

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO Y SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UNA SECUNDARIA DEL
DISTRITO FEDERAL

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PATRICIA RAMÍREZ ORNELAS
MARIBEL RIOS LÓPEZ

JURADO DEL EXAMEN
TUTOR: LIC. MARIO MANUEL AYALA GÓMEZ
COMITÉ: LIC. JOSÉ ALBERTO MANRIQUE URRUTIA
MTRO. JORGE ARTURO MONROY ROMERO
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
DRA. GABRIELA SALDÍVAR HERNÁNDEZ



SEPTIEMBRE 2013



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

Agradecemos el apoyo brindado por el proyecto de investigación titulado “SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN. Número de proyecto 87708. Fondo sectorial- CONACYT- Secretaria de Salud.

Índice

Resumen.....	1
Palabras clave: violencia, noviazgo, depresión.....	1
Introducción	2
ADOLESCENCIA Y NOVIAZGO.....	4
Adolescencia	4
Cambios biológicos	5
Cambios cognitivos	9
Cambios sociales	11
Cambios psicológicos	13
Noviazgo	16
Definición.....	16
Breve historia del noviazgo.....	17
Noviazgo en adolescentes.....	18
La elección de la pareja	19
Amigovios y free	23
Noviazgos en la escuela.....	24
Tipos de noviazgo	26
VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN LA ADOLESCENCIA	27
Definición de Violencia.....	27
Definición de Violencia en el Noviazgo.	27
Antecedentes.....	30
Tipos de violencia en el noviazgo	30
Violencia en el noviazgo de los adolescentes	32
Factores de riesgo.....	33
Factores socioculturales	34
Factores individuales.....	37
Consecuencias	48
Estadísticas Internacionales.....	49
Estadísticas Nacionales.....	51
OTRAS TEORÍAS EXPLICATIVAS	52
Teoría del aprendizaje social	52

Teoría del apego.....	55
Teoría feminista	59
Violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva	61
Teorías psicodinámicas	62
Teorías cognitivas y conductuales	63
La teoría cognitiva de la depresión de Beck	63
La teoría de indefensión aprendida	63
Teoría del reforzamiento.....	63
La teoría psicosocial	63
DEPRESIÓN	64
Antecedentes de la depresión.....	64
Definición	66
Síntomas.....	69
Clasificación por categoría de la depresión	70
Depresión y adolescencia	72
Sintomatología.....	73
Factores de riesgo.....	77
Factores biológicos	77
Factores psicosociales.....	78
Consecuencias	85
Estadísticas Internacionales.....	88
Estadísticas Nacionales.....	89
METODOLOGÍA.....	91
Objetivo general	91
Objetivos específicos.....	91
Hipótesis conceptuales	91
Definición conceptual de las variables	91
Variables atributivas.....	91
Definición Operacional de las variables	92
Tipo de estudio	92
Población	92
Muestra	93

Escenario	93
Instrumento.....	93
Resultados	96
I.- Datos sociodemográficos	96
Escala sobre exploración de las relaciones de noviazgo	96
Escala de Violencia en el noviazgo CADRI	96
Fiabilidad de las escalas de violencia en el noviazgo de los sujetos que ejercen y son víctimas con sus respectivas dimensiones.	96
Adolescentes que ejercieron violencia.....	97
Adolescentes que sufrieron violencia en sus noviazgos.....	98
Análisis de los factores de violencia en el noviazgo.....	99
Escala de Sintomatología depresiva CES-D.....	100
Fiabilidad de la Escala CES-D con sus respectivas dimensiones.....	100
Correlaciones entre la Escala CES-D y la Escala <i>CADRI</i>	101
Discusión	103
Conclusiones.....	108
Referencias.....	112
Anexo 1.....	134
Anexo 2.....	142
Anexo 3.....	144
Anexo 4.....	145
Anexo 5.....	146
Anexo 6.....	148
Anexo 7	150
Anexo 8.....	151
Anexo 9.....	152
Anexo 10.....	153

Resumen

La violencia en el noviazgo es un importante problema en las relaciones de pareja entre los adolescentes, a pesar de ello, este tipo de violencia ha sido menos estudiada que la violencia marital, considerándose según estudios recientes como un fenómeno más frecuente. Existen múltiples factores asociados a la violencia en el noviazgo en adolescentes entre ellos se encuentran los trastornos del estado del ánimo como lo es la depresión. Las manifestaciones depresivas son de suma importancia en el ámbito de la salud mental, porque tienen una gran cantidad de consecuencias tanto personales como sociales, que abarcan implicaciones inmediatas, como a lo largo del desarrollo del adolescente y en etapas posteriores afectando de manera negativa el funcionamiento del individuo, sus habilidades sociales, su desempeño académico, su calidad de la vida, convirtiéndolos de esta manera en blanco fácil de abusos en sus relaciones interpersonales como lo es en el caso de la violencia en el noviazgo. Esta investigación es parte del proyecto “Salud mental y violencia en el noviazgo en adolescentes: Evaluación de un programa de prevención e intervención” realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con el subsidio de CONACYT.

Se llevó a cabo la aplicación de un instrumento, de manera autoadministrada, voluntaria y anónima en las instalaciones de una secundaria del Distrito Federal para ambos turnos. La muestra se constituyó por 870 alumnos de los cuales el 49% fueron hombres y el 51% mujeres con una media de edad de 13.7. Las escalas utilizadas para la evaluación fueron: CADRI y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D. Los resultados de la Escala CADRI sugieren que el 54.8% de los encuestados han ejercido violencia en el noviazgo en los últimos meses, mientras que el 55.2% la han sufrido. Los resultados de la escala CES-D muestran que el 14.5% de la muestra presentan un posible caso de depresión siendo el grupo de las mujeres quienes presentan más sintomatología depresiva. Se encontró una correlación positiva tanto en los adolescentes que ejercen como en los que sufren violencia en el noviazgo con la sintomatología depresiva.

Palabras clave: violencia, noviazgo, depresión

Introducción

La violencia es considerada como un problema de salud pública debido al gran número de consecuencias negativas que provoca tanto en el individuo como en su entorno y es durante la juventud cuando se comienzan a visualizar las causas estructurales de la violencia. La violencia se puede presentar de muchas formas y en muchos ambientes, como en el ámbito doméstico, laboral, social o incluso en el noviazgo. La mayoría de los casos de violencia de pareja comienza en la adolescencia y juventud, durante la etapa de noviazgo, debido a que en ella existen diferentes procesos que favorecen el desarrollo de ésta.

La mayoría de los autores coinciden en que la violencia en el noviazgo se manifiesta a través de la violencia física, psicológica y sexual. Sin embargo estas manifestaciones no suelen darse en forma independiente, sino que están interrelacionadas (Stets, 1990; y Koss, 1991).

Existen factores de riesgo tanto individuales como culturales, que intervienen en el desarrollo del fenómeno de la violencia en el noviazgo, estudiarlos nos permite tener un panorama más amplio sobre cuáles pueden ser las variables que al relacionarse entre sí, pueden tener como resultado la aparición de conductas violentas y por ende, la experimentación de consecuencias adversas, que de igual manera, tienen repercusiones a nivel individual y social.

Uno de los factores que con mayor frecuencia se asocia a éste fenómeno es la presencia de sintomatología depresiva en el adolescente (De la Peña, Ulloa, y Paez, 1999; Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2006). En este sentido diversos estudios han comprobado que existe una relación positiva entre presentar sintomatología depresiva y permanecer en una relación violenta tanto en víctima como en agresores (Hyman, 1999; Foshee et al., 2004 y Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2006).

Con esta investigación se pretende saber si en adolescentes mexicanos que ejercen y/o sufren violencia en el noviazgo se presenta sintomatología depresiva y de esta manera poder tener una base para crear programas de prevención e

intervención que permitan disminuir la presencia de estas problemáticas, así como de sus consecuencias.

Con el fin de cumplir este objetivo en el Apartado 1 se revisa el tema de la adolescencia y noviazgo en cual se crea un marco de referencia para conocer las características de la etapa de adolescencia y de los noviazgos que surgen durante esta.

En el apartado 2 se hace una revisión teórica sobre lo que es la violencia en el noviazgo, sus factores de riesgo y sus consecuencias, lo que permite una mejor comprensión del tema.

En el apartado 3 se desarrolla el tema de la depresión, los síntomas, factores de riesgo y sus consecuencias.

En el apartado 4 se describe la metodología de la investigación seguida en el estudio y por último se presentan los resultados y las conclusiones generadas.

ADOLESCENCIA Y NOVIAZGO

Adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el fin de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. En ella, el adolescente pasa por grandes cambios biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales (Casullo, y Castro, 2002; Craig, y Baucum, 2001; Deval, 1998; 2004; Hill, 1993; Monroy, 2002).

La palabra adolescente proviene del latín: *adolescere* que significa crecer o desarrollarse a la madurez (Muss, 1978)

El término adolescencia comienza a utilizarse a finales del siglo XVIII antes solo se hablaba de niños y adultos. Posteriormente, con la evolución de la institución escolar y la prohibición de la explotación laboral infantil que se comienza a hablar de la juventud y se le presta atención a las transformaciones de la adolescencia y la pubertad (Krauskopr, 2007).

En la adolescencia comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Es una etapa de la vida en sí misma (como la niñez o la edad adulta), y no como un período de transición de un estado a otro. El concepto adolescencia es un además de comprender lo biológico depende también de factores socio-culturales (Instituto de Ciencias Médicas, 1987; Peláez, 1996 y López, Flores y Roche 1996).

La adolescencia es un periodo de la vida donde se parecía la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles. Es un estadio del desarrollo humano, producto de circunstancias histórico-sociales (Krauskopr, 2007).

Durante mucho tiempo se consideró que esta etapa era una fase universal de inestabilidad y agitación del ser humano que precedía al ingreso de la edad adulta. Se percibía como algo casi patológico y se esperaba que los jóvenes mostraran manifestaciones de desajuste, considerando a la adolescencia como un síndrome (Krauskopr, 2007).

La OMS (en Krauskopr, 2007) considera que la adolescencia es el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta llegar a la madurez sexual.

En esta etapa los individuos además de alcanza su madurez sexual, toman una nueva dirección en su desarrollo y apoyándose en sus recursos psicológicos y sociales (que obtuvieron en su crecimiento previo), asumen para si las funciones que les permiten elaborar su identidad y así plantearse su propio proyecto de vida (Krauskopr, 2007).

Cambios biológicos

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto tanto en los púberes como en los adultos cercanos (Peláez, 1996 y López, Flores y Roche 1996).

Por lo tanto se puede decir que en la pubertad se maduran las funciones reproductoras, culminando el desarrollo sexual (iniciado desde el nacimiento del individuo), se llega a la capacitación individual, a nivel biológico (Krauskopr, 2007).

Con la pubertad vienen cambios físicos que incluyen el crecimiento, el cambio en la forma y el desarrollo de órganos sexuales, cambios que hacen que se reedite constantemente la imagen corporal, lo que influye en el concepto de sí mismo y en la manera en la que se desenvuelve con los demás. En esta etapa se vive la búsqueda y resolución de la identidad, tomando relevancia la identidad sexual, las necesidades y vivencias; se consolidan algunos roles sociales que se aprendieron desde la niñez y las relaciones con la familia y amigos se modifican, mientras las habilidades cognitivas le permiten una nueva visión del mundo y de sí mismo (Suarez, 2009)

Bastiani, Graber y Brooks (en Adams G. y Beronsky M., 2003) la pubertad es un proceso continuo de desarrollo que incluye una serie de cambios hormonales y físicos conectados entre sí, que resultan en una apariencia adulta y en la capacidad de reproducción del ser humano.

La adolescencia es una etapa de grandes cambios, semejantes en velocidad y transformación a los del primer año de vida, pero con la diferencia de que los

adolescentes si están conscientes de ellos, causándoles fascinación, horror y emoción (Stassen, 2007).

Existe una gran autoconsciencia de estos en los adolescentes, que hace que el desarrollo biosocial adquiera mucha importancia, desencadenando reacciones difíciles de comprender, incluyendo cambios en los cuerpos y conductas (Stassen, 2007).

La adolescencia es un periodo de crecimiento físico rápido, de maduración sexual, en el se definen el tamaño, proporción y potencia sexual que tendrá en la adultez, cambios desencadenados por una gran cantidad de hormonas (Stassen, 2007).

La edad de inicio de la adolescencia es variable, esto depende de factores como el sexo, la genética y hasta el peso y estrés. La edad de inicio suele ser en las mujeres entre 10 y 14 años y en varones entre 10 y los 16 años.

La edad de comienzo de la adolescencia varia, pero la secuencia de cambios suele ser similar (Malina, et. al., 2004 en Stassen, 2007).

Según Stassen (2007) los principales cambios son:

- En mujeres: aumento de producción de estrógenos y progesterona en los ovarios. el útero y la vagina crecen. crecimiento de las mamas, vello púbico, aumento de peso, estirón puberal, ensanchamiento de caderas, primera menstruación, primera ovulación, un tono más bajo en la voz.

En los hombres: aumenta la producción de la testosterona, crecimiento de los testículos y del escroto, desarrollo de vello púbico crecimiento del pene, primer eyaculación de líquido seminal, crecimiento de la barba, transformación de la voz, (Biro et al., 2001, Herman et. al., 2001 en Stassen, 2007).

A la primera ovulación y a la primera liberación de esperma se les denomina menarquía y espermarquía respectivamente, términos que significan la primera liberación de gametos (Stassen, 2007).

En la mayoría de los casos el crecimiento corporal y la maduración se completan luego de tres o cuatro años de que aparecen los primeros signos (Stassen, 2007).

Además de los cambios mencionados existe una aceleración y posteriormente una desaceleración del crecimiento en el esqueleto, un incremento en la grasa corporal

se desarrollan los sistemas circulatorio y respiratorio obteniendo mayor fuerza y resistencia (Marshall y Tanner, 1942 en Adams G. y Beronsky M., 2003).

Correlatos psicológicos de los cambios hormonales / Las hormonas

Los cambios en la producción de hormonas no son visibles, pero modifican gran parte de la vida de los adolescentes, tanto físicamente como conductualmente (Stassen, 2007).

Durante mucho tiempo no se sabía que existían las hormonas, actualmente, a pesar de que se sabe de ellas, aún hay mucho que falta por aprender. Se sabe que afectan el encéfalo y el cuerpo y que existe una elevación no evidente antes de que los signos visibles de la pubertad aparezcan (Reiter y Lee, 2001 en Stassen, 2007).

Una hormona es una sustancia química orgánica producida por glándulas y es transportada vía sanguínea a otros tejidos donde afectan funciones fisiológicas como el crecimiento o el metabolismo. (Stassen, 2007).

La producción de muchas hormonas está regulada en el hipotálamo, el cual manda una señal bioquímica a la hipófisis, quien a su vez le manda una señal a las glándulas suprarrenales, que producen más hormonas. En la adolescencia la hipófisis activa también a las gónadas o glándulas sexuales (Stassen, 2007).

El aumento de la tasa de producción hormona es específico en cada sexo. La hormona GnRH (hormona liberadora de gonadotrofinas) provoca aumento de la producción de hormonas sexuales, el estradiol en las mujeres y la testosterona en los hombres. (Stassen, 2007).

Durante esta etapa, aumentan el conflicto, el mal humor y los impulsos sexuales (Arnett, 1999 en Stassen, 2007), y esto está íntimamente relacionado con las hormonas. Algunas hormonas con ciertas conductas (Susman, 1997, Savin y Diamond, 2004) pero estas no son la única razón, hay que recordar que también existe un contexto psicosocial que influye en el impacto de estas (Walker, 2002 en Stassen, 2007).

Los efectos hormonales también se aprecian en adultos, pero con menor dramatismo. En la adolescencia los efectos hormonales son más erráticos y

poderosos; para los adolescentes es algo nuevo y les es difícil controlarlos. (Susman y Rogol, 2004 en Stassen, 2007), por la inmadurez cerebral y porque el aumento hormonal no es constante, que les dan arrebatos emocionales seguidos de calma (Cameron. 2004 en Stassen, 2007).

Estudios como los de Brooks (en Adams G. y Beronsky M. 2003) apoyan la teoría de que el incremento en el nivel hormonal favorece la aparición de efecto negativo y malestar en esta etapa. Por ejemplo la relación entre la hormona folículo estimulante con la vivencia de tristeza; el incremento de la hormona leutizante con angustia en el caso de niñas.

Cambios en los ritmos corporales.

En la adolescencia también se cambian los ritmos del cuerpo por las hormonas (Nelson, et. al., 2002 en (Stassen, 2007)). Por ejemplo las concentraciones de la enzima monoaminooxidasa (MAO) tiende ser baja en los varones adolescentes, siendo que esta hace que las personas sean más cuidadosas, lo cual puede propiciar que se expongan con mayor facilidad a conductas de riesgo (Nell, 2002 en Stassen, 2007).

Además, en esta etapa se alteran los ritmos circadianos y diurnos (respuesta de día y de la noche), donde sus patrones de sueño y vigilia son diferentes a los de otros miembros de la familia, sucede un retraso de fase en el sueño, permaneciendo despiertos durante la noche y semidormidos en el día. Normalmente duermen poco, lo que empeora con la televisión, videojuegos e internet (Stassen, 2007).

La privación de sueño se relaciona con diversas dificultades. por ejemplo, una persona se ve privada de sueños disminuye su bienestar y puede afectar sus notas, como lo encontraron Fredriksen, et. al., (2004 en Stassen, 2007) al estudiar niñas que se vieron privadas del sueño. O por ejemplo es más probable que los adolescentes al conducir se queden dormidos, ya que como ya se explicó tienen patrones de sueño alterados. Además los adolescentes privados del sueño presentan mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo como

depresión o ansiedad que en otros grupos de edad (Carskadon, 2002; Fredriksen, et. al. 2004 y Roberts, et. al. 2002 en Stassen, 2007).

Pese a ello, se siguen aplicando horarios escolares establecidos hace un siglo cuando no se conocía el efecto de la pubertad en la falta del sueño (Stassen, 2007).

Cambios cognitivos

Piaget fue el primero en señalar que se debe esperar un cambio cualitativo en la naturaleza de la capacidad mental en la adolescencia (Coleman y Hendry, 2003; Dávila, 2004). Antes de ahondar en el tema, es importante distinguir entre la cognición y el desarrollo cognoscitivo. La cognición es la actividad de conocer y abarca los procesos mediante los cuales se adquiere dicho conocimiento; mientras que el desarrollo cognoscitivo son todas las modificaciones que ocurren en las actividades mentales como la atención, la percepción, el aprendizaje, el pensamiento y la memoria (Hill, 1993; Shaffer, 2007).

En esta etapa se presenta un pensamiento abstracto así como el uso de las meta cogniciones. Según Piaget (Dávila, 2004; Shaffer, 2007) la cognición se obtiene perfeccionando y transformando las estructuras mentales o esquemas. Los esquemas son sistemas mentales inobservables en los que se funda la inteligencia. Son un patrón de pensamiento y de la acción que sirven como base de conocimientos para interpretar el mundo. Es a través de dos procesos intelectuales que se pueden modificar estos esquemas: la organización y adaptación.

La organización es el proceso mediante el cual los niños combinan sus esquemas intelectuales existentes convirtiéndolos en otros más complejos y tiene por objeto facilitar la adaptación, proceso que consiste en ajustarse a las exigencias del ambiente a través de actividades complementarias: asimilación y acomodación (Shaffer, 2007).

La asimilación es el proceso por el cual los niños tratan de interpretar las experiencias nuevas partiendo de sus modelos del mundo, es decir, de los esquemas que ya tienen. La acomodación es el proceso de acomodar las

estructuras para explicar otro tipo de experiencias, experiencias nuevas. (Shaffer, 2007). Y según Shaffer (2007) Piaget considera que la asimilación y acomodación se combinan para impulsar el desarrollo cognoscitivo.

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo e intelectual, la adolescencia se caracteriza por que la estructura del pensamiento se modifica, ya que surge el razonamiento lógico y científico; de igual manera obtienen mayor relevancia los procesos identitarios individuales, colectivos y societales; los cuales intervienen en la comprensión de sí mismo, de las relaciones interpersonales, de las instituciones y costumbres sociales; donde el razonamiento social de adolescente se vincula con el conocimiento del yo y de los otros, con la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y la aceptación o negación de los principios del orden social y del desarrollo moral y valórico de los adolescentes (Garay, Díaz-Loving, et al., 2008; Moreno y del Barrio, 2000).

En resumen, Piaget, en su teoría del desarrollo cognitivo, propone que es el resultado combinado de las influencias del entorno, la maduración del cerebro y del sistema nervioso. El pensamiento del adolescente avanza de cuatro maneras (Coleman y Hendry, 2003):

- 1) Las habilidades cognitivas básicas continúan desarrollándose
- 2) Emerge la lógica
- 3) El pensamiento intuitivo se agiliza y se hace más preciso.
- 4) La atención selectiva se despliega con mayor habilidad.

Los adolescentes están en condiciones de aprender, conectar y refutar ideas mucho más rápido que los niños. También aumenta la memoria, no sólo implícita sino también la memoria explícita además de que mejora el dominio del lenguaje (Coleman y Hendry, 2003; Deval, 1998).

Así, durante la adolescencia el individuo va logrando una mayor efectividad para tratar con su medio ambiente experimentando su habilidad para interpretarlo. El aprendizaje y la actividad previos empiezan a ser reorganizados en nuevos conceptos y a ser relacionados con los nuevos aprendizajes. En este tiempo, el desarrollo intelectual del individuo se relaciona más íntimamente con sus planes y

sus metas educativas y vocaciones futuras (Coleman y Hendry, 2003; Monroy, 2002).

En los adolescentes, la posibilidad adquiere una vida propia mediante el pensamiento hipotético; la habilidad de un adolescente para ignorar lo real y pensar sobre lo posible, reflexionando acerca de un tema importante y criticando cómo son las cosas, justamente porque puede imaginar cómo podrían ser, como serían y cómo deberían ser (Deval, 1998; Díaz-Aguado, 2003; Monroy, 2002; Shaffer, 2007). Así es como en la adolescencia se comienza a utilizar menos el razonamiento inductivo y más el razonamiento deductivo.

Gracias al pensamiento hipotético y al razonamiento deductivo, los adolescentes pueden pensar en forma cada vez más flexible y tienen más recursos para hacerlo (Deval, 1998).

Algunos investigadores destacan la importancia de las relaciones humanas y los contextos culturales en el progreso del adolescente hacia el pensamiento operacional formal (Dávila, 2004).

Cambios sociales

El proceso de socialización empieza muy temprano en la niñez cuando el niño aprende a conformarse a ciertas normas estructuradas por el grupo social familiar al que pertenece. Al continuar su desarrollo también aprende a conformarse a otras normas de grupo, a las reglas generales y a las regulaciones de la sociedad. Aprende a comunicarse con los otros y la importancia de la cooperación con otros para lograr las diferentes metas. Sus acciones se dirigen hacia los patrones de conducta que le ganarán la aprobación social y aprende a evitar situaciones que puedan ser desaprobadas socialmente (Shaffer, 2007).

El adolescente siente la necesidad de librarse lo más posible de las ligas familiares y a asociarse con individuos o grupos de su misma edad, y durante esta etapa, generalmente con miembros de su mismo sexo (Coleman y Hendry, 2003).

Al entrar a la adolescencia, estos amigos desempeñan un papel de gran importancia en la formación de sus patrones de conducta social y en sus actitudes sociales (UNICEF, 2000).

La importancia del desarrollo social durante la adolescencia se ve reforzada por el hecho de que muchos de los problemas que enfrenta el adolescente son sociales. El joven debe aprender a ajustarse a las normas sociales de su cultura, a enfrentarse a nuevas situaciones que son mucho más complejas que aquellas a las que se vio involucrado en su niñez (UNICEF, 2000).

Por otra parte, para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía, a medida que los individuos se independizan de su familia, necesitan más de los amigos para obtener apoyo emocional y probar nuevos valores, son sobre todo los amigos íntimos los que favorecen la formación de la identidad (Shaffer, 2007).

Durante ésta etapa del desarrollo, aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros, el adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar cambios físicos, psicológicos y sociales de esta etapa. Las redes de compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades sociales, la igualdad recíproca que caracteriza las relaciones en ésta etapa favorece el aprendizaje de respuestas positivas a la crisis que sufre el adolescente. Los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros de su edad los tipos de conductas y roles que serán recompensadas por la sociedad y así es como van adquiriendo valores adicionales a los transmitidos por el primer grupo de socialización que es la familia. (Erikson, 2004; Mead, 1995; UNICEF, 2000).

La comparación social tiene gran importancia durante la adolescencia; los adolescentes mantienen contacto con grupos de compañeros con gustos y formas de pensar distintas, después el adolescente necesita estar solo algunas veces para interpretar los mensajes que recibe de estos grupos, consolidar su identidad y desarrollar un sentido seguro de sí mismo para así integrarse al grupo con el que más se sienta identificado y que le de pertenencia (Monroy, 2002).

La mayoría de los adolescentes suele tener uno o dos mejores amigos y también varios buenos amigos. Así, el adolescente elige a sus amigos basándose en intereses y actividades comunes, y en su decisión influyen la igualdad, el compromiso y la lealtad. Conforme los amigos se vuelven más íntimos, el adolescente tiende a acudir más a ellos que a sus padres en busca de consejos,

no obstante, sigue recurriendo a sus padres para que los orienten en cuestiones de educación, finanzas y planes profesionales (Coleman y Hendry, 2003).

Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia van de la mano de los cambios que se experimentan físicamente, conduciéndolos a establecer una nueva percepción de su propia persona y del mundo, esto se debe a que simultáneamente se integran aspectos emocionales, la sexualidad, cambios en el pensamiento y procesamiento de información, exposición al riesgo, etc. (Monroy, 2002). Estos cambios se producen como una necesidad de buscar experiencias diferentes que lleven al encuentro de la propia identidad, la independencia de los padres y el desarrollo de un sistema de valores, así como la construcción de las relaciones interpersonales (Craig y Baucum, 2001).

En este camino hacia la madurez psicológica o emocional el adolescente suele enfrentar este paso como un reto que en ocasiones resulta ser más brusco que el cambio físico, pues deberá adaptarse y entender las nuevas formas de relación y comportamiento que se plantean de manera particular, conectando su historia personal con el futuro (Rodríguez, de Azúa, Goñi, 2004).

El adolescente necesita su propio espacio. Por ello muchas veces se aísla en su habitación y se enfada cuando otros miembros de la familia pretenden “invadir su espacio”. También deja de contar muchas cosas sobre su vida a los padres y ante cualquier pregunta se siente invadido. Por ello es que éste aislamiento y necesidad de independencia y autonomía se vuelve una característica de los adolescentes.

En esta etapa los adolescentes se empiezan a preocupar en mayor medida por la opinión de los demás, fundamentalmente los amigos. Durante la infancia es importante confiar en otras personas sobre todo en los padres; pero durante la adolescencia se debe aprender a confiar en uno mismo. Además, se produce un paso de la confianza que tenían en los padres a tenerla en los amigos (Horrocks, 1984). Al compartir sus pensamientos y sentimientos con un amigo, el adolescente va explorando su propia identidad.

Para lograr esta independencia afectiva el adolescente debe “romper” con los padres, “atacar” a los adultos y refugiarse en el grupo de iguales. En esta “ruptura” con sus padres, se debe convencer a sí mismo de que no los necesita, para lo cual tiende a criticar las conductas de sus padres, a devaluar sus preocupaciones, a menoscarlos comparándolos con los de otros compañeros y fundamentalmente a rebelarse contra ellos y su dominio. No obstante, todo ello le genera culpa y angustia, que se entremezcla con su afán de independencia (Dávila, 2004).

En la adolescencia llegan a producirse cambios de actitud y de ideología tan extremos que a veces son difícilmente entendibles, ya que necesitan desprenderse de todo lo que le pueda señalar como niño o identificar con el adulto: manera de vestir, gusto (Horrocks, 1984).

Mientras el adolescente se refugia en su grupo de amigos, encuentra seguridad y una rivalidad equilibrada. El grupo pasa a convertirse en su guía ética. Esto le permite completar el proceso de socialización y a la vez acercarse al otro sexo. Suele ser también en la propia cuadrilla donde el adolescente descubre “su otro yo”, ese amigo inseparable que le ayudara a encontrar su propia identidad (Coleman y Hendry, 2003; Shaffer, 2007). Por ello es importante dejar que los adolescentes tomen sus propias decisiones, estimulando la confianza en sí mismo; aunque también habrá que actuar con firmeza y autoridad cuando llegue el momento de marcar el límite requerido (Deval, 1998; UNICEF, 2000).

Cambios de humor, es fácil entender que los cambios del estado de ánimo y las reiteradas manifestaciones de mal humor son una característica fundamental en la adolescencia, pueden pasar de la felicidad absoluta a una intensa tristeza; de sentirse inteligentes a sentirse estúpidos en pocos segundos. Tienen la sensibilidad a flor de piel y cualquier pequeño comentario lo pueden vivir de manera desproporcionada, dejando estupefactos a los padres que no esperaban esa reacción desmedida (Casullo, y Castro, 2002; Craig, y Baucum, 2001).

Fácilmente se sienten solos, diferentes e incomprensidos, buscan encerrarse en sí mismos y aparecen sentimientos de soledad y aislamiento. Muchas veces aparece angustia por los intensos y acelerados cambios físicos y biológicos (Deval, 1998;

2004; Hill, 1993; Monroy, 2002).

Los adolescentes, a pesar de todo y aunque pueda parecer lo contrario, quieren estar acompañados por adultos referentes, necesitarán unos padres presentes que les entiendan y una sociedad que sepa guiarles. Por tanto, será labor de todos nosotros intentar entender un poco qué ocurre en esta etapa tan compleja (Monroy, 2002).

Por último, es normal en esta etapa sentir intranquilidad por el interés hacia la sexualidad. Se empieza a pensar en la posibilidad de tener pareja y de vivir el enamoramiento; surgen las sensaciones e impulsos sexuales. Por todo ello, es normal tener fantasías relacionadas con la actividad sexual o practicar la masturbación (Casullo, y Castro, 2002; Rodríguez, de Azúa, y Goñi, 2004).

Así, existen metas que se buscan cumplir en la etapa de la adolescencia, estas metas varían y están en función del medio social, de acuerdo con la OMS las más comunes son las siguientes:

1. Aceptación de la propia estructura física y del rol de género masculino o femenino que le corresponda.
2. Establecimiento de relaciones equitativas y solidarias con individuos de su edad, de uno u otro sexo.
3. Búsqueda de independencia emocional, tanto de los padres como de otros adultos.
4. Logro de mayor seguridad e independencia económica.
5. Elección de una ocupación, y el adiestramiento, o capacitación, para desempeñarla.
6. Desarrollo de una serie de aptitudes y conceptos intelectuales para el desarrollo de actividades.
7. Deseo y obtención de conductas socialmente responsables.
8. Preparación para la vida en pareja y la vida social.
9. Reorganización de la propia escala de valores.

Por lo anterior es importante que en esta etapa se les apoye a los adolescentes brindándoles las herramientas que les permitan desarrollarse plenamente de una manera saludable (FISAC, 2006).

Noviazgo

La etapa de noviazgo se caracteriza por el galanteo. En ciertos casos en esta se selecciona al futuro conyugue. Es una etapa de exploración y preparación según normas (que pueden ser morales, religiosas o sociales). Los jóvenes tienen expectativas para encontrar a su pareja, aunque no se suele buscar información de lo que representa la elección de pareja. Lo que puede llevar a una actitud idealista y subjetiva y no a una actitud emocional madura, aunque se presupone que el noviazgo es un proceso por el cual se pasa para un mutuo conocimiento real (Sánchez, 1975, en Hernández, 2000).

En esta etapa es posible conocer si existe afinidad, además se tiene la posibilidad de negociar. Sin embargo, es importante recordar que los noviazgos llevan implícitos la posibilidad de romper con tal relación, si alguna de las partes o ambas partes así lo desean, concluyendo con la relación si está no resulta funcional o sana para ambos (Mata, 2000).

Para Rodríguez y de Keijzer, (2002 pág. 42) el noviazgo es “una relación social explícitamente acordada entre dos personas para acompañarse en las actividades recreativas y sociales, y en la cual se expresan sentimientos amorosos y emocionales a través de la palabra y los contactos corporales”.

Por otro lado para Jones (2010, pág. 341) “el noviazgo implica un compromiso afectivo con la pareja (quererla y/o estar enamorado de ella) y un pacto tácito o presunción de monogamia, exclusividad sexual y fidelidad mutua.”

Definición

El noviazgo se define como una relación romántica estable en la que no existe un vínculo legal ni se cohabita; siendo contexto en el cual se socializa y se aprenden roles (Tlaxcala, 2006).

Es un ritual en que dos personas (generalmente del sexo opuesto) experimentan sentimientos amorosos y es una oportunidad para aprender a reconocer intereses y deseos individuales; en este proceso los jóvenes ensayan su identidad sexual y sus roles futuros (Gutiérrez, 2005 en Tlaxcala, 2006).

Para Diosdado, Argüello y Flores, 2001 el noviazgo es un periodo establecido culturalmente para que los integrantes logren conocerse más profundamente y así darse cuenta si se quieren, si están dispuestos y son capaces de vivir juntos, compartiendo alegrías y problemas en una vida en común.

Las relaciones de noviazgo pueden ser algo muy común y natural para la condición humana, además de tener una gran importancia en el desarrollo humano. Sin embargo, la definición de noviazgo puede ser ambigua; parece complicado hacer una definición universal, a pesar de ser una situación común para la mayoría de las personas. Según la real academia de la lengua: el Noviazgo es la condición o estado de novio.

Breve historia del noviazgo

El noviazgo es un fenómeno relativamente reciente. A lo largo de casi toda la historia, los matrimonios fueron negociados por las familias, comúnmente por razones políticas o económicas. Se pensaba que las relaciones románticas extramaritales eran resultado de una atracción poco práctica, una corrupción de la virtud o incluso, una enfermedad mental. El noviazgo como lo entendemos por lo general surgió a finales de los años 1920 y principalmente en Estados Unidos y partes de Europa. (King, 2009).

A principios de los años 1900, los hombres y las mujeres se conocían mediante “visitas”. Si un hombre estaba interesado en una mujer, “visitaba” su casa. Se presentaba con sus padres pero no con la mujer. Entonces los padres, si lo aprobaban, comunicaban su nombre a la mujer y ella decidía si deseaba o no conocer al visitante. Una mujer podía recibir “visitas” de varios hombres, ya que la “visita” no era una relación formal y normalmente suponía conversar con el hombre en la casa de la mujer y bajo supervisión. Si una mujer se negaba repetidamente a conocer al “visitante”, el hombre entendía que debía dejar de visitarla. Si una mujer decidía aceptar únicamente a un “visitante”, la relación había pasado a otro nivel. La pareja seguiría encontrándose en casa bajo supervisión, pero se consideraría que ambos se “acompañaban”. Como en principio una mujer debía estar “acompañada” de un solo hombre, se consideraba

que la relación era más formal, más seria y que avanzaba hacia el matrimonio (Harris, 2000).

Este acercamiento incluía a la familia, tenía lugar en casa, se enfocaba en la conversación y colocaba la decisión en manos de la mujer. Estas características cambiaron a finales de los años 1920 y a principios de los 1930 principalmente debido al automóvil y fue cuando surgió el noviazgo actual, en donde un hombre iba por la mujer a su casa y la llevaba al cine, a patinar, a bailar o a cualquier otro lugar donde decidieran ir (River y Hall, 2007).

Noviazgo en adolescentes

Los primeros noviazgos suelen darse durante la adolescencia (Maldonado, 2005). Es la época del “primer amor” en torno al cual existe una paradoja: se le atribuye gran valor sentimental, pero también es considerado como un elemento disruptivo que puede alterar en forma dramática las opciones de vida de los adolescentes y de las adolescentes (Larson et al., 1999). Es importante mencionar que son las primeras relaciones amorosas de los adolescentes es donde van a formarse sus ideas iniciales sobre lo que cabe esperar de una relación de pareja y sobre la manera de comportarse en la intimidad, lo que va repercutir en sus vivencias de la etapa adulta (Dion y Dion, 1993; Furman y Flanagan, 1997).

Las relaciones románticas entre adolescentes se pueden definir como una serie de interacciones que ocurren a lo largo del tiempo y que se caracterizan porque: *a)* involucran a dos individuos que reconocen algún tipo de vínculo entre sí, *b)* son voluntarias, *c)* existe algún tipo de atracción basada en la apariencia física, características de personalidad, compatibilidad de intereses o habilidades y *d)* implican manifestaciones de afecto, compañerismo e interacciones de tipo sexual que van desde besarse intensamente hasta tener relaciones sexuales (Barrientos y Silva, 2006). Los noviazgos en la adolescencia no tienen una duración pautada de antemano ni se mantienen durante el mismo tiempo en distintos casos. Aunque su duración es muy variable, el noviazgo supone una expectativa de continuidad de la relación (Jones, 2010).

La elección de la pareja

García (2002) afirma que el termino elegir se refiere a preferir a alguien sobre las demás personas que se conocen. Las razones pueden ser diversas

En la antigüedad las parejas se elegían en base de los recursos económicos, étnicos o el interés político de la familia. En la actualidad, en la mayoría de los casos ya no es así (Garrido et. al. 2008).

Tlaxcala (2006) dice que la elección de pareja es un proceso cuyo primer momento es la búsqueda de una persona que se acerque al ideal que se ha construido a lo largo de su vida; según las características (físicas, psicológicas, sociales, económicas y religiosas) que respondan a sus necesidades.

Para Garrido, Reyes, Torres y Ortega, (2008) esta elección se basa en los gustos, metas, habilidades u objetivos afines o que se complementen para elegir a quien quieren como compañero/a.

Para García (2002) el criterio para que una persona acepte o no a alguien más depende de:

- Sus antecedentes
- Como e ahora al aspirante o compañero actual
- Cuál es la situacional emocional y practica en el momento de la elección
- Cuál es su proyecto de vida

Para Scarano (2005) en esta elección se colocan las expectativas de bienestar y de placer, a través de mecanismos conscientes e inconscientes, esperando que llenen carencias y las dificultades que puedan tener, en ella se proyectan deseos y necesidades. En muchas ocasiones, esto puede provocar fuertes desilusiones y hasta ser una señal de alerta de que la relación puede convertirse en una relación violenta.

Según Melgosa y Melgosa (2006) la elección de pareja ocurre de diversas formas, pero hay un consenso de que viene motivada por los tres factores:

- Similitud: Las personas eligen a su pareja en similitudes de edad, clase social, estudios, raza y religión (Olson y Defrain en Melgosa y Melgosa,2006). Para Melgosa y Melgosa (2006) no tiene que ser

homogeneidad total ya que esta le da un matiz de tedio y las diferencias pueden ayudar a un equilibrio.

- Eliminación o proceso de desgaste: los que buscan un compañero/a utilizan una serie de filtros. Kerckhoff y Davis (1962 en Melgosa y Melgosa, 2006) menciona que estos filtros son cinco:
 - Proximidad
 - Grupo social
 - Atracción física
 - Compatibilidad
 - Compensación

Díaz (en García y Morales, 2002) comenta que en el caso de los mexicanos lo hacen en función de la satisfacción y placer inmediato que está le produzca a cada uno de los integrantes.

Para Rage (2006), la mayoría de individuos comparten ciertas ideas sobre la imagen que tienen sobre una pareja ideal; además tienen ideas definidas sobre lo que buscan, teniendo categorías sobre los que son elegibles y cuando no. Existen diferentes tipos de atractivos, algunos buscan ciertas características físicas, psicológicas, un nivel educativo y social compatible con el suyo y otros se fijan en los valores morales y religiosos. Siendo que, los elementos positivos que sobresalen son: la edad, la educación y la clase social, aunque existen algunos que se miden difícilmente como el carácter, la estabilidad emocional o el sentido del humor.

La teoría de Estimulo- valor-rol de Murstein (en Dwyer, 2000) dice que las personas escogen a su pareja a través de tres pasos:

- 1) Dos personas se sienten mutuamente atraídas, puede ser por el físico o por un flechazo (una impresión inicial imprecisa denominada estimulo)
- 2) Después de la atracción inicial la pareja evalúa los valores mutuos y el cómo se complementan
- 3) Se analizan las funciones o roles que cada uno llevara a cabo en su vida en conjunto.

Salgado (2003) señala que esta elección no es enteramente libre, se condiciona por múltiples factores:

- Autoestima: a veces la deficiencia de esta lleva a buscar personas ideales o amores imposibles ya que la persona no se valora debidamente. La falta de auto aceptación puede llevar a relaciones inmaduras, con sometimiento o distorsión de la personalidad, lo que en vez de facilitar el crecimiento, limita la relación, hace a las personas dependientes, sumidas en el autoengaño, autocastigo y merma el sentido de sí mismo.
- Autoconocimiento; en ocasiones el enamoramiento ciega a uno o ambos integrantes de la pareja y al pasar este descubren que no conocen a su pareja.
- Mapa amoroso: puede existir una mezcla de creencias, ideales y experiencias que pueden ser contrarias entre sí.
- Familia de origen: los hilos que movieron a una persona en la infancia, están entrelazados en las demás etapas. Los roles que aprendieron con la interacción con sus padres derivan consciente o inconscientemente en experiencias.
- Las historias sobre amor y la sexualidad. Para algunos la relación se mantiene sobre el entendido de lo que es el amor, transformándose en lazos más estables de afecto y amistad, pero en otros casos la pareja se debilita, dándose situaciones negativas, que pueden conducir a la indiferencia, malos entendidos y al resentimiento. Lo que puede motivar una separación (Estrella, 2007) o a relaciones no sanas.
- Los ciclos de vida: según el ciclo en el que se esté, es lo que el individuo busca.

Díaz (1998 en Mata, 2000) dice que la mayoría de las personas idealizan a su compañero/a sin percatarse de la importancia que tiene la elección de la pareja y la mayoría de los jóvenes mantienen una relación de noviazgo careciendo de información sobre los objetivos de este.

Mata (2000) comenta que los primeros noviazgos, sean breves o no, pueden influir positiva o negativamente en relaciones futuras.

Otras de las razones que encontraron Vázquez y Castro (2008) sobre porque chicas adolescentes inician sus relaciones de noviazgo fueron: para no sentirse solas (por soledad), porque se sintieron presionadas por las amigas, porque sentían que les convenía aliarse con quien estuviera disponible y accesible y en menor proporción porque sentían que la otra persona las hacía sentirse felices, para olvidar alguien, porque se sentían olvidadas y en "depresión" y a veces porque se sentían desesperadas.

Por otro lado en el caso de los chicos investigaciones realizadas en la universidad de la Habana, indican que los jóvenes comienzan sus relaciones de pareja por presión de los amigos, indicando así que el grado de compromiso con la pareja, así como la intención de la relación (dígase formal o informal) no es clara para los individuos involucrados (Barriera, Jarrosay, Montoya y Soler, 1999).

Es importante mencionar que las relaciones de pareja en la adolescencia suelen ser muy intensas y hasta pasionales como consecuencia de la transformación física y psicológica que experimentan los adolescentes, las emociones se exageran y el sentido idealista que los caracteriza provoca tanto la sensación de estar viviendo el gran amor de su vida, como las decepciones más tormentosas. Sin embargo, la experiencia de relaciones de pareja en esta edad ayuda a los jóvenes en sus primeros ensayos en esta nueva modalidad de relación que además es una experiencia de crecimiento propia y necesaria de la edad.

Según Larson, Clore y Wood, (1999) en el caso de una relación sana de "noviazgo", la experiencia misma proporciona las siguientes ventajas:

- Es una oportunidad de aprender a relacionarse con el sexo opuesto de forma afectiva.
- Ayuda a aprender a conocerse recíprocamente en cuanto a carácter, sentimientos, gustos, aficiones, ideales de vida, religiosidad.
- Favorece la formación de la voluntad, combate el egoísmo, fomenta la generosidad, confianza, honestidad, el respeto; estimula la reflexión y el sentido de responsabilidad.
- Con el noviazgo se puede practicar la habilidad de resolver conflictos.

- Es una oportunidad de comenzar a utilizar formas efectivas de comunicación y de aprender a ver las cosas de distintas maneras.

La importancia de estudiar las relaciones de afectivas en adolescentes reside en tratar de conocer las maneras y los modos en que los jóvenes se vinculan en la actualidad, temas como la tolerancia, la diversidad, la desigualdad, la comunicación pueden ser repensados a partir de analizar qué ocurre entre los adolescentes en la actualidad (Maldonado, 2005).

Amigovios y free

Si bien, las relaciones de pareja de acuerdo a Sternberg deberían conjugar intimidad, pasión y compromiso, hoy en día los jóvenes establecen relaciones que intentan definirse fuera de las características tradicionales asignadas a la relación, dejando fuera el compromiso. Dando lugar, con ello, a la aparición de las relaciones informales. Los patrones de comportamiento social dictan las modas y las formas de establecer relaciones. En la actualidad, los jóvenes llaman a las relaciones informales como *amigovioso free*.

En el presente surgen nuevas formas y prácticas de vivir en pareja. Algo sucede con la estabilidad de las relaciones, ya que la falta de comunicación y el estrés generalizado de la vida diaria lleva a los adolescentes y adultos jóvenes a mantener diferentes tipos de relaciones; algunas veces caracterizadas por la ausencia de compromiso. Al no existir acuerdos que se tengan que cumplir, tampoco existe el temor de romper contratos, es por esto que las relaciones informales parecen ser la mejor opción para los jóvenes que aún no cuentan con las condiciones necesarias para establecerse de manera formal con el otro.

Al respecto un estudio realizado por Herrera, García y Guzmán, (2010) cuyo objetivo era conocer cómo percibían y qué esperaban los jóvenes de las distintas formas de relación (*free*, *amigovios* y noviazgo) y en dónde se trabajó con 230 participantes, de los cuales 32 mantenían una relación de *amigovios*, 29 llevaban una relación *free*, 74 mantenían un noviazgo y 95 personas no tenían ninguna relación y cuyos participantes provenían de preparatorias y universidades del estado de Hidalgo, con un rango de edad entre los 15 y 26 años, siendo 100

hombres y 130 las mujeres. Se encontró q lo que se espera de una relación de *amigovios* es: Amistad, cariños, besos y libertad. En el caso de que se espera de una relación de novios los cuatro grupos concuerdan en que en ésta existe: cariño, besos confianza, felicidad, respeto, fidelidad y honestidad. Para la pregunta ¿qué se espera de una relación *free*? Los grupos estudiados refieren que en este tipo de relación existe: diversión, sexo, libertad y nada. Por último cuándo se les preguntó ¿Qué espero yo de mi relación de pareja? Todos los grupos refieren las siguientes características: Amor, respeto, comprensión y cariño.

Es importante mencionar que en base a estos resultados se deduce que los estudiantes implicados en esta investigación no tienen una idea clara respecto a los diferentes tipos de relaciones debido a que las caracterizan de manera muy similar. Sin embargo cabe mencionar que dos componentes importantes mencionados por los grupos estudiados en cuanto a las relaciones informales se refiere son: la desilusión y la infidelidad, factores que caracterizan relaciones poco saludables en los adolescentes.

Noviazgos en la escuela

Según Maldonado, (2005) las relaciones de noviazgo y afectividad entre los adolescentes en las escuelas pueden ser consideradas como no autónomas debido a que se enmarcan en nuevas formas de relación y asumen expresiones particulares en los espacios escolares. El acto de tener novio en el mismo curso, pone en riesgo los secretos de los “otros” que antes eran “nosotros” en este flamante “nosotros de dos”, instalando una nueva tensión en el curso. “Tener algo” también deja al descubierto lo que otros no tienen. El grupo de las chicas que antes era un “nosotros” con la novia, siente que ha perdido una posibilidad de “tener algo” con un muchacho que comparte el capital cultural con ellas, a diferencia de otros compañeros, pero que ahora ha sido apropiado por “otra” que detenta por ello el poder de distinción.

El noviazgo en la escuela puede tener una consistencia frágil y su inicio puede producir una trama complicada de nuevas relaciones, no solo para los novios, si no para el grupo en total. Alberoni (1994, pp. 9-12) refiriéndose al enamoramiento

y a la necesidad de constituir una pareja, analiza que la situación de enamoramiento da “origen a un nuevo ‘nosotros’ colectivo hecho por sólo dos personas y opera de un modo particular: divide lo que estaba unido y une lo que estaba dividido para formar un sujeto colectivamente nuevo, un ‘nosotros’ que en el caso del enamoramiento está formado por la pareja amante amado”.

En el aula los novios pertenecen al grupo, por lo que, lo que suceda en esta relación es un precedente dentro del mismo, en donde, se busca complicidad y pertenencia, que puede complicarse de diversas maneras, por ejemplo, en la complicada búsqueda sobre los modos de vivir la sexualidad. En el caso de los chicos compartir con los varones un determinado “uso sexual” de la mujer parece ser una demanda para sostener la complicidad viril del “nosotros” masculino pero, al mismo tiempo, un recurso defensivo de esa virilidad frente a la posibilidad de quedar a “expensas” de una mujer si uno se enamora de ella. Guardarse de hacer pública la decisión de la pareja en materia sexual y proteger el nombre de la chica ante los chismes y las burlas de los varones del curso, se presenta como una suerte de desafío al grupo que no es fácil de resolver por el varón. Situaciones éstas que de nuevo parecen poder inscribirse en el juego de fragilidades de identidad en las que los chicos tratan de sostener su existencia simbólica, en este caso, sus identidades de género (Maldonado, 2005).

Es importante señalar que las relaciones de noviazgo en la escuela se enfrentan a una serie de situaciones como los son: traiciones, chismes y burlas que se desencadenan en esta “guerra” por salvar “la cara” y la intromisión de hombres en el grupo de las mujeres y viceversa. (Maldonado, 2005).

Rodríguez y de Keijzer (2002), comentan que actualmente en algunas zonas de México las experiencias de noviazgo de los adolescentes son más espontáneas, cortas y numerosas que las que tenían sus antecesores, aunque aún se rigen por patrones desiguales de poder entre los géneros tales como la tolerancia ante los noviazgos simultáneos de los varones, las presiones sexuales hacia las novias así como el sentido de propiedad del cuerpo de éstas.

Tipos de noviazgo

Existen dos tipos de relaciones de noviazgo: las positivas y las negativas. En las relaciones positivas los integrantes de la relación se aceptan tal y como son y, cuando existen desacuerdos se plantean con respeto intentando comprender y construir alternativas. En estas parejas existe paciencia y no se intenta modificar al otro, ambos colaboran para el bienestar de la pareja. Estas parejas aprenden a vivir libremente, basándose en la confianza mutua identifican y respetan las necesidades de cada uno, sin sobreponer solo las propias, pero también sin ser el apoyo que nulifica al otro. En ellas una debilidad del otro es tomada como una oportunidad de crecimiento, en el que se acuerda ayudarse y complementarse en un proceso vivo y dinámico (Aguilar, 1987).

Por el contrario las parejas negativas se demanda que la pareja actué como el otro desea, uno o ambos integrantes son inflexibles, no escuchan, se es agresivo y se dan órdenes. En este tipo de parejas se intenta controlar al otro, así como a sus amistades, actitudes y conductas. Si se encuentra alguna debilidad se le critica, se le menosprecia, desvaloriza, se intenta demostrar que por ello es despreciable, mientras el abusivo se centra en satisfacer sus propios deseos nulificando los de la pareja.

Scarano (2005) afirma que quienes tiene un noviazgo negativo pueden elegir tener una relación positiva, si existe un cambio y buscan juntos como modificar lo que empobrece la relación.

De igual manera es posible que si la relación no funciona terminar la unión. Porque cuando una pareja inicia una relación se abre ante ellos una gama de posibilidades que incluyen la amistad, la confidencialidad, etc. pero también incluye la agresión o la violencia. Los noviazgos no siempre tienen un final feliz, ni la esperanza de una vida dichosa, en ocasiones la relación se vuelve algo negativo para uno o ambos integrantes (Torres, 2006).

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN LA ADOLESCENCIA

Definición de Violencia

La violencia es considerada como un problema de salud pública debido al gran número de consecuencias negativas que provoca tanto en el individuo como en su entorno (Cáceres, 2004).

La violencia se define como un acto intencional que puede darse en una única ocasión o repetidamente, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a la otra persona. Generalmente es ejercida por personas con una jerarquía mayor, es decir las que tienen mayor poder (Castillo y Castillo, 2010).

La violencia inhibe el desarrollo de las personas y puede causar daños irreversibles. Ésta adopta diversas maneras de expresión que puede abarcar desde una ofensa verbal hasta un homicidio. (Castillo y Castillo, 2010).

La violencia se puede presentar de muchas formas y en muchos ambientes, como en el ámbito doméstico, laboral, social o incluso en el noviazgo (Hijar, 2006; Krug, 2003). Cada vez se recopilan más datos acerca de la violencia; incluyendo a los mecanismos implicados en la misma y de sus efectos cuando ésta se da en el contexto de una relación (Cáceres y Cáceres 2005).

Definición de Violencia en el Noviazgo.

Es durante la juventud cuando se comienzan a visualizar las causas estructurales de la violencia que en ocasiones están basadas en la posición histórica de la inferioridad de las mujeres. La mayoría de los casos de violencia de pareja comienza en la adolescencia y juventud, durante la etapa de noviazgo, porque es en estas etapas el proceso de socialización y la adquisición de las identidades y roles de género se cristaliza, por mensajes de desigualdad que se reciben desde la infancia (Castillo y Castillo, 2010).

La violencia en las relaciones de noviazgo conforma un problema social, constituye un atentado contra los derechos humanos y, por tanto, un atentado contra los derechos a la vida, a la seguridad, a la libertad y a la dignidad de las personas

Según *Health Canada*, (1995 en Chung, 2005 y Close, 2005) la violencia en las relaciones de noviazgo, *dating violence*, se define como todo ataque intencional de tipo sexual, físico o psíquico, de un miembro de la pareja contra el otro en una relación de noviazgo, por lo que, se puede decir que la violencia en las relaciones de parejas jóvenes que no conviven o no se encuentran casadas es aquella en donde ocurren actos que lastiman a la otra persona, en el contexto de una relación en la que existe atracción y en la que los dos miembros de la pareja se citan para salir juntos.

Sugarman y Hotaling, (1989) la conceptualizan como la utilización o la amenaza de realización de actos de fuerza física y otras restricciones dirigidas a causar dolor o algún tipo de lesión sobre otra persona, mientras que Wolfe et. al., (1996) la define como cualquier intento por controlar o dominar a una persona física, sexual psicológicamente, generando algún tipo de daño sobre ella.

Por otra parte la definición de violencia de pareja no solo se extiende a las parejas casadas o en convivencia, sino a las parejas de novios o de otra índole en donde existe una relación afectiva y sexual, sean o no del mismo sexo, pudiéndose entender como “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación” (Krug, Dahlgerg, Mercy, Zwin y Lozano, 2003, p. 97).

Es así que el estudio de la violencia en el noviazgo resulta por demás trascendental debido a las consecuencias en la calidad de vida de las víctimas. En este sentido es importante entender cuáles son los factores que intervienen en este fenómeno para posteriormente crear programas de prevención y de intervención que sirvan en la erradicación de éste (Hernaldo, 2007).

Recordando que la violencia en el noviazgo no es específica de los hombres a las mujeres, aunque para muchos es difícil imaginar que los hombres también sufren violencia por parte de sus compañeras sentimentales, ya que los estereotipos tradicionales dicen lo contrario (Arana, 2011).

González (en Trujano 2002) la violencia que sufren las mujeres a manos de los hombres es la más evidente y denunciada, sin embargo, esto no quiere decir que no suceda a la inversa, aunque por los patrones culturales es muy poco frecuente

hablar de ella.

Streinmetz y Straus (en Henning y Feder, 2004) mencionan que han encontrado desde los años 70s que tanto los varones como las mujeres son proclives de ejercer violencia contra sus compañeros sentimentales, aunque las heridas que se dejan en las víctimas mujeres causan mayor impacto, lo que lleva a que se deje de lado el estudio de la violencia que ejercen las mujeres hacia los hombres.

Socialmente, la violencia que ejerce la mujer hacia el hombre suele ser vista con humor, o como algo que no tiene consecuencias o que es justificable (Straus y Gelles en Arana 2011).

Otra de las razones por las que no se habla de la violencia que sufren los hombres es que a ellos les da temor no ser aceptados por los demás hombres como grupo, eso los lleva a aparentar, a realizar ciertas conductas frente al grupo (de trabajo, escolar, etc.), que al no ser verdaderas les generaran estrés y depresión (Kimel, 1994).

Finalmente, la sociedad en general suele exculpar a las mujeres que realizan actos violentos o agresivos, ya que existe una negación general de que la mujer sea capaz de comportarse de manera violenta. (Aliga, 2007).

Además de la agresión física, también existe la violencia verbal y psicológica, tipos de violencia que son utilizadas constantemente por las mujeres. Armengol (1998) dice que la mujer se ha vuelto una experta en violencia simulada, humillando y desvalorizando al hombre. Un estudio en Canadá reporta que un gran número de mujeres utiliza "tácticas intimidatorias" (abuso emocional), a través de insultos, humillaciones, culpabilizarlo de la actitud violenta, mentirles, etc. (Arana, 2011). A este abuso emocional Conney y Mackey (en Eckstein, 2006) lo denominan "terrorismo íntimo."

A los varones se les ha educado para tener el control y cuando están inmersos en una situación diferente su autoestima se daña y esto los lleva a pensar que no son suficientemente hombres, lo que les crea angustia y conflictos y los hace vulnerables (Arana, 2011).

A los hombres se les enseña a no reaccionar ante la agresión femenina (Cook, 2003 en Arana, 2011), ellos pueden aguantar porque son muy machos y pueden

dejarse de alguien más débil (Castañeda 2002).

Antecedentes

La violencia durante el noviazgo ha sido mucho menos estudiada que la violencia marital, aunque puede ser más elevada de lo que se cree. Makepeace (1981) señala que los índices de violencia, durante el noviazgo, son comparables con los datos existentes en la violencia marital. A nivel internacional la violencia en el noviazgo comenzó a ser estudiada desde finales de los años cincuenta, aunque sin gran impacto. Desde una perspectiva epidemiológica, Kanin (1957), consideró, por primera vez, la existencia de conductas agresivas en las relaciones de pareja de jóvenes. Como conclusión, en su estudio retrospectivo, encontró que un 30% de las mujeres habían sufrido agresiones sexuales a manos de sus parejas. No obstante, no fue hasta la década de los años ochenta cuando este fenómeno mostró su gravedad y su alarmante incremento. De esta forma, Makepeace (1981), fue el pionero en conducir una investigación sobre la naturaleza y prevalencia de la violencia en el noviazgo, obteniendo que uno de cada cinco estudiantes universitarios habían experimentado agresiones físicas por parte de sus parejas. Además, el 61% de la muestra revelaba conocer a alguien que la había sufrido.

Tipos de violencia en el noviazgo

Existen diversas formas de violencia que se pueden presentar en las relaciones de noviazgo. A continuación se describen.

- *Violencia física*: todo acto de agresión intencional hacia alguna parte del cuerpo, con algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del agredido, lo que traduce un daño, o un intento de daño, permanente o temporal de parte del agresor sobre el cuerpo del otro. En el abuso físico incluye una escalada que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, desfiguraciones hasta el homicidio.

- *Violencia psicológica*: aquellas formas de agresión que no inciden directamente en el cuerpo pero si en la mente. Se incluyen prohibiciones, condicionamientos, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, burlas, actitudes devaluatorias y de abandono y conductas de acoso y control. De acuerdo con Alberdi y Matas (2002), la violencia psíquica “es toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona. Alguno de los comportamientos que se manifiestan son la Ridiculización, amenazas verbales e insultos, humillación; aislamiento social y económico; celos y posesividad; amenazas verbales de maltrato, daño físico o tortura; amenazas repetidas de divorcio, abandono o de tener una aventura con una mujer; destrucción o daño a objetos personales a los que se les tiene cierto apego o cariño.
- *Violencia sexual*: toda forma de conducta consistente en actos y omisiones ocasionales o reiteradas y cuyas formas de expresión incluyen: inducir a la relación de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio que genere daño. De acuerdo con Saldívar, (2003, 2006, Saldívar, Ramos y Romero 2008 y Saldívar y Romero 2009), va desde la fuerza física hasta el chantaje emocional. La violencia sexual se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión.
- *Violencia económica*: obligar a la otra persona que pida dinero, controlar cada gasto que el otro hace, mentir sobre las posibilidades económicas, ocultar sus ganancias, impedirle trabajar o mantener el empleo y quitarle dinero (Saldívar, 2006).
- *Violencia verbal*. Incluye los insultos, gritos, las palabras hirientes, ofensivas, las descalificantes, las humillaciones, las amenazas, los piropos que causan molestia, etc. (Castillo y Castillo, 2010). Las manifestaciones más significativas se producen en forma de mensajes que buscan cosificar a la víctima como si fuera un objeto, disminuir su ámbito de actividades y sus posibilidades de desarrollo; degradarla frente a ella misma o su imagen

en público mediante desvalorizaciones dichas de forma tenue pero convincente o con expresiones más evidentes, según las características del sujeto emisor; o de amenazas propiamente dichas.

Las anteriores manifestaciones no son exclusivas de los hombres hacia las mujeres, como tampoco son exclusivas de las relaciones de noviazgo. Por el contrario, son acciones que pueden ser realizadas por cualquiera de los dos miembros de la pareja, en cualquier fase de la relación. En específico, de acuerdo con Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce (2006) los actos de violencia más frecuentes durante el noviazgo son los empujones, las faltas de respeto, hacer sentir inferior al otro y proferir insultos o gritos con palabras desagradables. Por el contrario, el acto de violencia menos frecuente fue la amenaza de terminar la relación en caso de rehusarse a tener relaciones sexuales o no obedecer en todo. Es decir, pareciera que la violencia psicológica suele ser la más común, seguida por la violencia física y sexual, por el contrario, la menos frecuente es la violencia económica, es importante notar que en menor o mayor escala, se pueden presentar los cuatro tipos de violencia, motivo por el cual, es importante tener un mayor conocimiento respecto a sus manifestaciones con el fin de prevenir consecuencias tanto físicas como emocionales que se pueden generar.

Como ya se mencionó con anterioridad, el vivir situaciones violentas o experimentar otros factores de riesgo, puede generar futuras conductas violentas. Debido a lo anterior, identificar cuáles son los principales factores de riesgo tanto individuales y culturales, permite tener un panorama más amplio sobre cuáles pueden ser las variables que al relacionarse entre sí, podrían tener como resultado la aparición de conductas violentas y por ende, la experimentación de consecuencias adversas, que de igual manera, tienen repercusiones a nivel individual y social.

Violencia en el noviazgo de los adolescentes

Los adolescentes son un grupo altamente vulnerable al fenómeno de la violencia en el noviazgo ya que están expuestos a más factores de riesgo como lo son: el

sexo inseguro, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas además de ser más sensible a problemas específicos de salud mental como los síntomas depresivos y las conductas suicidas (Hokoda et al., 2006; Katz et al., 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwin y Lozano 2003; Rivera, Allen, Rodríguez, Chávez y Lazcano (2006); Saldívar y Andrade, 2002; Saldívar, 2003, 2006).

En la relación de noviazgo existen influencias (negativas o positivas) que pueden contribuir a la integración o el deterioro de las relaciones afectivas. Lo que es destacable es que los datos disponibles muestran índices elevados de parejas jóvenes en los que la violencia se convierte en una constante en sus relaciones, en muchos casos ocultada. Cuando existen relaciones de desigualdad y la creencia de superioridad, existe el riesgo de que se utilicen los recursos (fuerza física, posición social, dinero, etc.) para influir o controlara a la pareja, lo que puede llevar a someterla y dañarla a través de actitudes, comentarios o acciones como golpes (Castillo y Castillo, 2010).

En los ochentas es cuando el tema comienza a tomar interés. Makepeace (1981) encontró que un 20% de la población de adolescentes padeció algún tipo de violencia en la etapa de noviazgo. En un gran número de investigaciones en las que se ha estudiado población de nivel bachillerato y universitario reportan un gran número de casos (entre la mitad y la tercera parte de su muestra) han sufrido violencia en sus relaciones de noviazgo (Byers y Lewis, 1988; Byers y O'sullivan 1996; González y Santana, 2001; Koss, Gidycz y Winsniewski, 1987; O' Leary y Slep, 2003 y Stets, 1991). Bergman (1992) reporta que se ha encontrado un rango de frecuencia entre el 10% al 35% de violencia en los noviazgos de los adolescentes.

Factores de riesgo

El realizar determinadas conductas como actos violentos durante el noviazgo o por el contrario experimentarlos dentro de la relación, depende de la existencia de diversos factores, denominados de riesgo los cuales consisten en toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de provocar o sufrir actos violentos en contra de otro, en este caso, pareja.

Examinar cuáles son los factores de riesgo de este tipo de comportamientos se hace algo difícil por su multifactoriedad (Cáceres y Cáceres 2005). Sin embargo es importante identificar cuáles son los principales factores de riesgo tanto individuales como culturales, ya que esto permite tener un panorama más amplio sobre cuáles pueden ser las variables que al relacionarse entre sí, podrían tener como resultado la aparición de conductas violentas y por ende, la experimentación de consecuencias adversas, que de igual manera, tienen repercusiones a nivel individual y social.

Factores socioculturales

Los factores socioculturales, se refieren al conjunto de creencias, valores y normas adoptadas por una sociedad, los cuales influyen en la percepción que tienen los sujetos sobre ellos mismos y su relación con los demás y su medio. Las reglas de la sociedad en la que nos desenvolvemos, determinan lo aceptado y lo prohibido dentro de las relaciones interpersonales. Entre los factores socioculturales encontramos: los roles y estereotipos de género, percepción social de la violencia y exposición a violencia y victimización en la familia de origen.

Roles tradicionales de género

La Organización de las Naciones Unidas (1993) define la violencia de género o violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Asimismo, este tipo de violencia se mantiene y facilita en un orden social basado en la inequidad de género lo cual favorece y se extiende en las relaciones violentas de pareja entre adolescentes (Pick, Leenen, Givaudan y Prado, 2010).

Se puede entender como género a la construcción simbólica que estereotipa, reglamenta y condiciona la conducta tanto objetiva como subjetiva de los individuos, es decir, es la forma en que la sociedad clasifica, nombra y produce ideas dominantes de cómo deben ser y actuar los hombres y las mujeres. De esta

forma el género constituye una construcción “cultural” que se expresa en los valores, normas, instituciones, creencias, usos y costumbres en torno al rol sexual femenino y masculino que presenta una cultura (Caricote, 2006).

En este sentido los roles de género se forman como el conjunto de normas y prohibiciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. A pesar de variantes particulares como la cultura, la clase social o el grupo étnico se establece una división sexual de formas de ser y actuar en la que las mujeres se caracterizan por la expresividad asociada a la ternura, empatía, debilidad, dependencia, pasividad, comprensión, etc., mientras que a los hombres se caracterizan por la instrumentalidad asociada a la agresividad, competitividad, acción, dureza e insensibilidad (Díaz-Aguado, 2003). Es así que el establecimiento de dos mundos separados entre hombres y mujeres condiciona y limita las potencialidades humanas al estimular o reprimir los comportamientos dando pie a la desigualdad e inequidad que ayuda al surgimiento de la violencia de género (Barbieri, 1993 y Ferrer 1994).

Una de las formas de violencia de más relevancia en México que resulta de la discriminación social es la violencia de pareja y de género tal como lo reporta en la “Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres” (ENVIM, 2007) y “Encuesta Nacional sobre la dinámicas de las relaciones familiares” (ENDIREH, 2003) en donde se encontraron altos niveles de violencia hacia las mujeres siendo la psicoemocional la que se presenta con mayor frecuencia.

Aceptación y justificación de la violencia.

De igual manera la percepción o conocimiento sobre el fenómeno de la violencia representa un aspecto que puede traducirse en un factor de riesgo dentro de los noviazgos.

Muchas de las parejas de adolescentes o adultos jóvenes, consideran las manifestaciones de violencia dentro de la una relación como manifestaciones de amor, esto debido a la incapacidad de diferenciar las conductas que provocan tanto malestar como bienestar tanto a nivel personal como dentro de la relación. (Kreiter, Krowchuk, Woods, Sinal, Lawless y Durant 1999).

Se ha comprobado que la probabilidad de que se ejerza violencia hacia la pareja se incrementa cuando tanto en víctimas como en victimarios aceptan su ejercicio como algo natural o posible en la relación (Smith, Winokur y Palenski, 2005; Foshee, Bauman, y Linder 1999).

Fredland et. al. (2005), Kinsfogel y Grych (2004) y Sears, Byers y Price (2007), dicen que esta aceptación no depende solo de haber presenciado violencia en la familia de origen, sino de la influencia y el conocimiento del uso de diferentes formas de maltrato por parte de *pares conocidos* ya que la familia y el grupo de iguales tienen un papel importante como posibles modelos de aprendizaje y de legitimación de la violencia en las relaciones de pareja.

En los adolescentes de bajos recursos económicos encuentran una posible justificación de la violencia hacia la mujer en la reafirmación de los roles tradicionales de género (Rey, 2008). Miller y White (2003) y Barker y Loewenstein (1997), obtuvieron datos que confirman lo anterior, encontraron una amplia aceptación del uso de la violencia hacia la mujer y creencias machistas entre adolescentes y adultos jóvenes de escasos recursos de Río de Janeiro (Brasil).

Exposición a violencia y victimización en la familia de origen.

La familia es el grupo primario por el cual está conformada la sociedad, se encuentra integrado por todas aquellas personas que están unidas por lazos de parentesco, matrimonio y desarrollo, tanto en su aspecto físico como psíquico. La familia es donde el hombre conoce los valores humanos, sociales, morales y culturales y con base en ellos aprende a relacionarse socialmente. Así se puede afirmar que la familia cumple una función socializadora ya que los padres representan el modelo de la sociedad en la que viven y al mismo tiempo transmiten los valores de esa cultura a sus hijos (Grisolía, 2006).

En este sentido se debería entender a la familia como el lugar en donde se atienden las necesidades de desarrollo físico, psicológico y hasta de libertad de sus miembros, sin embargo no siempre sucede así, en ocasiones la relación familiar impide el crecimiento autónomo de sus integrantes menoscabando su integridad física, cognitiva y afectiva a través de múltiples acciones u omisiones

perpetrados en contra de estos; de esta manera la violencia en la familia se genera a través de patrones de relaciones violentas.

Uno de los grupos más vulnerables en el caso de violencia intrafamiliar son los adolescentes quienes por diferentes motivos entre los que se encuentran la dependencia física, afectiva, económica y social hacia los adultos a su cargo se convierten en un blanco fácil de una gran variedad de abusos perpetrados en contra de su integridad como seres humanos, entre los que se encuentra la negligencia, los castigos físicos, el abuso sexual, el maltrato emocional, la explotación económica y en algunos casos la muerte (Valdez e Hajar, 2002). Es así que los menores pueden ser víctimas directas de violencia dentro de sus familias pero en cualquiera de los dos casos según lo demuestran varios estudios ésta tiene severas repercusiones en el desarrollo cognitivo afectivo y de relación que se evidencian en: trastornos de ansiedad y depresión, bajo desempeño académico, trastornos de la alimentación, trastornos de la memoria, trastornos psicosomáticos así como comportamientos violentos y delictivos (Castro, 1990; Medina, Mariño, Berenzon, Juárez y Carreño, 1992 y Gutiérrez, Vega y López, 1992).

Sin duda los modelos y patrones de conducta aprendidos dentro del ámbito familiar constituyen un factor importante en la manera en que los menores aprenderán a relacionarse, es así que se ha encontrado que la violencia dentro de la familia es un antecedente y precursor de la violencia dentro de las relaciones de pareja en adolescentes (Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2006).

Factores individuales

Se refieren al conjunto de características individuales relacionadas con la historia personal que pueden colocar a los sujetos en una posición desfavorable que permita experimentar o ejercer conductas violentas.

Schumacher, Feldbau, Smith Slep y Heyman (2001) han revisado, de manera detallada, los resultados de diversos estudios, incluyendo solo los metodológicamente bien organizados, publicados en el periodo 1989-1998,

terminando con un largo listado de factores individuales (demográficos, educación y desarrollo infantil, actitudes, psicopatología, personalidad, celos, abuso de sustancias, etc.).

Entre dichos factores destacan: vulnerabilidad de los adolescentes, baja autoestima, vida sexual, consumo y abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo (depresión, ideación suicida, etc.) y necesidad de poder y control. A continuación se describen dichos factores (Rivera, Betania, Rodríguez Chávez y Lazcano 2006; Foshee, Benefield, Ennett, Bauman y Suchindran, 2004; Chase, Treboux y O'Leary, 2002; Roberts, Auinger y Klein, 2005 y Prince y Arias, 1994).

Vulnerabilidad de los adolescentes

La adolescencia se define como la etapa del desarrollo humano que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el fin de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno (Casullo, y Castro, 2002; Craig, y Baucum, 2001; Deval, 1998; 2004; Hill, 1993; Monroy, 2002).

La adolescencia es la etapa del desarrollo en que los individuos luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia (Craig, y Baucum, 2001). En este sentido y debido a los grandes cambios a los que se enfrenta un adolescente este período se hacen presentes algunas dificultades de tipo psicológicas, emocionales, y conductuales las cuales se deben en gran medida al conjunto de cambios físicos y al desarrollo mental que éstos experimentan. Por todo lo anterior se considera que los adolescentes representan un grupo vulnerable en situaciones de abuso y violencia, así como también, son proclives a experimentar conductas de riesgo (Casullo, y Castro, 2002).

La adolescencia, es una etapa de propensión a experimentar, a rebelarse, las relaciones más importantes son las de amistad; se depende del grupo de

amistades para descubrir la identidad personal (Longi, 2006). Un muchacho que quiera cumplir cabalmente con el rol de género masculino tradicional dentro de una relación de noviazgo, será propenso a la violencia: aparentar actividad sexual, ser quien tome las decisiones en la relación de pareja, dominar y controlar las actividades, así como los comportamientos de ella, probar constantemente que él es "hombre" a través de actos agresivos y dureza por temor al estigma de la homosexualidad, esperar que la novia renuncie a sus intereses o a otras relaciones y dé la máxima prioridad a su relación con él. Por otro lado, una muchacha puede ceder a la presión del grupo e intentar cumplir con las prescripciones del rol de género femenino tradicional: creer que puede cambiar al hombre que ama, sentirse culpable por los problemas y responsable del funcionamiento de la relación, pensar que jamás encontrará otro novio, lo que la pondrá en riesgo de involucrarse en relaciones potencial o abiertamente violentas.

Baja Autoestima

La autoestima es la evaluación de sí mismo hecha por el individuo, que mantiene de forma persistente, que se expresa en forma de aprobación o reprobación y, con ella, se indica hasta donde es capaz, significativo, exitoso y valioso. Se puede decir que es un juicio personal de valor expresado en las actitudes del individuo hacia sí mismo (Fernández, 1998).

Según Díaz, Martínez y Seoane (2002) la autoestima influye directamente en el comportamiento social, familiar y escolar; ayuda a los individuos a ser autónomos, autosuficientes y ser capaces de tomar decisiones. En el caso de los adolescentes la autoestima influye sobre los aspectos más importantes de la vida tales como: la adaptación a situaciones nuevas, niveles de ansiedad y aceptación de los otros, relaciones interpersonales saludables y libres de violencia, al no consumo de drogas y a prevenir embarazos en adolescentes. Por otro lado una baja autoestima en el adolescente se relaciona con habilidades poco óptimas para la resolución de conflictos, niveles altos de ansiedad, baja tolerancia a la frustración y trastornos del estado de ánimo como depresión, las cuales pueden favorecer tanto el ser víctima como ser agresor en una relación violenta de noviazgo

(González y Santana, 2001 y Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2006).

Existen diversos estudios que han puntualizado la relación que existe entre la violencia en el noviazgo y la autoestima encontrando resultados importantes al respecto, por ejemplo Ackard y Neumark-Sztainer, (2002) estudiaron la relación entre haber sido víctima de violencia de pareja y de violación, con un conjunto de dificultades y conductas de riesgo para la salud, con base en los datos proporcionados por 81.247 estudiantes de noveno a duodécimo grado de las escuelas públicas de Minnesota (Estados Unidos), 40.301 varones y 40.946 mujeres en total. Los investigadores encontraron que los y las estudiantes que habían sido objeto de esas dos formas de violencia tenían puntuaciones más bajas en medidas de autoestima y bienestar emocional.

Por otro lado Pflieger y Vazsonyi (2006) hallaron que la baja autoestima era una variable que mediaba entre el funcionamiento familiar (disciplina, afecto y apoyo) y la violencia en las relaciones de noviazgo.

Así también el estudio realizado por Aguilar y Nightingale (1994) concluyen que las mujeres víctimas de violencia presentan una menor autoestima que las mujeres que no han sufrido este tipo de experiencias.

Es importante mencionar que es necesario considerar la relación de causalidad entre la autoestima y la violencia en el noviazgo, ya que puede convertirse tanto en una consecuencia como en factor de riesgo (Ackard y Neumark, 2003 y Raiford, 2007).

Conductas sexuales de riesgo

Durante la adolescencia las relaciones románticas y el noviazgo actúan como marcos posibles y frecuentes de la primera relación sexual, articulándola de diversas formas, dimensiones sociales, temporales, afectivas y sexuales (Jones, 2010). En las primeras relaciones de noviazgo es muy frecuente que la actividad sexual de los adolescentes se vea permeada de creencias y expectativas que pueden favorecer y naturalizar la aparición de conductas sexuales de riesgo que a su vez actúan como factores desencadenantes de la violencia en el noviazgo. Tal

es el caso de “la prueba de amor” basada en el “mito del amor romántico” que se manifiesta en forma de chantaje y coerción para establecer relaciones sexuales que en muchos de los casos se llevan a cabo sin protección exponiendo a los participantes a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (Amuchástegui, 2001).

Kreiter, Krowchuk, Woods, Sinal, Lawless y Durant, (1999) exponen que en el caso de las mujeres, uno de los principales factores de riesgo para sufrir violencia en el noviazgo gira en torno al número de parejas sexuales que ha tenido y el número de embarazos. En el caso de los hombres los mismos autores identifican que de la misma manera que en el caso de las mujeres, el número de parejas representa un factor que podría incidir sobre la aparición de conductas violentas, al igual que en número de embarazos provocados, la cantidad de ocasiones en las que se ha experimentado relaciones sexuales forzadas y el número de veces que ha sido tratado violentamente.

De igual manera Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, (2006) encontraron que en el caso de mujeres adolescentes la vida sexual y el consumo de tabaco están íntimamente relacionados con la presencia de violencia en el noviazgo.

Por otro lado Roberts, Auinger y Klein (2005), examinando los datos proporcionados por 973 adolescentes sexualmente activas que tenían o habían tenido una pareja íntima en los últimos 18 meses, hallaron que aquellas que habían sido objeto de malos tratos verbales (insultos en público, amenazas), tenían una mayor probabilidad de que en su última relación sexual su pareja no hubiere utilizado preservativo. Las adolescentes que habían sido víctimas de actos de violencia física leve (lanzar cosas, empujones, apretones), además, informaron con mayor frecuencia haber estado en embarazo.

En muchos casos después de una crisis o pelea mantener relaciones sexuales se utiliza para amortiguar para la situación de violencia. Con ello se habla de dos factores: sumisión y dependencia. Con eso se permite que existan días en buenos términos (Ruiz en Castillo y Castillo, 2010).

Consumo y abuso de sustancias

La instauración y consolidación de patrones estables en el consumo de drogas puede llevar a la aparición temprana de problemas relacionados con la salud o el ajuste social. Es en este marco en el que se encuadran los estudios focalizados en el consumo y abuso de sustancias que intentan descubrir la relación entre la violencia de aquellos jóvenes consumidores de los que no lo son, a pesar de que coexistan bajo las mismas influencias y determinantes psicosociales.

Es importante recordar, que un buen número de relaciones de noviazgo se inician en la adolescencia, etapa en la cual es habitual consumo de sustancias (alcohol y drogas ilegales) (Feldstein y Miller, 2006; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo, Nerín, 2009 en Muñoz, Gómez, Graña y Fernández, 2010).

En el caso del consumo de alcohol son varias las investigaciones que han señalado la falta de evidencia de la relación entre el alcohol y la violencia en el noviazgo (Matthews, 1984; Makepeace, 1981; Brodbelt, 1983; Laner, 1983 y Foshee, Benefield, Ennett, Bauman, y Suchindran, 2004). Sin embargo contrarios a estos resultados son los obtenidos por Stets y Herderson (1991) que, utilizando dos diferentes medidas: (a) muestra general de alcohol y (b) muestra tres horas antes del episodio, encontraron relación entre consumir alcohol antes del incidente y las agresiones físicas y verbales (cometidas y sufridas).

En un estudio realizado por Muñoz, Gómez, Graña y Fernández (2010), se identificaron tres grupos de adolescentes con distintos niveles (bajo, intermedio y elevado) de ingesta de alcohol y drogas ilegales. El nivel de consumo de sustancias incrementó significativamente la probabilidad de perpetrar agresión física o sexual. Concretamente, un nivel elevado de consumo aumentó entre dos y tres veces el riesgo de agresión física o sexual tanto para varones como para mujeres.

Una investigación, que condujeron Ackard et al., en una muestra representativa de estudiantes a escala nacional, identificó estas mismas relaciones entre violencia durante el noviazgo y el abuso de sustancias y la iniciación sexual temprana.

Se ha encontrado que la asociación entre varios comportamientos de riesgo, como el abuso de alcohol, el consumo de otras drogas y la violencia, varía en función del

entorno cultural dependiendo de las características de cada país y, más específicamente, se ha informado que la relación entre consumo de sustancias y agresión en el noviazgo difiere entre diversos contextos nacionales (Hines y Straus, 2007). Por otra parte, a pesar de que el poli-consumo de sustancias es frecuente en adolescentes, son pocos los estudios que han investigado la asociación entre la violencia en el noviazgo y patrones de consumo que incluyan tanto alcohol como drogas ilegales. (Muñoz, Gómez, Graña y Fernández, 2010).

Además de los efectos farmacológicos directos del consumo de alcohol y otras drogas, es posible que el uso de sustancias y la violencia, junto con otros comportamientos de riesgo para la salud, formen parte de una constelación de conductas problemáticas en la adolescencia que compartan los mismos predictores individuales y ambientales (Feldstein y Miller, 2006).

Por su parte Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, (2006) encontraron que entre las conductas de riesgo vinculadas con la violencia durante el noviazgo se hallaba el consumo de tabaco encontrando que las adolescentes que fuman uno o más cigarrillos al día tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia durante el noviazgo en comparación con las no fumadoras. Otra de las variables de conducta de riesgo que se acompaña de violencia durante el noviazgo fue la intoxicación aguda por el abuso de alcohol.

Así también Luthra y Gidycz (2006) relacionaron el abusar del alcohol 30 días antes con las agresiones físicas en sus relaciones de pareja actuales. Específicamente, presentaban cinco veces más probabilidad de agredir físicamente tanto hombres como en mujeres.

Chase, Treboux y O'Leary (2002), asimismo, compararon un grupo de adolescentes en riesgo de ejercer dicho tipo de violencia con otro sin dicho riesgo, descubriendo que los varones del primer grupo habían ejercido actos de violencia hacia su última pareja con mayor probabilidad que los del segundo grupo y tenían una mayor probabilidad de haber consumido marihuana en el último año.

Por otro lado en el estudio realizado por los Centros para la Prevención y el Control de la Enfermedad de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2006), así como los de Howard y Wang (2003), Kreiter, Krowchuk,

Woods, Sinal, Lawless y Durant, (1999) y Silverman, Raj, Mucci, y Hathaway, (2001) encontraron que las adolescentes víctimas de violencia por parte de su pareja, tenían una mayor probabilidad de consumir sustancias ilegales.

Trastornos del estado del ánimo.

El episodio depresivo es un síndrome patente en los periodos de bajo estado de ánimo en un periodo de tiempo. Cuyos síntomas van desde la tristeza, apatía, desánimo, ataques de llanto, sentirse solos, ser incapaces de realizar las actividades de su vida cotidiana, sentir que la gente es menos gentil, sensación de pérdida de energía o fatiga, alteraciones de sueño, pérdida de interés, incapacidad de experimentar placer, sentimientos de ira, temor, sentimientos negativos hasta la ansiedad. Es una psicopatología con gran prevalencia, cuyo inicio muy frecuentemente es en la adolescencia (Medina-Mora, Mariño, Berenzon, Juárez y Carreño, 1992 y Buena-Casal, Carretero-Dios y Santos, M. 2001).

Además de su alta prevalencia las manifestaciones depresivas son de suma importancia en el ámbito de la salud mental, porque tienen una gran cantidad de consecuencias tanto personales como sociales, que abarcan implicaciones inmediatas, como a lo largo del desarrollo del adolescente y en etapas posteriores afectando de manera negativa el funcionamiento del individuo, sus habilidades sociales, su desempeño académico, su calidad de la vida, convirtiéndolos de esta manera en blanco fácil de abusos en sus relaciones interpersonales como lo es en el caso de la violencia en el noviazgo (De la Peña, Ulloa, y Paez, 1999).

Las características psicológicas investigadas en relación a la violencia en las relaciones de noviazgo son las emociones negativas en las que se incluyen, principalmente, la depresión o la sintomatología depresiva. Es importante mencionar que los estudios realizados hasta el momento son escasos y no concluyentes sin embargo arrojan resultados relevantes para el diseño de programas tanto preventivos como de intervención.

Uno de estos estudios es el realizado Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce. (2006) quienes identificaron una vinculación positiva entre la violencia durante el noviazgo y la depresión. Se observó que, a

medida que se incrementa la depresión, aumenta la fuerza de la relación; la categoría de depresión alta posee relevancia estadística.

Por otro lado Foshee et al. (2004), en un estudio longitudinal realizado con jóvenes adolescentes encontró que los síntomas depresivos se mostraban como un factor de riesgo en el inicio o en el mantenimiento de la victimización de la agresión sexual. Así mismo Hyman, (1999) halló resultados similares encontrando fuertes correlaciones entre sintomatología depresiva, la baja autoestima y cometer agresiones en las relaciones de pareja.

Necesidad de poder y control

Las interacciones coercitivas o agresivas en las relaciones de pareja pueden ser comprendidas por los conflictos de control interpersonal entre hombres y mujeres. Lorente (2001) explica que la agresión a la mujer no comienza de cualquier forma o en cualquier momento sino que aparece cuando el hombre percibe que tiene cierto grado de control sobre su pareja.

Algunos autores señalan que las conductas de control y celos serían más frecuentes en los varones, dado que para ellos la relación romántica sería el único espacio de expresión y vinculación íntima a diferencia de las mujeres jóvenes que contarían con pares del mismo sexo con apoyo social y contención afectiva (González y Santana, 2001 y Price y Arias, 1994).

Algunas investigaciones apuntan que la necesidad de control masculina y maltrato es correlacional. Prince y Arias (1994), por ejemplo, encontraron dos perfiles masculinos entre los agresores. Uno, con alta autoestima y bajo sentido de control sobre sus vidas, que utiliza la violencia para sentir que aumenta su control. Otro, con baja autoestima y bajo control, que se muestran violentos en respuesta a su frustración. Por otro lado, Stets (1991) descubrió que una elevada necesidad de control sobre la pareja predice tanto la agresión como la victimización durante el noviazgo. Asimismo, Hockenberry y Billingham (1993) encontraron que los jóvenes más propensos a utilizar formas de violencia menos graves tenían también medidas de reactancia más elevadas.

Por otro lado el estudio realizado por Burke, Stets y Pirog-Goog, (1989) muestra que el control podría ser entendido como un factor de riesgo para la coerción sexual en las relaciones de noviazgo.

Es importante mencionar que paralelamente, los jóvenes que desean controlar a su pareja tienen una mayor tendencia a mostrarse agresivos durante el noviazgo y una mayor probabilidad de sufrir agresiones por parte de sus parejas, ya que muchas personas reaccionan en contra de los intentos de control por parte de otras (Hockenberry y Billingham, 1993; Stets y Henderson, 1991).

En general, estos resultados corroboran la importancia del control y de la reactividad que éste genera como factor de riesgo en las relaciones de noviazgo (Stets y Henderson, 1991).

Follingstad, Bradley, Laughlin y Burke (1999) encontraron que aquellos que recurren más frecuentemente a la violencia se distinguen por su gran necesidad de controlar a sus parejas y por su baja inhibición de la ira.

Desde otra perspectiva, la feminista, se mantiene que se trata de algo estructural y que el objetivo de la violencia contra las mujeres es mantener el poder y el control de las mismas, en general (Gerlock, 1997) y, más concretamente, sobre su sexualidad, prediciendo que tal violencia disminuirá en la medida en que la mujer envejece y disminuye su capacidad reproductiva (Peters, Shackelford y Buss, 2002).

Cabe destacar que como menciona Vera Hernández (en Castillo, Castillo, 2010) cuando hay violencia en las relaciones de noviazgo, lo que se busca es el control. Pero no es exclusivo de los hombres, existen mujeres que con tal de no ser víctimas, prefieren ser abusadoras.

Percepción y expectativas sobre el amor

Así también, encontramos que la percepción o conocimiento sobre el fenómeno de la violencia (Kreiter, Krowchuk, Woods, Sinal, Lawless, y Durant 1999), representa de un aspecto que puede traducirse en un factor de riesgo dentro de los noviazgos, muchas de las parejas de adolescentes o adultos jóvenes, consideran las manifestaciones de violencia dentro de la una relación como manifestaciones

de amor, esto debido a la incapacidad de diferenciar las conductas que provocan tanto malestar como bienestar tanto a nivel personal como dentro de la relación.

Para algunos adolescentes enamorarse significa haberse topado con su media naranja. En la adolescencia, normalmente les atraen aquellas personas con las que tienen mayor afinidad en cuanto a sentido de ideales, aficiones, metas en la vida, etcétera, también es posible que descubran en el otro rasgos que no les parecen indeseables. El problema es cuando estos atributos negativos se malinterpretan. Es el caso, por ejemplo, de los celos o del control exagerado, que para muchas adolescentes son síntomas de amor y preocupación por la pareja y no los ven como el posible inicio de un problema serio (González y Santana, 2001).

De igual manera, junto con la no percepción de los integrantes de la pareja respecto a las manifestaciones de la violencia, encontramos la percepción de los adultos respecto a estas manifestaciones, en muchos de los casos, se suele ver estas acciones, como conductas que al pasar la adolescencia o adultez joven desaparecerán, motivo por el cual no se les debe de dar tanta importancia, esto, sin tener en cuenta que en muchos de los casos, si no es que en la mayoría, continúan en etapas posteriores, ya sea con iguales o diferentes manifestaciones.

Dentro de la relación de noviazgo, las expectativas de pareja, es decir la función que debe de cubrir una pareja, constituye un factor importante en cuanto a la permisividad hacia las conductas realizadas o no por el otro, de acuerdo a Encuesta sobre dinámica de las relaciones de noviazgo (2007), dichas expectativas giran en torno a concebir a la pareja como alguien a quien amar y compartir sentimientos, una compañía para divertirse y salir, una manera de tratar a alguien antes de casarse, alguien para amar y acariciar o alguien con quien tener relaciones sexuales, principalmente. La incapacidad de llegar a un acuerdo en cuanto al papel que se espera cubra a pareja o el no coincidir respecto a las expectativas, puede tener como resultado para aparición de conductas violentas. De igual manera, lo permitido y no permitido en lo referente a conductas sexuales dentro de la relación, pueden generar desacuerdos, mismos que podrían desencadenar eventos violentos (Rodríguez, 2005).

Consecuencias

Entre las consecuencias sobre la violencia en el noviazgo, diversos estudios han reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar (Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2006). Se ha demostrado que la violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital. Además, la violencia física que se presenta en las relaciones de noviazgo puede aumentar hasta en 51% en los primeros 18 meses de vida de pareja (Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2006). Se ha reconocido a nivel internacional que la violencia en noviazgo puede ser un antecesor de la violencia en pareja, por lo que se ha considerado un problema de salud pública en el cual se tiene que trabajar para prevenirla o detectarla de una manera temprana, además de reducir su frecuencia y evitar sus manifestaciones más graves en el área de salud (Hokoda et al., 2006; Rodríguez, 2005; Saldívar, 2006). Schwartz, Magee, Griffin y Dupuis (2004) recogen que un porcentaje elevado de violencia en parejas jóvenes es de tipo psicológico más que físico pero que, con el tiempo, esta violencia psicológica se transforma en física; es decir, que la violencia psicológica dada en los primeros estadios, precede a lo que más tarde será violencia física (Magdol, Moffitt, Caspi, Newman, Fagan y Silva, 1998).

Coker, Smith, Bethea, King y McKeown, (2000) han estudiado con detalle los efectos de la violencia y sus consecuencias en la salud, concluyendo, como cabría esperar, que tanto la vertiente física como la mental se ven especialmente afectadas (incapacidad laboral, dolores de cabeza, dolores crónicos, etc.). Tales efectos parecen ser diferentes en hombres y en mujeres, siendo su impacto mucho más marcado en ellas que en ellos. Como señalan Harrington, Herrera y Stuewing (2003), a pesar de que el 19% de chicos refiere haber sufrido maltrato por parte de su pareja, sólo un 15% manifiesta que esos abusos hayan sido emocionalmente traumáticos. Sin embargo, del 50% de chicas que refiere haber

padecido maltrato, un 30% manifiesta que tales abusos han sido emocionalmente traumáticos.

Wathen y MacMillan (2003) señalan que las mujeres que han padecido violencia de género tienen más riesgo de padecer problemas psicológicos, sociales y emocionales como depresión, ansiedad, ideación suicida, trastornos por estrés postraumático, problemas relacionados con los ciclos menstruales, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad y psicosis afectivas.

Quizás, la gravedad de los efectos de la violencia en el seno de una relación íntima estriba en que se da, precisamente, en un contexto en el que se esperaba apoyo. Algunos autores apuntan que las consecuencias de la violencia psicológica quizás sean tanto o más deletéreas que las de la física (Cáceres y Cáceres, 2005).

Las muertes, por esta causa, han aumentado en un 69,04%, pasando de 42 en 1994 a 71 en 2002 (Ministerio del Interior), aunque estas cifras son mucho más elevadas según la Red de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género. Todo ello quiere decir, seguramente, que el mayor grado de conocimiento existente en cuanto a los factores implicados no ha redundado en medidas eficaces para su erradicación.

Estadísticas Internacionales

González y Santana (2001) en un estudio con población española encontraron que entre un 10% y un 11% de los jóvenes se han visto implicados en una relación violenta, ya sea como agresor o como víctima.

Ackard, Neumark-Sztainer y Hannan (2003) encontraron que un 17% de las mujeres y el 9% de los hombres señalaban haber sufrido algún tipo de violencia durante sus relaciones de noviazgo. Mientras que Harrington, Herrera y Stuewing (2003) indican que en parejas jóvenes existe una frecuencia de violencia que abarca un amplio abanico (9% al 57%) entre los estudiantes.

Silverman, Raj, Mucci y Hathaway (2001) hallaron una tasa de 20.2 y de 18% de mujeres adolescentes que sufrían de violencia física y sexual por parte de su pareja, respectivamente, en dos estudios en los que se examinó la conducta de riesgo durante la adolescencia por medio del Youth RiskBehavior Survey (Examen

de Conducta de Riesgo Juvenil), realizados en Massachussets (Estados Unidos) en 1997 y 1999, respectivamente, mientras que Howard y Wang (2003) encontraron que uno de cada diez adolescentes de noveno a duodécimo grado había sido objeto de violencia física por parte de su pareja, en un estudio de encuesta realizado a nivel nacional en Estados Unidos durante 1999 con una muestra de 7.824 adolescentes.

Straus y Ramírez (2003), encontraron porcentajes más elevados de violencia del noviazgo (entre el 25% y el 45%) que incluso en las parejas casadas (porcentajes que estiman entre 10-15%).

Posteriormente Strauss (2004) en "The International Dating Violence Study" en el que se utilizaron 31 muestras en 16 países, los resultados indican que entre 17 y 45% de los estudiantes de universidad han sido atacados físicamente por su novio (a) en los últimos 12 meses.

De forma similar en el estudio realizado por Frederick y Susam (2005) cuya muestra representativa fue 863 mujeres universitarias entre los 18 y los 25 años, el 48% de las mujeres refirieron sufrir agresiones y, de éste, el 39% informaron de más de un tipo.

Los Centros para la Prevención y el Control de la Enfermedad de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2006), por su parte, hallaron una porcentaje de 8,9% y de 8,8% de varones y mujeres, respectivamente, que habían sido objeto de violencia física por parte de su pareja, entre 15.214 adolescentes de noveno a duodécimo grado, vinculados a escuelas públicas y privadas de 50 estados y el distrito de Columbia, examinados en 2003.

Sears, Byers y Price (2007), por su parte, examinaron la prevalencia y concurrencia de conductas de maltrato físico, psicológico y sexual hacia la pareja, entre 633 adolescentes entre 12 y 18 años de edad (324 varones y 309 mujeres), de grados séptimo, noveno y undécimo, vinculados a cuatro escuelas de una pequeña provincia de Canadá. Si bien encontraron que el 18% de los adolescentes varones había informado solamente la ejecución de conductas de maltrato psicológico, un 6% también informó que había ejecutado tanto actos de violencia física como psicológica, y otro 6% reporta la realización de actos de

violencia psicológica y sexual. Además, los autores hallaron que un 5% de estos adolescentes había ejercido actos de los tres tipos de violencia.

El porcentaje de adolescentes mujeres que informaron la realización de actos de violencia física y psicológica fue mucho mayor (23%), aunque un porcentaje más bajo reportó la ejecución de actos de violencia de los tres tipos (2%). Sears y sus colegas también encontraron que la proporción de adolescentes de los dos géneros que utilizaban los tres tipos de conductas violentas, se incrementaba conforme aumentaba el grado de escolaridad, lo cual señala que en las parejas en donde se han presentado incidentes de violencia, esta tiende a diversificarse a medida que pasa el tiempo.

Estadísticas Nacionales

En México también existen estudios sobre este problema como por ejemplo, Alva (2002) encuestó a 7,926 adolescentes y jóvenes escolarizados del Estado de Morelos, donde encontró que el 15.43% de los sujetos reportan una violencia leve-moderada y el 0.57% un grado de violencia grave. Rivera, Allen, Rodríguez, Chávez y Lazcano, (2006) en un estudio realizado con mujeres de 12 a 24 años en el Estado de Morelos, encontró que 28% de las mujeres reportaron violencia durante su noviazgo. Saldívar (2006) realizó un estudio sobre coerción sexual en el noviazgo en 630 jóvenes universitarios, encontrando que un 27.5% de los sujetos menciona haber ejercido este tipo de violencia hacia su pareja y un 23.5% de la muestra total menciona haber sufrido algún tipo de coerción sexual.

Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce (2006) entre 1998 y 1999, desarrollaron un amplio estudio en México con una muestra compuesta por 13,293 estudiantes de 11 a 24 años, representativa de los colegios públicos de México central. Los jóvenes provenían de escuelas secundarias, escuelas técnicas y universidades. Se realizó una selección aleatoria de las unidades académicas. La tasa de respuesta fue de un 98.6%. El análisis de la violencia se basó en una submuestra de 7.960 estudiantes que habían tenido al menos una pareja. La prevalencia durante el noviazgo en adolescentes de escuelas públicas de Morelos fue de 28%.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV) 2007 elaborada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ, 2008) 15.5% de los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física; 75.8% ha sufrido agresiones psicológicas y 16.5 % ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual.

Los resultados de la ENVINOV también indican que el 76% de los jóvenes son víctimas de la violencia psicológica y la mayor incidencia de ésta, se da en áreas urbanas (76.3%) a diferencia del área rural (74.7%).

Pese a las diferencias estadísticas, parece existir un acuerdo generalizado entre los diversos autores de que la prevalencia de la violencia en el noviazgo es mayor de lo que el número de denuncias e incidentes graves pueda hacer pensar (Cáceres y Cáceres, 2005).

OTRAS TEORÍAS EXPLICATIVAS

Teoría del aprendizaje social

Entendiendo que el aprender es la adquisición y modificación de conocimientos, habilidades, creencias, actitudes y conductas a través de capacidades cognoscitivas lingüísticas, motoras y sociales. (Shuck, 1997). Esta teoría propone que la violencia en las relaciones es algo que se aprende.

La teoría del aprendizaje social se basa en el conductismo (en el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante) y propone que la conducta violenta es funcional, intencional, influenciada y propiciada socialmente (Bandura, 1977).

El individuo aprende a ser agresivo cuando imita conductas que observa de algún modelo agresivo en algún ser que admire (real o simbólico).

Según Bandura existen tres importantes influencias en el aprendizaje de dichas conductas:

- a) La influencia familiar, la principal fuente de aprendizaje de la agresión, moldeándola y reforzándola.
- b) Las influencias subculturales, que son los determinantes provenientes del lugar donde reside una persona.

c) El modelado simbólico, que haría referencia al aprendizaje por observación de modelos reales y/o de imágenes, palabras y acciones agresivas a través de los medios de comunicación social.

Bandura (1977) le da un papel esencial a la experiencia observacional para la adquisición, la instigación y el mantenimiento de las conductas agresivas.

Aprendizaje social y violencia en el noviazgo

La violencia aprendida en diversas ocasiones muchos casos se extrapola a las relaciones de noviazgo. Por ejemplo en casos de violencia marital, los niños observan y aprenden este tipo de conductas y a la par, no obtienen las estrategias adecuadas para la resolución de conflictos. Partiendo de que las manifestaciones de violencia influyen directamente en la siguiente generación, por lo que un estilo interpersonal coercitivo y agresivo es guiado por las primeras experiencias de violencia en la familia de origen (O'Leary, 1988).

Diversos estudios realizados a lo largo de las décadas apoyan esta teoría de la transmisión intergeneracional para la violencia en el noviazgo (Bernard y Bernard, 1983; Marshall y Rose, 1988, Sugarman y Hotaling, 1989, Capaldi y Crosby, 1997; Riggs y O'Leary, 1996; Smith y Williams, 1992).

Para entender mejor cómo funciona el aprendizaje social en las relaciones en el noviazgo. Es posible estudiar el modelo de Riggs y O'Leary (1996), mismo que está compuesto por dos factores:

- Las variables contextuales o antecedentes: las situaciones en las que el sujeto aprendió la violencia. El ser testigo o tener experiencias de agresiones en la infancia y las consecuencias asociadas (ej., el uso de la agresión en otras relaciones, una actitud justificativa de la violencia).
- Las variables situacionales: las que explican cuándo y en qué situaciones una persona propensa a mostrar comportamientos agresivos se comportaría en la actualidad. Entre estas se incluyen: el déficit de habilidades para resolver los problemas, el uso del alcohol, las relaciones problemáticas, la agresión verbal y comportamientos celosos, la satisfacción con la relación, entre otros.

El resultado de algunas investigaciones coinciden en que esto sucede en estudiantes de diversos niveles académicos (Rigg y O'Leary, 1996; O'Keefe, 1997, Singer, 2003). Por ejemplo White, Merrill y Koss, (2001) en una muestra de 1.307 hombres y 1.477 mujeres, hallaron que los factores situacionales explicaban el 67% de la varianza en las agresiones físicas de los hombres y el 55% de la varianza en las mujeres.

Por su parte, Moagi y Sophie (2003), quienes trabajaron con una muestra de 135 mujeres y 118 hombres universitarios, encontraron que las variables situacionales explicaban el 89% de la varianza en los participantes que agredían a sus parejas. Sin embargo, este modelo no establece cómo estas variables de riesgo se desarrollan e interaccionan entre sí, ni hace una diferenciación basada en el sexo de la muestra (Bookwala, Frieze, Smith y Ryan, 1992).

Para Malik, Sorenson y Aneshensel (1997) no sólo se aprenden las conductas agresivas por observación de modelos, sino que existen una serie de aspectos cognitivos moduladores que influyen sobre el aprendizaje vicario. De esta manera, los factores (tales como los valores, la consolidación de actitudes, el uso de drogas, etc.) modulan al aprendizaje por observación.

Al analizar los resultados obtenidos en estudios centrados en la hipótesis de la transmisión intergeneracional, se puede observar que son varios los mecanismos que intentan explicar la transmisión de la violencia marital.

- Los que describen el proceso de transmisión como un proceso imitativo (Foo y Margolin, 1995).
- Los que destacan los esfuerzos realizados desde una dimensión actitudinal y que muestran cómo las agresiones en las relaciones románticas presentarían una argumentación legítima (O'Leary, 1988; Sigelman, Berry y Wiles, 1984; Strauss, Gelles y Steinmetz, 1980). En donde el maltrato en la infancia enseñaría a los niños que es legítimo, y a menudo necesario pegar a la pareja (Straus, Gelles y Steinmetz, 1980).
- Los que se basan en los estilos comunicativos (Follete y Alexander, 1992). Este enfoque está sustentado en los resultados de la investigación de los factores interpersonales y contextuales, los cuales identifican una relación

directa entre la capacidad de resolver problemas y la satisfacción en la relación.

- La perspectiva criminológica que sostiene que la violencia en el noviazgo es una expresión de la conducta antisocial en general, y por lo tanto, las personas involucradas en la violencia en el noviazgo manifestaran también conductas antisociales (conductas agresivas repetitivas, quebrantamiento serio de las normas en el hogar, vandalismo, robos, provocación de incendios, y la escuela, etc). Las investigaciones realizadas que confirman esta perspectiva indican que los niños expuestos a prácticas de crianza irregulares tendrán una mayor probabilidad de desarrollar comportamientos antisociales (Simons, Lin y Gordon, 1998; Simons, Wu, Goger y Lorenz, 1994).

Destacando que, los resultados obtenidos por estos estudios subrayan el hecho de que la violencia intergeneracional no es una condición necesaria o suficiente para su posterior desarrollo. Follette y Alexander (1992) explican que no todos los que maltratan a sus parejas provienen de familias violentas, y no todos los que crecen en estos ambientes se comportan de manera agresiva.

Teoría del apego

Las teorías del apego parten de la necesidad de los seres humanos de establecer vínculos afectivos con otros; con base en el marco de la etología, el teórico John Bowlby elaboró su propuesta teórica sobre el apego, definiéndolo como una conducta instintiva cuyo principal fin es la adaptación. Bowlby sugirió que existe un sistema conductual subyacente al apego, el cual está presente en varias especies y constituye un basamento para las conductas reproductivas, paternas, de alimentación y de exploración (Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega y Díaz, 2004).

La teoría del apego ha tenido un gran impacto en el ámbito de las relaciones afectivas en la infancia. Bowlby, (1988) propuso que la interacción de los niños con sus padres juega un papel muy significativo en el proceso de socialización y

en el establecimiento de relaciones afectivas con otros en contextos diferentes a la familia. De las interacciones tempranas con los cuidadores primarios, el niño aprende un modelo de relación que va a repercutir en los nuevos contactos con otras personas.

Los teóricos del apego sugieren que esos modelos son representaciones mentales que incluyen expectativas sobre sí mismo y sobre los otros dentro del contexto de las relaciones afectivas (Bretherton 1992).

En base a lo anterior algunos teóricos han identificado patrones de apego característicos de las relaciones cercanas. Los patrones fundamentales son tres: Apego Seguro, Apego Evitativo (rechazante) y Apego Ansioso (preocupado) (Alonzo-Arbiol, Plazaola, Sainz de Murieta y Yárnoz, 2001).

Una persona con estilo de apego seguro, se caracteriza por acercarse emocionalmente a los otros de manera sencilla y mostrar la capacidad de establecer una experiencia de dependencia mutua segura y confortable (Dutra, Naksh-Eiskovitsy Westen, 2002). Sus relaciones con el otro son más estables, íntimas y satisfactorias y su perspectiva de sí misma es más integrada y coherente. Estas personas son capaces de hablar de las experiencias adversas negativas o penosas de su infancia de manera reflexiva y relativamente desprovista de mecanismos de defensa (Bowlby, 1988; Marrone, 2001).

En cuanto al apego inseguro evitativo, Dutra, Naksh-Eiskovits y Westen, (2002), señalan que son personas que se sienten incómodas con las relaciones que involucran cercanía emocional por lo que se mantienen alejados, argumentando muchas veces la importancia de la independencia y la autosuficiencia. Es característica en este tipo de sujetos la inhibición de sentimientos negativos o agresivos, con la finalidad de mantener la aprobación social. (Stoudemire, 1995, Marrone, 2001 y Delgado, 2004).

Dutra, Naksh-Eiskovits, y Westen, (2002) conceptualizan el tercer tipo de apego como inseguro ansioso, caracterizándolo como un patrón de ambivalencia según el cual el individuo anhela la intimidad emocional, pero frecuentemente se relaciona con personas que lo rechazan y no satisfacen sus necesidades. Estas personas en lugar de poseer una baja necesidad de vinculación manifiestan

conductas de apego exacerbadas. Son personas con una gran necesidad de contacto e intimidad y en la misma medida con un intenso temor ante la pérdida del vínculo; esta contradicción constante entre el deseo de aproximación y el temor al fracaso generalmente desencadenan agresiones. Tal panorama habla de individuos con baja autoestima, rasgos dependientes, relaciones interpersonales poco profundas y constantes sentimientos de ambivalencia con respecto a las figuras significativas (Delgado, 2004; Ávila, Díaz, Maldonado, Saldarriaga y Vega, 2004y Marrone 2001).

Apego y Violencia en el noviazgo.

Las relaciones familiares son la escuela primaria de la convivencia social, cuando esas relaciones son de agresión, violencia o abandono, causan un impacto significativo a lo largo de la vida del niño o niña que las sufre. En este sentido el niño o niña que establece una relación de apego segura tiene mayor posibilidad de desarrollar un modelo positivo del mundo, así como una percepción de sí mismo como un ser querido y valorado (Tapía y Gonzalez, 2002).

Por otro lado los niños maltratados establecen un vínculo inseguro y con un patrón de evitación. En general, los estudios tienden a ser coincidentes en señalar que los niños expuestos a conductas agresivas por parte de sus padres, tienden a ser más agresivos con sus cuidadores con sus iguales y es altamente esperable que repitan estas conductas durante las primeras relaciones románticas en la adolescencia y en la edad adulta (Larrain, 1996, Cantero y Cerezo, 2001; González y Nuñez, 2001; Penagos, Rodríguez, Carrillo y Catro, 2006 y Carrera, Brizzio, González, Mele y Casullo, 2008).

En las investigaciones realizadas por Berlin y cols. (1999) se evidenció que existe consenso respecto a la importancia de la conducta de apego establecida desde temprana edad para el desarrollo de la competencia social. Los niños y adolescentes que han establecido mejores vínculos afectivos con sus padres, son quienes se muestran más competentes para establecer relaciones estrechas con sus compañeros. Esto subraya la importancia de las relaciones tempranas para la estructuración del estilo de apego y las fijaciones en las distintas etapas de

desarrollo infantil que estos vínculos pudieran haber dejado, en especial en adolescentes que presentan problemas de comportamiento y manifestaciones agresivas verbales o físicas (Carreras, Brizzio, González, Mele y Casullo, 2008).

Como se describió anteriormente el apego es responsable en gran medida de la manera en que nos relacionamos con los demás de esta manera dicha teoría puede brindar un marco explicativo para entender el fenómeno de la violencia en el noviazgo.

Desde la perspectiva de la teoría del apego se considera la relación abusiva en el seno de la relación de noviazgo y pareja como una forma disfuncional y exagerada de protesta. Entendiéndose por relación abusiva aquella en la que uno de sus miembros mantiene una presión más o menos permanente hacia el otro en forma de mal humor, episodios de cólera, riñas descalificaciones, faltas de respeto, etc. Esta relación abusiva o coercitiva puede degenerar en violencia física, psíquica o ambas, pudiendo llegar a situaciones fatales. Bartholomew y Allison, 2006 y Gómez, 2009).

Paradójicamente, la protesta que se dirige hacia la figura de apego surge a partir de la percepción de amenazas relacionadas con la separación o el abandono. Las personas que muestran altos niveles de ansiedad tienden a ser hipersensibles a las amenazas, por ello, tienden a percibir los comportamientos ambiguos de sus parejas como amenazantes. (Gómez, 2009).

Según Bartholomew y Allison (2006), las personas que fracasan en comunicar de manera eficaz su necesidad de asegurar la relación de pareja por vías funcionales activan la cólera e incluso la violencia para ganar o recuperar espacio de proximidad con su pareja que ejerce las funciones de figura de apego.

La teoría parece indicar que los adolescentes que mantienen reacciones abusivas o coercitivas tienden a ser ansioso-ambivalentes o preocupados. Por otro lado, los adolescentes evitativos muestran tendencia a la hostilidad y tienden a ser fríos y aparentemente poco sensibles. Estos rasgos podrían ser considerados como predictores de relaciones de noviazgo abusivas o violentas por su propia naturaleza. Sin embargo, los evitativos se caracterizan por su tendencia a retirarse en las situaciones promotoras de ansiedad o amenaza con el fin de desactivar el

sistema de apego y, con ello, poder mantener el control personal. Se sabe por otro lado, que la evitación está asociada al control de la cólera; por lo tanto no cabe esperar que la evitación engendre comportamientos de protesta. La tendencia del evitativo a retirarse en situaciones de amenaza haría poco probable la activación de comportamientos de protesta que estarían en la base de las relaciones coercitivas o violentas, en última instancia. No obstante, no se puede descartar que en situaciones límite, generadas por el propio sistema relacional, los evitativos puedan llegar a agredir si se sienten intensamente acosados emocionalmente (Gómez, 2009).

Es importante mencionar que tanto la teoría del apego como la teoría del aprendizaje social cuentan con una limitante ya que consideran el proceso de transmisión como determinista y automático, donde el ser humano juega un papel pasivo y limitado a la hora de copiar las tácticas de resolución de conflictos de sus padres.

Teoría feminista

La teoría del movimiento feminista se basa en la crucial importancia de que las mujeres lleguen a deslegitimar "dentro y fuera" de ellas mismas un sistema que se ha levantado sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones. La teoría feminista tiene entre sus fines conceptualizar adecuadamente como conflictos, y producto de unas relaciones de poder determinadas, hechos y relaciones que se consideran normales o naturales, en todo caso, inmutables (De Miguel, 2003).

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres se trasladan, como si fueran algo irreversibles, a las desigualdades entre ambos sexos. Esta desigualdad es una característica de la organización social y cultural que se ha llamado patriarcado, convenciendo a hombres y mujeres de que esto es así, ha sido siempre así y seguirá inmutablemente en un futuro. Así pues, la práctica de socialización "tradicional" desencadena un rol de género rígido por lo que los hombres son educados para ser fuertes, autónomos y dominantes, más agresivos, competitivos y no comunicativos. Por el contrario, de las mujeres se espera que

muestren comportamientos de cuidado, orientadas a las necesidades de los demás, pasividad, sumisión y comportamientos de complacencia. Es así que el sistema patriarcal es el centro de la opresión, que se explica a partir de una división básica social entre mujeres dentro de la cual se expone al hombre como opresor (Escario, Alberdi y Lofez-Acotto1996 y Miedzian, 1991).

Feminismo y violencia de género.

En general, las explicaciones sociológicas y feministas sobre el uso de la violencia contra las mujeres han resaltado dos factores causales (Maquieira y Sánchez, 1990): En primer lugar, el proceso de socialización diferencial de los sexos. Independientemente de cómo sean las hormonas masculinas hoy existe amplia documentación sobre cómo en la socialización de los varones se identifica lo masculino con la fuerza y la violencia, es decir mientras que el rol del hombre incluye normas que aceptan la agresión, el rol tradicional de las mujeres da lugar a un mínimo énfasis en la agresividad. De tal manera que la violencia que sufren las mujeres a manos de sus compañeros está relacionada con los estereotipos sexistas, es decir aquellas creencias que mantienen las desigualdades entre los sexos, ya que están fundadas en las formulaciones tradicionales que indican una actitud de prejuicio o conducta discriminatoria en la supuesta inferioridad o diferencia de las mujeres como grupo y que justifican la violencia como una parte inexorable del hombre asociada a atributos masculinos que forman su identidad (Moya, 2004).

En segundo lugar, se apunta a la persistencia de las definiciones sociales que representan las relaciones entre los géneros como relaciones de subordinación, cuando no de propiedad, en las que las mujeres deben cierta sumisión a sus maridos o compañeros. Será entonces, cuando las mujeres no respondan a las expectativas, cuando los conflictos pueden llevar al uso de la violencia como medio de restablecer la satisfacción de las expectativas sobre el comportamiento femenino. En este segundo caso, la violencia aparece como un efectivo medio de control social sobre el comportamiento de las mujeres (Alberdi y Matas, 2002).

Esta división de papeles en la sociedad tiene un efecto sobre la identidad, en tanto los roles sociales parecen definir la mayoría de las actividades de las personas y

los mecanismos para participar en una sociedad. Asumiendo estas directrices, la violencia contra las mujeres está sustentada por unas determinadas estructuras de poder y dominación que conforman el orden social patriarcal, donde las agresiones a las mujeres son una expresión de poder y dominio de los hombres y son aceptadas como algo normal, legitimadas y consecuentes (Escartí, Musitu, y Gracia, 1988).

Es así que La violencia vista desde el feminismo puede adoptar formas muy variadas, tanto en el ámbito de lo público como en contextos privados. Incluye todas las formas de discriminación hacia la mujer como el acoso sexual, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, el abuso económico, el chantaje emocional, las conductas de control y dominio, el aislamiento, el abuso social y la segregación basada en ideas religiosas, entre otros (Corsi, 2003).

En base a lo anterior es importante mencionar que existen innumerables investigaciones desde la perspectiva de género que muestran la situación de desventaja de la mujer en el fenómeno de la violencia de pareja (Aberdi y Matas, 2002; Alva, 2002; Cáceres, 2002; Cáceres y Caceres, 2005; Gonzalez y Santana, 2001 y Grisolia-Gonzalez, 2006). Cabe resaltar que este fenómeno no solo se extiende a las parejas casadas o adultas, también se ha demostrado que manifiesta en edades tempranas como lo es la adolescencia en donde las principales causas se encuentran en los roles y estereotipos de género así como en conductas sexistas basados en la inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres (Bergman, 1992; Close, 2005; Ferrer, 1994; Hernando, 2007 y Lutra y Gidycz, 2006).

Violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva

Se considera que la depresión es uno de los trastornos diagnosticada con mayor prevalencia en personas que sufren algún tipo de violencia durante sus relaciones de noviazgo (Villarejo, 1999).

No existe unanimidad para explicar la relación de este trastorno con la violencia en las relaciones de pareja, sin embargo esto se ha analizado desde diferentes

teorías entre la que se encuentran: la teoría psicodinámica, las teorías cognitivo conductuales y la teoría psicosocial.

Teorías psicodinámicas

Las formulaciones que hace el psicoanálisis han oscilado entre el concepto de la pérdida del objeto amado propuesto por Freud y Abraham y el de baja autoestima como eje central del desarrollo de la depresión.

Vallejo, (1992) considera que la escuela psicoanalítica tiende a considerar la melancolía como una situación de pérdida del objeto amado entendiendo como la pérdida de un ser querido o de algo muy apreciado como la libertad. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el que se produce una internalización del instinto agresivo que no se dirige hacia el objeto apropiado. Esta situación produce un dolor psíquico que pone en marcha las defensas del paciente pero si fallan el resultado es una sensación de incapacidad que conlleva a una reacción depresiva.

Vemporad, (1998 en Villarejo, 2005) resume el proceso de la siguiente manera: cuando la pérdida se produce en la edad adulta la pérdida anterior y su correspondiente odio hacia el objeto amado durante la infancia se reactivan; no obstante, el objeto perdido se convierte en parte de uno mismo por el cual el odio se dirige hacia sí mismo, manifestado como una depresión, este odio también puede ser manifestado hacia la pareja en forma de agresiones.

Por otra parte autores como Rado, Bibring y Jacobson (en Villarejo, 2005) consideran que la autoestima de los depresivos depende abrumadoramente del amor, la atención, la aprobación y el reconocimiento de los demás antes que de sus propias actividades o logros. Rado, (1928 en Villarejo, 2005) pensaba que los depresivos dependían de manera enfermiza de suministros narcisistas externos. Bibring señaló que las causas de la disminución de la autoestima son las frustración de ideales o la dependencia interpersonal lo que lleva a sentimientos de culpabilidad pérdida del control. Esto puede llevar a una persona a permanecer en una relación violenta por la misma dependencia.

Teorías cognitivas y conductuales

La teoría cognitiva de la depresión de Beck

Para Beck, 1976 el trastorno depresivo surge en aquellos individuos que poseen una visión deformada y errónea de la realidad que el denomino la triada cognitiva que consiste en: a) una visión negativa del yo, b) una visión negativa del mundo y c) una visión negativa del futuro.

Esta teoría al decir de Vázquez, (1991 en Villarejo, 2005) responde a un modelo de diátesis-estrés que precisa de un elemento estresante que activa las cogniciones depresivas. Un ejemplo de estos elementos estresantes es la violencia que activa estas condiciones negativas.

La teoría de indefensión aprendida

Para Seligman, (1981) la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo perdiendo todo el control sobre las situaciones externas reforzadoras, lo cual le lleva a vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, característicos de la depresión, situación que lleva a una persona a ser más vulnerable a sufrir violencia (Vallejo, 1992).

Teoría del reforzamiento

Según (Lewinsohn, 1976 Villarejo, 2005) la violencia funge como un reforzamiento negativo que facilita la presencia de algunos trastornos del estado del ánimo entre los que se encuentran la depresión.

La teoría psicosocial

La teoría psicosocial propugna que la etiopatogenia de la depresión se haya entre la interacción de unos acontecimientos vitales con los recursos propios del enfermos tanto de tipo social como personal. Este modelo evalúa factores predisponentes, factores precipitantes como la violencia y factores de vulnerabilidad.

DEPRESIÓN

Antecedentes de la depresión

La historia conceptual de la depresión fue formulada por primera vez por Hipócrates (460-370 a.C.) quien utilizó el término “melancolía” concluyendo que esta se encontraba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, siendo la bilis negra o *atrabilis* por la que se producía la melancolía. (Calderón, 1998).

Aleteo en el siglo II formulo un cuadro más completo de este desorden, sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos, además de enfatizar que las relaciones interpersonales eran de gran importancia durante el curso de la enfermedad. Así también observo que la depresión es recurrente y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura (Solloa, 2001).

Durante la edad media filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino, sostenían que la melancolía era producto de demonios y e influencias astrales, dichas creencias comenzaron a desvanecerse en 1630 cuando Robert Burton publicó el tratado “Anatomía de la Melancolía” obra que facilito en ese tiempo la identificación de los “estados depresivos” (Calderón, 1998).

Más tarde en 1911, Abraham publicó lo que se puede considerar la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, describiendo que la depresión aparece cuando la persona ha renunciado a toda esperanza de tener una satisfacción a sus tendencias libidinales. Durante la depresión, la búsqueda de obtener la satisfacción libidinal es reprimida logrando que la persona no se sienta amada y tampoco sea capaz de llegar a la intimidad emocional (Solloa, 2001).

Para principios del siglo XIX Filipe Pinel señaló que el pensamiento de los melancólicos estaba totalmente concentrado en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas se encontraban permanentemente perturbadas induciendo en ocasiones al suicidio. Pinel señaló que entre las posibles causas de la melancolía se encontraban en primer lugar las psicológicas como: el miedo, el desengaño amoroso, las dificultades amorosas, etc. Y en segundo las físicas como: la amenorrea y el puerperio (Calderón, 1998).

A mediados del siglo XIX Kraepelin buscando un sistema de clasificación operativo, basado en el modelo de la medicina, considero que los desórdenes psiquiátricos tenían un acusa orgánica aunque esta no fuera identificada, un curso característico y un desenlace predecible; de esta manera discriminó los elementos comunes de entre los síndromes descriptivos individuales y los considero en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenía y psicosis maniaco-depresiva (Arieti y Bemporad, 2001).

Durante este mismo siglo el alemán Griesinger y le francés Descuret ya realizaban el diagnóstico de “nostalgia de niños” Para 1912 Kraepelin realiza un trabajo epidemiológico en una muestra de 900 maníacos-depresivos encontrando que en el 4% se había presentado el primer episodio antes de los 10 años. Dentro de la definición abarcativa de psicosis maniaco-depresiva Kraepelin incluyo una variedad de desórdenes depresivos. En razón a que éste grupo compartía una serie de síntomas comunes a pesar de las diferencias superficiales, los distintos síntomas podrían reemplazarse recíprocamente en el mismo paciente y el pronóstico era benigno para todos los casos (Solloa, 2001).

Muchos años más tarde, Leonhard (1957 en Bousoño, Gonzalez, Pedregal, y Bobes, 1994) propondría la existencia independiente de las formas unipolares depresivas, separando las depresiones del hasta entonces monolítico grupo de la psicosis maniaco-depresiva kraepeliniana.

En 1924 el italiano SancteSantics dedico en su libro psiquiatría infantil dos capítulos a la depresión. Alrededor de los años treinta con la influencia de la corriente psicoanalítica, se consideró que la depresión infantil no existía por ser esta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del súper yo. Sin embargo dentro de la corriente psicoanalítica hubo postuas distintas como las de Klein, Spitz, Bowlby y hasta la misma Ana Freud quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil (Arieti y Bemporad, 2001).

Finalmente es en los años los sesenta cuando surge el concepto de “depresión enmascarada” en la que se aceptaba la depresión infantil pero encubierta bajo síntomas de irritabilidad, problemas de conducta y agresividad y es a partir de entonces que se empezó a aceptar abiertamente la depresión infantil. Así en 1971

la Unión Europea de Paidopsiquiatras en el IV Congreso de Paidopsiquiatría de Estocolmo eligió como tema monográfico “los estados depresivos en el niño y el adolescente” (Calderón, 1998).

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa con otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos (Solloa, 2001).

Definición

La palabra depresión viene del latín: *depressio* que significa hundimiento, haciendo referencia al paciente hundido, con un peso en su existencia. (Cobo, 2006)

Coloquialmente la palabra depresión tiene una connotación de decaimiento del ánimo o voluntad (Hernández, 2010), sin embargo, la depresión es una enfermedad neuropsiquiátrica y es considerada una de las diez más discapacitantes y frecuentes en México y en el mundo (Caraveo, 1996, Kaplan y Sadock, 2000 y Medina et. al. 2003).

A continuación se ofrecen algunas definiciones sobre la depresión:

- Es una alteración en el procesamiento de la información, debido a la existencia de esquemas depresogénicos, constituidos por una percepción negativa del mundo, el futuro de sí mismo (Beck 1972).
- Es una enfermedad que afecta al organismo, a su manera de pensar y su estado de ánimo (Arieti y Bemporad, 1983).
- Es un conjunto de síntomas que interfieren en la capacidad de los sujetos en actividades como dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras (Llaberia y Lorente, 1990)

- Es una enfermedad que se relaciona con alteraciones en el funcionamiento de algunos receptores de algunos neurotransmisores como la noradrenalina, la serotonina y la dopamina (Schilkraut, 1965 en Belloch, Sandin y Ramos, 1995).
- La depresión está incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo según la clasificación de los trastornos mentales DSM IV- TR (2003), entendiéndose que los trastornos de estado de ánimo son considerados síndromes y no enfermedades discretas, lo que quiere decir que requieren la confluencia de signos y síntomas durante cierto periodo de tiempo (desde semanas hasta meses) y que representa un cambio en el funcionamiento personal, normalmente en ciclos o periodicidad (Kaplan y Sadock, 2009).
- La depresión es un estado de ánimo bajo con pérdida de interés en todas o casi las áreas de su vida y en la mayoría de las actividades (Cobo, 2006)
- "Es el estado patológico en que existe disminución general de toda actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad" (diccionario de Pedagogía y Psicología, 1999 pp. 75).
- "Enfermedad que puede ser normal (llamada también abatimiento) o patología en donde los sentimientos de impotencia, desesperanza, ineficacia y de tristeza pueden ser síntomas de varios trastornos (Flores, 2005 pp.45)."
- La OMS describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad con algún grado de ansiedad. La actividad es por lo general disminuida, además de encontrarse desasosiego y agitación. Es importante mencionar que existe una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse en intervalos regulares.
- El principal sistema de diagnóstico, Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV) American Psychiatric Association 1995, considera a la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos que la describe como humor disfórico "pérdida del interés o insatisfacción en todo, en casi todas las actividades o pasatiempos usuales, se expresa

por síntomas tales como: triste, desesperanzado, irritable preocupado, deprimido.

Se puede decir que la depresión más que un sentimiento es un síndrome ya que produce alteraciones, que pueden llegar a ser graves, del funcionamiento psicológico y físico (Arietti y Bempoard, 1993).

Al hablar de depresión aparecen términos como: Síntoma depresivo, Estado de ánimo depresivo, síndrome o trastorno; por lo cual también es importante definirlos.

- El síntoma depresivo: "cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico" (Solloa, 2001 pp. 229) estos son síntomas depresivos que pueden ser parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente afectivo.
- El estado de ánimo depresivo es un sentimiento de afecto negativo, que incluye disforia, tristeza e irritabilidad.
- Mientras que el síndrome depresivo es un conjunto de síntomas que ocurren juntos y no están asociados por casualidad (Solloa, 2001), estos incluyen: además de los anteriores, problemas o cambios en el apetito, en el peso, sueño y concentración, así como fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad y pensamientos o conducta suicida.
- El concepto de trastorno depresivo posee connotaciones más específicas (Solloa, 2001) Para poder diagnosticar un trastorno depresivo es necesario que se presenten un número mínimo de síntomas, durante cierto tiempo y severidad (Herdia, 2009), además de una historia característica, respuesta al tratamiento, correlatos familiares, ambientales, biológicos o una combinación de ellos (Solloa, 2001, pp. 230).
- El episodio depresivo es un síndrome patente en los periodos de bajo estado de ánimo en un periodo de tiempo, en donde la persona sufre diversos síntomas como tristeza, apatía, desanimo, ataques de llanto, sentirse solos, ser incapaces de realizar las actividades de su vida cotidiana, entre otros (Medina et. al. 1992; Buela, Carretero y Santos,

2001; Czernik, Dabski, Canteros y Almiron 2006).

Síntomas

Existen signos físicos, síntomas, gestos y comportamientos que constituyen un lenguaje discursivo de este malestar. La depresión puede tener por diversos síntomas como la apatía (y/o un rostro apático), el decaimiento, mirada distraída, aburrimiento y nerviosismo. (Martínez y Muñoz, 2010).

A veces se acompañan de síntomas somáticos: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial, sensaciones de falta de aire, dolores abdominales, sequedad de boca, transpiración profusa, cefaleas y contracturas musculares (Buela-Casal, Carretero-Dios y Santos, 2001).

Según el doctor Lammoglia (2001) el episodio depresivo mayor tiene que presentar al menos 5 de los siguientes síntomas:

- Sentimientos de tristeza y desesperanza
- Perdida de interés y placer en actividades que antes disfrutaba
- Disturbios alimenticios (perdida o aumento, tanto del apetito como del peso)
- Insomnio
- Agitación o alentamiento psicomotor
- Fatiga, debilidad, baja de energía
- Sentimientos excesivos de inutilidad y culpa
- Disminución en la habilidad de pensar o concentrarse
- Pensamientos frecuentes de suicidio y muerte

Recordando que para que se considere que existe un episodio depresivo, el síndrome deber permanecer patente en un periodo de tiempo, con síntomas como tristeza, apatía, desanimo, ataques de llanto, sentirse solos, ser incapaces de realizar las actividades de su vida cotidiana, sentir que la gente es menos gentil, sensación de pérdida de energía o fatiga, alteraciones de sueño, pérdida de interés, incapacidad de experimentar placer, sentimientos de ira, temor, sentimientos negativos hasta la ansiedad (Medina et. al. 1992; Vázquez, 2001; Buela et. al., 2001; Czenik et. al. 2006).

El episodio depresivo mayor se hace patente en períodos de estado de ánimo bajo y que es persistente y se puede manifestar como tristeza, apatía y desánimo, así como con pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer, además deben presentarse, por lo menos tres síntomas relacionados con los aspectos psicósomáticos (alteraciones motoras y/o modificaciones en el sueño) en un periodo determinado de tiempo (Agudelo, Carretero-Dios, Blanco, Pitti, Spielberger y Buela-Casal, 2005).

Clasificación por categoría de la depresión

La clasificación de la depresión plantea diversos problemas, algunos de ellos derivados de la propia definición del síndrome depresivo, y otros derivados de la gran heterogeneidad (etiológica, clínica y evolutiva) de los trastornos depresivos. A continuación se presenta una clasificación ecléctica, sistemática y clínicamente relevante de los trastornos depresivos. Esta clasificación es muy ilustrativa desde varios puntos de vista. Primero, como toda clasificación categorial, los diferentes subtipos están expresados en términos categoriales de presencia vs ausencia. En segundo lugar, es muy comprehensiva y muestra claramente la gran heterogeneidad clínica, ya que una simple permutación de los diferentes subtipos proporcionaría cientos de posibles formas clínicas de depresión (Peralta y Cuesta 2002).

La clasificación de la depresión se puede hacer de diferentes maneras, existen muchas clasificaciones, según su etiología, los factores específicos, la clínica, etc.

Según la Etiología

- a. Primarias
 - a.1 Endógenas.
 - a.1.1 Con factores hereditarios
 - a.1.2 Sin factores hereditarios
 - a. 2 Reactivas (desencadenantes psicosociales)
- b. Sintomáticas o secundarias

Según la presencia de factores específicos

- a. Estacionales

- b. Hormonales
 - b.1 Catamentales
 - b.2 Postparto
 - b.3 Postmenopáusica

Según la presencia de síndrome melancólico

- a. Melancólicas
- b. No melancólicas
 - b.1 Neuróticas
 - b.2 Distímicas
 - b.3 Atípicas

Según la clínica (depresiones melancólicas y/o endógenas según Glatzel, 1983 en Horwath, Johnson, Klerman y Weissman, 1992).

- a. Melancolía simple
 - a.1 Depresión agitada o angustiosa
 - a.2 Depresión inhibida (estuporosa)
 - a.3 Depresión obsesiva
- b. Depresión vital
 - b.1 Anérgica
 - b.2 vegetativa (depresión enmascarada)
- c. Depresión con síntomas de despersonalización
- d. Depresión psicótica.

Según la evolución

- a. Trastorno depresivo recurrente (depresión monopolar)
- b. Depresión bipolar (Trastorno ciclotímico, trastorno bipolar)
- c. Depresión crónica (trastorno dístimico)
- d. Depresión resistente al tratamiento

Según la intensidad del síndrome depresivo

- a. Leve
- b. Moderada
- c. Grave

- c.1 Sin síntomas psicóticos
- c.2 Con síntomas psicóticos

Según la edad de presentación

- a. Infantil y adolescente
- b. Del adulto
- c. De la tercera edad

Según Peralta y Cuesta, (2002) y Mojtabai, (2001) es importante mencionar que estas características (que son las propias de cualquier sistema clasificatorio categorial) aunque válidas desde el punto de vista didáctico y hasta teórico tienen importantes dificultades desde el punto de vista clínico y práctico como lo son:

1.- Algunos criterios de clasificación producen subtipos excluyentes entre sí; por ejemplo depresión endógena vs reactiva, depresión melancólica vs distimia. Esto es rigurosamente erróneo desde el punto de vista clínico, ya que un paciente puede tener un trastorno distímico y a la vez un episodio depresivo mayor con melancolía.

2.- Las diferentes formas clínicas se pueden dar de manera simultánea y con distinta intensidad en un mismo paciente, y además ser cambiantes a lo largo del tiempo.

3.- Aunque no está expresamente formulado, cualquier clasificación categorial de la depresión lleva implícita la asunción de que la depresión se puede delimitar claramente de la normalidad por un lado y de otros trastornos mentales por otro.

Depresión y adolescencia

La adolescencia es el periodo de transición en el desarrollo humano en el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico, psíquico y social por lo que los adolescentes son más vulnerables a sufrir problemas de salud mental y física (Feldman et al., 1986 en Ponce, Flores. Mudgal, Huitron, Halley, Gallegos y Salmeròn, 2010; Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano 2004; Butcher Mineka y Hootlet2007).

Actualmente, el estudio de la depresión en esta etapa ha tenido un creciente interés en las últimas décadas, asociándolo con diversos factores por ejemplo, se ha encontrado que la edad de inicio de los trastornos es más baja en comparación a décadas anteriores y cuando se presenta en edades tempranas es más probable que en una edad más avanzada se vuelva a manifestar (Milne y Lancaster, 2001; Caraveo, 2007 y Benjet, Borges, Median, Fleiz y Zambrano, 2004; Medina et. al. 2003; Kaplan y Saddock, 2000). Es importante mencionar que la presencia sintomatología depresiva a edades tempranas puede influir de forma negativa en el desarrollo del individuo ya que se sabe que el trastorno con mayor frecuencia dentro de éste grupo de edad (adolescencia) es el trastorno depresivo mayor (De la peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida, 1996).

Sintomatología

La sintomatología depresiva en el adolescente muestra características tanto similares como diferentes en el adulto, Caraveo (2007) describe los posibles síntomas clave que se pueden presentar durante la depresión durante la infancia y la adolescencia, estos son:

- Tristeza
- Infelicidad
- Mal humor
- Irritabilidad
- Lenguaje anormal
- Dolores de cabeza frecuentes
- Aislamiento
- Nerviosismo
- Miedo
- Dolores o molestias físicas sin tener problemas médicos
- Desobediencia
- Violencia
- Dificultades para dormir

- Pesadillas frecuentes
- Distracción
- Peso por debajo de lo deseable o por el contrario sobrepeso

Por otro lado los criterios para uso específico en niños y adolescentes, partiendo del D.S.M. IV, son los siguientes:

1.- Estado de ánimo deprimido: Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días. En las y los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico como sentirse malo, malhumorado, e irritable, y no necesariamente triste. En las niñas y los niños puede ser un estado de ánimo irritable. El estado de ánimo y el afecto parecieran ser más influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos(as).

2.- Anhedonia: Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo. En las y los adolescentes, la anhedonia se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades recreativas, así como en el cambio de relaciones interpersonales con sus pares. Es muy frecuente que las y los adolescentes sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no lo logran hacerlo ahora. Una anhedonia total es muy difícil encontrar en un adolescente, pero sí reportan con frecuencia el cambio de intereses y de placer. En relación a la interacción social, las y los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos(as) a grupos menos aceptados por las madres y los padres.

3.- Pérdida o ganancia de peso: Cambios en el apetito y el peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos(as), y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y sus madres y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura. En las niñas y los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.- Insomnio o hipersomnio .Para entender los cambios en los patrones de sueño de las y los adolescentes, es importante conocer sobre los patrones de sueño de las y los adolescentes normales. Estos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana, y duermen más de la cuenta durante los fines de semana. Se ha comprobado que este tipo de patrón de sueño puede disminuir su rendimiento cognitivo. El insomnio medial y terminal son poco frecuentes en adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia.

5- Agitación o retardo psicomotor: Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no sólo un sentimiento subjetivo del o la joven. En ellas y ellos, esta información es difícil de obtener si uno no conoce al o la adolescente en su estado no depresivo, y si la madre o el padre tiene dificultad para atribuir el cambio a algo más que ser algo normal.

6.- Fatiga o pérdida de energía: Las y los adolescentes pueden confundir la fatiga y la pérdida de energía con otros síntomas de depresión y con sueño. Debe establecerse una diferencia entre la “pereza de realizar los quehaceres domésticos en comparación con las actividades placenteras, y no se deben de confundir entre sí la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aún con suficiente sueño. Una queja constante de las y los adolescentes es “estoy aburrido”, que incluye a ambos o a cualquiera de los dos.

7.- Sentimientos de Inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Las y los adolescentes frecuentemente externalizan sus sentimientos con expresiones como que los tienen de encargo.

8.- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o indecisión, casi cada día. Este es una de las medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad para hacer preguntas sobre el rendimiento escolar, cuando el paciente no es capaz de reportar lentificación de su pensamiento, cavilaciones o síntomas semejantes. Las clases proveen un espacio finito de tiempo en el cual hacer la tarea. Una o un adolescente quien previamente era

capaz de terminar su trabajo durante el período de clase permitido, cuando está deprimido(a), es incapaz de completar los trabajos, llevándolo a aumentar las tareas a llevar a casa por el trabajo incompleto de la clase. Puede durar horas largas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Como en las y los adultos, si se les pregunta, directamente admiten los deseos de morirse y articulan planes e ideación suicida específica. El peligro en las y los adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a percibir como una mayor catástrofe lo que un adulto o adulta llame un evento menor. Más difícil para evaluar en adolescente es la preocupación con la muerte y los temas mórbidos. Algunas madres y padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos cinco de estos síntomas presentes durante el mismo período de dos semanas, con al menos uno de los síntomas sea humor depresivo o pérdida de interés o placer. El primer fracaso al diagnosticar la depresión en las y los adolescentes es la falla en directamente entrevistar a las y los adolescentes sobre la presencia o ausencia de tales síntomas específicos y la tendencia de tomar el valor externo de las racionalizaciones superficiales para los síntomas.

Por su parte Agudelo, et al, 2005 menciona que el adolescente también debe de experimentar al menos 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, planes o intentos suicidas. Para indagar 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 adolescente antes del episodio, así mismo, los síntomas han de

mantenerse la mayor parte del día durante al menos dos semanas consecutivas. En algunos adolescentes la actividad puede ser normal pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Factores de riesgo

La depresión es una enfermedad multicausal, es decir no aparece sin motivo existen posibles causas de su aparición entre las cuales se encuentran los factores biológicos y psicosociales (De la peña, Ulloa y Paez, 1999).

Factores biológicos

Post (1984, en Goodyer, 2001) observó que los cambios biológicos que ocurren en los primeros episodios de la depresión pueden sensibilizar al organismo a experimentar disfunción en la regularización de los sistemas de los neurotransmisores con mayor facilidad (como enfrentar eventos ambientales adversos) y así predisponen al individuo a ser más susceptible a nuevos episodios, a lo que llama *Kindling*.

Entre las causas biológicas encontramos a los factores genéticos, los cuales pueden posibilitar la transmisión de desencadenante que hacen al individuo vulnerable (Sabanés, 1993 en García, Martínez y Yáñez, 2006)

También entre los factores biológicos se puede mencionar un desequilibrio bioquímico en el sistema límbico, por un bloqueo en las neuronas receptoras por las endorfinas que inhiben la serotonina y tampoco se capta la noradrenalina (Lammoglia, 2001). Recordando que las emociones se relacionan con la corteza límbica que se relaciona con el neocórtex (que además participa en las funciones simbólicas); el cerebro medio y los centros cerebrales; que participan en la producción hormonal, el control automático, vigilia y sueño.

A través de una tomografía computarizada es posible observar que en pacientes depresivos existe un alargamiento de la pituitaria y de las glándulas adrenales (Kaplan y Sadock, 2000).

También se ha encontrado que desbalances bioquímicos en la depresión Las neuronas norepinefrinérgicas, se han identificado que se encuentran alteradas en

la melancolía (incluyendo estado de ánimo, apetito y recompensa). De igual manera, en la dopamina que tiene un papel importante en el placer, la respuesta sexual y la actividad psicomotora; la serotonina que participa en la regulación de afectos, agresión, sueño, apetito (Kaplan y Sadock, 2000).

A las alteraciones en los niveles de norepinefrina y serotonina se les han relacionado con la modificación patológica en la función de sus receptores, en situaciones de estrés. A este desbalance se le ha relacionado con el funcionamiento neuroendocrinológico; como lo es la desinhibición del eje hipotálamo-pituitaria; y se ha observado que un desequilibrio en esta en el 30 y 50 de los adultos con depresión, signo que desaparece en la recuperación (Goodyer, 2001).

Nemerof (en Kaplan y Sadock, 2000) encontró que existe mayor nivel de coticotropina en el fluido cerebroespinal en pacientes con depresión mayor y un aumento de clonida en los casos de depresión.

Factores psicosociales

Baja Autoestima

En un estudio realizado por Frías y Mestre (1994) en donde se pretendía conocer la relación existente entre la autoestima y depresión en niños de entre 8 y 13 años se encontró una relación negativa entre autoestima y depresión. Así los niños con niveles altos de sintomatología depresiva presentaban niveles más bajos de autoestima.

Por otro lado Rosselló y Berríos (2004) en un estudio que realizaron con una muestra de adolescentes puertorriqueños cuyo objetivo era evaluar la relación entre ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, autoestima y eventos de la vida negativos encontraron que existía una relación significativa entre las variables de ideación suicida, depresión y autoestima.

Así también González Forteza, Ramos- Lira, Caballero- Gutiérrez, y Wagner-Echeagarray (2003) en un estudio que realizaron cuyo objetivo era identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes y en el cual

participaron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13,7 años se hayo que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen una menor autoestima.

Bajo rendimiento académico

Según Luthar y Blatt (1995) los sujetos con alto grado de autocrítica muestran mayor depresión que se asocia con dificultades en el desempeño académico y el funcionamiento interpersonal. En general, según Reinherz, Frost y Pakiz (1991), los adolescentes con altos valores de depresión reportan mayor número de problemas emocionales y de conducta además de logro académico inferior.

Por su parte Doran, French, Conrad y Turner (1995) encontraron que los adolescentes caracterizados como antisociales y rechazados por sus pares tenían dificultades de ajuste, bajos logros académicos y como consecuencia depresión.

En cuanto a las diferencias según el sexo, un estudio realizado por Au (1995) sobre el efecto del fracaso académico y las atribuciones causales sobre la desesperanza aprendida de quienes tienen bajo desempeño académico, indicaría que los varones tenían más experiencias fracaso académico y por tanto de desesperanza aprendida que las mujeres.

Por el contrario, los resultados de Rothenberg (1995) sugieren que para las niñas, los grados medios pueden ser ocasión de una significativa disminución de su desempeño académico y por tanto de su autoestima. Las razones de ello no están claras, pero involucran a varios factores. Uno de ellos, sería el trato preferencial que los varones reciben en la clase. Comparadas con los varones, las adolescentes padecen mayores niveles de estrés, y tienen mayor probabilidad de ser depresivas, y de cometer suicidio.

Orientación sexual

Se ha demostrado que la orientación sexual de los adolescentes se encuentra ampliamente relacionada con sintomatología depresiva. Los adolescentes con orientación sexual homosexual, bisexual o inseguros de la misma refieren más síntomas depresivos que aquellos que se autoconsideran heterosexuales, así

como también afrontan estresores psicosociales adicionales, como otras minorías. Estos adolescentes presentan mayor frecuencia de maltrato físico y emocional por parte de pares y profesores en el contexto escolar. De igual forma, es más frecuente la ideación suicida y los intentos de suicidio en los adolescentes bisexuales, homosexuales o inseguros de la orientación sexual que en adolescentes que se reconocen heterosexuales (Estévez, Musitu y Herrero, 2005). En mujeres, se observó que aquellas estudiantes que se autodenominaron bisexuales, lesbianas o inseguras sobre la orientación sexual informaron más síntomas depresivos que quienes que se reconocieron como heterosexuales. Por otra parte, la prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en mujeres adolescentes es significativamente mayor que en varones, independientemente de la orientación sexual. Wichstrom yHegna, 2003 encontraron en adolescentes noruegos entre 12 y 20 años que referir orientación sexual homosexual o bisexual incrementaba dos veces el riesgo de presentar síntomas depresivos. De igual forma, la presencia de síntomas y trastornos depresivos en minorías sexuales se relaciona con factores psicosociales explicados por la discriminación. Sin embargo, también existe relación con factores individuales, sociales y culturales (Díaz, Milanés, Bánquez, Luna-Salcedo, Fontalvol, Arrieta-Puello, y Campo-Arias, 2005).

Ambiente Familiar Hostil

Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo.

En este sentido los resultados de un estudio realizado por González- Forteza, Ramos- Lira, Caballero- Gutiérrez y Wagner- Echeagarray (2003) indican que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, y reportan que sus padres discuten por problemas económicos;

tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas.

Así también un estudio realizado por Morla, Sadd, y Saad, (2006) se encontró que la influencia de la desestructuración familiar es un factor de riesgo en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente de las diferentes formas de depresión

Por otro lado en la investigación realizada por Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) en donde uno de los objetivos era estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana, se encontró que existía una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes.

Field, Diego y Sanders (2001) evaluaron a través de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y un cuestionario sobre las relaciones con los padres y con los amigos pensamientos positivos y negativos incluyendo ideación suicida y algunas variables sobre el estilo de vida entre los que se encontraban el desempeño académico, el consumo de drogas y el ejercicio con la finalidad de evaluar la relación entre éstas variables y la depresión en los adolescentes. Los autores hallaron que los adolescentes que obtuvieron mayores puntuaciones en la CESD también tenían relaciones poco funcionales con sus padres y con los chicos de su edad.

González- Forteza y Andrade (1995) realizaron un estudio en el cual objetivos eran: 1) delimitar correlaciones entre control, la comunicación y el afecto de la madre y el padre y los recursos de apoyo familiar, de amigos o de nadie de los adolescentes y 2) identificar la relación de esto con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en estudiantes de secundaria. Los resultados mostraron que el apoyo familiar y la sintomatología depresiva se hallaban correlacionados en mayor medida en las mujeres.

Género

Tradicionalmente las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres. En las últimas décadas se ha constatado que las tasas de problemas mentales no difieren en función del género, aunque sí la frecuencia de algunos trastornos. Se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Matud, Guerrero, y Matías, 2006).

La descripción y explicación de las diferencias de género en cuanto a la sintomatología depresiva se ha hecho desde cuatro niveles, si bien clásicamente se han basado en el modelo biomédico, que trata de explicar las diferencias en base a factores genéticos, hormonales, anatómicos o fisiológicos, de importancia central también han sido los factores socio culturales tales como la inequidad de género, los estereotipos y prejuicios y la violencia de género (Kessler et al., 1994 y Denton y Walters 1999).

En este sentido el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) menciona que el trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción.

Al respecto el estudio realizado por Cantoral, Mendez y Nazar (2005) en una secundaria del estado de Chiapas hallaron que la prevalencia de sintomatología depresiva era mayor en mujeres que en los varones. Siete de cada diez de ellas se encontraban deprimidas (73.1%) respecto a cinco de cada diez chicos (54.1%). En este mismo estudio también se encontraron diferencias significativas en función de la edad. Entre los varones los más afectados fueron aquellos que tenían 12 y 13 años de edad, mientras que en las adolescentes de 13 y 14 años se identificaron los mayores índices de depresión.

Así también Matud, Guerrero y Matías, (2006) en un estudio descriptivo transversal cuyo fin era analizar la influencia de las variables sociodemográficas y la sintomatología depresiva en una muestra de conveniencia de 2.847 mujeres y

1.848 hombres de edades entre 18 y 65 años encontraron que las mujeres presentaban más sintomatología depresiva que los hombres.

Acoso escolar

Díaz-Aguado (2005) considera el bullying como una forma de violencia entre iguales que tiene las siguientes características: suele incluir conductas de diversa naturaleza (burlas, amenazas, intimidaciones, agresiones físicas, aislamiento sistemático e insultos); tiende a originar problemas que se repiten y prolongan durante cierto tiempo; supone un abuso de poder, al estar provocada por un alumno (el agresor), apoyado generalmente en un grupo, contra una víctima que se encuentra indefensa y que no puede por sí misma salir de esta situación y se mantiene debido a la ignorancia o pasividad de las personas que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente.

El bullying como factor de riesgo para presentar sintomatología depresiva en adolescentes se ha comprobado en estudios tanto transversales como longitudinales que han que asociado el hecho de sufrir acoso escolar con problemas psicopatológicos como depresión, ansiedad o trastornos alimentarios (Díaz-Atienza, Prados y Ruiz, 2004 y Mills, Guerin y Lynch F, 2004).

En este sentido Díaz-Atienza, Prados y Ruiz, (2004) halló una asociación significativa entre ser víctima de acoso escolar y tener un estado de ánimo negativo, además de señalar que las víctimas de acoso escolar solían presentar problemas de sueño, baja autoestima y depresión

Por otro lado Due, Holstein y Lynch (2005) y Fekkes, Pijpers y Verloove-Vanhorick, (2004) observaron una fuerte relación entre ser víctima de acoso escolar y sentirse cansado, sentirse nervioso y sentirse desplazado, además de tener dificultades para dormir. Diversos estudios de naturaleza longitudinal han relacionado los síntomas de depresión y ansiedad con el acoso escolar (Mills, Guerin y Lynch, 2004 y Kaltiala-Heino, Rimpela y Marttunen 1999). Es importante mencionar que a pesar de las limitaciones de los estudios transversales, los resultados son consistentes con los conocimientos previos y apoyan la existencia de una estrecha relación entre el acoso y problemas de salud mental entre los jóvenes.

Factores económicos

La sociedad contemporánea, se ha constituido en una sociedad de riesgo, por los peligros que socialmente sobrepasan la seguridad y el impacto de la brecha social que lleva al cúmulo de riqueza en los estratos más altos, mientras que los riesgos se acumulan en los estratos más bajos, afectando de manera significativa la calidad de salud física y psicológica de los individuos (Munist, Suárez Ojeda NO, Krauskopf y Silber, 2007).

En este sentido se ha encontrado que existe una relación significativa entre las condiciones económicas de los adolescentes y el desarrollo de psicopatologías como la ansiedad, depresión y estrés debido a los altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales que estos deben afrontar ya sea en el núcleo familiar o de manera individual (Gómez y Rodríguez ,1997).

Al respecto Aguilera-Guzmán, Carreño y Juárez (2004), realizaron un estudio sobre las características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, con adolescentes rurales mexicanos y encontraron, que el tener que trabajar fuera del hogar para apoyar al sostenimiento familiar, es decir, el desempleo, la falta de capacitación para trabajar la tierra y la deserción escolar, entre otros factores, constituyen situaciones que también inciden y merman el bienestar psicológico de los adolescentes.

Por otro lado un estudio realizado con 378 familias, en un área rural de Iowa en decadencia económica, demostró que los problemas financieros de los padres incrementaban problemas en la salud mental como la depresión en los adolescentes (Conger, Ge, Elder y Lorenz y Simons, 1994).

Así también en un estudio realizado por Keegan (2002), cuyo propósito era el de examinar la influencia de la pobreza sobre los síntomas depresivos en una muestra de 898 jóvenes entre los 10 y los 12 años, se encontró que vivir en vecindarios caracterizados por problemas sociales como crimen, violencia o condiciones físicas deterioradas, falta de recursos comunitarios y no estar involucrado en actividades con personas externas al hogar predicen síntomas

depresivos. Los hallazgos de este estudio también sugieren que vivir en un ambiente comunitario adverso afecta indirectamente los síntomas depresivos del joven al incrementarse los síntomas depresivos de las madres.

Falta de soporte Social

Según Cornwell, (2003) el soporte social puede ser definido como el sentido de ser alguien importante ante los ojos de otros, ser cuidado y amado, ser estimado y valorado como una persona y tener alguien que escuchará, entenderá y ayudará cuando sea necesario. Se reconoce su carácter dinámico, debido a los cambios dados a lo largo del tiempo, como son el crecimiento o la disminución real o percibida de éste. Concretamente, se ha encontrado que la pérdida y disminución de soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes. Por el contrario, las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del soporte social, favorecen el bienestar del joven.

La aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros representan un factor esencial en la vida del adolescente. Desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo pueden constituir una experiencia frustrante y desarrollar trastornos del estado del ánimo como lo es la depresión para el joven (Dulanto, 2000).

En este sentido un estudio de Field, Diego y Sanders, (2001) realizado con una muestra de 79 estudiantes de secundaria de La Florida (Estados Unidos), de diferentes razas, con estatus económico medio a medio alto, los resultados indicaron que el grupo de adolescentes deprimidos también tuvo relaciones menos óptimas con pares, menos amigos y reportaron ser menos populares.

Consecuencias

La depresión tiene varias de consecuencias negativas como lo son la comorbilidad con otros padecimientos, además afecta las capacidades funcionales, causando discapacidad y deterioro cognoscitivo (Reding, Haycox y Blass, 1985 y Penninx, Leveille, Ferrucci , Van y Guralnik, 1999)

Es importante considerar que es una enfermedad muy incapacitante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2000, reportó que la depresión es la cuarta causa más importante de años de vida perdidos por la discapacidad (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers y Murray, 2004).

Penninx et. al., 1999 informan que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad para las actividades de la vida diaria y la movilidad en un periodo de seis años.

El efecto es más grave cuando los síntomas depresivos se conjugan con otra enfermedad crónica, una pobre red social, poca autosatisfacción y el sentimiento de soledad (Wagner, Gallo y Delva, 2000 y Valadez 2000), ya que eso deja al individuo más vulnerable. La depresión favorece la acumulación de eventos negativos en la vida, el aislamiento y la disminución en las actividades sociales y de ocio (Blazer, 1983)

La comorbilidad, puede presentarse con muchos padecimientos como el consumo y adicción de sustancias, el déficit de atención, ansiedad, ideación e intento suicida, problemas en el rendimiento académico y ansiedad, además ésta comorbilidad aumenta la severidad del problema deteriorando el funcionamiento familiar, escolar y social del adolescente (De la Peña, Ulloa y Paez, 1999; De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini; Páez y Almeida, 1996 y Buela-Casal, Carretero-Dios, y Santos, 2001).

También puede asociarse con problemas físicos, por ejemplo, se ha encontrado que existe una relación positiva entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes (Norman, Whooley y Lee, 2004), la pérdida de peso, problemas cardiacos (Morley y Kraenzle, 1994 y Romanelli, Fauerbach, Bush y Ziegelstein, 2002).y además de una mala autopercepción de la salud (Han, 2002). En parte, porque los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación así como inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud (Croni, de Leon, Beckett, Field, Glynn y Evans, 2000)

Además de la morbilidad y la discapacidad física, ya mencionadas, también tiene como consecuencia una discapacidad social (Roberts, Kaplan, Shema, Strawbridge, 1997; World Health Organization. International classification of diseases, 2003 y Penninx, Leveille, Ferrucci, Van y Guralnik, 1999).

Según el doctor Lammgolia (2001) la depresión puede traer consigo consecuencias que van desde una leve desesperanza, apatía, soledad hasta volverse incapacitante y, hasta, en ocasiones puede llevar a intentos de suicidio.

La depresión en los adolescentes puede afectar tanto su vida actual como en su futuro. Modificando de manera negativa el funcionamiento del individuo, sus relaciones interpersonales, sus habilidades sociales, su desempeño académico, su calidad de la vida y causando otros problemas como ansiedad (De la Peña, Ulloa y Paez, 1999).

En este grupo de edad, provoca una baja autoestima y vulnerabilidad hacia la violencia o respuestas de afrontamiento impulsivas y/o agresivas (Buela-Casal, Carretero-Dios, y Santos, 2001 y De la Peña, Ulloa y Paez, 1999).

En muchas relaciones existe una sensación de posesión de la otra persona o de pertenecerle y en ocasiones esto lleva a uno o más tipos de violencia (Bleichmar, 2003).

La Depresión que tiene como característica una rabia impotente (impotencia-desesperanza) en conexión con la quiebra de un idealizado concepto del sí mismo (Kernberg, 1975). Lo que crea una ambivalencia y culpa, como rasgo predominante (Kernberg, 1975 y Bleichmar, 2003), ya que cuando una persona ataca, él/ella puede sentir culpa por el sufrimiento del otro y, simultáneamente se siente como una mala persona, cuando no satisface a la imagen de su yo ideal definido por la bondad (Bleichmar, 2003); este sentimiento de culpa empeora la situación, ya que, crea un círculo de mantenimiento de la depresión (Lammgolia, 2001).

Aunado a esto, en muchas ocasiones las personas cercanas a ellos terminan alejándose o teniendo problemas (como peleas), lo que los aísla y los deja vulnerables a otras situaciones como la violencia (Lammgolia, 2001).

Al sufrir depresión, la persona, también puede ser vulnerable a la violencia, lo que hace que presente un sentimiento de falta de esperanza al hallarse sin poder, impotente/indefenso para modificar como son las cosas, sentimiento que refuerza la depresión misma (Bibring 1853). Esta impotencia pueden ser también sentida

en situaciones en las que el sujeto sienta terror, o se sienta presa de la ansiedad (Bleichmar, 2003).

Estadísticas Internacionales

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud en casi todo el mundo; se calcula que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

Se estima que el 20% de ésta población a nivel mundial sufre alguna enfermedad mental, siendo los síntomas depresivos y la depresión problemas de una magnitud notoria (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008).

En estudios realizados en países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, y Zambrano-Ruiz, 2004).

Por otro lado en América latina por lo menos 53 millones de niños y adolescentes una enfermedad mental. Los casos más frecuentes están asociados con trastornos afectivos, entre los que se encuentra la depresión, de ansiedad y de conducta y se calcula que el 75% se inician antes de los 24 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En un estudio en Argentina por Serfaty, Andrade, Aquila, Masautis y Foglia, (1995) se encontró una prevalencia de depresión grave de 4.5 y un 26.6 de depresión moderada en jóvenes de 18 años.

Essau, (2004) en Alemania, encontró que cerca del 17.9% de los adolescentes han tenido al menos un desorden depresivo en su vida.

En Estados Unidos, la Encuesta Nacional de Comorbilidad informó en el año de 1994, que el 58% de los afectados por depresión mayor tenían manifestaciones de algún trastorno de ansiedad, específicamente un 27.1% con Fobia Social, un 17.2% con Trastorno de Ansiedad Generalizada y un 8.9% con Trastorno de Pánico (Czernik, Dabski, Canteros y Almiron 2006).

También en Estados Unidos Corina, Guilherme, Medina, Fliez y Zambrano, (2004) estimaron que la prevalencia de depresión mayor en jóvenes de 9 a 17 años se encontraba en 5% en los últimos seis meses.

En Sevilla, España las tasas de depresión en la adolescencia oscilan entre el 2-8% (Mojarro, 2008).

Estadísticas Nacionales

La encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, (2003) estima que dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia, casi una cuarta parte de los 7.3 millones que han padecido un episodio de depresión alguna vez en su vida. Los que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de su vida; el primero, con una duración promedio de 31 meses, o dos años y medio, lapso durante el cual generalmente no reciben tratamiento.

Por su parte, Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, (1992) en un estudio sobre trastornos emocionales realizado en la Ciudad de México, encontraron que entre los síntomas más frecuentes de la depresión están los ataques de llanto, el sentirse solo, sentir que la gente no es amistosa y tener un sueño inquieto e incluso la incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, como ir a la escuela. Igualmente, Vázquez, (2001) menciona al humor depresivo, la falta de interés y disfrute de las actividades, la sensación de pérdida de energía o fatiga y las alteraciones del sueño como los síntomas más frecuentes.

En 1999 De la Peña, Estrada, Almeida y Paez en un estudio con estudiantes de una secundaria en la ciudad de México, reportan que tanto el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico fueron las psicopatologías más frecuentes con un 12.5 y un 7.5 respectivamente; y que afectan directamente el aprovechamiento académico y aumentan el riesgo de ideas suicidas y la mayoría presentaba otro trastorno (comorbilidad) como ansiedad o déficit de atención.

Por otro lado según The World Health Organization (en Ponce, Flores, Mudgal, Huitrón, Halley, Gallegos y Salmerón, 2010) entre el 6.2% y el 12% de la población de entre 18 y 65 años de edad, habitantes del Distrito Federal, han presentado en algún momento de la vida un trastorno depresivo (Reyes-Ortega, Soto-Hernández, Milla-Kegel, García-Ramírez, Hubard-Vignau, Mendoza-Sánchez, Mejía-Garza, García-Peña, y Wagner-Echeagaray, 2003).

METODOLOGÍA

El presente estudio forma parte de una investigación mayor realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Se utiliza la base de datos del proyecto Salud Mental y Violencia en el Noviazgo en Adolescentes: Evaluación de un programa de prevención e intervención (Número de proyecto 87708. Fondo sectorial- CONACYT- Secretaria de Salud).

Objetivo general

Saber si existe relación entre la Violencia en el Noviazgo y Sintomatología Depresiva en adolescentes.

Objetivos específicos

- a) Determinar si existe Violencia en el Noviazgo entre los adolescentes.
- b) Conocer el riesgo de sintomatología depresiva que se presenta en adolescentes de la población estudiada.
- c) Establecer quienes presentan mayor riesgo de sintomatología depresiva, quienes sufren o quienes ejercen violencia en el noviazgo.

Hipótesis conceptuales

Existe una correlación positiva de altos niveles de violencia en el noviazgo con altos niveles de sintomatología depresiva.

Los adolescentes que sufren violencia en el noviazgo presentan una mayor grado de sintomatología depresiva.

Definición conceptual de las variables

Variables atributivas

Violencia en el noviazgo. La violencia en las relaciones de parejas jóvenes que no conviven o no se encuentran casadas (llamada comúnmente en inglés *dating*

violence, según Chung, 2005), ha sido definida como aquella en donde ocurren actos que lastiman a la otra persona, en el contexto de una relación en la que existe atracción y en la que los dos miembros de la pareja se citan para salir juntos (Close, 2005).

Sintomatología depresiva: es considerada como una serie de síntomas recurrentes que afectan y reducen la capacidad de adaptación social y cuyas señales más frecuentes son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, desesperanza, intentos de suicidio, irritabilidad y problemas de la memoria (Casullo, 1998; Moreno, A. y Medina-Mora, 2008).

Definición Operacional de las variables

Violencia en el noviazgo. La presente variable se mide a través de la Escala *El CADRI* (Wolfe et al., 2001), elaborada específicamente para detectar la existencia de actos violentos en las relaciones de pareja de los jóvenes.

Sintomatología depresiva. Se define operacionalmente como la puntuación obtenida a través de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Roberts, 1980) para adolescentes, probada en México (Mariño, et al., 1993) que explora dicho fenómeno, siendo descrita en la sección posterior de Instrumento.

Tipo de estudio

Correlacional

Población

Adolescentes de una secundaria pública

Muestra

Se conformó de 870 estudiantes de secundaria seleccionados en forma no aleatoria.

Escenario

Escuela secundaria pública de Distrito Federal

Instrumento

Se construyó un cuestionario de tipo autoaplicable (ver anexo 1) con las siguientes secciones:

I.-Datos sociodemográficos: Incluye los datos personales del entrevistado.

II. Conflict in adolescent dating relationships inventory (El CADRI, de Wolfe, Scott, Reitzel-Jaffe, Wekerle, Grasley y Straatman, 2001) Incluye preguntas para detectar la existencia de actos violentos en las relaciones de pareja de los jóvenes. Este objetivo se persigue a través de dos subescalas denominadas por nosotros Violencia cometida y Violencia sufrida, de las que forman parte 25 ítems en cada una de ellas. Una escala de rangos constituye la modalidad de respuesta del cuestionario; sus cuatro opciones van desde “nunca” (esto no ha pasado en nuestra relación), categoría a la que se le asigna un valor de cero, hasta “con frecuencia” (esto se ha dado en seis o más ocasiones), etiqueta a la que se le otorga una puntuación de tres. Como propiedades psicométricas más destacables, los autores de la prueba original señalan, refiriéndose exclusivamente a la subescala Violencia cometida ($\alpha=0,83$), una estructura en la que los 25 ítems se distribuyen en torno a cinco factores de primer orden: Violencia sexual ($\alpha=0,51$), Violencia relacional ($\alpha=0,52$), Violencia verbal-emocional ($\alpha=0,82$), Amenazas ($\alpha=0,66$) y Violencia Física ($\alpha=0,83$). Estas dimensiones, tras ser refactorializadas, configuran un único factor de segundo orden denominado Violencia (*Abuse*). Por último, Wolfe et al. (2001) revelan un coeficiente de estabilidad de 0,68 ($p < 0,001$) obtenido mediante la aplicación de un test, retest, tras un intervalo de dos semanas.

Los ítems correspondientes a cada factor se enumeran a continuación.

- I. Violencia sexual. VN2, VN2.1, VN10, VN10.1, VN11, VN11.1, VN13 y VN13.1.
- II. Violencia relacional. VN3, VN3.1, VN14, VN14.1, VN25 y VN25.1
- III. Violencia verbal-emocional. VN4, VN4.1, VN6, VN6.1, VN8, VN8.1, VN9, VN9.1, VN12, VN12.1, VN15, VN15.1, VN16, VN16.1, VN17, VN17.1, VN19, VN19.1, VN23 y VN23.1
- IV. Amenazas. VN5, VN5.1, VN20, VN20.1, VN22, VN22.1, VN1y VN1.1.
- V. Violencia Física. VN7, VN7.1, VN18, VN18.1, VN21, VN12.1, VN24 y VN24.1.

III.- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

(Roberts, 1980). Consta de 20 reactivos calificados de 0 a 4 (0= no ha presentado el síntoma ningún día, 1= ha presentado el síntoma de 1 a 2 días, 2= ha presentado el síntoma de 3 a 4 días, 3= ha presentado el síntoma de 5 a 7 días) y el punto de corte para un posible caso es con una puntuación de 16 o más. La escala cuenta con cuatro factores que se denominan: Factor I “relación interpersonal” ($\alpha= 0.61$), Factor II “afecto negativo” ($\alpha=0.72$), Factor III. “quejas psicósomáticas” ($\alpha=0.61$) y Factor IV “afecto positivo” ($\alpha=0.53$).

Los ítems correspondientes a cada factor se enumeran a continuación.

- I. Relación interpersonal. CESD19, CESD15, CESD5, CESD1 y CESD13
- II. Afecto negativo. CESD3, CESD6, CESD10 CESD17 y CESD18.
- III. Quejas psicósomáticas. CESD9, CESD11 y CESD20. Afecto positivo. CESD4, CESD7, CESD8, CESD12 y CESD16. Procedimiento

La selección de la secundaria y las gestiones para llevar a cabo la investigación fueron realizadas por la directora del proyecto.

Se construyó un cronograma de actividades, en el cuál se especificaban la creación del instrumento y la aplicación del mismo.

Se trabajó con seis grupos focales para analizar cómo perciben la violencia en el noviazgo los adolescentes, tres del turno matutino y tres del turno vespertino (uno

por grado escolar). Posteriormente se llevó a cabo un análisis de contenido, del cual se eligieron las temáticas más relevantes para la construcción del instrumento.

Se llevó a cabo una búsqueda de escalas estandarizadas para adolescentes mexicanos que midieran las temáticas seleccionadas y con ellas se creó el instrumento de medición.

Se llevó a cabo una aplicación piloto del instrumento.

El equipo de aplicación estaba conformado por cuatro psicólogas y dos pedagogas, se hicieron tres equipos de dos personas para cubrir los treinta y seis grupos (ambos turnos). La aplicación del instrumento fue de un tiempo aproximado de dos horas por grupo y se llevó a cabo en tres días.

Cada equipo al llegar a los grupos que les correspondía realizaba una presentación tanto del equipo de trabajo como del proyecto. Posteriormente se llevaba a cabo la repartición del instrumento, una vez que todos tenían el cuestionario se proseguía a dar las instrucciones del llenado del mismo. Si durante la aplicación algún alumno tenía dudas sobre el cuestionario los aplicadores iban a su lugar y le explicaban.

Una vez que los alumnos concluían el cuestionario el aplicador revisaba de manera general todo el cuestionario para verificar que éste estuviera contestado en su totalidad, de no ser así se le invitaba al alumno a que respondiera las preguntas faltantes.

Una vez contestados todos los instrumentos se creó una base de datos en la cual se vaciaron todos los cuestionarios.

Para llevar a cabo la presente investigación únicamente se utilizaron tres escalas del instrumento.

Resultados

I.- Datos sociodemográficos

La muestra se conformó por 870 alumnos de una escuela secundaria técnica de la Ciudad de México, de los cuales el 65.9% estudiantes eran del turno matutino y 34.1% estudiantes del turno vespertino, el 49% fueron hombres y el 51% mujeres. Con una media de edad $x= 13.7$ $d.s= 1.0$.

E 78.8% de los adolescentes refiere tener papá y el 94.7% menciona tener mamá mientras que el 39.7% de los encuestados que no viven con sus papás reportan que es porque se divorció o se separó de su mamá (ver anexo 2).

Escala sobre exploración de las relaciones de noviazgo

Un 88.6% de los sujetos han tenido una relación de noviazgo alguna vez en su vida. El 51% refiere tener novio en la actualidad. En promedio la duración del noviazgo es de 4 meses de la relación. El 60.4% de los sujetos mencionan que han tenido una relación tipo “faje”, “free”, etc.

Escala de Violencia en el noviazgo CADRI

De los encuestados 616 reportan haber ejercido por lo menos alguna vez una conducta violenta y 618 haberla sufrido; con una media mayor en los que la sufren (ver anexo 3).

Fiabilidad de las escalas de violencia en el noviazgo de los sujetos que ejercen y son víctimas con sus respectivas dimensiones.

La Escala CADRI muestra un Alfa de Cronbach de .889

La subescala de los que ejercen cuenta con una consistencia interna aceptable, mientras los factores violencia sexual, relacional y amenazas tienen que revisarse los ítems para mejorar la consistencia interna de éstos (ver anexo 4).

En cuanto a la subescala de las víctimas la consistencia interna es mejor y el factor que hay que revisar es el de amenazas.

Al revisar las medias por factores se encontró que la violencia emocional fue la que resulto más alta tanto en los que ejercen como en los que sufren (ver anexo 4).

Adolescentes que ejercieron violencia.

Los resultados indican que el 55.2% de los jóvenes han sufrido violencia en el noviazgo (ver anexo 5).

Se encontró que la conducta en el noviazgo más violenta que los alumnos realizan es: hacer algo para poner celoso a su pareja (46.7%). Seguido de conductas verbales como: Decirle algo a su pareja sólo para hacerle enojar (31.5%), acusaron a su novio/a de flirtear o coquetear con otro/a (18.9%), amenazaron con dejar la relación (18.5%), tratando de asustarlo/la intencionadamente (18.2%) o hablándole en un tono de voz hostil u ofensivo (14.3%). De igual manera se encontró que las conductas sexuales que menos se presentaron fueron las de violencia sexual; presionando a su pareja a practicar alguna actividad sexual cuando él/ella no quería o amenazando a su pareja para que no se negara a mantener algún tipo de relación sexual conmigo con solo 1.5% de respuestas positivas (rara vez y a veces) cada una (Ver anexo 5).

Diferencias por sexo

Analizando las diferencias existentes en las y los que ejercieron conductas violentas se encontraron los siguientes resultados:

Se encontraron diferencias significativas entre las y los jóvenes que:

- Han ejercido violencia en el noviazgo al acariciar los pechos, genitales y/o nalgas ($\chi^2=12.41$ gl (1/660), p .000). Los varones (78.99%) han ejercido mas esta conducta que las mujeres (21.1%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo haciendo algo para poner a su novio/a celoso/a ($\chi^2=18.456$ gl (1/659), p .000). Las mujeres (57.8%) han ejercido mas esta conducta que los varones (55.3%).

- Han ejercido violencia en el noviazgo al lanzarle algún objeto a su novio/a ($\chi^2=4.093$ gl (1/661), p .043). Las mujeres (27.8%) han ejercido más esta conducta que los varones (72.2%).
- Han presionado para practicar alguna actividad sexual cuando él/ella no quería ($\chi^2= 3.403$ gl (1/660), p .065). Los varones (80%) han ejercido más violencia que las mujeres (20%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo besándolo/la cuando él/ella no quería ($\chi^2=10.741$ gl (1/656), p. 001). Los varones (68.3%) han ejercido más violencia que las mujeres (31.7%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo siguiendo a su novio/a para saber con quién y dónde estaba ($\chi^2=3.541$ gl (1/659), p .060). Los varones (62.1%) han ejercido más violencia que las mujeres (37.9%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo culpando a su pareja por algún problema que surgió ($\chi^2=6.324$ gl (1/660), p .012). Las mujeres (61.9%) han ejercido más violencia que los varones (38.1%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo dándole patadas, golpes o puñetazos ($\chi^2=3.700$ gl (1/662), p .054). Las mujeres (73.3%) han ejercido más violencia que los varones (26.7%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo acusando a su pareja de flirtear o coquetear con otro/a ($\chi^2=8.681$ gl (1/660), p .003). Las mujeres (60.8%) han ejercido más violencia que los varones (39.2%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo al tratar de asustar a su chico/a intencionadamente ($\chi^2=9.398$ gl (1/658), p .054). Los varones (64.2%) han ejercido más violencia que las mujeres (35.8%).
- Han ejercido violencia en el noviazgo abofeteando o jalándole el cabello a su pareja ($\chi^2=12.277$ gl (1/654), p .000). Las mujeres (81.5%) han ejercido más violencia que los varones (18.5%).

Adolescentes que sufrieron violencia en sus noviazgos

El 55.2% de los jóvenes han sufrido violencia en el noviazgo. Y las conductas violentas que más reportan haber sufrido los encuestados son (ver anexo 6): “Hizo

algo para ponerme celoso/a (50%)”; “Me dijo algo sólo para hacerme enojar (66.7%)”; “Me acusó de flirtear o coquetear con otro/a (73.3%) y Me besó cuando yo no quería (80.2%).

Diferencias por sexo

Se encontraron diferencias significativas entre las y los adolescentes a los que:

- Les han acariciado sus pechos, genitales y/o nalgas cuando no querían ($\chi^2=3.655$ gl (1/659), $p .056$). Los varones (67.7%) han sufrido en mayor cantidad esta conducta que las mujeres (32.3%).
- Les han lanzado algún objeto ($\chi^2=3.605$ gl (1/659), $p .58$). Los varones (69.2%) han sufrido en mayor cantidad esta conducta que las mujeres (30.8%)
- Les han amenazado para que no se negaran a mantener algún tipo de relación sexual ($\chi^2=3.473$ gl (1/656), $p .062$). Los varones (80%) reportan haber sufrido en mayor cantidad esta conducta que las mujeres (20%).

Análisis de los factores de violencia en el noviazgo

Se encontró que el factor verbal-emocional fue el que se presentó con mayor frecuencia (con una media de 1.2343) tanto en los adolescentes que sufren como en los que ejercen violencia (Ver anexo 7).

Escala de Sintomatología depresiva CES-D

En la Escala de sintomatología depresiva CES-D los resultados por frecuencia indican que los síntomas menos frecuentes son: “No podía seguir adelante”, “Pensé que mi vida era un fracaso” y “Tenía miedo”. Por otro lado los más frecuentes son: “Estaba feliz”, “Disfrute de la vida” y “Tenía dificultad para concentrarme” (ver anexo 8).

Fiabilidad de la Escala CES-D con sus respectivas dimensiones.

El nivel de sintomatología depresiva y el porcentaje de adolescentes que pueden considerarse como “posible caso” de depresión en donde se utilizó un punto de corte la media grupal (36.3), más una desviación estándar (10.0), es decir, 46.3 El 14.5% de la muestra total tuvo porcentajes superiores al punto de corte siendo un posible caso de sintomatología depresiva. La consistencia interna de la escala (Alpha de crombach) fue de .87 (ver anexo 9).

Se encontró que no existen diferencias significativas en presentar sintomatología depresiva entre los cinco grupos de edad (12, 13, 14, 15, y 16 años) pero si en lo que se refiere al género ya que se halló que las mujeres obtuvieron una media mayor (0.87) que los hombres (0.58).

Correlaciones entre la Escala CES-D y la Escala CADRI

Se encontró que existe una correlación positiva entre depresión y el sufrir violencia en el noviazgo ($\text{sig.}=0.00$), así como entre la existencia de sintomatología depresiva y ejercer violencia en el noviazgo.

Tomado en cuenta a los adolescentes que ejercen violencia en el noviazgo, se encontró una media grupal de 37.1 más una desviación estándar (10.0), es decir 47.1. Se encontró que el 14.1% de los sujetos son posibles casos de sintomatología depresiva. La consistencia interna en este grupo de la escala (Alpha de Crombach) fue de .86.

En cuanto a los adolescentes que han sido víctimas de violencia en el noviazgo, el punto de corte cambio siendo la media grupal de 37.5 más una desviación estándar (10), es decir, 47. El 15% de los sujetos son posibles casos de sintomatología depresiva. La consistencia interna en este grupo de la escala (Alpha de Crombach) fue de .87 (ver anexo 9).

Por otro lado se halló que existe una relación positiva entre sufrir y ejercer violencia.

Con el fin de conocer la relación existente entre las subescalas obtenidas, se calcularon las correlaciones producto momento de Pearson, para el análisis de estas dos escalas se tomaron en cuenta las correlaciones con una significancia de $p \leq .001$ y $p \leq .05$

Los sujetos que han ejercido violencia en el noviazgo (ver anexo 10) en el área emocional presentan sintomatología depresiva en el área interpersonal (.137), en el efecto negativo (.050) y en las quejas psicossomáticas (.014).

Así mismo, los sujetos que han ejercido violencia (ver anexo 10) en el área física presentan sintomatología depresiva en el área interpersonal (.071), en el efecto negativo (.107) y en las quejas psicossomáticas (.138).

Con el fin de conocer la relación existente entre las subescalas obtenidas, se calcularon las correlaciones producto momento de Pearson, para el análisis de estas dos escalas se tomaron en cuenta las correlaciones con una significancia de $p \leq .001$ y $p \leq .05$ (ver anexo 10).

Mientras que los sujetos que han víctimas violencia en el noviazgo en el área sexual presentan sintomatología depresiva en el área de quejas psicósomáticas (.095).

Los sujetos que han ejercido violencia en el noviazgo en el área relacional presentan sintomatología depresiva en el área interpersonal (.076), en el efecto negativo (.145) y en las quejas psicósomáticas (.156).

También los sujetos que han sido víctimas de violencia en el noviazgo en el área emocional presentan sintomatología depresiva en el área interpersonal (.183), en el efecto negativo (.189) y en las quejas psicósomáticas (.155).

Los sujetos que han sido víctimas de violencia en el noviazgo en el área de amenazas presentan sintomatología depresiva en el área interpersonal (.117), en el efecto negativo (.127) y en las quejas psicósomáticas (.143).

Así mismo, los sujetos que han sido víctimas de violencia en el área física presentan sintomatología depresiva en el área interpersonal (.072), en el efecto negativo (.111) y en las quejas psicósomáticas (.112).

Discusión

Para conocer si los estudiantes han tenido violencia en sus relaciones, se comenzó por hacer un análisis para conocer quiénes han tenido alguna relación de noviazgo. Se encontró que un 88.6% de los sujetos han tenido una relación de noviazgo alguna vez en su vida.

De los adolescentes que respondieron afirmativamente sobre haber tenido algún tipo de relación amorosa el 54.8% reporta haber ejercido algún tipo de violencia por lo menos alguna ocasión y el 55.2% menciona haberla sufrido. Éstos resultados, a pesar de ser altos, concuerdan con las investigaciones realizadas por Harrington, Herrera y Stuewing, (2003), Straus y Ramírez (2003), Straus, (2004) y la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV, 2007) quienes encontraron porcentajes elevados de violencia en el noviazgo superiores al 40%. Con estos resultados se confirma que la violencia no es un suceso que se da exclusivamente en el matrimonio, si no que en muchas ocasiones es un fenómeno que se da desde el noviazgo. Y ya que, como se vio anteriormente, puede tener muchas repercusiones, tiene que ser estudiado y no menospreciado, ya que es más común de lo que pensaba; a pesar de ello, en muchas investigaciones solo hacen énfasis en el estudio de la violencia marital, dejando de lado, otros tipos de relaciones.

Las conductas violentas, que presentaron una mayor frecuencia de respuesta positiva, en la Escala de Violencia en el Noviazgo (*CADRI*) fueron las del factor verbal-emocional: “Hacer algo para poner celoso a su pareja” (46.7%), “Decirle algo a su pareja para hacerlo enojar” (31.5%), “Amenazar con dejar la relación” (18.5%) y “Hablarle con un tono hostil u ofensivo” (14.3%), estos resultados coinciden con otras investigaciones como los estudios llevados a cabo por Sears, Bayers y Price, (2007), Harrington, Herrera y Stuewing, (2003) y la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV, 2007) en los cuales la violencia psicológica fue la que se reportaba con mayor frecuencia. Se ha encontrado que la violencia psicológica es la que más frecuentemente se presenta en las relaciones de pareja. Desvalorizar a la persona sigue siendo una

de las formas más comunes de dañar a la pareja y a pesar de ello, en muchas ocasiones, este tipo de violencia, es ignorada por la sociedad y por los miembros de la pareja, quienes no la identifican o no la consideran violencia, lo que puede explicar la alta incidencia de la misma.

Para profundizar el análisis, también se revisaron las diferencias de las respuestas según el género, ya que como se ha mencionado con anterioridad la violencia en las relaciones de noviazgo, no es un fenómeno exclusivo de algún sexo; sin embargo, en la literatura se puede encontrar que existen diferencias en la manera en que violentan los hombres y las mujeres. Sobre estas diferencias por sexo, se encontró que las conductas que reportan haber realizado más los varones que las mujeres son: “Acariciar los pechos, genitales y/o nalgas ($X^2= 12.41$ gl (1/660), p .000), “Presionar para practicar alguna actividad sexual cuando él/ella no quería” ($X^2= 3.403$ gl (1/660), p .065), “Besar a su pareja cuando no quería” ($X^2= 10.741$ gl (1/656), p .001) y “Tratar de asustar a su pareja intencionalmente” ($X^2= 9.398$ gl (1/658), p .054). Cabe destacar, que éstas son conductas que forman parte de la dimensión de Violencia Sexual, por lo que, estos resultados reafirman que la conducta sexual es más permitida en el género masculino que en el femenino, debido a factores culturales tales como los estereotipos de género. Regularmente a los hombres se les asigna el rol de ser los que tienen que tomar la iniciativa y de siempre estar dispuestos a sostener relaciones sexuales además de que socialmente la virilidad de los hombres dependen del número de parejas sexuales (Amuchástegui, 2001, Saldívar, 2006 y Sears, Byers y Price, 2007).

Mientras que, las conductas que las mujeres realizaron más frecuentemente que los hombres son: “Hacer algo para poner a su pareja celoso/a” ($X^2= 18.456$ gl (1/659), p .000), “Lanzarle algún objeto a su pareja” ($X^2= 4.093$ gl (1/661), p .043), “Culpar a su pareja de algún problema que surgió” ($X^2= 6.324$ gl (1/660), p .012), “Acusar a su pareja de coquetear con otra/o” ($X^2= 8.681$ gl (1/660), p .003) y “Abofetear o jalarle el cabello a su pareja” ($X^2= 12.277$ gl (1/654), p .000). Los resultados de esta investigación muestran que el tipo de violencia que las mujeres utilizan es el verbal-emocional; aunque también se encontraron algunas conductas

del factor violencia física, la literatura concuerda con que los actos de violencia de tipo emocional o verbal son los más comunes en mujeres (Armengol, 1998, Arana, 2011 y Conney y Mackey en Eckstein, 2006). Lo que es de llamar la atención, fue que en los resultados de esta investigación, que las mujeres presenten un nivel más elevado en dos conductas de violencia física, que los hombres. A pesar, de la importancia que muchos le dan, ésta suele ser minimizada cuando es ejercida por las mujeres, lo que se debe en parte al contexto cultural ya que la sociedad en general suele justificar a las mujeres que realizan actos violentos o agresivos, porque existe una negación general de que la mujer sea capaz de comportarse de manera violenta (Aliga, 2007) además de que se considera que cuando este tipo de violencia la cometen las mujeres no tiene consecuencias (Straus y Gelles en Arana 2011).

De la misma manera, se buscaron las diferencias por sexo sobre los que han sufrido violencia en el noviazgo, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las víctimas entre los hombres y las mujeres.

También fue importante, revisar cual de los tipos de violencia estudiados fue el que presento mayor incidencia en los sujetos que ejercen y en los que sufren violencia. El resultante fue el verbal-emocional (en ambos grupos), lo que concuerda con los resultados obtenidos por Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce (2006) quienes dicen que proferir insultos o gritos con palabras desagradables son algunos de los actos de violencia más frecuentes durante el noviazgo. Como ya se vio anteriormente, la violencia verbal y emocional, suele ser la más permitida socialmente y, en ocasiones, justificada como actos de amor, por ejemplo en el caso de los celos.

De igual manera, se revisaron los resultados de la escala de sintomatología depresiva (CES-D). Y se encontró que en la muestra general, el nivel de sintomatología depresiva que puede considerarse como posible caso de depresión fue de 14.5%, siendo las mujeres las que obtuvieron una media mayor, resultados que concuerdan con la literatura en la que se menciona que ser mujer es un factor de riesgo para padecer depresión (Matud, Guerrero y Matías, 2006, Kessler, et.

al., 1994, Denton y Walters, 1999, Cantoral, Méndez y Nazar, 2005 y American Psychiatric Association, 1995). Esto se explica a partir de los enfoques: Biomédico (factores genéticos, hormonales, anatómicos o fisiológicos) y socioculturales tales como: la inequidad de género, los estereotipos y prejuicios y la violencia de género (Kessler, et.al., 1994, y Denton y Walters, 1999). Lo que indica que las mujeres son más vulnerables que los hombres, por lo que es necesario tratar de evitar los factores de riesgo, para disminuir la probabilidad de presencia de depresión en ellas.

Finalmente, el objetivo de esta investigación es buscar si existe correlación entre ambas variables. Los resultados muestran que el 14.1% de los que ejercen violencia y el 15% de los que han sido víctimas son posibles casos de sintomatología depresiva. Así que es posible decir que se encontró que existe una correlación positiva entre la sintomatología depresiva tanto entre sufrir como en ejercer violencia en el noviazgo, lo que concuerda con diversas investigaciones, como los estudios realizados por Buela –Casal, Carretero-Dios y Santos (2001) y De la Peña, Ulloa y Paez, (1999) quienes mencionan que la depresión se relaciona tanto con la vulnerabilidad hacia la violencia como con respuestas de afrontamiento impulsivas y/o agresivas. Así mismo, Hyman, (1999) y Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce encontraron fuertes correlaciones entre sintomatología depresiva y cometer agresiones en las relaciones de pareja. No es posible saber cuál es el nexo exacto entre estos fenómenos, sin embargo, es importante conocer que existe esta conexión, ya que esto puede permitir una mejor prevención o tratamiento de ellos. Con estos resultados, es posible decir que se acepta la hipótesis de que existe esta conexión

Sin embargo, la hipótesis sobre que los adolescentes que sufren Violencia en el Noviazgo presentan un mayor grado de sintomatología depresiva se rechazó, debido a que no se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes que sufren y ejercen Violencia en el Noviazgo. Aunque, se considera importante destacar, que al realizar el análisis correlacional por factores se halló que el tipo de violencia influye más en la correlación con la sintomatología depresiva en los

que ejercen que en los que sufren violencia en sus relaciones, es decir, que en los que ejercen esta correlación sólo se dio en el caso de los que ejercen violencia emocional y física.

Por lo que es posible decir, que en el caso de los agresores el tipo de violencia que comenten y la sintomatología depresiva si se relacionan, lo que concuerda con la literatura. Aunque no es posible decir si el que tengan depresión los hace más propensos a cometer estos tipos específicos de violencia o el cometer estos actos los hagan más proclives a sufrir depresión, ya que no se conoce que fue lo que sucedió primero.

En cambio, no importando cual tipo de violencia sufran, se correlacionan positivamente con los factores de la sintomatología depresiva. Aunque ser víctimas de violencia relacional, física, emocional y amenazas se relaciona con las áreas de: relaciones interpersonales, afecto negativo y quejas psicósomáticas y el sufrir violencia sexual solo con el factor de quejas psicósomáticas. Lo que concuerda con la literatura, como en el caso de los estudios realizados por Lorente, Lorente, Lorente, Martínez (2000), en donde mencionan que las víctimas padecen trastornos depresivos, vulnerabilidad, quejas psicósomáticas y una disminución en la calidad de sus relaciones interpersonales.

Conclusiones

Se puede concluir que los objetivos de ésta investigación se cumplieron ya que se pudo comprobar que existe Violencia en el Noviazgo y Sintomatología Depresiva en la población estudiada, así como la correlación positiva entre ambas variables, tanto entre los jóvenes que ejercen como en los que sufren.

Tanto la sintomatología depresiva como la violencia en el noviazgo son dos fenómenos cuya alta incidencia y consecuencias hacen necesario estudiarlas e intentar prevenirlas.

Los resultados de esta investigación muestran que la violencia en el noviazgo es un fenómeno que ocurre desde las relaciones de noviazgo en los adolescentes. Los efectos y síntomas del maltrato durante el noviazgo son desconocidos para gran parte de los jóvenes mexicanos quienes, al carecer de información certera sobre la violencia y sus diferentes vertientes, confunden con muestras de afecto, conductas antisociales.

En esta investigación se encontró que los actos violentos que se presentan con mayor frecuencia en la muestra son los de la violencia verbal-emocional, muchos de los cuales suelen ser minimizados, ignorados o naturalizados, ya que se cree que no dañan o que son actos de amor. La violencia cubierta bajo el concepto tradicional del “amor” resulta casi invisible para la población que mantiene una relación sentimental; muchas veces se consideran a las manifestaciones de violencia dentro de una relación como expresiones de amor (Kreiter, Krowchuk, Woods, Sinal, Lawless y Durant, 1999). También interfieren las creencias basadas en los roles y estereotipos de género (Rey, 2008) así como los ideales del amor romántico (Kreiter, Krowchuk, Woods, Sinal, Lawless y Durant, 1999, González y Santana, 2001). Además influyen creencias machistas entre adolescentes y adultos que disfrazan dichas conductas (Barker y Loewenstein, 1997 y Miller y White, 2003). Lo que puede dificultar identificarla y prevenirla.

Y, considerando que el noviazgo es una etapa de experimentación y de búsqueda para los adolescentes así como también es un preámbulo para una relación de mayor duración, es necesario explorar estas manifestaciones de violencia en su relación con otros factores que la pueden estar reproduciendo o exacerbando.

Uno de estos factores es el género. Los resultados de esta investigación reafirman que la violencia no debe ser vista como algo exclusivo de los hombres. Se suele pensar que la violencia, especialmente la física es solo cometida por los varones, pero llama la atención, que al hacer las comparaciones no se encontraron conductas de violencia física, en las que las respuestas afirmativas fueran significativamente mayores que de las mujeres, sin embargo si hubo dos en las que las mujeres si reportaron realizarlas más que los hombres (lanzarle algún objeto a su pareja y abofetear o jalarle el cabello a su pareja).

Aunque no hay que olvidar, que como en esta, como en otras investigaciones se encontró que los hombres cometen más violencia sexual (Amuchástegui, 2001, Saldívar, 2006 y Sears, Byers y Price, 2007) y las mujeres más violencia verbal-emocional (Armengol, 1998, Arana, 2011) lo que está íntimamente relacionado con los estereotipos y los roles tradicionales de género, lo que indica que es necesario trabajar para que esto no siga facilitando la presencia de la violencia.

Otro factor es que en muchas ocasiones, se tiende a minimizar las relaciones de noviazgo durante la adolescencia, así como lo que sucede en ellas, lo que facilita que se den este tipo de conductas violentas. Sin embargo, es un fenómeno que sucede con mayor frecuencia de lo que se puede creer. Por lo que es importante que se estudie la violencia no solo en las relaciones maritales, sino que también en los noviazgos; además de que se realicen programas de educación, prevención y de intervención.

De igual manera sucede con la depresión, que en la adolescencia en muchas ocasiones, es ignorada considerándola como parte inherentes de esta etapa. Sin embargo, es un fenómeno frecuente que puede afectar varios aspectos de su vida, con grandes consecuencias y que los puede hacer más vulnerables a diversas

situaciones de riesgo. No hay que ignorar que en la muestra se encontró un 14.5% posibles casos de depresión, que es un porcentaje importante.

Se encontró que ambas variables son problemas frecuentes en adolescentes y que se relacionan mutuamente. Por lo que, es necesario estudiar los factores de forma más amplia, para intentar disminuir su incidencia a través de programas que brinden herramientas a los jóvenes para prevenir y enfrentar dichas problemáticas, debido a que éstas tienen un gran número de consecuencias en la vida actual y futura de quienes las presentan, afectando de manera significativa la salud, las relaciones interpersonales, el rendimiento escolar y en general la calidad de vida de los adolescentes. Recordando también, que una de las consecuencias más graves en ambos casos puede ser la muerte.

Asimismo, es importante destacar que las consecuencias pueden agravarse cuando la violencia en el noviazgo y la sintomatología depresiva se presentan juntas. Además puede crearse un ciclo de mantenimiento, lo que provoca que para los implicados sea más difícil superar ambas problemáticas.

También destaca, que aunque fueron más los que sufrieron violencia en sus relaciones y tuvieron probable de depresión, que los que la ejercían; estas diferencias no fueron significativas. Sin embargo, se encontró que si existe una correlación entre el tipo de violencia y el ejercer o sufrir violencia en el noviazgo. Especialmente en el ejercer, ya que solo se correlacionaron los que ejercen violencia física y emocional con los factores: relaciones interpersonales, afecto negativo y quejas psicósomáticas. Lo que es interesante, porque en el caso de sufrir violencia, todos los tipos de violencia se relacionaron. Aunque no se puede saber el porqué de esta relación sería importante estudiarla.

Los hallazgos anteriores indican la necesidad de contrarrestar la violencia durante el noviazgo y la depresión desde una perspectiva que tome en cuenta las múltiples características individuales y los diferentes ámbitos sociales que pueden modificar, de modo positivo o negativo, estos problemas. Ya que son problemáticas

multifactoriales, se recomienda trabajar con padres de familia, maestros y pares (los adolescentes como grupo).

Es importante mencionar que debido al tipo de estudio realizado es imposible dilucidar con precisión los factores que explican el nexo entre la depresión y la violencia durante el noviazgo. Es decir, puesto que se midió la depresión y la violencia al mismo tiempo, no es posible saber cuál fue la causa y cual el resultado o, que tipo de relación mantienen estos dos elementos. Pese a esta limitación, parece probable que las medidas de prevención enfocadas en el tratamiento de la depresión entre las adolescentes y jóvenes, pueden ser útiles como parte de una intervención para prevenir o atenuar la violencia durante el noviazgo.

Por ello, se recomienda estudiar más ampliamente la estrecha relación entre la Sintomatología depresiva y la violencia.

Referencias

- Ackard MD Neumark Sztainer DN y Stat HP (2003). Dating violence among a nationally representative sample of adolescent girls boys associations with behavioral and mental health. *J Gend Specif Med*, 6(3):39-48.
- Ackard., D. M y Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 455–473.
- Ackard., D. M., Neumark-Sztainer, D. y Hannan, P. (2003). Dating violence among a nationally representative sample of adolescent girls and boys: Associations with behavioral and mental health. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 6, 39-48.
- Adams G. y Beronsky M. (2003). Blackwell Handbook of adolescent. Blackwell Publishing
- Agudelo, D., Carretero-Dios, H., Blanco, A., Pitti, C., Spielberger, C. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: Análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental*, 28, 3, 32-41.
- Aguilar, E. (1987). Como elegir bien a tu pareja. México. PAX de México.
- Aguilar, R. y Nightingale, N. (1994). The impact of specific battering experiences on self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 3, 5-45.
- Aguilera-Guzmán, R., Carreño, M. y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27, 6, 58-66
- Alberdi I y Matas N (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Política y Sociedad*. Madrid: Fundación “la Caixa”,
- Alberoni, F. (1994). Enamoramiento y amor, Madrid: Gedisa.
- Aliga J,V (2007) Orden Fállico: androcentrismo y violencia de género en las prácticas artísticas del siglo XXI. Madrid: Ediciones AKAL.
- Alonzo-Arbiol, I., Plazaola, M., Sainz de Murieta L. y Yárnoz, S. (2001). Apego en adultos y percepción en los otros. *Anales de psicología*, 17 (2), 159-170
- Alva C., M. I. (2002). *Violencia en el noviazgo de adolescentes y adultos jóvenes*. Tesis de Maestría no publicada. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva A., Coffin, N. y Jiménez M.L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), pp. 205-216
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Amorós, C. y De Miguel, A. (2005) Teoría feminista. Madrid: Minerva.
- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: experiencias y significados*. México DF: EDAMEX y Population Council.
- Angst J, Merikangas KR, Priesig M. (1997). Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community (1997) *J Clin Psychiatry*, 58: 6-10.
- Arana, A. (2011) Invisibilidad de la violencia de la mujer hacia el Varón. Tesina. Fes Zaragoza. UNAM
- Arieti, S. y Bempoard J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México. Paidós.

- Arieti, S. y Beporad (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires Barcelona: Paidós.
- Armengol V., F.(1998). El sexo de la violencia. Género y cultura. Barcelona: Romanya.
- Arriaga, X. y Foshee, V. (2004). Adolescents dating violence: Do adolescent follow in their friend's or their parents', footsteps? *International Violence*, 19, 162-184.
- Au, R. C. P. (1995). Academic failure and learned hopelessness in Hong Kong academically low achievers. *Bulletin of the Hong Kong Psychological Society*, 34 (35), 83-100.
- Ávila, E., Díaz, A., Maldonado, P., Saldarriaga, R., y Vega, A. (2004). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista latinoamericana de psicología*, 38 (1).
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. *Debates en sociología* 18: 1-19.
- Barker, G. & Loewenstein, I. (1997). Where the boys are: Attitudes related to masculinity, fatherhood, and violence toward women among low-income adolescent and young adult males in Rio de Janeiro, Brazil. *Youth and Society*, 29 (2), 166-196.
- Barrientos, J. y Silva, J. (2006). De la restricción hacia la equidad: las transformaciones en el comportamiento sexual en la II Región desde una mirada generacional. Antofagasta: Ediciones de la Universidad Católica del Norte.
- Barriera Q. M. Jarrosay, S.C., Monroya, I. M. y Soler, L. M. (1999). Caracterización de las relaciones de pareja en estudiantes de noveno grado de la secundaria básica "Francisco Marceó Osorio". *Revista Cubana Enferme*, 15(2):129-32.
- Bartholomew, K. y Allison, C.J. (2006). An attachment perspective on abusive Dynamica in intimate relationships, en M. Mikulincer y G. S. Goodman (eds). *Dinamics of Romantic love. Attachment, carving and sex*. Nueva York: The Gildford Press, pp. 102-127.
- Beck A.(1972) *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of pensilvania Press.
- Beck, A., Rush, A., Brian F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España. Desclee de Brouwer. cáp. 1
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (1995). *Manual de psicopatología México*. McGraw-Hill
- Benjet, C., Borges, G., Medina ME, Fleiz C y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública*; 46(5): 417-424.
- Bergman L (1992). Dating violence among high school students. *Social Work*, 37(1): 21-27.

- Bernard, M.L. y Bernard, J.L. (1983). Violent intimacy: The family as a model for love relationships. *Family Relations*, 32, 283-286.
- Berns, S. B., Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (1999). Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 666-674.
- Blazer, DG.(1983). Impact of late-life depression on the social network. *Am J Psychiatry*;140:162-166.
- Bleichmar, Hugo (2003) Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. Trabajo presentado en la "Conferencia Joseph Sandler". Aperturas psicoanalíticas. revista internacional de psicoanálisis. En <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=245&a=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>
- Bogard, K.(2005) Affluent adolescents, depression and drug use: the role of adults in their lives. *Adolescence* 40 (158) 281-306
- Bookwala, J., Frieze, I.H., Smith, C. y Ryan, K. (1992). Predictors of dating violence: a multivariate analysis. *Violence and Victims*, 7(4), 297-311.
- Borchardt C y Meller (1996) Symptoms of affective disorder in preadolescent vs adolescent inpatients. *Journal of Adolescence*. 19. 155-161
- Boschetti, F. (2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*, 6 (3), 61-63.
- Bousoño, M., Gonzalez, P., Pedregal, J., y Bobes, J., (1994). Diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos. *Psiquiatría*, 4(2), pp. 13-21.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, USA: Basic Books.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 04, 939-956.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: JhonBowlby and Mary Ainsworth. *DevelopmentalPsychology*, 28, 759-775.
- Brodbelt, S. (1983).College dating and aggression.*College Student Journal*, 17, 283-286.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24, 3, 17-23.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24, 3, 17-23.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24, 3, 17-23.
- Burke, P.J., Stets, J.E. y Pirog-Good, M.A. (1989). *Gender identity, self-esteem, and physical and sexualabuse in dating relationships*. En Pirog G., M.A. y Stets, J.E. (Eds.), *Violence in dating relationships*. New York: Praeger.
- Butcher JN, Mineka S, Hootlet JM, "Abnormal psychology". Boston: Pearson Education, 2007.

- Byers E.S. y Lewis K. (1988). Dating couples disagreements over the desired level of sexual intimacy. *Journal of Sex Research*, 24: 15-29.
- Byers S. y O'sullivan L.F. (1996). *Sexual coercion dating relationships*. New York: The Haworth press..
- Cabaco, A. S. (1995). Indicadores de riesgo y estrategias de prevención en la adolescencia. (Tesis Doctoral). Salamanca: Publicaciones de la UPSA..
- Cáceres, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cáceres, J. (1999). Discusiones de pareja, violencia y activación cardiovascular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 909-938.
- Cáceres, J. (2002). Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 60 (61), 57-67.
- Cáceres, J. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*, 1, 33-34.
- Cáceres, A. y Cáceres, J. (2005). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *Int J Clin Health Psychol*, 6 (2).
- Calderón, N.G. (1998). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México: Edamex.
- Cameron, P. (2003). Domestic violence among homosexual partners. *Psychological Reports*, 93, 410-416.
- Cantoral, G., Méndez, M. y Nazar A. (2005). Depresión en adolescentes. un análisis desde la perspectiva de género. en <http://www.ecosur.mx/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf> revisado el 28 de Marzo del 2013.
- Capaldi, D.M. y Crosby, L. (1997). Observed and reported psychological and physical aggression in young, at-risk couples. *Social Development*, 6, 184-206.
- Caraveo, J. (1996). Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la población mexicana. Estado Actual y Perspectivas. *Salud Mental* (19) 8-13.
- Caraveo, J. (2007). Cuestionario Breve de Tamizaje y diagnóstico de problemas de Salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Cd. De México Segunda parte. *Salud Mental* 30 (1) 48-55.
- Caricote, E. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. Investigación Arbitrada
- Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega, L. y Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (3), 409-430.
- Castañeda, M (2002) *El Machismo Invisible*. México: Grijalbo.
- Castellano, M. Lachica, E Molina, A y Villanueva, H, (2004). *Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo*. Cuadernos de Medicina Forense, 35: 15-28.

- Castillo A y Castillo, M. (2010). *Amar a Madrazos. El doloroso rostro de la violencia entre jóvenes*. México: Grijalbo.
- Castro, M.E. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas de jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. *Salud pública de México*, 32.
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF
- Casullo, M. M. y Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en los adolescentes, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2): 129-140.
- Casullo, M. M. y Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en los adolescentes, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2): 129-140.
- Caucasian women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(4-B), 1916.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006). Physical dating violence among High School students, United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (19), 532-535.
- Chapple, C. L. (2003). Examining intergenerational violence: Violent role modelling or weak parental controls? *Violence Victims*, 18, 143-62.
- Chase, K. A., Treboux, D. y O'Leary, K. D. (2002). Characteristics of high-risk adolescents' dating violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (1), 33-49.
- Chung, D. (2005). Violence, control, romance and gender equality: Young women and heterosexual relationships. *Women's Studies International Forum*, 28, 445-455.
- Close, S. M. (2005). Dating violence prevention in middle school and high school youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18 (1), 2-9.
- Cobo, O. (2006). Depresión en los adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, (8), 1-10
- Coffin, N. (2006) Tendencia generacional de diferentes procesos psicológicos de los adolescentes. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología UNAM.
- Coker, A. L., Davis K. E., Arias I., Desai S., Sanderson M., Brandt H. M. y Smith, P. H. (2002).
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea L., King, M. R. y McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 451-457.
- Cole. DA., Jacquez, FM y Maschman TL (2001). Social origins of depressive cognitions. A longitudinal study of self-perceived competence in children. *Cognitive Therapy y Research*, (25), 377-395
- Coleman, J. C. y Hendri, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (Cuarta edición). Madrid, España: Morata.
- Conger RD, Ge X, Elder GH Jr, Lorenz FO, Simons RL. (1994) Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *ChildDev.*, 65 (2) pp.541-61.
- Cordova, J. V., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Rushe, R. y Cox, G. (1993).

- Negative reciprocity and communication in couples with a violent husband. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 559-564.
- Corina, B., Guilherme, B., Medina, M., Fliez B. y Zambrano, R. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*; 46 (5), 417-424.
- Cornwell, B. (2003) The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*. 81(3), 953-978.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Paidós
- Craig, G. J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico (Octava edición)*. México: Pearson Educación.
- Craig, G. J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico (Octava edición)*. México: Pearson Educación.
- Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. (2000) Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med*;160:3074-3080.
- Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. (2000) Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med*;160:3074-3080.
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J. y Almirón, L. (2006). Ansiedad, Depresión y Comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 162, 1-4.
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J. y Almirón, L. (2006). Ansiedad, Depresión y Comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 162, 1-4.
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: De las nociones a los abordajes. *Última década*, 21: 83-104.
- De la Peña F., Estrada A., Almeida L. y Paez F, (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*. 22(4), 9-13
- De la Peña, E., Ulloa, E. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, número especial, 88-92.
- De la Peña, E., Ulloa, E. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, número especial, 88-92.
- De la Peña, F., Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F. y Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19, 17-23.
- De la Peña, F., Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F. y Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19, 17-23.
- De Miguel, A., (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista Internacional de Sociología*, 35, pp. 127-150.

- Delgado, O. (2004). Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1); 65-81.
- Denton, M. y Walters, W. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- Deval, J. (1998). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI.
- Deval, J. (1998). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI.
- Díaz, C., Milanés, Z., Bánquez, J., Luna-Salcedo, L., Fontalvol, K., Arrieta-Puello, M. y Campo-Arias, A. (2005). Síntomas depresivos y la orientación sexual en adolescentes estudiantes: Un estudio transversal. *MedUNAB*, 8, 3, 183-190.
- Díaz-Aguado M.J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema* 17(4) pp. 549-558
- Díaz-Aguado M.J., Martínez Arias R. y Martín Seoane G. (2002) "Estudio sobre la génesis y el desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en centros de protección". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos
- Díaz-Aguado, M, J. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género, *Papeles del Psicólogo*, 84:35-44.
- Díaz-Aguado, M.J. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género. *Papeles de Psicólogo*, 84:35-44.
- Díaz-Atienza F., Prados Cuesta M., Ruiz-Veguilla M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes: resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004, 4:10-9.
- Diccionario de Pedagogía y psicología (1999) Madrid: Cultura SA
- Dion, K.K. y Dion, K.L. (1993). Individualistic and collectivistic perspectives on gender and the cultural context of love and intimacy. *Journal of Social Issues*, 49, 53-69
- Diosdado, A., Argüello, F. y Flores, M. (2001). Elección de pareja. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Doran C. French, Jody Conrad and Tamara M. Turner (1995). Adjustment of antisocial and nonantisocial rejected adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, pp 857-874.
- Due P., Holstein B.E., Lynch J., et al. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J PublicHealth*, 15, 128-32.
- Dulanto, E. (2000a). Desarrollo afectivo. En E. Dulanto(Ed.), *El adolescente* (pp. 208- 220). México: Mc Graw Hill.
- Dutra, L., Naksh-Eiskovits, O. y Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Child adolescents psychiatric*, 41 (9), 1111- 1123.
- Dwyer, D. (2000) *Interpersonal Relationships*. Estados Unidos de America: Taylor y Francis Group.
- Eckstein, J.. *Culture, Society y Masculinities*, Spring 2010, 2 (1), p62-74, 13p; DOI: 10.3149/CSM.0201.62. BiDi UNAM.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;

26:1-16.

- Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. Aguascalientes, México: INEGI.
- Erikson, E. H. (2004). *Sociedad y Adolescencia* (Decimonovena edición). Argentina: Siglo XXI.
- Escario, R, I. Alberdi y A.I. Lofez-Acotto (1996), *Lo personal es político. El movimiento feminista en la transición*, Madrid: Instituto de la Mujer
- Escartí, A., Musitu, G., y Gracia, E. (1988). Estereotipos sexuales y roles sociales. En Fernández, J. *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género* (pp. 205-222). Madrid: Pirámide.
- Essau C. (2004). The Association Between Family Factors and Depressive Disorders in adolescents. *Journal of youth and Adolescence*. 33 (5)
- Estévez. E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, 4, 81-89.
- Estrella, R. (2007). Análisis psicosocial sobre historias de amor. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 18 62-46
- Fekkes M., Pijpers F.I., Verloove-Vanhorick S.P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr*. 144:17-22.
- Feldstein S y Miller W. (2006). Substance use and risk –taking among adolescents. *Journal of Mental Health*. 15(6): 633-643.
- Fernández, (1998). *Prevención de la Violencia y resolución de conflictos. el clima escolar como factor de calidad*, Madrid: Narcea.
- Fernández, I. (1998). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos*. Madrid: Narcea
- Fernández-Castillo, A. y Gutiérrez, M. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7, 17, 49-76.
- Ferrer, M. (1994). *El género en la adolescencia*. En Aguirre, A. (Ed.) (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Editorial Boixareu Universitaria (pág. 77-94).
- Few, A. L., & Rosen, K. H. (2005). Victims of chronic dating violence: How women's vulnerabilities link to their decisions to stay. *Family Relations*, 54 (2), 265-279.
- Field, T. Diego, M. y Sanders C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*. 36 (143), 491-498
- Flores, G. (2005) *Diccionario Breve de Psicología Activa* 2a ed. México. Alom editores S. A. de CV
- Follette, V. y Alexander, P. (1992). Dating violence: Current and historical correlates. *Behavioral Assessment*, 14, 39-52.
- Follingstad, D. R., Bradley, R. G., Laughlin, J. E. y Burke, L. (1999). Risk factors and correlates of dating violence: The relevance of examining frequency and severity levels in a college sample. *Violence Victims*, 14, 365-380.
- Foo, L. y Margolin, G. (1995). A multivariate investigation of dating aggression. *Journal of Family Violence*, 10, 351-377.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E. & Linder, G. F. (1999). Family violence and the

- perpetration of adolescent dating violence: Examining social learning and social control processes. *Journal of Marriage and the Family*, 61(2), 331-342. –1016.
- Foshee, V.A., Benefield, T.S., Ennett, S.T., Bauman, K.E. y Suchindran, C. (2004). Longitudinal predictor of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive Medicine*, 39, 1007-1016.
- Frederick, A.A. y Susan, G. (2005). Dating violence in college women: Associated Physical injury, Healthcare usage, and Mental health symptoms. *Nursing Research*, 54(4), 235-242.
- Fredland, N. M., Ricardo, I. B., Campbell, J. C., Sharps, P. W., et al. (2005). The Meaning of dating violence in the lives of Middle School adolescents: A report of a focus group study. *Journal of School Violence*, 4 (2), 95-114.
- Frías, D. y Mestre V. (1994). Autoestima y Depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (4) pp. 471-476.
- Fundación de Investigaciones sociales A. C. (FISAC) (2006). Manual de tips. Talleres interactivos para la promoción de la salud. Responsabilidad y moderación ante el consumo de bebidas con alcohol.
- García, E. y Morales, R. (2002). Violencia psicológica en las relaciones de noviazgo en los y las jóvenes de la UAM-I. Tesis de Licenciatura, UAM, Iztapalapa.
- García, Martínez y Yáñez, (2006) .Influencia del apoyo social en la depresión de Adolescentes de enseñanza media. Tesis de Licenciatura. UNAM.FES Iztacala.
- García, P. (2002) Los inaceptables como pareja, México: Vila.
- Garrido, A., Reyes, A., Torres L. y Ortega, P. (2008) Importancia de las expectativas de pareja en la dinámica familiar. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 13 (2); 231-238
- Gerlock, A. A. (1997). New directions in the treatment of men who batter women. *Health Care Women International*, 18, 481-493.
- Gibb B., Abramson, L., Alloy L (2004) Emotional Maltreatment from parents, verbal peer victimization and cognitive Vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and research* 28 (2)
- Gómez, C., & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 23-35.
- Gómez, J. (2009). Apego y Sexualidad. Entre el estímulo afectivo y el deseo sexual. Alianza: España.
- González F., C., Ramos L. Vignau L., Ramírez C. (2001) El abuso sexual y el intento Suicida Asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*. 24 (6) 16-25
- González- Forteza, C., Ramos- Lira, L., Caballero- Gutiérrez M. A. y Wagner-Echeagarray F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* 15(4) pp. 524-532.
- González R y Santana J (2001). Violencia en parejas jóvenes: Análisis y prevención. España: Ed. Pirámide,
- González, R y Santana, J. (2001). Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención. Edit. Pirámide. Madrid.

- González, R. y Santana, J. D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Gonzalez-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con los progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Salud Menta* 4(18), pp. 41-48
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J.A., Ramos-Lira, L. y Wagner, F., (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50 (4): 202-299.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6, 16-25.
- Grisolía- González O.M. (2006). Violencia Intrafamiliar: Un daño de incalculables consecuencias. *Revista CENIPEC* 25. 2006.
- Gutiérrez, R. Vega, L. y López, C. (1992). Características psicosociales de los menores que sobreviven en las calles. *Anales* 3, (Instituto Mexicano de Psiquiatría).
- Han, B. (2002). Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc*;50:1549-1556.
- Harrinton, H., Herrera, V. y Stuewing, J. (2003). Abusive males and females in adolescent relationship: Risk factor similarity and dissimilarity and the role on relationship seriousness. *Journal of Family Violence*, 38, 325-339.
- Harris, J., *Le dije adiós a las citas amorosas*. Ed. Unilit, Colombia. (2000).
- Hasselt, R.L. Morrison, A.S. Bellack y M. Hersen. *Handbook of family violence* Plenum (pp. 31- 55). New York.
- Heinze, G, Villamil V y Cortés, J (2002). Relapse and Recurrence of depressed Patients: A Restrospective Study. *Salud Mental* 25, 3-8.
- Henning, K ,Feder, April (2004) *Journal of Family Violence*, 19 (2) A Comparison of Men and Women Arrested for Domestic Violence: Who Presents the Greater Threat?
- Hernández M., A. (2010). *Depresión y suicidio en la adolescencia: una propuesta de cartel para su prevención*. Tesis de licenciatura no impresa, México
- Hernández, D. (2000). *Elección de pareja*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Hernando A. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*, 25(3) 325-340.
- Herrera, A., García, M. y Guzmán R.M. (2010). Expectativas en Jóvenes sobre las Relaciones de *amigovios*, *Free* y *Noviazgo*. *La psicología social en México* vol. XIII. México: AMEPSO
- Hijar MI (2006). *Violencia y salud pública* En: Lozano R del Río A Azaola E Castro R Pamplona F Atrián ML e Híjar M (Eds.). *Informe Nacional sobre - Violencia y Salud*. México: Secretaría de Salud y UNIFEM. 1-14.
- Hill, P. (1993). Recent Advances in selected aspects of adolescent development, *Journal of Child Psychology*, 34: 69-99.

- Hill, P. (1993). Recent Advances in selected aspects of adolescent development, *Journal of Child Psychology*, 34: 69-99.
- Hines D y Straus M. (2007). Binge drinking and violence against dating partners: the mediating effect of antisocial traits and behaviors in a multinational perspective. *Aggressive Behavior*. 33(5): 441-457.
- Hockenberry, S. y Billingham, R. (1993). Psychological reactance and violence within dating relationships. *Psychological Reports*, 73, 1203-1208.
- Hokoda, A. Ramos L., L. Celaya, P., Vilhauer, K., Angeles, M., Ruíz, S., Malcarne, V. y Duque M., M. (2006). Reliability of Translated Measures. Assessing Dating Violence Among Mexican Adolescents. *Violence and victims*, 21(1): 117-127.
- Horrocks, J. E. (1984). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression (1992). *Arch Gen Psychiatry*, 49: 817-823.
- Howard, D. E. y Wang, M. Q. (2003). Risk profiles of adolescent girls who were victims of dating violence. *Adolescence*, 38, 1-14.
- Hudson, W. y McIntosh, D. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-884.
- Huerta H., S. A. (2011). Adolescentes de secundaria: la relación que existe entre la percepción de conflictos familiares, depresión e ideación suicida. Tesis de licenciatura. UNAM. FESZ Iztacala
- Hyman, K.D. (1999). *Dating violence among adolescent: risk factors and implications for treatment and research*. Office of Child Development. University of Pittsburgh.
- Instituto de Ciencias Médicas. 1987 Apuntes de psicología médica. Ciudad de La Habana,
- Instituto de la Mujer (2002). *Violencia contra las mujeres. Resultado de macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2007). *Encuesta Nacional De Violencia En Las Relaciones De Noviazgo. Recuperado el día 19 de Septiembre del 2012, de http://www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_violencia_2007.pdf*
- Jones, D. (2010). Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina). *Estudios Feministas*, Florianópolis, 18(2).
- Jones, D. (2010). Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina). *Estudios Feministas*, Florianópolis, 18(2).
- Kaltiala-Heino R., Rimpela M. y Marttunen M. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*. 319:348-51
- Kanin EJ (1957). Male aggression in dating-courtship relations. *American Journal of Sociology*, 63: 197-204.
- Kaplan BJ y Sadock, A. V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. seventh edition. New York. Lippincott Williams y Wilkins.
- Katz J Kuffel S W y Coblenz A (2002). Are there gender differences in sustaining dating violence? An examination of frequency, severity, and relationship satisfaction. *Journal of Family Violence*, 17 (3): 247-271.
- Keegan, M. (2002). Influences and mediators of the effect of poverty on young

- adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (3), 231- 239.
- Kernberg, O. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kimmel (1994) *Handbook of studies on men and masculinities*: Thousand oaks, California: SAGE
- King, J. E. (2009). El noviazgo. Estados Unidos de América: Consejo Supremo de los Caballeros de Colón. Disponible en formato electrónico en: <http://institutoluzdelvalle.net/images/Noviazgo.pdf>.
- Kinsfogel, K. M. & Grych, J. H. (2004). Interparental conflict and adolescent dating relationships: Integrating cognitive, emotional, and peer influences. *Journal of Family Psychology*, 18 (3), 505-515.
- Kinsfogel, K. y Grych, J. (2004). Interparental conflict and adolescent dating relationship cognitive, emotional, and peer influences. *Family Psychology*, 18, 505-515.
- Koss MP Gidycz CA y Winsniewski N (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 162-170.
- Koss, M. P.; Gidycz, C. A. and Winsniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 162-170.
- KRAUSKOPF, D., (2007). *Adolescencia y educación*. costa Rica. EUNED
- Krauskopr, D., (2007) *Adolescencia y Educación*. EUNED. Costa Rica
- Kreiter, S. , Krowchuk, D. P., Woods, C. R., Sinal, S. H., Lawless, M. R. & Durant, R. H. (1999). Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date figthing. *Pediatrics*, 104 (6) 1286- 1292.
- Kreiter, S. , Krowchuk, D. P., Woods, C. R., Sinal, S. H., Lawless, M. R. & Durant, R. H. (1999). Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date figthing. *Pediatrics*, 104 (6), 1286- 1292.
- Krug EG Dahlberg LL Mercy JA Zwin AB y Lozano R (2003). *La violencia en la pareja. En Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (Documento 588 WHO/PHA): 161-197.
- Lammgolia. E. (2001) *Las máscaras de la depresión*. Grijalbo. México.
- Laner, M.R. (1983). Courtship abuse and aggression: *Contextual aspects. Sociological Spectrum*, 3, 69-83.
- Larrain, S. (1996). "Violencia en la familia y transmisión de pautas de comportamiento social" En Carreón, F. (2002). *Seguridad Ciudadana, ¿espejismo o realidad?* Edit: FLACSO. Ecuador.

- Larson, R., Clore, G. & Wood, G. (1999). The emotions of romantic relationships. Do they wreak havoc on adolescents? En W. Furman, B. Brown & C. Feiring (Coords.). *The Development of Romantic Relationships in Adolescence* (pp. 19-49). Cambridge: Cambridge University Press
- Lewis, S. F. y Fremouw, W. (2001). Dating violence: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21 (1), 105–127.
- Llaberia D. y Lorente, P. (1990). Epidemiología de la depresión infantil. España: Espaxis
- López M, Flores L, Roche C. (1996) Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. *Sex Soc*;2(4):12-6.
- Lorente, M. (2002). *Detección de los malos tratos desde la perspectiva sanitaria. En Área de promoción de la igualdad y empleo, II Conferencia Internacional sobre violencia contra las mujeres*. Ayuntamiento de Madrid.
- Lorente, M, Lorente, J. A., Lorente, M.J., Martínez M.E., (2000). Síndrome de agresión a la mujer. Síndrome de maltrato a la mujer. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 1 (2).
- Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP, DiDomenico, TN, Charlson ME, et al. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:169-176.
- Luthar, S.; Blatt, S. J. (1995). Differential vulnerability of dependency and self-criticism among disadvantaged teenagers. *Journal of Research on Adolescence*; 5 (4), 431-449.
- Luthra, R. y Gidycz, C.A. (2006). Dating violence among college men and women: Evaluation of a theoretical model. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(6), 717-731.
- Magdol, D., Moffitt, T., Caspi, A., Newman, D., Fagan, J. y Silva, P. (1998). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 - years- old: Bridging the gap between clinical and epidemiology approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 68-78.
- Makepeace, J.M. (1981). Courtship violence among college students. *Family Relations*, 30, 97- 102.
- Maldonado, MM. (2005). Noviazgo, emotividad y conflicto. Relaciones sociales entre alumnos de la escuela media Argentina. *Investigación temática*, 10 (26), pp . 719-737
- Malik, S., Sorenson, S.B. y Aneshensel, C.S. (1997). Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *Journal of Adolescent Health*, 21(5), 291-302.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV- TR. Texto revisado (2003). Masson.
- Maquieira, V. y C. Sánchez, (1990), *Violencia y sociedad patriarcal*. Madrid: Pablo Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión*. Barcelona: Masson.
- Marrone, M. (2001). *La teoría de apego un enfoque actual*. Madrid, España: Primática.
- Marshall, L. y Rose, P. (1988). Family of origin and courtship violence. *Journal of Counseling and Development*, 55, 414-418.
- Martínez, A. y Muñoz, A. (2010). Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes

- barcelonenses. *Salud Mental*, 33 (3); 229-236.
- Mata, E. (2000). Percepción y aceptación de la violencia de un grupo de mujeres en su relación de noviazgo. Tesis no publicada de licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Matthews, W.J. (1984). Violence in collage copules. *Collage students Journal*, 18, 150-158.
- Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), pp. 7-21
- Mead, M. (1995). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós.
- Medina, M.E., Borges G., Lara, C., Benjet, C., Blanco J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas E., Zambrano J., Casanova R y Aguilar S. (2003) Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4), 1-16
- Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 48-55
- Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 48-55.
- Medina-Mora, M.E. Mariño, M.C. Berenzon, S. Juárez, F. y Carreño, S. (1992). Factores asociados con la experimentación y el uso problemático de drogas. En CONADIC (dir), *Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario*. México DF: CONADIC.
- Melgosa J. y Melgosa, A. (2006) Para la pareja: Una relación estable para toda la vida. España: editorial Sadeliz, S.L.
- Miedzian, M. (1995), *Chicos son, hombres serán*, Madrid: Horas y Horas.
- Miller, J. y White, N. A. (2003). Gender and adolescent relationship violence: A contextual examination. *Criminology*, 41 (4), 1207-1248.
- Mills C., Guerin S. y Lynch F. (2004). The relationships between bullying, depression and suicidal thoughts/behavior in Irish adolescents. *Ir J PsychMed*. 21:112-6.
- Milne L. y Lancaster S. (2001). Predictors of depression in female adolescents, *Adolescence*. 36 (142) 207-223.
- Mirowsky, J. y C. E. Ross. 1989. *Social causes of psychological distress*. Nueva York: Aldine de Gruyter
- Moagi, G. y Sophie. M. (2003). Predictors of dating violence among Batswana college students: A multivariate crosscultural analysis. Dissertation Abstracts International Section-B: The Sciences and Engineering, 64(5-B), 2396
- Mojarro, P. (2008). Depresión y suicidio. Departamento de Psiquiatría. *Pediatría integral*. 12 (10), 937-946.
- Mojtabai R. (2001) Residual symptoms and impairment in major depression in the community. *Am J Psychiatry* 158: 1645-1651.

- Mondragon, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud mental*. 24 (6) 1-15.
- Monroy, A. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. México: Pax.
- Monroy, A. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. México: Pax
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115- 127.
- Moreno, A. y Del Barrio, C. (2000). La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires: Aique.
- Morla, R., Sadd, E. y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (2) pp. 149-166
- Morley JE y Kraenzle D (1994). Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatr Soc*;42:583-585.
- Moya, M. y Expósito, F. (2001). Nuevas formas, viejos intereses: neosexismo en varones españoles, *Psicotema*, 13(4): 643-649
- Muniz MM, Suárez Ojeda NO, Krauskopf D, Silber TJ (2007). Adolescencia y resiliencia. México: Paidós,
- Muñoz M Gómez-Guadix M Graña JL Fernández L (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, 22 (2) 125-134.
- Muss, R (1978). Teoría de adolescencia. Paidós. Buenos Aires
- Nazar A (2005). Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género Disponible en: www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/ Última fecha de revisión: 17/09/2012.
- Norman MA, Whooley ME, Lee K. (2004). Depression and other mental health issues. En: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. *Current Geriatric Diagnosis and treatment*: McGraw-Hill.
- O'Keefe, M. (1997). Predictors of dating violence among high school students. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(4), 546-68.
- O'Leary KD y Slep AMS.(2003) A Dyadic Longitudinal Model of Adolescent Dating Aggression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 32: 314–327.
- O'Leary, K.D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning perspective. En V.B. Van
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Viena, Austria: Asamblea General de la ONU; 1993
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). Washington, D.C.: Oficial Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Pardo, G. (2004) Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología* (13), 13-28
- Peláez J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana Obstétrica de Ginecología* 1996; 22(1):11-5.

- Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk JT, Guralnik JM. (1999) Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*;89:1346-1352.
- Peralta, V y Cuesta M.J (2002). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *ANALESS*, 2002, 25 (3).
- Peters, J., Shackelford, T.K. y Buss, D. M. (2002). Understanding domestic violence against women: Using evolutionary psychology to extend the feminist functional analysis. *Violence Victims*, 17, 255-264.
- Pflieger, J.C. y Vazsonyi, A.T. (2006). Parenting processes and dating violence: The mediating in low and high SES adolescents. *Journal of Adolescence*, 29(4), 495-512.
- Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Journal Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- Pick, S., Leenen, I., Givaudan, M. y Prado A. (2010). <Yo quiero, yo puedo... prevenir la violencia>: Programa breve de sensibilización sobre violencia en el noviazgo. *Salud Mental*, 33 (2): 153-160.
- Pirog-Good y J. Stets (Eds.), *Violence and dating relationships* (pp. 3-32). New York: Praeger.
- Ponce M, Flores NY, Mudgal J, Huitrón G, Halley E, Gallegos k, Salmerón J. (2010) The association between type of confidant and depressive symptomatology in a sample of Mexican youth. *Salud Mental*; 33(3) 249-256
- Prince, J. y Arias, I. (1994). The role of perceived control and the desirability of control among abusive and nonabusive husbands. *American Journal of Family Therapy*, 22, 126-134.
- Quevedo M., Carballeva A. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Mental*; 33(1) 39-46
- Rage, E. (1996). *La pareja. Elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdès, SA de CV
- Raiford, J.L., (2007), Prevalence, incidence, and predictors of dating violence: a longitudinal study of African American female adolescents. *Journal of Women's Health*, 6 (16): 822-832.
- Ramírez, F. (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista peruana de epidemiología*, 24, 1.
- Ramos Á., M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Reding M, Haycox J, Blass J. (1985). Depression in patients referred to a dementia clinic. A three-year prospective study. *Arch Neurol*;42:894-896.
- Reinherz, H. Z.; Frost, A. K.; Pakiz, B. (1991). Changing faces: Correlates of depressive symptoms in late adolescence. *Family and Community Health*; 14(3): 52-63.
- Rey, C.A. (2008) Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en psicología Latinoamericana*. 26 (2) 227-241.
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A., Milla-Kegel, J., García-Ramírez, A.,

- Hubard-Vignau, L., Mendoza-Sánchez, H., Mejía-Garza, L., García-Peña, M. y Wagner-Echeagaray, F. (2003). Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26, 1(84): 382-392.
- Riggs, D.S. y O'Leary, K.D. (1996). Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 519-540.
- River U. S., Hall, P. "Dating, Coupling, and Mate Selection, Marriages and Families: Diversity and Change", Fifth Edition (2007).
- Rivera-Rivera L, Allen B, Rodríguez-Ortega G, Chávez-Ayala R, Lazcano-Ponce E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud pública de México* 48 (2) 288-296.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:S252-258.
- Roberts, T. A., Auinger, P. y Klein, J. D. (2005). Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36, 380–385.
- Rodríguez V., M. C. (2005). Violencia en el Noviazgo, una cuestión de género y de derechos humanos en el estado de Puebla. En *Reunión Nacional sobre Atención y prevención de violencia hacia las mujeres*, México, 101-11.
- Rodríguez, A., de Azúa, S. y Goñi, A. (2004). Bienestar psicológico en la adolescencia y juventud, *Revista de Psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 24(4): 17-27.
- Rodríguez, G. y de Keijzer, B. (2002). *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. México, D. F.: Edamex, Population Council.
- Romanelli J, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC(2002). The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc*;50:817-822.
- Rosselló, J. y Berríos, M.N. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*,. 38 (2) pp. 295-302.
- Rothenberg, D. (1995). Supporting Girls in Early Adolescence. ERIC Digest. ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, Urbana, Ill
- Ruiz, G. y Fawcett, G (1999). Rostros y máscaras de la violencia. Un taller sobre amistad y noviazgo. Manual para instructores(as). IMIFAP, A. C. Editorial IDEAME
- Saldívar H., G. (2003) Violencia en el Noviazgo: La coerción sexual en los jóvenes. En Leboreiro G (coord.). *Foro Noviazgo sin violencia, parejas que crecen. Jóvenes por familias no violentas*. Senado de la República. México. 39-52.
- Saldívar H., G. (2006) *Coerción Sexual en Citas en una Población de Estudiantes Universitarios*. Tesis de Doctorado no publicada. UNAM.
- Saldívar H., G. Ramos L., L y Andrade P. (2002). Tácticas de coerción sexual

- utilizadas por hombres: definición y frecuencia según estudiantes universitarios de ambos sexos. *La Psicología Social en México*, 9:344 -350.
- Saldívar H., G. y Romero M. (2009). Reconocimiento y uso de tácticas de coerción sexual en hombres y mujeres en el contexto de relaciones heterosexuales. Un estudio en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 32(6): 487-494.
- Saldívar H., G., Ramos L., L. y Romero M. (2008). ¿Qué es la coerción sexual? significado tácticas e interpretación. *Salud Mental*, 31(2): 45-52.
- Salgado, C. (2003). El desafío de construir una relación de pareja. Una decisión diaria, un cambio permanente. Bogotá Colombia: Grupo editorial Norma.
- Scarano, E. (2005). Las huellas del Edipo en la elección de pareja. Centro de Análisis De Imágenes Biomédicas Computarizadas CAIBCO. 23 en <http://www.bioline.org.br/pdf?va05005>
- Schraedley, P. k Gotlib I. H. y Hayward, C (1999) Gender Differences in Correlates of depressive Symptoms in adolescence. *Journal of adolescent Health*.25
- Schumacher, J., Feldbau, S., Slep, S., A. M. y Heyman, E. R. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behaviour*, 6, 281-352.
- Schwartz, J.P., Magee, M., Griffin, L.D. y Dupuis, C. (2004). Effects of a group preventive on risk and protective factors related to dating violence. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8, 2-231.
- Sears, H. A., Byers, E. S. & Price, E. L. (2007). The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships. *Journal of Adolescence*, 30, 487–504.
- Sears, H. A., Byers, E. S. y Price, E. L. (2007). The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships. *Journal of Adolescence*, 30, 487–504.
- SeemanMV(1997): Psychopathology in woman and men: focus on female hormones. *Am J. Psychiatry* 154: 1641-1647.
- Seiffge k. I. (1995) Stress, coping an Relationships in adolescence. USA. Lawrence Erlbaum.
- Seiffge k. I. (2001) Diabetic Adolescents and their Families. Stress, Coping and adaptation. Cambridge University Press. United Kingdom.
- Serfaty E. Andrade J D Aquila H Masautis A y Foglia L (1995). Depresión Grace y Factores de Riesgo En buenos Aires. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 41 (1).
- Shaffer, D. R. y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia* (Séptima edición). México: Thompson. Última revisión 12 de Enero del 2013.
- Shook N, Gerrity D, Jurich J, Segrist A (2000). Courtship violence among college students: A comparison of Verbally and physically abusive couples. *Journal of family violence*, 15(1): 1-22.
- Shuck, Dale H. (1997) *Teorías del aprendizaje*. México. Pearson
- Sigelman, C.K., Berry, C.J., y Wiles, K.A. (1984). Violence in college students' dating relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 5(6), 530-548.
- Sigma Dos (1999). Resultado de macroencuesta. Violencia contra las mujeres.

- Madrid: Sigma Dos, S. A.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A. y Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of the American Medical Association*, 286, 572-579.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A. y Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of the American Medical Association*, 286, 572-579.
- Simons, R.L., Lin, K. y Gordon, L.C. (1998). Socialization in the family of origin and male dating violence: A prospective study. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 467-478.
- Simons, R.L., Wu, C., Conger, R.D. y Lorenz, F.O. (1994). Two routes to delinquency: Differences between early and late starters in the impact of parenting and deviant peers. *Criminology*, 32, 247-276.
- Singer, M. (2003). Aggression between dating partners: An analysis of causative factors in Puerto Rican and
- Smith, A., Winokur, K. y Palenski, J. (2005). What is dating violence? An exploratory study of Hispanic adolescent definitions. *Journal of Ethnicity in Criminal Justice*, 3 (1/2), 1-20.
- Smith, J. y Williams, J. (1992). From abusive household to dating violence. *Journal of Family Violence*, 7, 153-165.
- Solloa, G. L. M. (2001) Trastornos Psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. Trillas. México.
- Solloa, G. L. M. (2001). Trastornos psicológicos en el niño. Etiología, Características, Diagnóstico y tratamiento. Coedición Universidad Anahuac, México: Trillas.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-29.
- Stassen B., K. (2007). Psicología del desarrollo: infancia y la adolescencia. Editorial Médica panamericana. España
- Stets JE (1991). Psychological aggression in dating relationships: The role of interpersonal control. *Journal of family Violence*, 6: 97-114.
- Stets, J. E. (1991) Psychological aggression in dating relationships: The role of interpersonal control. *Journal of family Violence*, 6, 97-114.
- Stets, J.E. y Henderson, D.A. (1991). Contextual factors surrounding conflict resolution white dating: results from a national study. *Family Relations*, 40, 29-40.
- Stoudemire, A. (1995). Psychological Factors Affecting Medical Conditions. Washington, USA: American Psychiatric Press.
- Straus MA. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide, (2004). *Violence Against Women* 10:790-811.
- Straus, M. A. y Ramírez, I. L. (2003). International dating violence study. Family Research Laboratory.
- Straus, M.A., Gelles, R.J. y Steinmetz, S.K. (1980). Behind closed doors: Violence in the American family. Beverly Hills, CA: Sage.

- Suarez de la C., L.E.(2009). Depresión y sucesos de la vida estresantes en adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada
- Suárez,L.E (2009) Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM. Facultad de Psicología
- Sugarman, D. B., & Hotaling, G. T. (1989). Dating violence: Prevalence, context, and risk markers.En M. Pirog- Good & J. Stets (Eds.), *Violence and dating relationships* (pp. 3–32). Nueva York: Praeger.
- Swan, (2008) A Review of Research on Women's Use of Violence With Male Intimate Partners Violence and victims. Volume 23, Number 3, 2008 , pp. 301-314(14) New York
- Tlaxcala, C. (2006). Noviazgos violentos e intervención en crisis. Tesina de licenciatura FES Iztacala, UNAM.
- Toro J. (2000). Depresión y ansiedad en la infancia y adolescencia. Masson. España.
- Torres, M. (2006). Al cerrar la puerta. Análisis y vivencias del maltrato en la familia. Bogotá: Norma.
- Trujano R, Benítez M, J (2002) Violencia hacia el varón. Revista Psiquis. Vol. 23 Núm 4 pp 133-147.
- UNICEF (2000): Adolescencia en América Latina y El Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas. Panamá: UNICEF
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386-392.
- Valadez-Ramírez, TR. (2000).Comparación entre 3 instrumentos para la clasificación y diagnóstico de la depresión en una población geriátrica mexicana México: Tesis no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México
- Valdez S., R. e Hajar M., M. (2002). Del silencio privado a la sala de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. En *Gaceta Médica* 138 (2).
- Vallejo, R. y Gastó, F. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson
- Vázquez, P. Ordóñez F., Strausz, S., Arredondo A. y Lara N. (2004) Estudio de las diferencias de la depresión en adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia en http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/jovenes/a_estudio.asp
- Vázquez, V. y Castro, R. (2008). "¿Mi novio sería capaz de matarme?" Violencia en el noviazgo entre adolescentes de la Universidad Autónoma Chapingo, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 6.
- Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. (1999);Depresión in late life: a hidden Public health problem for Mexico? *Salud Pública* 41:189-202.
- Wathen, C. N. y MacMillan, H. (2003). Interventions for violence against women.*Scientific Review and Clinical Applications*, 289, 589-599.
- White, J.W., Merrill, L.L. y Koss, M.P. (2001). Prediction of premilitary courtship violence in a Navy recruit sample. *Violence and Victims*, 16, 910-927.

- Wichstrom, L y Hegna, K. (2003). Sexual Orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general. Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology* 12(1) pp. 114-151.
- Wolfe DA, Scott K, Reitzel-Jaffe D, Wekerle C, Grasley C, Straatman AL. (2001). Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychological Assessment*. 13(2):277-93.
- Wolfe, D. A.; Wekerle, C., Gough, R., Rietzel J., D., Grasley, C., Pittman, A. et al. (1996). *Youth relationships manual: A group approach with adolescents for the prevention of woman abuse and the promotion of healthy relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- World Health Organization. International classification of diseases (ICD) 10th Revision 2003 en: <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

ANEXOS

Para empezar, queremos saber un poco de ti y sobre tu familia. Subraya y contesta la respuesta que más se acerque a ti.

DEMOG 1. Eres:	Hombre.....1 Mujer.....2
DEMOG 2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años de edad
DEMOG 3. La mayor parte del año pasado ¿estuviste estudiando?	1. No estuve estudiando el año pasado 2. Fui estudiante de medio tiempo 3. Fui estudiante de tiempo completo
DEMOG 4. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá)	1. Tengo papá. 2. Lo sustituye mi padrastro. 3. Lo sustituye un tío. 4. Lo sustituye un abuelo. 5. Lo sustituye un hermano. 6. Lo sustituye otra persona. 7. (Especifica)_____
DEMOG 5 ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá)	1. Tengo mamá 2. La sustituye mi madrastra 3. La sustituye una tía 4. La sustituye una abuela 5. La sustituye una hermana 6. La sustituye otra persona 7. (Especifica)_____
DEMOG 6. Si vives con tu papá y tu mamá ¿sabes si están casados o viven en unión libre?	1. Están casados 2. Viven en unión libre/ se juntaron 3. No sabes 4. Sólo vivo con uno de ellos

<p>DEMOG 7. Si no vive tu papá contigo, ¿nos podrías decir por qué? (si vives con tu papá pasa a la siguiente pregunta)</p>	<p>1. Se divorció o se separó de mi mamá</p> <p>2. Vive en otro lugar con otras personas</p> <p>3. Falleció</p> <p>4. No sé por qué</p> <p>5. Otro motivo (especifica) _____</p>		
<p>DEMOG 8. Si no vive tu mamá contigo, ¿nos podrías decir por qué? (si vives con tu mamá, pasa a la siguiente pregunta)</p>	<p>1. Se divorció o se separó de mi papá</p> <p>2. Vive en otro lugar con otras personas</p> <p>3. Falleció</p> <p>4. No sé por qué</p> <p>5. Otro motivo (especifica) _____</p>		
<p>DEMOG 9. ¿Quiénes trabajan y dan dinero para mantener a tu familia? (tacha en la columna de Sí todos aquellos que lo hacen; puedes tachar más de una opción)</p>		<p>SÍ</p>	<p>NO</p>
<p>DEMOG 10. ¿Qué tan frecuentemente existen discusiones o conflictos en tu casa por falta de dinero?</p>	<p>1. Nunca</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>3. Muy seguido</p>		

DEMOG 11. En general ¿Cómo consideras tu desempeño académico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malo 2. Regular 3. Bueno 4. Muy bueno
DEMOG 12 En general ¿Qué tanto te gusta ir a la escuela?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No me gusta nada 2. Me gusta poco 3. Me gusta mucho
DEMOG13. En general ¿Cómo te llevas con tus maestros?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mal 2. Regular 3. Bien
DEMOG14. En general ¿Cómo te llevas con tus compañeros?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mal 2. Regular 3. Bien
DEMOG15. En general ¿Cómo te llevas el personal administrativo de tu escuela?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mal 2. Regular 3. Bien

Las siguientes preguntas se relacionan con tu estado de ánimo. Nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido únicamente durante la semana pasada. Lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así

	DURANTE LA SEMANA PASADA	0	1-2	3-4	5-7
CES1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan				
CES2	No tenía hambre, no tenía apetito				
CES3	Sentía que no podía quitarme la tristeza con la ayuda de mi familia o amigos				
CES4	Sentía que era tan bueno/a como los demás				
CES5	Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo				
CES6	Me sentí deprimido/a				
CES7	Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo				
CES8	Veía el futuro con esperanza				
CES9	Pensé que mi vida era un fracaso				
CES10	Tenía miedo				
CES11	Dormí sin descansar				
CES12	Estaba feliz				
CES13	Platiqué menos de lo normal				
CES14	Me sentí solo/a				
CES15	Sentí que la gente era poco amigable				
CES16	Disfruté de la vida				
CES17	Lloraba a ratos				
CES18	Me sentí triste				
CES19	Sentía que no les caía bien a otros/as				
CES20	No podía "seguir adelante"				
CES21	Tenía pensamientos sobre la muerte				
CES22	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto/a				
CES23	Pensé en matarme				

Ahora queremos conocer un poco a cerca de las relaciones de noviazgo que estableces. Te pedimos que respondas a las siguientes preguntas:

EN 1. ¿Cuál es el estado de tu relación actual?	1Tengo una pareja romántica 2Estoy saliendo con una persona 3Estoy saliendo con una o más personas 4Estoy interesado en una persona 5No estoy saliendo con nadie
EN 2. Alguna vez en tu vida has tenido novio (a)	1Sí 2No
EN 3. Alguna vez has tenido un free, faje, besos cachondos, etc.	1Sí 2No

Si contestaste que NO a las preguntas EN2 Y EN3, por favor pasa a la sección VIII

A continuación te presentamos algunas frases que se pueden referir a ti y a tu pareja o a alguna relación que tuviste (un free, ligue, noviazgo, etc.). Estas frases representan situaciones que han podido suceder o que sucedieron en el transcurso de discusiones, conflictos o peleas con él o ella durante tu relación. Debes indicar con sinceridad cuáles de estos episodios te han pasado o tú has hecho y con qué frecuencia según las opciones de respuesta:

	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia
VN1. Le amenacé con golpearle o con lanzarle algo.	1	2	3	4
VN1.1. Me amenazó con golpearme o con lanzarme algo.	1	2	3	4
VN 2. Acaricié sus pechos, genitales y/o nalgas cuando él/ella no quería.	1	2	3	4
VN 2.1. Acaricié mis pechos, genitales y/o nalgas cuando yo no quería.	1	2	3	4
VN 3. Traté de poner a sus amigos en su contra.	1	2	3	4
VN 3.1. Traté de poner a mis amigos en mi contra.	1	2	3	4
VN 4. Hice algo para poner a mi chico/a celoso/a.	1	2	3	4
VN 4.1. Hizo algo para ponerme celoso/a.	1	2	3	4
VN 5. Destrocé o amenacé con destruir algo que él/ella valoraba.	1	2	3	4
VN 5.1. Destrozó o amenazó con destruir algo que yo valoraba.	1	2	3	4
VN 6. Saqué a relucir algo malo que él/ella había hecho en el pasado.	1	2	3	4
VN 6.1. Mi pareja sacó a relucir algo malo que yo había hecho en el pasado.	1	2	3	4
VN 7. Le lancé algún objeto.	1	2	3	4
VN 7.1. Me lanzó algún objeto.	1	2	3	4
VN 8. Le dije algo sólo para hacerle enojar.	1	2	3	4
VN 8.1. Me dijo algo sólo para hacerme enojar.	1	2	3	4
VN 9. Le hablé en un tono de voz hostil u ofensivo.	1	2	3	4
VN 9.1. Me habló en un tono de voz hostil u ofensivo.	1	2	3	4
VN 10. Le presione a practicar alguna actividad sexual cuando él/ella no quería.	1	2	3	4
VN 10.1. Me presiono a practicar alguna actividad sexual cuando yo no quería.	1	2	3	4
VN 11. Le amenacé para que no se negara a mantener algún tipo de relación sexual conmigo.	1	2	3	4
VN 11.1. Me amenazó para que no me negara a mantener algún tipo de relación sexual con él/ella.	1	2	3	4
VN 12. Le insulté con frases humillantes.	1	2	3	4
VN 12.1. Me insultó con frases humillantes.	1	2	3	4
VN 13. Le besé cuando él/ella no quería.	1	2	3	4
VN 13.1. Me besó cuando yo no quería.	1	2	3	4
VN 14. Dije cosas a sus amigos sobre él/ella para ponerlos en su contra.	1	2	3	4
VN 14.1. Dijo cosas a mis amigos sobre mí para ponerlos en mi contra.	1	2	3	4
VN 15. Le ridiculicé o me burlé de él/ella delante de otros.	1	2	3	4
VN 15.1. Me ridiculizó o se burló de mí delante de otros.	1	2	3	4
VN 16. Le seguí para saber con quién y dónde estaba.	1	2	3	4

	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia
VN 16.1. Me siguió para saber con quién y dónde estaba yo.	1	2	3	4
VN 17. Le culpé por algún problema que surgió.	1	2	3	4
VN 17.1. Me culpó por algún problema que surgió.	1	2	3	4
VN 18. Le di una patada, le golpeé o le di un puñetazo, etc.	1	2	3	4
VN 18.1. Me dio una patada, me golpeó o me dio un puñetazo, etc.	1	2	3	4
VN 19.1. Me acusó de flirtear o coquetear con otro/a.	1	2	3	4
VN 20. Traté intencionadamente de asustarle.	1	2	3	4
VN 20.1. Trató intencionadamente de asustarme.	1	2	3	4
VN 21. Le abofeteé o le jale del pelo.	1	2	3	4
VN 21.1. Me abofeteó o me jalo del pelo.	1	2	3	4
VN 22. Amenacé con herirle.	1	2	3	4
VN 22.1. Amenazó con herirme.	1	2	3	4
VN 23. Le amenacé con dejar la relación.	1	2	3	4
VN 23.1. Me amenazó con dejar la relación.	1	2	3	4
VN 24. Le empujé o le zarandé.	1	2	3	4
VN 24.1. Me empujó o me zarandó.	1	2	3	4
VN 25. Extendí rumores falsos sobre él/ella.	1	2	3	4
VN 25.1. Extendió rumores falsos sobre mí.	1	2	3	4

Anexo 2. Datos socio-demográficos

¿TIENES PAPÁ? (O QUIEN ES LA PERSONA MASCULINA QUE LO SUSTITUYE O HACE LAS FUNCIONES DE TU PAPÁ)		
Tengo papá	666	78.8
Lo sustituye mi padrastro	47	5.6
Lo sustituye un tío	45	5.3
Lo sustituye un abuelo	20	2.4
Lo sustituye un hermano	19	2.2
Lo sustituye un otra persona	23	2.7
Especifica	9	1.1
Mamá	6	.7
Tía	2	.2
Hermano	1	.1
Nadie	5	.6

¿TIENES MAMÁ? (O QUIEN ES LA PERSONA FEMENINA QUE LA SUSTITUYE O HACE LAS FUNCIONES DE TU MAMÁ)		
Tengo mamá	815	94.7
La sustituye mi madrastra	6	.7
La sustituye una tía	6	.7
La sustituye una abuela	21	2.4
La sustituye una hermana	7	.8
La sustituye un otra persona	4	.5
Especifica	2	.2

SI NO VIVE TU PAPÁ CONTIGO ¿NOS PODRÍAS DECIR POR QUÉ?		
Se divorció o se separó de mi mamá	121	39.7
Viven en otro lugar con otras personas	70	23
Falleció	26	8.5
No sé por que	52	17.0
Otro motivo	20	6.6
Motivo de trabajo	4	1.3
Violación familiar	2	.7
No la conozco	2	.7
Se casó con otra señora	4	1.3
Me dejo cuando nací	1	.3
No sabe que existo	1	.3
Mi mamá lo dejo	1	.3
Vivimos juntos pero están divorciados	1	.3
SI NO VIVE TU MAMA CONTIGO ¿NOS PODRÍAS DECIR POR QUÉ?		
Se divorció o se separó de mi papá	35	42.7
Viven en otro lugar con otras personas	15	18.3
Falleció	11	13.4
No sé por que	11	13.4
Otro motivo	9	11

Anexo 3. Escala de Violencia en el noviazgo CADRI

Tabla. Medias de los adolescentes que han sufrido y ejercido violencia en el noviazgo

Estadísticos descriptivos		
	N	Media
Ejercen	616	1.1232
Sufren	618	1.1475

Anexo 4. Fiabilidad de las escalas de violencia en el noviazgo de los sujetos que ejercen y son víctimas con sus respectivas dimensiones.

Tabla. Consistencia interna de los factores de la Escala *CADRI*

Escala CADRI	Violencia sexual	Violencia Relacional	Violencia Emocional	Amenazas	Violencia Física	Total
Ejercen	.40	.40	.66	.40	.61	.74
Victimas	.62	.62	.72	.40	.60	.83

Tabla. Medias CADRI por factores de los que ejercen Violencia en el Noviazgo

	Sexual	Relacional	Emocional	Amenazas	Física
Media	1.065	1.046	1.229	1.09	1.036
Mediana	1.00	1.00	1.10	1.00	1.00
Moda	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla. Medias CADRI por factores de los que sufren Violencia en el Noviazgo

	Sexual	Relacional	Emocional	Amenazas	Física
Media	1.108	1.11	1.25	1.07	1.04
Mediana	1.00	1.00	1.20	1.00	1.00
Moda	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Anexo 5. Adolescentes que ejercen Violencia en el Noviazgo

Tabla. Frecuencias de los adolescentes que han ejercido violencia en el noviazgo

Ejercen	Frecuencia	Porcentaje
Si	480	55.2
no	390	44.8
Total	870	100.0

Tabla. Adolescentes que ejercieron violencia: Respuestas del CADRI

Pregunta	Nunca		Rara vez		A veces		Con frecuencia	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Hice algo para poner a mi chico/a celoso/a.	352	53.3	176	26.7	103	15.6	29	4.4
Le dije algo sólo para hacerle enojar.	451	68.5	145	22	50	7.6	12	1.8
Le acusé de flirtear o coquetear con otro/a.	535	81.1	93	14.1	24	3.6	8	1.2
Le amenacé con dejar la relación.	533	81.5	91	13.9	21	3.2	9	1.4
Trate intencionadamente de asustarle	538	81.8	86	13.1	31	4.7	3	.5
Le hablé en un tono de voz hostil u ofensivo.	565	85.7	79	12.0	12	1.8	3	.5
Le besé cuando él/ella no quería.	574	87.5	61	9.3	16	2.4	5	.8
Le culpé por algún problema que surgió.	576	87.3	69	10.5	11	1.7	4	.6
Le seguí para saber con quién y dónde estaba.	593	90.0	54	8.2	10	1.5	2	.3
Saqué a relucir algo malo que él/ella había hecho en el pasado.	605	91.8	40	6.1	10	1.1	4	.6
Acaricié sus pechos, genitales y/o nalgas cuando él/ella no quería.	622	94.2	30	4.5	5	.8	3	.5
Le ridiculicé o me burlé de él/ella delante de otros.	629	95.3	23	3.5	6	.9	2	.3
Extendí rumores falsos sobre él/ella.	629	95.5	22	3.3	3	.5	5	.8
Le amenacé para que no se negara a mantener algún tipo de relación sexual conmigo.	631	95.9	23	3.5	4	.6	0	0
Le amenacé con golpearle o con lanzarle algo.	636	95.9	21	3.2	4	.6	2	.3
Le insulté con frases humillantes.	635	96.1	22	3.3	3	.5	1	.2
Destrocé o amenacé con destrozar algo que él/ella valoraba.	631	96.3	16	2.4	5	.8	3	.5
Traté de poner a sus amigos en su contra.	638	96.7	17	2.6	5	.6	0	0
Le empujé o le zarandeé.	639	97.0	15	2.3	5	.8	0	0
Le lance algún objeto.	643	97.3	13	2.0	4	.6	1	.2
Dije cosas a sus amigos sobre él/ella para ponerlos en su contra.	645	97.6	11	1.7	4	.6	1	.2

Tabla. Adolescentes que ejercieron violencia (cont...)

Pregunta	Nunca		Rara vez		A veces		Con frecuencia	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Le di una patada, le golpeé o le di un puñetazo, etc.	647	97.7	11	1.7	4	.6	0	0
Amenacé con herirle.	647	98.3	8	1.2	2	.3	1	.2
Le presione a practicar alguna actividad sexual cuando él/ella no quería.	650	98.5	9	1.4	1	.2	0	0
Le amenacé para que no se negara a mantener algún tipo de relación sexual conmigo.	650	98.5	9	1.4	1	.2	0	0

Anexo 6 Adolescentes que sufrieron Violencia en el noviazgo

Tabla. Frecuencias de los adolescentes que han sufrido violencia en el noviazgo

Sufren	Frecuencia	Porcentaje
Si	477	54.8
no	393	45.2
Total	870	100.0

Tabla. Adolescentes que sufrieron violencia en sus noviazgos: respuestas del CADRI

Pregunta	Nunca		Rara vez		A veces		Con frecuencia	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Hizo algo para ponerme celoso/a.	328	50.2	179	27.4	101	15.4	46	7
Me dijo algo sólo para hacerme enojar.	438	66.7	156	23.7	50	7.6	2	.3
Me acusó de flirtear o coquetear con otro/a.	483	73.3	111	16.8	44	6.7	21	3.2
Me besó cuando yo no quería.	524	80.2	87	13.3	26	4.0	16	2.5
Me siguió para saber con quién y dónde estaba yo.	555	84.2	80	12.1	20	3.0	4	.6
Trató intencionadamente de asustarme.	559	85.0	78	11.9	19	2.9	2	.3
Me amenazó con dejar la relación.	563	85.7	66	10.0	16	2.4	12	1.8
Me culpó por algún problema que surgió.	577	87.8	60	9.1	16	2.4	4	.6
Me habló en un tono de voz hostil u ofensivo.	586	89.2	60	9.1	7	1.1	4	.6
Trato de poner a mis amigos en mi contra	597	90.7	37	5.6	17	2.6	7	1.1
Mi pareja sacó a relucir algo malo que yo había hecho en el pasado.	601	91.1	36	5.5	14	2.1	9	1.4
Extendió rumores falsos sobre mí.	608	92.4	27	4.1	15	2.3	8	1.2
Dijo cosas a mis amigos sobre mí para ponerlos en mi contra.	617	93.5	29	4.4	9	1.4	5	.8
Acarició mis pechos, genitales y/o nalgas cuando yo no quería.	628	95.3	20	3.0	6	.9	5	.8
Me insultó con frases humillantes.	625	95.4	19	2.9	10	1.5	1	.3
Me presiono a practicar alguna actividad sexual cuando yo no quería.	631	95.9	18	2.7	5	.8	4	.6
Me lanzó algún objeto.	633	96.1	17	2.6	7	1.1	2	.3
Me ridiculizó o se burló de mí delante de otros.	634	96.1	21	3.2	4	.6	1	.2
Me amenazó con golpearme o lanzarme algo.	635	96.1	21	3.2	2	.3	3	.5
Me empujó o me zarandé.	635	96.5	14	2.1	6	.9	3	.5
Me abofeteó o me jalo del pelo.	636	96.7	19	2.9	3	.5	0	0
Destrozó o amenazó con destrozarme algo que yo valoraba.	642	97.3	12	1.8	4	.6	2	.3

Tabla. Adolescentes que sufrieron violencia en sus noviazgos: respuestas del CADRI (continuación)

Pregunta	Nunca		Rara vez		A veces		Con frecuencia	
	F	%	f	%	Pregunta	F	%	f
Amenazó con herirme.	637	97.5	11	1.7	3	.5	2	.3
Me dio una patada, me golpeó o me dio un puñetazo, etc.	643	97.7	10	1.5	4	.6	1	.2
Me amenazó para que no me negara a mantener algún tipo de relación sexual con él/ella.	646	98.5	6	.9	2	.3	2	.3

Anexo 7 Factores del CADRI

Tabla de medias por factores de la Escala *CADRI*

factores	Media
Factor verbal-emocional	1.2343
• Factor verbal-emocional sufren	1.2543
• Factor verbal- emocional ejercen	1.2292
Factor amenazas	1.0813
• Factor amenazas sufren	1.0746
• Factor amenaza ejercen	1.0914
Factor violencia física	1.0404
• Factor violencia física sufren	1.0441
• Factor violencia física ejercen	1.0363

Anexo 8. Sintomatología Depresiva

Tabla. Frecuencias de sintomatología depresiva

	0		1-2		3-4		5-7	
	f	%	f	%	F	%	f	%
Estaba feliz	258	30.7	167	19.9	135	16.1	280	33.3
Disfruté de la vida	303	35.9	138	16.4	120	14.2	282	33.5
Sentía que era tan bueno como los demás	359	42.8	185	22.1	122	14.6	172	20.5
Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	397	47.3	208	24.8	141	16.8	93	11.1
Veía el futuro con esperanza	401	47.7	167	19.9	109	13.0	163	19.4
No tenía hambre, no tenía apetito	478	56.1	206	24.2	100	11.7	68	8
Platiqué menos de los normal	473	56.1	214	52.4	95	11.3	61	7.2
Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestaron	477	56.2	269	31.7	67	7.9	36	4.2
Dormí sin descansar	472	56.4	182	21.7	99	11.8	84	10.0
Me sentía deprimida (o)	493	57.9	173	20.3	96	11.3	89	10.5
Me sentí triste	502	59.1	174	20.5	77	9.1	97	11.4
Sentía que no podía quitarme la tristeza con la ayuda de mi familia o amigos	501	59.7	168	20.0	89	10.6	81	9.7
Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	512	60.5	201	3.8	74	8.7	59	7.0
Sentí que no les caía bien a otros	516	61.1	177	21.0	91	10.8	60	7.1
Sentí que la gente era poco amigable	553	65.5	153	18.1	65	7.7	73	8.6
Me sentí sola	561	66.8	143	17.0	71	8.5	65	7.7
Lloraba a ratos	567	66.9	138	16.3	69	8.1	74	8.7
Tenía miedo	574	67.7	150	17.7	73	8.6	51	6.0
Pensé que mi vida era un fracaso	613	72.6	131	15.5	49	5.8	51	6.0
No podía "seguir adelante"	644	76.2	101	12.0	49	5.8	51	6.0

Anexo 9. Consistencia de la escala CES-D

Tabla Consistencia interna de la CES-D

	Relación interpersonal	Afecto negativo	Quejas psicosomáticas	Afecto positivo	Total
Muestra general	.77	.87	.73	.58	.87
Ejercen	.75	.87	.71	.56	.86
Victimas	.75	.87	.72	.56	.87

Anexo 10. Correlaciones

Tabla. Correlaciones de las dimensiones de las subescalas de violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva en sujetos que han ejercido.

Escalas	Escala de sintomatología depresiva			
	Interpersonal	Afecto negativo	Quejas Psicossomáticas	Afecto Positivo
Sexual	.024	.013	.010	.009
Relacional	.007	.047	.053	.020
Emocional	.137**	.051**	.014**	-.010
Amenazas	.065	.031	.008	-.010
Física	.071*	.107**	.138**	.038

* $p \geq .05$

** $p \geq .01$

*** $p \geq .000$

Tabla. Correlaciones de las dimensiones de las subescalas de violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva en sujetos que son víctimas.

Escalas	Escala de sintomatología depresiva			
	Interpersonal	Afecto negativo	Quejas Psicossomáticas	Afecto Positivo
Sexual	.052	.057	.095**	.018
Relacional	.076*	.145**	.156**	.017
Emocional	.183**	.189**	.155**	-.038
Amenazas	.117**	.127**	.143**	-.009
Física	.072*	.111**	.112**	.045

* $p \geq .05$

** $p \geq .01$

*** $p \geq .000$