normativos para los puntajes se reportan en la sig.; tabla que también incluye los datos de confiabilidad sobre estos puntajes.

Medias desviaciones estándar y coeficientes de confiabilidad.

SUBESCALA	MEDIA	DESV. ESTANDAR	CONFIABILIDAD
AUTOCRITICA	35.54	6.70	.75
TOTAL POSITIVO	345.57	30.70	.92
HILERA 1	127.10	9.96	.91
HILERA 2	103.67	13.79	.88
HILERA 3	115.01	11.22	.88
COLUMNA A	71.78	7.67	.87
COLUMNA B	70.33	8.70	.80
COLUMNA C	64.55	7.41	.85
COLUMNA D	70.83	8.43	.89
COLUMNA E	68.14	7.86	.90
V. TOTAL	48.53	12.42	.67
D	120.44	24.19	.89

4.1.7 Confiabilidad.

Los datos de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria en un periodo de dos semanas, sin embargo otros estudios han demostrado que las características distintivas de los perfiles individuales se encuentran presentes para la mayoría de las personas un año o aún más tiempo después.

4.1.8 Aplicación.

Se auto administra y se aplica tanto en forma individual o grupal. Puede usarse en personas desde los 12 años que tengan un nivel de lectura por lo menos de sexto grado. También es aplicable a todo el rango y ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos. La mayoría de las personas contesta la escala de 10 a 20 min. No requiere de más instrucciones que las que están indicadas en la cubierta del folleto. Sin embargo, es conveniente hacer notar un punto, que requiere la atención especial del examinador. La hoja de reactivos esta realizada de tal forma que el sujeto responde en forma alternada a los ítems en la hoja de respuestas. Después de la aplicación se lleva a cabo la interpretación a partir de la naturaleza de los reactivos presentada previamente.

4.1.9 Instrucciones para la Calificación.

La EAT original se encuentra disponible en dos formas la forma C y la forma Cel, cabe señalar que existe un programa de calificación computarizado.

Para la presente investigación se utilizó únicamente la calificación manual del perfil. Es importante que el examinador observe que algunos ítems en la hoja de puntuación tienen el orden opuesto al de la hoja de respuestas (ejemplo, los ítems 4, 5 y 6). Por lo tanto los cálculos de las escalas básicas deben hacerse con base en la hoja de puntuación; excepto para la calificación de la escala de distribución, que debe realizarse tomando en cuenta los ítems de la hoja de respuesta.

Escala de la forma C.

Autocrítica (Ac).

Sume las calificaciones circulares en la hoja de puntuación para los ítems del 91 al 100 localizados al lado derecho de la hoja, y registre la suma en el espacio del ítem 100.

Calificación Hilera y Columna.

Observe que la hoja de puntuación tiene 3 hileras horizontales y 5 columnas verticales adicionales a la columna de autocrítica. Esta combinación produce 15 celdillas de 6 ítems cada una. Sume las 6 calificaciones circuladas en la primera celdilla. Ponga la suma en la línea rotulada como “P” al final de la celdilla, haga lo mismo para cada una de las celdillas restantes.

Después, para obtener las puntuaciones hilera, en la hoja de puntuación sume las cinco puntuaciones “P” de cada hilera, haga lo mismo en cada una de las 2 hileras restantes. Para obtener las calificaciones columna en la hoja de puntuación adicione las sumas de las tres celdillas para cada columna.

Calificación Total Positiva (TP).

Esta calificación además (también, referida como calificación total). Puede ser calculada por adición sin los totales hilera y los totales columna, en la hoja de trabajo. La suma resultante debe ser la misma. En efecto esto es lo mejor para hacer la suma de ambas direcciones y revisar la precisión de los cálculos.

Variabilidad Hilera (V Hil).

Para la hilera 1 encuentre la puntuación “P” más baja de las 5 celdillas. Reste esta puntuación a la calificación de la puntuación “P” más alta de las cinco celdillas. Anote el resultado en el espacio de Variabilidad Hilera 1 de la hoja de trabajo. Repita este procedimiento para las Hileras 2 y 3. Después sume las tres calificaciones Variabilidad Hilera y anote la suma en el espacio señalado como Variabilidad Hilera.

Variabilidad Columna (V Col).

Para la columna A encuentre la puntualidad “P” más baja de las tres casillas, reste esta puntuación de la puntuación “P” más alta de las tres puntuaciones celdilla. Anote la resultante en el espacio señalado como Variabilidad Columna A de la hoja de trabajo. Repita este procedimiento para las columnas B, C, D y E. Después suma las cinco calificaciones de Variabilidad y ponga la suma en el espacio señalado como Variabilidad Total Columna.

Variabilidad Total (V Tot.).

En la hoja de trabajo, sume las calificaciones de Variabilidad Total de Hilera y las calificaciones de Variabilidad Total Columna. Ponga el resultado de la suma en el espacio señalado como “Variabilidad Total” observe que las calificaciones variabilidad total Hilera y las calificaciones variabilidad columna son rara la vez la misma, y no sirve como una comprobación precisa.

Distribución.

El procedimiento para calcular la calificación de distribución está representado en el espacio sombreado de la hoja de trabajo. Sin embargo, para calcular las calificaciones de Distribución se debe de usar la hoja de respuestas, no se debe usar la hoja de puntuación. Primero, cuenta el numero de respuestas 5's circuladas en la hoja de respuestas. Ponga este número en el primer espacio inferior en la hoja de trabajo señalado como “Distribución de respuestas”. Repita el mismo procedimiento para calcula el número de respuestas 4's, 3's, 2's y 1's, respectivamente y anote cada suma en el espacio apropiado. Después de hacer el cálculo específico en la hoja de trabajo (por ejemplo, multiplicar el número de calificaciones de 5 x2) anote los números resultantes sobre la línea del cuadro sombreado. Finalmente sume los cuatro números para obtener la calificación de distribución.

A la Forma C (consejería) se le adiciona la forma Clínica de investigación (forma Cel), calificándose de la siguiente manera: proporción verdadero – falso (V/F).

En la hoja de trabajo, en el cuadro sombreado rotulado como “Distribución de Respuestas”, se suman los 5's, 4's, 3's, 2's y 1's de los ítems 1 al 90; esta suma tiene que dar un total de 90. Observa que los números son contabilizados de la hoja de respuestas no de la hoja de puntuación. Para obtener la proporción V/F se suman los 5's y 4's, y se dividen entre la suma de los 2's y 1's, el resultado se transcribe con centésimas. De los ítems 91 al 100 realice la misma operación cuya suma da como resultado 10. Para obtener los puntajes de distribución se siguen los mismos pasos de la Forma C.

Conflicto Neto (CN).

Para cada una de las 15 celdillas, primero se suman las puntuaciones de P y se registran el espacio señalado como P, se realiza la misma operación para las puntuaciones N, seguidamente se suman las puntuaciones P a las puntuaciones N, el resultado se registra en el espacio señalado como "P-N", una vez hecho esto se resta N de P y se registrar el resultado en el espacio próximo señalado como "N-P". Si N es más grande, la resta de P-N es un numero negativo el cual se registra con el signo (-). Las puntuaciones (P-N) se suman algebraicamente para cada Hilera y columna, a través de los cuales se obtiene subcalificaciones.

Por ejemplo, para la subcalificaciones (P-N) de -2, 3 y 4 de la subcalificación de conflicto neto el resultado deben ser 5, se registran las subcalificaciones en los espacios de conflicto Neto para Hilera y Columna de la hoja de trabajo. La puntuación total de Conflicto Neto se obtiene sumando cada subcalificación de Conflicto Neto de Hilera y Columna (suma algebraica); se registra la suma en el espacio rotulado como "Conflicto Neto Total". Una comprobación exacta se puede obtener por la suma de las puntuaciones de ambas direcciones cuyo resultado debe ser igual.

Conflicto Total (CT).

Estas calificaciones están basadas nuevamente en las puntuaciones (N-P) de las 15 celdillas. Las puntuaciones se suman a través de las tres Hileras y las 5 Columnas pero esta vez la suma es, no algebraica, esto es, sin considerar el signo. Por ejemplo, para las puntuaciones (N-P) de -2, 3 y 4, la subcalificación del Conflicto Total será de 9. Lo importante aquí está solamente en monto total sin tomar en cuenta la naturaleza o dirección de éste. Se registran los subtotales en la hoja de trabajo y después se suman por separado las 3 subcalificaciones Hilera y las 5 Columna (para la comprobación precisa, la suma en la dirección horizontal y vertical deberá tener el mismo monto).

4.1.10 Instrumento de Tennessee.

A continuación se integrara la Escala de Tennessee, la cual se encuentra integrada por las instrucciones, items y hoja de respuestas.

INSTRUCCIONES:

En las siguientes hojas encontraras una serie de afirmaciones en las cuales te describes a ti mismo, tal como tu te vez. Contesta como si tú te estuvieras describiendo a ti mismo y no ante ninguna otra persona. No imitas ninguna afirmación. Le cada afirmación cuidadosamente y después escoge una de las cinco respuestas, en la hoja de respuestas, encierra en un circulo el numero de respuesta que escogiste, si deseas cambiar la respuesta después de haber hecho el circulo, no borres escribe una "X" sobre la respuesta marcada y después marca el circulo en la respuesta que deseas.

1. Gozo de buena salud.
3. Soy una persona atractiva.
5. Me considero una persona muy desarreglada.
19. Soy una persona decente.
21. Soy una persona honrada.
23. Soy una persona mala.
37. Soy una persona alegre.
39. Soy una persona calmada y tranquila.
41. Soy "un don nadie".
55. Mi familia siempre me ayuda en cualquier problema.
57. Pertenezco a una familia feliz.
59. Mis amigos no confían en mí.
73. Soy una persona amigable.
75. Soy muy popular con personas del sexo masculino.
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.
91. Algunas veces digo falsedades.

93. En ocasiones me enojo.
2. Me agrada siempre estar arreglado y pulcro.
4. Estoy lleno de achaques.
6. Soy una persona enferma.
20. Soy una persona muy religiosa.
22. Soy un fracaso en mi conducta moral.
24. Soy una persona moralmente débil.
38. Tengo mucho dominio sobre mi mismo.
40. Soy una persona detestable.
42. Me estoy volviendo loco.
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.
58. Mi familia no me quiere.
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.
74. Soy popular con personas del sexo femenino.
76. Estoy disgustado con todo mundo.
78. Es difícil entablar amistad conmigo.
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.
7. No soy ni muy gordo ni muy flaco.
9. Me agrada mi apariencia física.
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.
25. Estoy satisfecho con mi conducta moral.
27. Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios.
29. Debería de asistir más a menudo a misa.
43. Estoy satisfecho de lo que soy.
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.
47. Me desprecio a mi mismo.
61. Estoy satisfecho de mis relaciones familiares.
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debería.

65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.
79. Soy tan sociable como quiero ser.
81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo.
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
95. Algunas personas que conozco me caen mal.
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.
8. No soy muy alto ni tan bajo.
10. No me siento tan bien como debería.
12. Debería de ser mas atractivo para con personas del sexo opuesto.
26. Estoy satisfecho con mi vida religiosa.
28. Quisiera ser mas digno de confianza.
30. Debería mentir menos.
44. Estoy satisfecho con mi inteligencia.
46. Me gustaría ser una persona distinta.
48. Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.
62. Trato a mis padres tan bien como debiera.
64. Me afecta mucho lo que dice mi familia.
66. Debería amar más a mis familiares.
80. Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.
82. Debería de ser mas cortés con los demás.
84. Debería llevarme mejor con otras personas.
96. Algunas veces me gusta el chisme.
98. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.
13. Me cuido bien físicamente.
15. Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.
17. Con frecuencia soy muy torpe.
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.
33. Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo algo que no debo.
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.
51. Acepto mis faltas sin enojarme.

- 53. Hago cosas sin haberlas pensado bien.
- 67. Trato de ser justo con mis amigos y familiares.
- 69. Me intereso sinceramente por mi familia.
- 71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.
- 85. Trato de comprender el punto de vista de los demás.
- 87. Me llevo bien con los demás.
- 89. Me es difícil perdonar.
- 99. Prefiero ganar en los juegos.
- 14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.
- 16. Soy malo para el deporte y los juegos.
- 18. Duermo mal.
- 32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.
- 34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.
- 36. Me es difícil comportarme en forma correcta.
- 50. Resuelvo mis problemas con facilidad.
- 52. Con frecuencia cambio de opinión.
- 54. Trato de no enfrentar mis problemas.
- 68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.
- 70. Riño con mis familiares.
- 72. No me comporto en la forma que desea mi familia.
- 86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.
- 88. Me siento incómodo cuando estoy con otras personas.
- 90. Me cuesta trabajo entablar conversaciones con extraños.
- 100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería de hacer hoy.

ESCALA DE TENNESSEE.

	ANO	MES	DIA
Aplicación			
Nacimiento			
Edad			

Nombre: _____

Sexo: _____ Grado: _____

Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____

Instrucciones:

Encierra con un círculo el número de respuesta para cada afirmación.

1	2	3	4	5
Completamente falso	Mas o menos falso	En parte falso y en parte cierto	Mas o menos cierto	Completamente cierto

ITEM	RESPUESTA	ITEM	RESPUESTA	ITEM	RESPUESTA
1	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	13	1 2 3 4 5
2	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	14	1 2 3 4 5
3	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5
4	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	16	1 2 3 4 5
5	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	17	1 2 3 4 5
6	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	18	1 2 3 4 5
19	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	31	1 2 3 4 5
20	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	32	1 2 3 4 5
21	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	33	1 2 3 4 5
22	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	34	1 2 3 4 5
23	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	35	1 2 3 4 5
24	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	36	1 2 3 4 5
37	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	49	1 2 3 4 5
38	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	50	1 2 3 4 5
39	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	51	1 2 3 4 5
40	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	52	1 2 3 4 5
41	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	53	1 2 3 4 5
42	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	54	1 2 3 4 5
55	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	67	1 2 3 4 5
56	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	68	1 2 3 4 5
57	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	69	1 2 3 4 5
58	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	70	1 2 3 4 5
59	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	71	1 2 3 4 5
60	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	72	1 2 3 4 5
73	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	85	1 2 3 4 5
74	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	86	1 2 3 4 5
75	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	87	1 2 3 4 5
76	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	88	1 2 3 4 5
77	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	89	1 2 3 4 5
78	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	90	1 2 3 4 5
91	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	99	1 2 3 4 5
92	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	100	1 2 3 4 5
93	1 2 3 4 5	97	1 2 3 4 5		
94	1 2 3 4 5	98	1 2 3 4 5		

4.2 ESCALA DE BIRLESON (DSRS). Para El Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia.

La Escala de Birleson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia se ha convertido en una de las investigaciones más importantes a nivel internacional ya que esta se asociada con pacientes y no pacientes psiquiátricos para poder cuantificar la severidad de la sintomatología y medir confiablemente la Depresión.

El trastorno depresivo mayor se considera una psicopatología más frecuente dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como la farmacodependencia, el trastorno por déficit de atención, el trastorno de ansiedad, de separación y el suicidio.

Esta es la primera escala validada en México con una población integrada de 349 adolescentes de 13 a 19 años, de nivel secundaria y preparatoria.

4.2.1 Desarrollo de la Escala.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional. Esta entidad clínica comparte, junto con el TDM de los adultos, muchas características clínicas, sin embargo pueden diferenciarse por la duración de los síntomas, por la recurrencia de los episodios, por las manifestaciones clínicas propias del desarrollo afectivo y del desarrollo en otras áreas y por la baja respuesta al tratamiento antidepresivo.

4.2.2 Descripción del Instrumento.

La Escala de Birleson fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

El instrumento es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos; todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación 36. Diez de los 18 reactivos se califican de 0 a 2 (1, 2,4,7,8,9,11,12,13,15) y 8 reactivos se califican de 2 a 0 (3,5,6,10,14,16,17,18).

El tiempo de respuesta del instrumento varia, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

4.2.3 Validez.

Para llevar a cabo la validez de la escala, el primer paso fue hacer la traducción de la escala se solicitó la autorización del autor, el doctor P Birlenson. Posteriormente se obtuvo una primera versión del inglés al español hecha por un traductor independiente. Esta versión se tradujo nuevamente al inglés por otro traductor independiente y se corrigieron y discutieron las discrepancias sugeridas durante el proceso de traducción. De esta manera después de la traducción del inglés al español y del español al inglés, se obtuvo una segunda versión en español que fue la que se aplicó.

La consistencia del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose en la población máxima varianza con un valor alfa de 0.85. Esta diferencia indica que se puede emplear la escala no solo en estudios clínicos sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno como se ha hecho con otros instrumentos.

4.2.4 Instrumento de Birlenson.

A continuación se integrara la Escala de Birlenson, la cual se encuentra integrada por las instrucciones, items y hoja de respuestas.

Escala de Birleson.

Nombre: _____

Sexo: _____ **Grado:** _____

	AÑO	MES	DIA
Aplicación			
Nacimiento			
Edad			

Instrucciones:

Por favor responde honestamente como una "X" como te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mi misma			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrida			

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA

CAPITULO 5. METODOLOGIA

En esta investigación se planteo lo siguiente

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar si existe relación en los diferentes factores de Autoconcepto con respecto al nivel de depresión que manifiestan adolescentes de nivel secundaria de la escuela particular 1ero de Mayo, todo ello con el fin de generar información que permita en lo futuro establecer estrategias de tratamiento y prevención.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Para cumplir este objetivo, se empleo un estudio descriptivo con un diseño exposfacto, debido a que solo se registran los datos sin que el investigador manipule variables.

5.3 VARIABLES.

- VARIABLE INDEPENDIENTE: Depresión.
- VARIABLE DEPENDIENTE: Autoconcepto y sus diferentes factores.

5.4 DEFINICIONES.

- **AUTOCONCEPTO:**

El Autoconcepto está constituido por los pensamientos, sentimientos y cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo, constituyendo la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién es y que es.

Esta variable será medida por la Escala de Tennessee:

- ✓ **IDENTIDAD:** “Lo que yo soy”. Aquí la persona describe su identidad básica lo que él es basado en como él se ve.

- ✓ **AUTOSATISFACCION.** La persona describe cómo se siente, con respecto a “si misma” que percibe.
- ✓ **CONDUCTA.** “Esto es lo que yo hago” o “esta es la manera en la que yo actúo”. Mide la percepción de la persona sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.
- ✓ **YO FÍSICO.** Aquí la persona presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.
- ✓ **YO ETICO-MORAL.** Describe al yo desde un marco de referencia-ético-moral, su valía moral sus relaciones con Dios, sus sentimientos de ser de una persona “buena” o “mala” y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella.
- ✓ **YO PERSONAL.** Refiere al sentido que la persona tiene sobre su valor personal su sentimiento de educación como persona y la evaluación de su personalidad independiente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.
- ✓ **YO FAMILIAR.** Refleja los propios sentimientos de adecuación méritos y valor como miembro de una familia, se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación a su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos.
- ✓ **YO SOCIAL.** “Yo como se percibe en relación a otros” perteneciendo a los “otros” en un sentido más general refleja el sentido de adecuación y valor de la persona en su interacción social con otras personas en general.
- ✓ **AUTOCRITICA.** La persona describe su propia visión respecto a ella misma, en diferentes sentidos de adecuación que vive.

- **DEPRESION:**

La depresión es una alteración del ánimo caracterizada por sentimientos de tristeza, miedo; es un estado psicossomático que se produce espontáneamente o como reacción a circunstancias adversas de la vida, especialmente a la pérdida de objetos psicológicos (personas, situaciones, metas, aspiraciones, valores, etc.) necesarios para mantener la estimación por uno mismo.

Esta variable será medida por la Escala de Birlson.

5.5 HIPOTESIS.

- H1-1: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Físico entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-1: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Físico entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-2: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Ético-Moral entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-2: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Ético-Moral entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-3: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Personal entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-3: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Personal entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-4: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Familiar entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.

- HO-4: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Familiar entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-5: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Social entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-5: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Social entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-6: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Identidad entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-6: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Identidad entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-7: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Autosatisfacción entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-7: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Autosatisfacción entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-8: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Conducta entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- HO-8: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Conducta entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- H1-9: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Autocrítica entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.

- HO-9: **No** existen diferencias significativas en el factor de Autoconcepto Autocritica entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.

5.6 POBLACION.

Inicialmente se evaluaron al total de alumnos de segundo de secundaria de la escuela 1ero de Mayo (112 alumnos), de los cuales se consideraron solo 58 que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

Sexo femenino y masculino de entre 13 y 14 años; los que se insertaron en el grupo control fueron aquellos que obtuvieron de 0 a 10 puntos en la Escala de Birleson y los que correspondieron al grupo experimental fueron aquellos que obtuvieron de 14 a 22 puntos en la misma escala.

5.7 INSTRUMENTOS:

Se emplearon dos instrumentos, la Escala de Autoconcepto de Tennessee y la Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes, descritas en el capítulo 4.

5.8 SITUACION DE APLICACIÓN.

Los instrumentos se aplicaron por la mañana, en horario de clases, con una duración de 45 minutos para los dos instrumentos. Estos se aplicaron de manera conjunta.

5.9 PROCEDIMIENTO.

El estudio se llevó a cabo en la escuela secundaria particular Colegio Primero de Mayo, en la Ciudad de México, Distrito Federal, donde la autorización, disposición y facilidades para realizar la investigación fueron proporcionadas por parte del Departamento de Enseñanza, Dirección y autoridades en general de la escuela.

La aplicación de instrumentos se realizó por las mañanas, con los cuatro grupos de segundo años; el grupo A) contaba con 27 alumnos, el B) con 28, el C) con 31 y el D) con 26. Lo que dio una muestra total de 112 adolescentes.

La aplicación de las escalas se realizó en el salón de clases de cada uno de los grupos, los salones se encontraban ventilados, con buena iluminación y espacio adecuado, amueblados con pupitres personales, el horario en que se aplicó fue en el tiempo correspondiente a la clase de orientación y tutoría, estuvo presente el profesor en la aplicación.

El día de la aplicación a cada grupo se le solicitó su participación y cooperación para la labor a realizar. Se les pidió al principio de la sesión que guardaran sus cosas y que se quedaran únicamente con un lápiz. Se dio inicio con la Escala de Birlenson, para ello se les repartieron las hojas boca abajo, se les solicitó que no levantaran los formatos hasta que se les indicara. En el momento señalado todos dieron vuelta y pese a que está preparado para ser aplicado en forma autoadministrada, para asegurar que todos los alumnos habían entendido las instrucciones, se les leyó y no se dio inicio hasta que se estuvo bien seguro de que todos habían entendido dichas instrucciones. Durante el desarrollo de la ejecución se les aclararon a los alumnos las dudas que tenían en algunas de las preguntas del cuestionario, el tiempo mínimo que ocupó uno de los grupos para contestar el cuestionario fue de 2min, 03seg 59mls y el tiempo máximo fue de 3min, 02seg 06mls.

Posteriormente, se les repartieron las hojas boca debajo de la Escala de Tennessee, se les solicitó que no levantaran el formato hasta que se les indicara, en el momento señalado todos dieron vuelta, se les dieron las indicaciones para que llenarían los espacios correspondientes con sus datos personales, posteriormente se dio lectura a las instrucciones y no se dio inicio hasta que se estuvo bien seguro de que todos habían entendido dichas instrucciones. Durante el desarrollo de la ejecución se les aclararon dudas que tenían en cuanto a significado de algunas de las palabras, el

tiempo mínimo que ocupó uno de los grupos para contestar fue de 10min, 47seg 22mls; y el tiempo máximo fue de 11min, 31seg 65mls.

Cuando se obtuvieron los 112 cuestionarios contestados, se revisaron, eliminándose los de aquellos sujetos que no cubrían con la edad criterio y aquellos que no resolvieron adecuadamente los instrumentos.

Posteriormente se calificaron ambas escalas y, de acuerdo a los resultados de la prueba de Birleson, se clasificaron en dos grupos: los que obtuvieron puntaje de 14 en adelante se asignaron al grupo de depresivos y los que obtuvieron menos de 10 puntos fueron asignados al grupo de no depresivos. Los restantes sujetos no fueron considerados para este estudio.

A fin de contrastar ambas poblaciones, se aplicó la prueba estadística t de Student. Se procedió a elaborar en cómputo dos tablas con los resultados correspondientes a la calificación de la Escala de Tennessee. Los sujetos de la tabla 1 corresponden al grupo que presentaron depresión y la tabla 2 corresponde al grupo no depresivo, cada tabla cuenta con 9 columnas tomando en cuenta los factores que mide el Tennessee: Yo Físico, Yo Ético-Moral, Yo Personal, Yo Familiar, Yo Social, Identidad, Autosatisfacción, Conducta, y Autocritica.

Posteriormente se procedió a sacar la suma de total y media de cada columna, ya teniendo los datos correspondientes de cada tabla se continuo a trabajar con la prueba estadística t de Student, con la finalidad de poder encontrar si había alguna diferencia significativa entre el grupo de sujetos depresivos y el grupo de sujetos no depresivos.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

CAPITULO 6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron los siguientes:

Después de haber aplicado la Escala de Birleson y la Escala de Tennessee se procedió a la calificación de ambas escalas, obteniendo los resultados de la Escala de Birleson se agruparon en tres grupos, que se muestran en la siguiente tabla: el grupo definido como deprimido los que obtuvieron puntaje de 14 en adelante; el grupo considerado como no deprimido los que obtuvieron menos de 10 puntos y los restantes se asignaron al grupo que no cumplieron los criterios de inclusión para el estudio.

6.1 Puntajes escala de Birleson.

Tabla1: La tabla se divide en tres columnas donde se muestran lo siguiente: la columna 1 la edad de los sujetos, la columna 2 muestra el número asignado a los sujetos, y la ultima columna refleja la calificación obtenida en la Escala Birleson.

EDAD	SUJETOS	BIRLESON	EDAD	SUJETOS	BIRLESON	EDAD	SUJETOS	BIRLESON
13	1	16	12	38	16	13	75	9
13	2	14	13	39	15	13	76	14
13	3	13	13	40	10	13	77	15
13	4	14	13	41	14	13	78	9
13	5	13	13	42	13	13	79	8
14	6	8	13	43	12	13	80	9
13	7	15	13	44	9	13	81	14
13	8	10	14	45	13	13	82	12
13	9	11	14	46	14	13	83	9
13	10	7	13	47	11	14	84	7
13	11	13	13	48	17	14	85	7
13	12	13	13	49	4	13	86	7
13	13	12	13	50	14	13	87	10
13	14	12	13	51	14	13	88	5
13	15	12	13	52	13	13	89	9
14	16	16	13	53	15	14	90	18
13	17	9	13	54	15	14	91	13
13	18	14	13	55	6	13	92	13
13	19	17	13	56	11	13	93	15
13	20	15	13	57	12	13	94	11
13	21	12	14	58	10	13	95	13
13	22	16	13	59	13	13	96	9
12	23	16	13	60	12	13	97	17
13	24	12	13	61	10	13	98	14
13	25	10	13	62	11	13	99	8
15	26	15	14	63	22	13	100	10
13	27	11	13	64	11	13	101	13
13	28	12	13	65	20	13	102	12
13	29	14	14	66	12	13	103	10
14	30	12	13	67	7	13	104	13
13	31	9	13	68	18	13	105	13
14	32	17	13	69	10	14	106	11
13	33	14	13	70	15	13	107	20
13	34	17	13	71	10	13	108	11
13	35	8	13	72	14	14	109	12
13	36	12	14	73	11	13	110	9
13	37	8	12	74	13	13	111	14
						13	112	10

SUJETOS
 DEPRESIVOS 29
 SUJETOS NO
 DEPRESIVOS 29
 SUJETOS NO CUMPLEN
 CRITERIOS 54

Posteriormente ya obtenidos los datos de la Escala de Birleson, y aplicada la Escala de Tennessee, se trabajo solo con dos grupos: el grupo deprimido y el grupo no deprimido. Así, a continuación se muestran los datos obtenidos: en la tabla 2 se incluyen los puntajes obtenidos en la escala de Tennessee (para todos sus factores) correspondientes a los sujetos definidos como deprimidos, mientras que en la tabla 3 se concentran los puntajes de los sujetos no deprimidos. En estas 2 tablas, así como en la tabla 4, Y 5 se detalla el procedimiento seguido para contrastar ambos datos a través de la prueba estadística t de Student, que fue determinada con un nivel de significancia de 0.90 con 2 grados de libertad.

6.2 Puntajes escala de Tennessee Sujetos Deprimidos.

Tabla 2:Datos obtenidos de la escala deTennessee correspondientes a los sujetos definidos como deprimidos.

Yo Físico	Yo Etico-Moral	Yo Personal	Yo Familiar	Yo Social	Identidad	Autosatisfacción	Conducta	Autocritica
57	53	61	61	67	80	103	116	38
63	56	51	50	67	95	95	97	41
51	59	52	68	65	91	107	97	36
55	47	50	64	63	89	97	93	30
60	54	49	54	68	92	100	93	47
52	64	60	63	59	87	107	104	43
67	48	51	41	65	94	94	84	29
53	57	50	51	59	78	93	99	42
51	55	53	67	65	100	95	96	41
59	63	60	64	55	95	108	98	34
54	53	56	71	55	83	111	95	37
62	55	58	60	56	89	108	94	34
55	54	54	66	49	76	100	102	23
42	50	59	62	48	79	100	82	26
56	50	58	63	52	88	100	91	32
51	54	54	47	50	71	91	94	33
53	45	60	31	53	77	76	89	32
54	57	50	48	62	90	88	93	46
56	50	48	62	49	82	96	87	40
49	57	53	62	50	74	102	95	38
60	60	55	76	63	94	113	107	34
46	46	47	48	46	67	67	99	29
52	56	54	64	51	79	96	102	37
56	37	45	59	46	81	75	87	31
53	61	59	56	64	92	101	90	39
61	40	57	53	68	82	103	94	45
64	71	59	58	61	90	113	110	45
55	57	59	52	57	74	99	105	43
51	57	56	60	57	90	98	93	27
DEPRESIVOS	X1							
54.57491833	53.03790916	54.04489215	56.133627	56.7125	83.97924946	96.44125505	95.50516461	35.09883191
1598	1566	1578	1681	1670	2459	2836	2786	1052

SUMA X1

6.3 Puntajes escala Tennessee sujetos No Deprimidos.

Tabla 3: Datos obtenidos de la escala deTennessee correspondientes a los sujetos definidos como no deprimidos.

Yo Físico	Yo Etico-Mora	Yo Personal	Yo Familiar	Yo Social	Identidad	Autosatisfacción	Conducta	Autocritica
60	61	76	66	65	86	124	118	40
38	54	41	69	60	72	88	102	28
63	74	57	69	71	91	113	130	44
63	65	72	71	68	92	130	117	38
52	55	57	60	57	90	97	94	34
63	50	51	65	60	85	111	93	27
55	66	57	63	69	89	117	104	34
51	48	58	63	59	79	104	96	36
56	64	68	66	56	92	114	104	45
39	65	54	63	62	85	106	92	28
54	65	72	61	56	91	110	107	41
55	65	56	64	55	90	103	93	35
57	63	60	59	61	90	104	116	33
51	68	58	73	50	77	109	114	36
50	68	56	72	60	84	109	113	41
51	62	56	66	59	89	117	88	35
59	67	60	68	51	78	123	104	42
56	56	53	67	51	79	100	104	36
61	61	56	67	57	98	112	92	35
56	63	54	66	69	105	109	94	35
58	59	55	62	56	85	111	94	41
55	58	43	61	56	90	93	90	36
58	59	59	60	61	86	105	106	42
56	64	59	65	55	83	117	99	40
51	68	57	62	54	84	113	95	34
57	60	54	66	58	87	112	96	33
50	63	59	65	74	96	111	104	45
53	55	53	66	49	79	107	100	36
66	63	47	68	62	94	102	110	46
IO DEPRESIVO	X2							
54.1722203	61.1448672	56.2110459	65.0874412	58.718604	86.5699132	108.626605	101.468712	36.4093829
1594	1789	1658	1893	1721	2526	3171	2969	1076

SUMA X2

6.4 Respuestas despues de aplicar formulas – Sujetos Deprimidos

Tabla 4: Se muestran los resultados obtenidos de la tabla 2 del grupo de sujetos Deprimidos y posteriormente se realizo sumatoria total por fila.

Físico X2	Etico X2	Personal X2	Familiar X2	Social X2	Identidad X2	Satisfacción	Conducta X2	Autocritica X2
3249	2809	3721	3721	4489	6400	10609	13456	1444
3969	3136	2601	2500	4489	9025	9025	9409	1681
2601	3481	2704	4624	4225	8281	11449	9409	1296
3025	2209	2500	4096	3969	7921	9409	8649	900
3600	2916	2401	2916	4624	8464	10000	8649	2209
2704	4096	3600	3969	3481	7569	11449	10816	1849
4489	2304	2601	1681	4225	8836	8836	7056	841
2809	3249	2500	2601	3481	6084	8649	9801	1764
2601	3025	2809	4489	4225	10000	9025	9216	1681
3481	3969	3600	4096	3025	9025	11664	9604	1156
2916	2809	3136	5041	3025	6889	12321	9025	1369
3844	3025	3364	3600	3136	7921	11664	8836	1156
3025	2916	2916	4356	2401	5776	10000	10404	529
1764	2500	3481	3844	2304	6241	10000	6724	676
3136	2500	3364	3969	2704	7744	10000	8281	1024
2601	2916	2916	2209	2500	5041	8281	8836	1089
2809	2025	3600	961	2809	5929	5776	7921	1024
2916	3249	2500	2304	3844	8100	7744	8649	2116
3136	2500	2304	3844	2401	6724	9216	7569	1600
2401	3249	2809	3844	2500	5476	10404	9025	1444
3600	3600	3025	5776	3969	8836	12769	11449	1156
2116	2116	2209	2304	2116	4489	4489	9801	841
2704	3136	2916	4096	2601	6241	9216	10404	1369
3136	1369	2025	3481	2116	6561	5625	7569	961
2809	3721	3481	3136	4096	8464	10201	8100	1521
3721	1600	3249	2809	4624	6724	10609	8836	2025
4096	5041	3481	3364	3721	8100	12769	12100	2025
3025	3249	3481	2704	3249	5476	9801	11025	1849
2601	3249	3136	3600	3249	8100	9604	8649	729
88884	85964	86430	99935	97598	210437	280604	269268	39324
DEPRESIVOS	X1							

6.5 Resultados despues de aplicar formulas – Sujetos No Deprimidos.

Tabla 5: Se muestran los resultados obtenidos de la tabla 3 del grupo de sujetos No Deprimidos y posteriormente se realizo sumatoria total por fila.

Físico X2	Etico X2	Personal X2	FamiliarX2	Social X2	Identidad X2	tosatisfacción	Conducta X2	Autocritica X2
3600	3721	5776	4356	4225	7396	15376	13924	1600
1444	2916	1681	4761	3600	5184	7744	10404	784
3969	5476	3249	4761	5041	8281	12769	16900	1936
3969	4225	5184	5041	4624	8464	16900	13689	1444
2704	3025	3249	3600	3249	8100	9409	8836	1156
3969	2500	2601	4225	3600	7225	12321	8649	729
3025	4356	3249	3969	4761	7921	13689	10816	1156
2601	2304	3364	3969	3481	6241	10816	9216	1296
3136	4096	4624	4356	3136	8464	12996	10816	2025
1521	4225	2916	3969	3844	7225	11236	8464	784
2916	4225	5184	3721	3136	8281	12100	11449	1681
3025	4225	3136	4096	3025	8100	10609	8649	1225
3249	3969	3600	3481	3721	8100	10816	13456	1089
2601	4624	3364	5329	2500	5929	11881	12996	1296
2500	4624	3136	5184	3600	7056	11881	12769	1681
2601	3844	3136	4356	3481	7921	13689	7744	1225
3481	4489	3600	4624	2601	6084	15129	10816	1764
3136	3136	2809	4489	2601	6241	10000	10816	1296
3721	3721	3136	4489	3249	9604	12544	8464	1225
3136	3969	2916	4356	4761	11025	11881	8836	1225
3364	3481	3025	3844	3136	7225	12321	8836	1681
3025	3364	1849	3721	3136	8100	8649	8100	1296
3364	3481	3481	3600	3721	7396	11025	11236	1764
3136	4096	3481	4225	3025	6889	13689	9801	1600
2601	4624	3249	3844	2916	7056	12769	9025	1156
3249	3600	2916	4356	3364	7569	12544	9216	1089
2500	3969	3481	4225	5476	9216	12321	10816	2025
2809	3025	2809	4356	2401	6241	11449	10000	1296
4356	3969	2209	4624	3844	8836	10404	12100	2116
88708	111279	96410	123927	103255	221370	348957	306839	40640
NO DEPRESIVOS	X2							

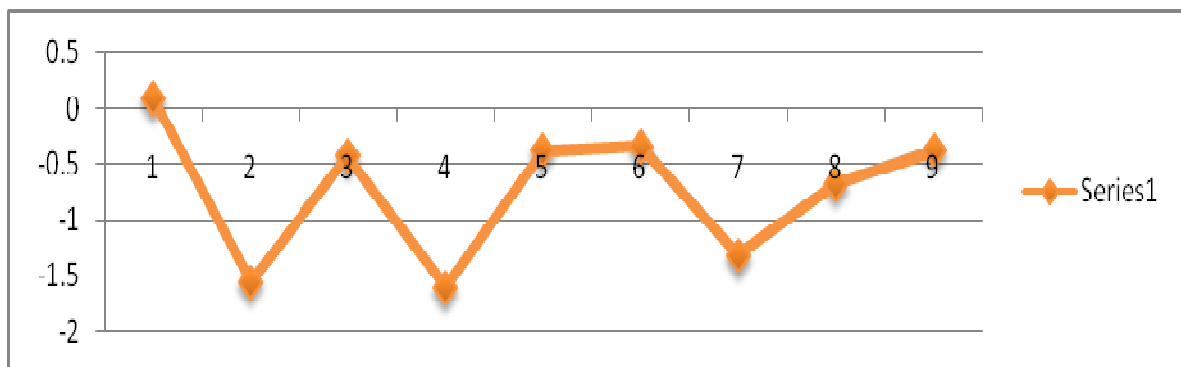
6.6 Resultados T Student

Tabla 6: Se muestran los resultados finales; obtenidos los resultado de las tablas 2,3,4 y 5 llevados a cabo por una correlacion de t de Student los datos de los sujetos deprimidos con los sujetos no deprimidos, realizando minimos cuadrados, erros tipico de las diferentes de medias y tipificación.

Obteniendo como resultado final la aceptación de 3 de las 9 hipótesis planteadas.

13778	13835.8824	15558.11765	18531.4412	15571.5294	32593.44118	44048.2353	40979.8824	6773.88235
13977.52941	17146.0294	13192.2353	16824.3824	16142.0294	33703.0588	53214.61765	47575.4412	6587.76471
4.93874709	5.21790461	5.02647607	5.57407115	5.27915629	7.63286058	9.245183407	8.82164072	3.42666798
0.081538493	-1.55368077	-0.43094879	-1.606933	-0.38000483	-0.33940929	-1.31802144	-	-
							0.67601337	0.38245635

6.7 Grafica de Resultados



6.8 Resultados Finales por Hileras y Columnas de la Escala de Tennessee.

La contrastación de hipótesis a través de t de Student mostró los siguientes datos

- **COLUMNA A YO FISICO.**

$T_c > T_t$ se rechaza H_0 .

$0.081538493 < 1.30$ se rechaza H_0 .

- **COLUMNA B YO ETICO- MORAL.**

$T_c > T_t$ se acepta H_0 .

$-1.55368077 > 1.30$ se acepta H_0 (0.90 con 2 grados de libertad).

- ❖ H1-2: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Ético- Moral entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- ❖ HO-2: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Ético- Moral entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.

➤ **YO ETICO-MORAL.** Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia-ético-moral, su valía moral sus relaciones con Dios, sus sentimientos de ser de una persona “buena” o “mala” y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella.

En esta investigación pudimos concluir que el área Yo Ético –Moral de la escala de Autoconcepto fue aceptada debido a su no valía moral del adolescente, sus relaciones negativas el rechazo que muestra con Dios, sus sentimientos de percepción así las demás personas mostrándose como una persona que no puede hacer la diferencia de lo bueno y lo malo ya que en la etapa de la adolescencia estos términos se manejan desde la niñez y que son de amplio uso para sus propios intereses y poder así adquirir su propia satisfacción moral.

- COLUMNA C YO PERSONAL.

$T_c > T_t$ se rechaza H_0 .

$-0.43094879 < 1.30$ se rechaza H_0 .

- COLUMNA D YO FAMILIAR.

$T_c > T_t$ se acepta H_0 .

$-1.606333 > 1.30$ se acepta H_0 (0.90 con 2 grados de libertad).

- ❖ H1-4: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Familiar entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- ❖ HO-4: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Yo Familiar entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.

- **YO FAMILIAR.** Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación méritos y valor como miembro de una familia, se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación a su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos.

Dentro del área Yo Familiar los adolescentes muestran su falta de valores y la importancia que ocupan como miembros de un grupo familiar, sintiéndose menos cercanos a la relación que tienen con las personas allegadas a él. En la etapa de la adolescencia el formar parte de un grupo es esencial para toda persona, ya que se construyen los valores, responsabilidades, etc. Y así pueden llegar a una madurez completa, lo cual muestra en dicha investigación que el adolescente no se siente parte de este grupo y lo refleja con la depresión.

- COLUMNA E YO SOCIAL.

$T_c > T_t$ se rechaza H_0 .

$-0.38000483 < 1.30$ se rechaza H_0 .

- HILERA 1 IDENTIDAD.

$T_c > T_t$ se rechaza H_0 .

$-0.33940929 < 1.30$ se rechaza H_0 .

- **HILERA 2 AUTOSATISFACCION.**

$T_c > T_t$ se acepta H_0 .

$-1.31802144 > 1.30$ se acepta H_0 (0.90 con 2 grados de libertad).

- ❖ H1-7: Existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Autosatisfacción entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.
- ❖ HO-7: **No** existen diferencias significativas en el factor del Autoconcepto Autosatisfacción entre adolescentes con alto nivel de depresión con respecto a los de bajo nivel de depresión.

- **AUTOSATISFACCION (A-S)** Ese puntaje viene resultando de aquellos ítems en los que la persona describe cómo se siente, con respecto a “sí misma” que percibe. En general este puntaje revela el nivel de autosatisfacción o autoaceptación.

Se considera que el área de Autosatisfacción fue de mayor importancia en nuestra investigación ya que aquí es donde el adolescente describe cómo se siente, como se muestra y la percepción que tiene de sí mismo, desde el aspecto físico, mental, psicológico, etc. Estas características son indispensables para que el adolescente pueda llegar a tener una autoaceptación, lo que en nuestra investigación no se da. Retomado nuestro objetivo esta área arroja valiosos resultados los cuales son de una alta preocupación debido a que el adolescente no tiene una aceptación lo que

con apariencias demuestra la insatisfacción de su persona, llevándolo así a la depresión.

- HILERA 3 CONDUCTA.

$T_c > T_t$ se rechaza H_0 .

$-0.67601337 < 1.30$ se rechaza H_0 .

- AUTOCRITICA.

$T_c > T_t$ se rechaza H_0 .

$-0.38245635 < 1.30$ se rechaza H_0 .

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Como pudo constatarse en nuestro estudio, algunos factores del Autoconcepto de adolescentes de nivel secundaria con una edad de 13 y 14 años si mostraron relación con el nivel de depresión que presentan, ello puede ser atribuido probablemente a la etapa de desarrollo que están viviendo pues como menciona Douglas: “La adolescencia es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí”.

Estudiar la adolescencia siempre ha sido relevante e importante, ya que es una etapa de gran importancia en el desarrollo del ser humano, de aquí parten las bases para el establecimiento de una vida individual, familiar, siendo esta el eje de toda sociedad.

Estos hallazgos resultan relevantes considerando que el trastorno de la depresión tiene gran importancia en la etapa de la adolescencia ya que se puede decir que sí existe una relación entre la depresión y algunos factores del Autoconcepto. Esto se debe a que la depresión es considerada como un trastorno de las emociones, y el Autoconcepto es la imagen sobre sí mismo, de sus sentimientos y del Self que es el centro del universo social de cada persona y que se adquiere a través de interacciones sociales que inician con la familia y continúan con toda la gente que se conoce a lo largo de la vida.

Ello, como Roger señala (1963) puede deberse a que el Autoconcepto se forma a través de la interacción social que el adolescente tiene desde niño con su medio ambiente, interacción que se gesta en primera instancia en la familia, teniendo como consecuencia que no pueda percibirse como el realmente quiere que lo vean. Lo que lo puede llevar a alterar su estado de ánimo, y ser víctima de la Depresión.

Por medio de esta investigación se pudo observar que la depresión en los adolescentes se relacionó con tres sub-escalas del Autoconcepto de Tennessee, que

son las siguientes: Yo – Ético Moral, Yo – Familiar y el de Autosatisfacción. Debido a que los adolescentes con alto nivel de depresión muestran una no valía moral, así como ciertas relaciones negativas con Dios, asimismo muestran falta de valores, sintiéndose menos cercanos a la relación que tienen con las personas allegadas a él y niveles bajos de autosatisfacción.

El estudio del Autoconcepto representa una de las áreas más antiguas de investigación en las Ciencias Sociales, pero aun así continúan interesándonos a un gran número de profesionales de la orientación ya que entendemos que es la base de la mayoría de las conductas agresivas, desadaptativas, carentes de autocontrol o el bajo rendimiento escolar.

El instrumento empleado sobre el Autoconcepto nos aportó poca información en los adolescentes ya que consta de nueve columnas y cada una describe diferentes características, lo cual se pretendía poder encontrar mayor información, pero la población con la que trabajamos no nos dio mayores resultados, ya que es una población de adolescentes de una posición económica estable y en la cual no se presentaron tantos adolescentes deprimidos como se esperaba. Resultado de una de nuestras limitantes para dicha investigación.

Algunas de las limitantes que enfrentamos en la realización de esta investigación fue que tuvimos que eliminar a algunos adolescentes ya que no cumplían con los requisitos necesarios que exigen nuestras pruebas, como la edad y el dejar incompletos los instrumentos o no contestados.

Algunas de las limitantes que se pueden enfrentar serán: el desinterés de los padres hacia sus hijos, falta de información, y la no colaboración del adolescente.

Las intervenciones que se llegaran a realicen a futuro deben ser planteadas hacia una orientación para que los padres de familia pueda ayudar a sus hijos a tener una autoaceptación satisfecha y así poder proporcionar un manejo adecuado para esta etapa tan difícil que es la adolescencia.

Se sugiere desarrollar otras investigaciones con una población mayor, pues en este estudio solo se trabajó con adolescentes de una escuela en particular, así mismo sería importante investigar como se manifiesta el Autoconcepto en una familia bien integrada o desintegrada. Es conveniente incluir en futuras investigaciones otro tipo de variable como: el nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, la historia del desarrollo de los sujetos a estudiar, etc.

Con la realización de este trabajo queremos prevenir a futuras generaciones (maestros, padres de familia, psicólogos, pedagogos, etc.), para que estos puedan tener un manejo adecuado de la prevención y orientación de la adolescente víctima de la depresión por su Autoconcepto, a través de la información, pláticas, debates, exposiciones, centros de ayuda, conferencias, etc.

Así, el adolescente tendrá información y alternativas para saber desarrollar un autoconcepto positivo y poder definir una identidad propia, y disminuir los índices de la depresión. Ya que de lo contrario se vería involucrado en tener un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona con la alteración del apetito, del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración , llegando a tener ideas de muerte o suicidio recurrentes.

Por último se espera que esta aportación también repercuta en el favor del desarrollo de la de la carrera de Psicología, sentando alguna base que sirva como apoyo para futuras generaciones de estudiantes.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- Aberastury, A; y M_Knobel. La adolescencia normal. Paidos.
- Alonso, J; y J, Román. (2003). Educación familiar y autoconcepto en niños pequeños. España: Pirámide.
- Anthony, L; y T. Benedek. (1981). Depresión y existencia humana. España: Salvat.
- Arieti, S. (1981). Psicoterapia de la depresión. Paidos.
- Bellack; y Small. (1988). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax.
- Blas, C; F, De la Peña; R,Ulloa; y M, Wolf. (2000). Evaluación de la psicopatología. Escala en español. México: JGH.
- Bremmer, J. (2002). El concepto del alma en la antigua Grecia. Madrid: Siruela.
- Brooks, F.(1959). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Kapelusz.
- Carineiro, L. (1960). Adolescencia sus problemas y su educación. Unión tipográfica: Hispano Americana.
- Castillo, G. (1989). Los adolescentes y sus problemas. México: Editora de revistas.
- Cortes Linares, Odilón. (2000). Análisis comparativo del autoconcepto en adolescentes infractores y no infractores. (Tesis Licenciatura Universidad Salesiana).
- De la Fuente, R. (1994). Psicología medica. México: Fondo de cultura económica.

- De la peña, F; M. Lara; y J. Cortés. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. México: Salud Mental.
- Delflinger Colin, Ma. de Lourdes. (1991). Autoconcepto en adolescentes farmacodependientes y autoconcepto en adolescentes no farmacodependientes estudio comparativo. (Tesis Licenciatura Universidad Salesiana).
- DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. (2005).
- Expósito, F; y M, Moya. (2005). Aplicando la psicología social. Madrid: Pirámide.
- Fitzgerald, I; J, McKinney; y E, Strommen(1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual moderno.
- Fredman, M; y H.Kaplan. (1986). Tratado de psiquiatría. España: Salvat.
- Garma, A; e I, Elexpuru. (1999). El autoconcepto en el aula. España: Edebé.
- García, J. (2008). Teorías de la depresión. Madrid, España.
- Golman, H. (1989). Psiquiatría general. México: Manual moderno.
- González, J; y J Romero. (1993). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.
- Grimberg, L. (1983). Culpa y depresión un estudio psicoanalítico. Paidós.
- Grinder, R. (1993). Adolescencia. Limusa, decima primera reimpresión.
- Guarner, E. (1978). Psicopatología clínica y tratamiento analítico. México: Porrúa.

- Harrochs, J. (1990). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hurlock, E. (1980). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Katz. (1979). Un estudio cognoscitivo de la depresión, preposición para un manejo adecuado. (Tesis Licenciatura Universidad Iberoamericana).
- Kolb, L.(1983). Psiquiatría clínica moderna. México: La prensa médica.
- L' Écuyer, R. (1985). El concepto de si mismo. España: Oikos- Tau.
- Llaberia, D; y P. Lorente.(1990). Epidemiología de la depresión infantil. España: Espaxis.
- Lorenzatto, René.(1997). Autoconcepto en varones adultos heterosexuales y homosexuales a través de la escala de autoconcepto de Tennessee. (Tesis Licenciatura Universidad Salesiana).
- Martínez Gaenza, Verónica; y Saucedo García, Odilia. (2007). El autoconcepto en niños preescolares y su relación con el divorcio de sus padres. (Tesis Licenciatura Universidad Salesiana).
- Martínez, L. (2003). Autoconocimiento y comunicación humana. México: Universidad Iberoamericana.
- Mendels, J. (1972). La depresión. Barcelona: Herder.
- Muuss, R.E. (1994). Teorías de la adolescencia. México: Paidós Studio.
- Myers, D. (2004). Exploraciones de la psicología social. Madrid: Mc Graw Hill.
- Navarro, R.(1990). Psicoterapia antidepresiva. Humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir. México. Trillas.

- Ocampo, M. (1998). El concepto de naturaleza en santo tomas de Aquino. México: Biblioteca de filosofía.
- Ocampo, M. (2001). Algunas precisiones sobre el concepto de naturaleza en santo tomas de Aquino. México: Universidad.
- Oñate, M. (1989). El autoconcepto. Formación, medida e implicación en la personalidad. Madrid: Narcea.
- Powell, M. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de cultura económica.
- Philip, R. (1997). Desarrollo humano. México: Prentice- hall hispano americano.
- Quintanilla, B. (2003). Personalidad madura. Temperamento y carácter. México: Publicaciones cruz.
- Rodríguez Islas, F. (1994). Estudio comparativo en el autoconcepto de un grupo de varones adultos heterosexuales y un grupo de varones adultos homosexuales a través del test de la figura humana de Karen Machover. (Tesis Licenciatura Universidad Salesiana).
- Rojtenberg, S. (2006). Depresión: Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Rudomín, P. (2004). El concepto de realidad. México: El colegio nacional.
- Ruiloba, V. (1991). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. México: Salvat.
- Sanz, M. (1998). Inteligencia y personalidad en las interfases educativas. España: Desclee de brouwer.
- Serra, C y A. Mendoza. (2004). Programa de Material didactico escala de Autoconcepto de Tennessee. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Sureda, I. (2001). Como mejorar el autoconcepto. Madrid: Editorial CCS.

- Torres, C. (2006). Conócete, guía de orientación educativa 1. México: Edebé.
- www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm.
- <http://personal.telefonica.terra.es/web/ph/Autoconcepto.htm>.