



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

LAS RELACIONES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LOS  
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES ESCOLARES.

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

CYNTHIA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

JURADO DE EXÁMEN

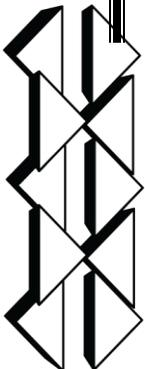
DIRECTORA: Lic. Claudia Teresita Ruíz Cárdenas

COMITÉ: Dra. Blanca Estela Barcelata Eguarte

Dra. Blanca Inés Vargas Núñez

Lic. Gerardo Reyes Hernández

Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto



**FES**  
ZARAGOZA

MÉXICO D.F.

Septiembre del 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS.**

*“Sé cómo tú eres, de manera que puedas ver quién eres y cómo eres”.*  
Fritz Perls.

**A MIS PADRES.** Por su apoyo, perseverancia y tolerancia, por su colaboración en mi educación, por enseñarme a luchar y conseguir mis metas.

**A MI HERMANA.** Por su apoyo en cada paso que doy y sus valiosas enseñanzas.

**JESÚS ALBERTO CRUZ MORALES.** Por su amor y su presencia en mi vida, por ser un soporte importante y escuchar cada una de las ideas que acompañan este escrito.

**A MIS FAMILIARES.** Por ser un ejemplo de vida, por su amor, perseverancia y por el tiempo que compartieron conmigo en este camino.

**A MIS AMIGOS.** Por su valiosa colaboración, su escucha y sus comentarios.

**A LOS TUTORES, SINODALES Y PROFESORES.** Por sus consejos y sus enseñanzas.

DRA. Blanca Estela Barcelata Eguiarte.

DRA. Blanca Inés Vargas Núñez.

MTRA. Guillermina Netzahuatl Salto.

LIC. Gerardo Reyes Hernández.

### **MTRA. CLAUDIA TERESITA RUÍZ CÁRDENAS ASESOR DE TESIS**

Por su paciencia, su entrega y por compartir sus conocimientos así como la valiosa colaboración en este proyecto.

### **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

Alma Mater de mi conocimiento y profesión.

### **A TODOS LOS QUE COLABORARON EN ESTA INVESTIGACIÓN Y CREYERON EN MI.**

Mi más profundo agradecimiento.

## Índice

Introducción	5
Capítulo I. Algunas aportaciones del desarrollo histórico de la adolescencia.	8
Proceso adolescente	15
Cambios en la adolescencia	18
Cambios físicos	19
Cambios sexuales	20
Cambios cognoscitivos	24
Cambios sociales	31
Aspectos de la personalidad en el adolescente	33
Psicopatologías en la adolescencia	37
Capítulo II. Familia.	39
Tipos de familia	40
Funciones de la familia	43
Estilos de crianza	44
Control parental	47
Tipos de padre	47
Vínculo padre-hijo	48
Conflictos padres-hijos	49
Capítulo III. Depresión.	53
Depresión en la adolescencia	53
Factores estresantes	56
Sintomatología	57
Diagnóstico	58
Etiología de la depresión	61
Capítulo IV. Método.	68
Justificación	68
Planteamiento del problema	70
Objetivos	70
Hipótesis de trabajo 1	70
Hipótesis nula	70
Hipótesis de trabajo 2	70
Hipótesis nula	70
Variables	70
Depresión	70
Relaciones familiares	71

Diseño	71
Participantes	71
Instrumentos	71
Escala de depresión de Hamilton	71
Escala de relaciones intrafamiliares de Rivera y Andrade	72
Procedimiento	72
Capítulo V Resultados	74
Capítulo VI Discusión y Conclusiones	79
Referencias	83
Anexos	

## RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo identificar la relación entre los índices elevados de depresión y las relaciones familiares deficientes en adolescentes de una secundaria pública de Nezahualcóyotl, Estado de México. Para el estudio se emplearon dos instrumentos de medición, uno para evaluar la depresión, y otro para las relaciones familiares, siendo estos la Escala de Hamilton para la Depresión, y la Escala de Relaciones Familiares respectivamente con el fin de evaluar a 301 alumnos de entre 13 y 16 años; los resultados fueron analizados en una base de datos en SPSS 20 mediante una prueba de correlación de Pearson.

## Introducción

La depresión es un fenómeno creciente en la población adolescente y hace aproximadamente 30 años que comenzó a estudiarse como una enfermedad importante para la sociedad en general, según la OMS en su informe anual del 2001 los trastornos depresivos tienen el cuarto lugar de prevalencia mundial para la población en general, y es una de las primeras causas de discapacidad y suicidio y se calcula que para el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad más prevalente en todo el mundo (Martínez y Muñoz, 2010), es por ello que en la actualidad ha sido un fenómeno ampliamente estudiado.

Desde hace varias décadas comenzó a formularse la idea de que los adolescentes son una población que puede sufrir depresión de la misma forma que los adultos, ya que se creía que no era posible por su edad (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004), Los jóvenes presentan el llamado síndrome de riesgo en la adolescencia que menciona la correlación entre la presencia de varios factores de riesgo que se asocian con cuatro de los problemas más comunes entre los adolescentes, entre ellos se encuentran el abuso de sustancias, el embarazo no deseado o la precoz iniciación sexual, problemas de índole escolar y la delincuencia juvenil (Prado, Sandoval y Umbarilla, 2004). La comorbilidad deteriora los diferentes aspectos de la vida del individuo, el ámbito familiar, escolar y social se ven severamente afectados en el individuo con trastorno depresivo.

Los jóvenes suelen ser una población vulnerable dado las condiciones del medio en general como lo son las condiciones sociales, políticas, económicas, de seguridad, familiares etc.; en México el contexto suele ser poco favorecedor ya que el país sufre de un alto índice de criminalidad, desempleo, falta de oportunidades educativas y migraciones entre muchos otros factores que propician la desestabilidad emocional de las personas.

Así mismo es de vital importancia la inversión de la pirámide poblacional, de acuerdo con el censo de población y vivienda de 2010 (INEGI), se observa un incremento en la población adolescente de entre 10 y 19 años de edad que llegan a los 16 millones de la población total del país, por lo que al ser un número considerable es importante tomarlo en cuenta para su estudio.

El género, tiene la misma condición de desigualdad en la presencia de la depresión, en general las mujeres suelen tener mayor probabilidad de presentar depresión dado las atribuciones ante el sexo femenino, los cambios de la edad y los constantes duelos por las pérdidas de las características infantiles, las mujeres

son más propensas a permanecer en duelo por un mayor periodo que los hombres.

Los adolescentes dado sus condiciones propias de la edad y la etapa que cursan sufren de constantes cambios biológicos, psicológicos y sociales; es un periodo importante para la adquisición y mantenimiento de comportamientos que disminuyan el riesgo y prevengan la aparición de trastornos mentales (Prado et al; 2004), si se tiene un adecuado manejo de los cambios que se sufren durante este periodo la probabilidad de que se presente algún trastorno disminuirá significativamente.

De la misma manera el apoyo de los padres en esta etapa juega un papel importante para el desarrollo de trastornos mentales, los diferentes tipos de familia y los diferentes estilos de crianza en los que crezca el adolescente determinarán sus conductas en el núcleo familiar y en la sociedad en la que se desarrollen. La presencia de estrés en las relaciones familiares afecta significativamente el desarrollo personal y social y es un factor desencadenante de trastornos como la depresión.

Los adolescentes suelen presentar la llamada “depresión enmascarada”, que se caracteriza por la presencia de diferentes síntomas físicos o somatizaciones que dificultan el diagnóstico oportuno de la depresión ya que tienden a ser considerados como cambios propios de la edad, un ejemplo de ello es la presencia de trastornos alimenticios o gastritis (Prado et al; 2004), así mismo, la falta de tratamiento ante estas situaciones es un factor que dificulta que la depresión sea detectada ya que los jóvenes constituyen el grupo que con menor frecuencia acuden a los servicios de salud (Martínez y Muñoz, 2010) .

Es por ello que en el capítulo I se abordarán los temas relacionados con la adolescencia, desde su historicidad hasta la delimitación del periodo por diversos autores; del mismo modo se abordarán los cambios que se dan en este periodo tanto físicos, cognoscitivos y sociales, finalmente se abordarán las principales patologías que se dan en la adolescencia.

En el capítulo II se hablará acerca de la familia, repasando el significado de la misma, los principales tipos de familia existentes de acuerdo a varios autores y de la misma manera los estilos de crianza que se utilizan por los padres, estos pueden ser autoritario, autoritativo, permisivo y negligente se abordará también el impacto que cada uno de estos estilos tiene en la conducta de los adolescentes. En cuanto a la parte de la relación padre-hijo se tocarán aspectos importantes

como el control parental, los diferentes tipos de padres y finalmente los conflictos que se presentan con mayor frecuencia entre los padres y los adolescentes.

El tercer capítulo aborda la temática de la depresión en la adolescencia, abarcando en ella los factores estresantes que se presentan en esta edad, la sintomatología depresiva en adolescentes, los diferentes pasos para un diagnóstico adecuado y finalmente se da un repaso a las posibles fuentes de aparición de la misma.

Como cierre de este capítulo se presenta la justificación del presente trabajo en donde se explica él porque es importante estudiar la relación existente entre la depresión en los adolescentes y la familia en la cual se desarrollan.

En el cuarto capítulo se abarca la parte metodológica del estudio en donde se presenta la pregunta de investigación, los objetivos y las hipótesis de la misma y la descripción del diseño, los participantes, las variables, los instrumentos y el procedimiento que se llevó acabo para la recolección y el procesamiento de los datos.

En el capítulo V se dan a conocer los resultados del estudio mediante, tablas, gráficos y datos descriptivos de lo encontrado en el estudio.

Y finalmente en el capítulo VI se trabaja con la discusión y las conclusiones acerca de los resultados obtenidos en el estudio, terminando con las posibles recomendaciones para futuros estudios en el tema.

## Capítulo I. ALGUNAS APORTACIONES DEL DESARROLLO HISTORICO DE LA ADOLESCENCIA

Desde la antigüedad, el estudio de la adolescencia se forja a partir de las intervenciones de Platón y Aristóteles quienes contribuyeron en gran medida al entendimiento de esta etapa. Ambos reconocieron la existencia de una jerarquía de acontecimientos evolutivos y otorgaron especial importancia al progreso del raciocinio durante esta etapa.

Tanto Platón como Aristóteles elaboraron muchas conjeturas de tipo metafísico, exaltaron la razón sobre la sensibilidad, vieron el “alma” como un orden ascendente de almas o estratos y contemplaron el desarrollo humano como el proceso de la recapitulación de las formas inferiores hasta alcanzar la racionalidad (Grinder, 2008).

Dichos filósofos opinaban que el proceso de la socialización alcanzaba su plena realización cuando se daba un ambiente propicio que favoreciera el despliegue de almas y estaban de acuerdo en que el ambiente exterior y material podía entorpecer el desarrollo de las propias potencias o la consecución de la madurez (Grinder, 2008).

Platón, señaló que el conocimiento de la realidad debía de adquirirse por medio del raciocinio inductivo, puesto que aquella se encontraba en los “ideales” eternos y sostuvo el dualismo o dicotomía “alma” y “cuerpo”. La madurez se conseguía mediante la capacidad de comprender los ideales (Grinder, 2008). Atendido a su dicotomía o dualismo recomendaba que se educara a los adolescentes en matemáticas y otras ciencias abstractas, con el fin de estimular la crítica de los conocimientos sensoriales conseguidos mediante las emociones y los apetitos (Grinder, 2008).

Por su parte Aristóteles opinaba que los niños eran como animales, ya que sus acciones estaban encaminadas a la búsqueda y satisfacción del placer y solo en la adolescencia se da la capacidad de ejercer plenamente la razón y de hacer con ella elecciones racionales (Arnett, 2008).

Al inicio de la adolescencia derivan los impulsos y se vuelven incluso más problemáticos por la aparición de los deseos sexuales. Es solo hacia el final de la adolescencia (según Aristóteles, alrededor de los 21 años) cuando la razón establece un control firme sobre los impulsos (Arnett, 2008).

Aristóteles rechazó el dualismo de Platón y dispuso uno tras otro alma y cuerpo, diciendo que el cuerpo o materia, se percibe por los sentidos y contiene potencial

de crecimiento; el alma era el final, la forma cabal o universal hacia la que tendía el cuerpo (Grinder, 2008).

También recalcó el papel de la experiencia en el desenvolvimiento humano e insistió en la necesidad de unir el razonamiento con la experiencia durante la adolescencia. Asintió a que el adolescente estudiara matemáticas y geometría, pero era complemento necesario de su socialización experimentar con la naturaleza para adquirir un conocimiento personal (Grinder, 2008).

Resulta de estos orígenes la etimología de la palabra adolescente, que está tomada del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adolescere*, cuyo significado es “crecer” “madurar” o bien “llegar a la maduración”; y así ese crecimiento, comprende no solo los aspectos físicos sino también el desarrollo intelectual, emocional, etc.

Durante el siglo XVII se reavivó la creencia platónica-aristotélica y fue cerca del 1762 cuando existió la adolescencia como fase de la vida distinta de las demás. Jean Jacques Rousseau expone en su libro “EMILE” un análisis conveniente de la evolución biológica y social de los niños (Grinder, 2008).

Emile, o también llamado “Sobre la educación”, fue el libro que por su temática llevó a Rousseau al exilio, es conocido universalmente como “el tratado de pedagogía de mayor influencia jamás escrito”. Y algunos educadores y filósofos le adjuntan las palabras: “y el peor” o “y el menos práctico”; fue en Emile donde Rousseau “inventó” la fase adolescente de la vida (Kaplan, 1984).

Al estudiar al hombre como a un ser sujeto a un proceso de desarrollo, Rousseau proclamaba la importancia central de la historia en la comprensión de la especie, sociedad y el individuo. También planteaba los descubrimientos acerca de lo que sucede cuando un joven adquiere las responsabilidades sexuales y morales de la edad adulta (Kaplan, 1984).

De acuerdo con Kaplan (1984), la adolescencia es el tiempo de ampliar los sentimientos naturales de piedad, amistad y generosidad; la edad en la que se desarrolla la comprensión hacia la naturaleza y el carácter de los seres humanos; el tiempo de captar los puntos fuertes y débiles de todos los hombres y de estudiar la historia de la humanidad.

Rousseau, creía en efecto, que la razón y la conciencia no podían armonizarse hasta la maduración de las pasiones sexuales. La bondad impulsiva de un niño no es suficiente para la adquisición de sentido moral más elevado, por lo que hasta la pubertad no puede concretarse la potencialidad del niño para alcanzar la virtud (Kaplan, 1984).

Por lo tanto, en el libro de Rousseau, la adolescencia de “Emile” es llamado el “segundo nacimiento”, ya que es en la adolescencia en la que “nace verdaderamente a la vida” y “nada de lo humano le es ajeno”. Las pasiones sexuales de la adolescencia lo empujan más allá del amor a él mismo, hacia el amor a la humanidad.

El razonamiento según Rousseau, debía ser considerado como la facultad que cambia las emociones y sentimientos para darles un significado afectivo más profundo. En el proceso evolutivo, las funciones emotivas y el raciocinio interactúan constantemente durante las diferentes etapas que siguen una a otra en forma más bien discreta (Grinder, 2008).

La autoconciencia arbórea hacia la mitad de la infancia. Hacia los 12 años despiertan las facultades racionales y en la pubertad, con la madurez de las capacidades sexuales, los sentimientos sociales pueden llegar a ser lo suficientemente fuertes para controlar las emociones.

Los historiadores llaman a los años entre 1890 y 1920 “edad de la adolescencia”, en Estados Unidos y otros países occidentales, estos años son de vital importancia para el esclarecimiento de las características de la adolescencia moderna ya que en el lapso de estos años es en donde diversos estados empezaron a aprobar leyes que declaraban obligatorias las primaria y la secundaria.

Este cambio contribuyó a hacer de este tiempo la “Edad de la Adolescencia”, fue importante para marcar la diferencia entre adolescencia como la época de estudio y la adultez como la etapa que empieza al terminar la escuela. Se tomó como forma de excluir a los jóvenes del trabajo útil y generador de ingresos (Arnett, 2008). De acuerdo con este punto de vista invencionista, en los umbrales del siglo XX, ya se tenía el escenario para ver de manera nueva la adolescencia (Grinder, 2008).

Otro factor importante que contribuyó a convertir los años entre 1890 y 1920 en la edad de la adolescencia fue la obra de G. Stanley Hall quien describió a la adolescencia como “la última gran ola” del crecimiento humano, una ola que “arroja al niño a las orillas de la edad adulta”. Tan relativamente indefenso como tras un segundo nacimiento ya que es en esta etapa en que nacen los rasgos más elevados y más plenamente humanos (Kaplan, 1984).

Para Hall al igual que para Rousseau la adolescencia sería el inicio de una vida más cercana a la humanidad. Y también llegaba a la conclusión de que la fase adolescente podía elevar al individuo a un nivel superior de relaciones morales. Veía a la adolescencia más allá de solo un aspecto científico digno de ser

investigado. Creía que los resultados de esa investigación podrían aplicarse a todos los dominios de la existencia social (Kaplan, 1984).

Hall se centró en la relación entre las fuerzas biológicas y psicológicas durante la adolescencia, explicando por qué le interesaban medianamente los fenómenos evolutivos de la infancia y la niñez. Estudió la socialización y las consecuencias del fracaso de la misma dentro del punto de vista de la teoría de la recapitulación (Grinder, 2008). Teoría en la que en gran medida apoyó sus ideales y que en la actualidad se encuentra desacreditada, la cual sostenía que el desarrollo de cada individuo recapitula o repite el desarrollo evolutivo de toda la especie humana (Arnett, 2008).

El periodo de tiempo al que aludió la adolescencia comprende los 14 años como inicio y terminaba a los 24 años, no eligió los 18 como final de la adolescencia, ya que debido a la época en la que se encontraba, a los 18 años no sucedía nada significativo en la vida de los jóvenes ya que para la mayoría de la gente, el matrimonio y la paternidad no ocurría hasta que tenían entre 20 y 25 años, lo cual puede haber sido el motivo de que Hall señalara los 24 como el final de la adolescencia (Arnett, 2008).

Hall es considerado el padre de la psicología del niño en América, aplicó los principios anticuados de la teoría evolutiva al desarrollo adolescente. La fe ingenua de G. Stanley Hall en el transformismo lamarckiano y la teoría de la recapitulación le llevaron a formular cinco principios básicos, que se convirtieron en el fundamento de su ciencia del desenvolvimiento humano.

Primero y principal, fue su convenio de que cualquier cambio, para que resultara en provecho del individuo, tenía que ocurrir en la adolescencia. En segundo lugar, Hall creía en el principio de que la naturaleza tiene razón, la noción de que la naturaleza había pre programado la recapitulación quedaba complementada sólidamente con un tercer principio, el de la catarsis; en cuarto lugar Hall pensó que el desarrollo físico poseía importancia evolutiva superior al cognoscitivo, puesto que aquel aparecía antes en la historia evolutiva; en el quinto lugar Hall creía que las normas evolutivas debían basarse en el concepto de la recapitulación y en conclusión, en el periodo naciente (Grinder, 2008).

Por su parte la antropóloga Margarte Mead en 1928, quien realizaba estudios en Samoa, señaló la importancia del factor cultural en la trascendencia de la adolescencia, ya que no hay tormenta ni estrés en el proceso cuando una cultura da una transición serena y gradual de la niñez a la vida adulta y cuando los jóvenes sepan con exactitud cuáles serán sus papeles en la vida adulta (Papalia, 1992).

De acuerdo con la autora, se hacen presentes en sus estudios la importancia de las influencias culturales en las que se desarrolle el adolescente, en donde las exigencias sociales, económicas y las restricciones sexuales hacen en las culturas desarrolladas una constante indecisión en los adolescentes respecto a las decisiones que debe tomar durante este lapso de edad. Así mismo en sus estudios realizados en Manus, menciona la importancia de los padres y los demás adultos miembros de la sociedad quienes son los encargados de introyectar en los niños pequeños los valores y modos de vida que se espera de ellos en la edad adulta, haciendo así manifiestos los decretos sociales a través de ejemplos de vida que pocas veces son explicados en su totalidad (Mead, 1990).

La teoría analítica desde la perspectiva de Freud sostuvo que el desarrollo personal estaba casi completo hacia el final del quinto año de vida, dejando de lado a la adolescencia ya que no fue visto como un periodo importante en la formación de la personalidad. Sin embargo, la panorámica de la teoría psicoanalítica de Freud ha contribuido inconmensurablemente al tratamiento terapéutico de las deficiencias en la personalidad del adolescente y a la formación de conceptos teóricos acerca del desarrollo de la personalidad (Grinder, 2008).

Freud hace alusión a los cambios psicológicos que ocurren durante la adolescencia, ya que estos despiertan de nuevo la libido, que alimenta el deseo sexual. Los impulsos sexuales de la etapa fálica que fueron suprimidos en la latencia, se reaniman en la adolescencia y menciona que solo en el terreno psíquico se da la presencia de todos los estadios anteriores y la forma definitiva que se tiene en el momento actual (Freud, 1986).

Uno de los enfoques en la teoría psicoanalítica que sobresalta es el Sturm und Drang, el cual puede considerarse como la definición de las vivencias contradictorias del adolescente, que pasa de estar eufórico a la disforia total o pasa de ser egoísta a ser altruista en un instante, de la soledad al aislamiento, etc., está lleno de situaciones turbulentas que poco puede controlar (Aguirre, 1994).

Los teóricos psicoanalistas están de acuerdo en que el Sturm und Drang (tormenta e impulso) es rasgo inevitable de la adolescencia: "es de hecho ineludible que se trata de un dilema por el que todos pasan en la adolescencia. Nadie se libra, por acogedor y comprensivo que sea el marco familiar. El consuelo y la seguridad de ser amado puede ayudar al adolescente en ese momento de terror, pero no hay padres, por entregados y bien intencionados que sean, que puedan impedir que su hijo encare este conflicto frenético, pues dicho conflicto sigue una ley de la naturaleza; es el principio de la autorrealización el que proporciona el ímpetu hacia el desarrollo; se trata del desarrollo dialectico porque la conciencia individual

progresar de la inconciencia a la madurez; de la puericia a la hombría de la doncellez a la condición de mujer” Gustin, p.83. (como se citó en Grinder, 2008).

La calma y la tranquilidad que se llevan durante la niñez se pierden con el inicio de la pubertad o adolescencia. Los cambios hormonales y psíquicos que inician el periodo reproductivo de la vida, al parecer crean un desequilibrio que renueva la guerra entre el ir y el ego empezada en la niñez.

La causa de la tensión del *sturm und drang* es el conflicto sexual, en la juventud la elección del objeto se da en un principio en el ámbito imaginario, creando así las fantasías sexuales que están precedidas por el impulso sexual que sienten los hijos hacia sus padres y que se ve cortado de manera categórica en el proceso del crecimiento, a medida que se lleva a cabo la liberación de los adolescentes de la autoridad de sus padres, se crea la separación entre las generaciones eliminando las fantasías incestuosas (Freud, 1986).

El miedo y la ansiedad provenientes de las fantasías edípicas se desplazan hacia la masturbación, el desarrollo sexual significa para el muchacho un despertar de la sexualidad infantil y un interés continuando en su pene. Según la teoría psicoanalítica, las adolescentes encuentran en su vagina una fuente de placer, mientras que antes, como consecuencia de su deseo de ser niño, se había interesado más por su clítoris (Grinder, 2008).

Anna Freud, añadió a los estudios de su padre la importancia de los cambios glandulares en esta etapa, ya que ella creía que los cambios glandulares que producen los cambios fisiológicos en esta etapa también afectaban el funcionamiento psicológico. Incluye además la intelectuación como extensión de los mecanismos de defensa de Freud, esta intelectuación se ocupa de evitar en el pensamiento las emociones desagradables (Papalia, 1992).

Para Anna, la parte central de la adolescencia radica en las perturbaciones y los conflictos por los que pasan los jóvenes, lo que genera cambios en la organización interna del yo, creando inestabilidades en el ambiente social, angustias y hostilidades que son necesarias para procesar los duelos por los que se atraviesa en esta etapa (Gaonac’h y Golder, 2005).

El estudio de la adolescencia ha continuado ampliamente a lo largo de las décadas, una de las autoras que resalta sus aportaciones es Arminda Aberastury, para quien la adolescencia es influida por los patrones culturales. Sin embargo, la característica principal de la misma resulta en la reformulación de los conceptos personales, aquello que el adolescente piensa sobre sí mismo, y se ve obligado a abandonar su autoimagen infantil y a visualizarse como un futuro adulto (Aberastury y Knobel, 1988).

Menciona que la adolescencia llega a un periodo estable cuando ha pasado por un grado de conducta patológica que se considera normal en esta etapa, debido a que se rompe el patrón estable de la latencia y predomina la parte psicótica de la personalidad, después de ello logra la adaptación al medio mediante el cambio o modificación de las conductas desagradables o poco aceptadas para el individuo y la comunidad en la que éste se desarrolla (Aberasstury y Knobel, 1988).

Así mismo los jóvenes deben de pasar por un proceso de triple duelo debido a las pérdidas a las que se enfrentan en esta etapa. La pérdida del cuerpo infantil, la pérdida de la identidad infantil y la pérdida de los padres de la infancia, cuando el duelo por la pérdida de la identidad infantil se concreta con éxito se podrá establecer una identidad adulta basada en la internalización de las relaciones parentales y la verificación de aquello que ofrece la sociedad (Aberasstury y Knobel, 1988).

Finalmente, el estudio del desarrollo humano se mezcló con las ciencias naturales. El fermento e interés que trajo la nueva ciencia al estudio de la adolescencia están evidentes en las obras escritas al principio de este siglo por G. Stanley Hall y Sigmund Freud (Glinder, 2008).

Posteriormente el estudio de la adolescencia se centró en una seria preocupación por el estudio del ser humano y su evolución. Este concepto se encuentra en relación con la crisis biológica, psicología, somática y funcional que prevalece en esta etapa. En lo que concierne a lo somático, ello implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie; en lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades de raciocinio, que serán definitivas para el individuo alcanzando la masa encefálica en volumen llegando a su máximo desarrollo (Fuentes, 1989).

El estado mental y físico que generalmente es asociado en esta etapa dirigida a crecer va encaminado hacia la resolución de la pregunta “¿Quién soy yo?”, el yo del adolescente reorganiza sus impulsos instintivos y elabora una organización jerárquica en sus funciones y pautas defensivas, llegando a crear una fijación irreversible llamada carácter (Bloss, 1987)., lo típico de la adolescencia gira en torno a un conflicto de identidad que debe resolverse mediante la adquisición y consolidación de una nueva identidad (Fuentes, 1989).

En general es una época de crisis, el momento de un nuevo nacimiento corporal y funcional por el efecto biológico-sexual y a su vez emocional ya que existen ahora nuevas intensidades sociales pues se adquiere una identidad propia (González, 2010). El adolescente puede atravesar con gran rapidez las diferentes fases por las que experimenta o bien puede elaborar variaciones interminables, su

elaboración del proceso a lo largo de un periodo determinado de tiempo resulta en una estructura compleja de la personalidad; si se experimenta un pasaje tormentoso habitualmente se produce una huella en el adulto conocida como primitivización (Bloos, 1987).

Esta primitivización desencadena los problemas de ansiedad y depresión manifiestos en la edad adulta y que generalmente tienen su inicio durante la adolescencia (Balcazár et al; 2012), es por eso que esta etapa de la vida se ha considerado un factor de riesgo, además de que las manifestaciones de dichos trastornos son fácilmente confundidas con los cambios de humor, la agresividad, el aislamiento, el desinterés y el agotamiento propios de la etapa por la que se encuentra (González, De la Cruz, y Martínez, 2007).

Entrar en el mundo de los adultos, significa para el adolescente la pérdida de su condición de niño; es un momento crucial y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comienza desde el nacimiento (Aberastury y Knobel, 1988).

Durante mucho tiempo se consideró que el fenómeno de la adolescencia se reducía únicamente al proceso de maduración sexual, es decir, a la generación de la capacidad reproductiva. Sin embargo hoy se observa que el periodo de adolescencia se prolonga más allá de dicha maduración, abarcando también otros factores (Fuentes, 1989). Hoy en día se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social (González, 2010).

## PROCESO ADOLESCENTE

Al hablar de la adolescencia es útil mencionar que si bien es el periodo que se encuentra entre la niñez y la adultez, no existe solo una adolescencia, sino varias de ellas contempladas en un mismo periodo. En general el inicio de esta etapa suele darse a partir de los primeros cambios físicos que experimentan los niños y niñas y que los llevan a lograr la madurez sexual (Papalia, 1992), en la mayoría de los casos se refiere a la persona que se encuentra entre los trece y los diecinueve años de edad, sin embargo algunos autores llegaron a extender este periodo de tiempo hasta los 25 años (Arnett, 2008; Bloss, 1987 y González, 2010).

Resulta útil la especificación del periodo de tiempo comprendido por la adolescencia que oscila entre la niñez y la adultez. Gesell en 1963, menciona la división del desarrollo del adolescente de acuerdo a su edad de los 11 a los 19 años.

<b>EDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>
11	Comienzan a manifestar algunas formas de afirmación de su personalidad, de curiosidad y sociabilidad.
12	Son más razonables y poseen una nueva visión de sí mismos.
13	Es capaz de adaptarse y es digno de confianza. Se observa una tendencia a eludir las relaciones íntimas con los padres.
14	Se encuentran más alegres y relajados la mayor parte del tiempo. Tienen mejor orientación con respecto a sí mismos y en relación con su medio interpersonal.
15	Reflejan una madurez que impacta a sus padres y hermanos, establecen vínculos interpersonales profundos y verdaderos.
16	Tiene mayor confianza y autonomía, en esta edad se tiene una mayor orientación al futuro.
17	Se encuentran en el pleno establecimiento de los vínculos afectivos, en el ámbito escolar muestran selectividad por los intereses vocacionales.
18	Existe un interés más genuino por entablar relaciones interpersonales duraderas, la vida amorosa y sexual ocupa gran parte del interés emocional del joven.
19	Se encuentra en tránsito hacia la madurez, en una plena ejecución de los roles y las actividades formales que les obligan a emprender un proceso adaptativo.

Posteriormente Pearson (como se citó en González, 2010) divide la adolescencia en tres periodos de edad:

- periodo prepuberal, 10 a 13 años.
- periodo puberal, 13 a 16 años.
- periodo pospuberal, 16 a 19 años.

De acuerdo con Bloss (1987) no existen etapas cronológicas sino de evolución donde cada una da paso a la madurez de la siguiente etapa y pueden agruparse en seis etapas:

- Latencia, 7-9 años.
- Preadolescencia, 9-11 años.
- Adolescencia temprana, 12-15 años.
- Adolescencia propiamente dicha, 16-18 años.
- Adolescencia tardía, 19-21 años.
- Postadolescencia, 22-25 años

Sin embargo Fuentes (1989), menciona que las niñas tienden a ser más precoces que los varones en su desarrollo; en ellas la preadolescencia habitualmente se sitúa entre los 10 y 11 años, el periodo inicial de la adolescencia entre los 12 y 15 y el final entre los 16 y 19 años.

Desde la perspectiva de Bloss (1987) durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha ocurre una reorganización emocional en la que se reconoce un estado de caos, debe lograrse la renunciación de los objetos primarios de amor, los padres como objetos sexuales, los hermanos y sustitutos paternos deben incluirse en este proceso dando paso a la búsqueda de nuevos objetos, ya que la finalidad de esta ruptura interna con el pasado agita y centra la vida emocional del adolescente y al mismo tiempo abren nuevos horizontes. Este proceso refleja el yo del adolescente e influye en su auto representación. Durante esta etapa es donde ocurre el cambio decisivo hacia la heterosexualidad y se renuncia finalmente al objeto incestuoso ganando experiencia interna y auto descubrimiento.

En la adolescencia tardía por su parte se da un punto de cambio decisivo que frecuentemente está sometido a esfuerzos en la capacidad integrativa del individuo y resulta en muchas ocasiones en fracasos adaptativos, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y en ocasiones psicopatologías severas; en la misma medida las autorepresentaciones asumen una fijación estable y segura. En general se da un arreglo estable de los intereses del yo, se extiende la autonomía y se estabilizan los aparatos mentales para salvaguardar la identidad psíquica, cada componente influye a otro como un sistema de retroacción hasta que en la post adolescencia se adquiere un equilibrio.

La adolescencia termina aproximadamente a los 25 años cuando se espera una madurez plena, que implica la adquisición de intereses heterosexuales definitivos, independencia de la tutela paterna y de familia, así como la adquisición de una independencia intelectual y económica.

La estabilidad de pensamiento y acción se consolidan con la sensibilidad introyectiva del adolescente teniendo como guía la capacidad de pensamiento abstracto para la construcción de nuevos modelos y sistemas, pensamientos y acciones que consolidan la personalidad de una manera unificada y consistente (Bloss, 1987).

Arnett (2008), llama al periodo de la adolescencia comprendido entre los 18 y los 25 años “adulthood emergente”, distingue cinco características de esta etapa que la hacen diferente de otras:

1.- La edad de las exploraciones de la identidad.

Esta es la característica más distintiva ya que habla de las exploraciones emocionales y sociales que se hacen con la finalidad de hacer elecciones duraderas.

2.- La edad de la inestabilidad.

Al explorar distintas posibilidades también hace de esta fase una fase de inestabilidad emocional y social.

3.- La edad de centrarse en uno mismo.

Está comprendida por la dependencia que tienen los adolescentes de sus padres y el aprender a tomar decisiones que lo lleven a la independencia y la autonomía.

4.- La edad de sentirse en medio.

La mayoría de los adultos emergentes tienen el sentimiento subjetivo de estar en un periodo de cambio, que va encaminado a la adultez pero que aún no es alcanzado en su totalidad.

5.-La edad de las posibilidades.

Esta etapa está rodeada de esperanzas y expectativas ya que pocos de los sueños que se planean han sido llevados a cabo.

La adultez emergente es típica de las culturas en las que los jóvenes posponen el ingreso al rol de adultos, el matrimonio y la paternidad al menos hasta los 25 o 26 años.

## CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

Se considera que la adolescencia generalmente empieza con el ímpetu de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual. Pero el final de la adolescencia tiene que ver con factores sociales y emocionales más que con el cambio psicológico (Papalia, 1992).

El término pubertad proviene de la palabra latina *pubertas*, que significa “la edad de la hombría”. Se refiere a la primera fase de la adolescencia durante la cual la maduración sexual se manifiesta a partir de que comienza la función de las glándulas endocrinas que secretan hormonas tales como la tiroxina y las hormonas sexuales que incluyen a los andrógenos y progestinas. Estas y otras hormonas aceleran el desarrollo físico y fisiológico que se lleva a cabo durante la pubertad y la adolescencia (Conger, 1980).

## CAMBIOS FISICOS

Antes de la pubertad el desarrollo físico de las niñas y los niños sigue un desarrollo muy similar, por el contrario, durante la adolescencia se desvían marcadamente en cada sexo (Weiner y Elkind, 1997).

Durante la pubertad, las funciones reproductivas maduran y las características sexuales secundarias aparecen. Este proceso dura cerca de dos años (Papalia, 1992). El cuerpo se modifica radicalmente en su forma y su tamaño y ante estos cambios muchos adolescentes experimentan un periodo de basta torpeza mientras intentan adaptarse a tales cambios (Coleman y Hendri, 1985).

El ritmo y los límites de la madurez física están determinados en gran medida por la nutrición y la herencia. Durante este periodo el adolescente adquiere su estatura, aspecto adulto y la capacidad de procreación. En relación con la estatura, tanto los varones como las niñas viven un momento de crecimiento categórico durante la adolescencia pero, por lo general, los varones comienzan este crecimiento acelerado algo más tarde que las niñas, sin embargo una vez que comienzan a crecer, alcanzan y pasan con rapidez la estatura de las niñas (Weiner y Elkind, 1997).

En ambos sexos el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente a todas las dimensiones del esqueleto y musculares. El signo principal de la madures sexual en las chicas es la menstruación, y en los chicos la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto y el signo principal de la madurez sexual es la presencia de esperma en la orina.

Sin embargo Gesell (1963), menciona una diferenciación en los cambios físicos de acuerdo a la edad en hombres y mujeres, a los 10 años las niñas crecen con mayor rapidez, el tejido adiposo en las zonas de las caderas y el pecho. Algunas presentan una ligera proyección de los pezones y un ligero crecimiento de bello en la región del pubis. Mientras que los niños muestran un redondeamiento en los contornos, en especial en el mentón, cuello y pecho.

A los 11 años las mujeres desarrollan bello en el pubis y el pezón se vuela más prominente, en los varones se observa un crecimiento en los huesos que da relieve a la estructura ósea, sobre todo en el área pectoral.

A los 12 años en las niñas se oscurecen los pezones y el pecho comienza a agrandarse, la menarquia suele presentarse al final de este año, en los hombres se da un mayor crecimiento en los órganos genitales y la aparición de bello en la zona del pubis.

A los 13 años las mujeres aumentan su estatura y peso con menor rapidez y aquellas que no habían presentado su primera menstruación la tienen en este año; los hombres crecen a mayor velocidad y presentan la primera eyaculación.

A los 14 años las mujeres casi han completado la estatura que tendrán en la adultez así como el tamaño de los pechos, los varones presentan mayor musculatura, mayor vello y se observa un aumento en la transpiración axilar.

A los 15 años las muchachas han alcanzado el estado óptimo de maduración y los chicos llegan al 95% de la estatura que tendrá al final del desarrollo, los órganos genitales tienen virtualmente el tamaño maduro.

A los 16 años las funciones fisiológicas se estabilizan en ambos sexos y comienzan a involucrarse en su rol de adulto.

En ambos casos, tanto en varones como en las mujeres, se da un incremento en la grasa de la piel y da origen al acné, que es más propenso a aparecer en los varones dado la producción de testosterona (Papalia, 1997).

A diferencia de los años de infancia, entrar en la adolescencia supone grandes cambios en corto tiempo que exponen a los chicos y chicas que cursan por este periodo a sentirse como extraños con su propio cuerpo, causando en la mayoría de los casos un gran impacto en su pensamiento debido a los mitos que se tienen acerca de este periodo (Conger, 1980).

Los adolescentes son extraordinariamente conscientes de sí mismos y seguros de que todo el mundo los está mirando y sus cuerpos los están traicionando con frecuencia (Papalia, 1992), por lo que el impacto que tienen los cambios físicos en el pensamiento de los adolescentes es de vital importancia.

## CAMBIOS SEXUALES

Uno de los cambios que tiene mayor impacto en las chicas es la primera menstruación o menarquia, ya que la reacción psicológica que tenga ante ella depende de muchas cosas, entre las más importantes están la manera en como su cultura, subcultura y su familia opinan sobre este acontecimiento

Las chicas que comienzan a menstruar antes que la mayoría de sus compañeras de clase lo encuentran mucho más desagradable, posiblemente porque no están preparadas o simplemente porque se sienten fuera de tiempo, en muchas ocasiones se debe a la información recibida por parte de la madre o de la sociedad ante este tema (Conger, 1980).

Otro aspecto son los cambios físicos que presentan durante esta etapa en las chicas, se encuentra una marcada preocupación por el físico, al tratar de encajar a su temprana edad en los estereotipos marcados por la sociedad, aun a sabiendas de que no está completo su desarrollo, especialmente si están madurando mucho más temprano o más tarde que la mayoría de sus amigas (Papalia, 1992).

Algunas muchachas que han desarrollado pechos grandes de manera temprana trataran de esconderlos debajo de la vestimenta holgada para no ser señaladas u hostigadas, mientras que aquellas que desarrollan más tarde esta parte de su físico pueden sentirse poco atractivas o diferentes a las demás chicas.

En los muchachos al comenzar su capacidad de erección pueden llevarlos a extremos opuestos, por una parte pueden sentir orgullo y virilidad y al mismo tiempo vergüenza y ansiedad a falta de poder controlar sus erecciones ante cualquier estímulo, ejemplo de ello son los sueños húmedos que pueden causar a los jóvenes miedo a dormir en camas ajenas e incluso en la propia (Conger, 1980).

Para alcanzar la sexualidad adulta, el joven debe dominar diversas tareas primordiales. Tendrá que de adquirir conocimientos acerca del sexo y los roles sexuales para comportarse del modo aprobado por la sociedad, aprender las pautas consentidas en el campo de la conducta sexual, imbuirse de valores aprobados socialmente como guía para la selección de la persona del sexo opuesto que ha de acompañarlos toda la vida y aprender a expresar “amor” por otro individuo y a desempeñar la función aprobada para miembros de su sexo (Hurlok, 2010).

Si bien la mayoría de los adolescentes de ambos sexos adquieren bastante información, referente al sexo antes de alcanzar la adolescencia, las nociones obtenidas son limitadas y falsas en algunas de sus partes.

El comportamiento del rol sexual se compone de ejecuciones y actitudes que coinciden con los estereotipos culturales de la masculinidad y la femineidad. La masculinidad adulta, según el estereotipo, está orientada hacia el logro, la autonomía, el dominio, la racionalidad, la eficiencia y la resistencia o aguante; el estereotipo de la femineidad adulta, por otra parte, se caracteriza por la diferencia, sumisión, socorro, afecto y adhesión.

Las relaciones maternas tempranas permiten a los niños de ambos sexos aprender el comportamiento expresivo y entablar patrones interpersonales que pueden durar a lo largo de la vida. Las relaciones del rol con el padre, son la clave para la identificación con el rol sexual masculino en el caso de los muchachos y del rol femenino, en el caso de las muchachas. El padre fomenta el activismo instrumental en sus hijos y la expresividad con sus hijas, suministrando así una

diferenciación importante y ya temprana del rol sexual, tanto en los niños como en las niñas (Grinder, 2008).

Durante la primera parte de la adolescencia se observa que el adolescente posee una actitud auto erótica que se caracteriza por la masturbación. Después pasa por una etapa homosexual, la cual puede ser consiente y observable o no. Esta etapa se debe a que en un primer intento por salir de sí mismo, al adolescente le resulta más fácil relacionarse, por lo menos en su fantasía inconsciente o en la realidad, con una persona del mismo sexo; para finalmente lograr relacionarse con una persona del sexo opuesto (González, 2010).

Tiempo después en adolescencia inicial, este romántico interés se manifiesta en la creación de fantasías eróticas, en conversaciones sobre sexo e individuos del sexo opuesto, en la preocupación por la apariencia personal y en formas de crudo exhibicionismo para atraer la atención del otro sexo.

En la actualidad suele entenderse por “sexualidad adulta” heterosexualidad, en la cual el interés y afecto sexual se dirigen a individuos del sexo opuesto los sentimientos e impulsos sexuales difusos se dirigen a individuos del sexo opuesto, y llevan a pautas de conducta que se asocian normalmente con esas manifestaciones, se puede considerar que el adolescente es una persona heterosexual o que ha llegado a la sexualidad adulta (Hurlok, 2010).

De acuerdo con Hurlok, existen dos condiciones que son necesarias para que se dé la heterosexualidad en los adolescentes, primero, debe haber una cantidad suficiente de miembros del sexo opuesto de la misma edad, con la inteligencia adecuada y con la personalidad en proceso de cambio casi completa para que el adolescente tenga la oportunidad de seleccionar un compañero compatible y segundo, la estimulación de los padres y de otros adultos.

Weiner y Elkind (1997) por su parte mencionan tres factores, en el primero se encuentran los cambios biológicos y sexuales propios de esta etapa en la que las hormonas juegan el papel fundamental, segundo, la consideración de que las relaciones heterosexuales son oportunas de la gente adulta y finalmente coinciden en la estimulación y fomento de los padres por los intereses heterosexuales.

Los códigos morales, que derivan por una parte de los padres y por otra del grupo de pares, influyen sobre las proposiciones y decisiones sexuales de varones y mujeres. Cuando más restrictivo sea el código de sus padres, pares y cuanto más estricta sea la moral sexual interna, más probabilidades hay de que los esfuerzos del adolescente por tener la experiencia y conocimiento sexual le provoquen sentimientos de ansiedad (Weiner y Elkind, 1997).

La sociedad en general es un factor crucial en el desarrollo heterosexual de los jóvenes, ya que los medios masivos de comunicación centran la importancia de los jóvenes en las relaciones entre hombres y mujeres.

Hombres y mujeres empiezan a lograr la intimidad necesaria en las relaciones heterosexuales en el momento en el que pueden desarrollar diferentes papeles con una persona del sexo opuesto, amigos, novios y compañeros de las primeras experiencias sexuales.

Como consecuencia de las actitudes que ven en casa con los padres los chicos desde la adolescencia son capaces de distinguir a los compañeros sexuales de aquellos que tendrán un significado más profundo en su vida los amigos e incluso aquellos con los que deseen formar una pareja o comenzar una relación amorosa (Weiner y Elkind 1997).

En esta etapa es cuando los jóvenes que en un principio se hallaban distantes uno del otro comienzan a interactuar durante los primeros años de la adolescencia, comienzan a organizar fiestas en las que cuidadosamente experimentan sensaciones y sentimientos asociados con su creciente sexualidad.

Más adelante las fiestas cambiarán por citas en las que un chico y una chica hacen planes para estar juntos una determinada tarde o cierta noche, y, además, que la actividad social ahora se realiza en parejas y no solo en grupos de chicas y chicos.

A medida que las actividades heterosexuales adquieren mayor importancia, los adolescentes que no salen mucho y no interactúan con el grupo y que son más introvertidos suelen ser excluidos de la vida social y del grupo y a la larga les resulta difícil tener un sentido de pertenencia (Weiner y Elkind 1997).

En cuanto a la interacción que lleva a generar intimidad en los jóvenes, aquellos que han tenido pocas oportunidades de establecer intimidad con sus compañeros pueden sentirse incómodos siempre que estrechan vínculos con otras personas, cualquiera que sea su sexo. Para ellos, la intimidad tiene un significado de amenaza hacia su propia seguridad, por lo que sus vínculos afectivos son pobres ya que se sienten psicológicamente más tranquilos manteniendo relaciones distantes, formales o superficiales con muchas personas (Weiner y Elkind, 1997).

La diferencia en el crecimiento de todos los adolescentes hace que aquellos que a pesar de su corta edad logran la apariencia de adultos más rápido que otros sean tratados de manera diferente, esto hace que los adultos a su alrededor esperen de él un comportamiento más maduro en comparación con aquellos que maduran más lento a los que se les sigue tratando como niños (Conger, 1980). Los adultos

a menudo descartan los sentimientos de los adolescentes de su apariencia, pero esos sentimientos pueden tener repercusiones durante largo tiempo (Papalia, 1992).

## CAMBIOS COGNOSCITIVOS

El desarrollo cognoscitivo que se lleva a cabo en la adolescencia necesita que el adolescente continúe con su proceso de adaptación, dentro de las habilidades necesarias debe aprender a distinguir entre sus deseos y las expectativas que el medio tiene para él (Grinder, 2008). El aumento de la capacidad mental lleva consigo un aumento en la creatividad y los retos intelectuales, la capacidad intelectual generalmente tiene fluctuaciones entre la estabilidad y la inestabilidad que dependen totalmente de cada adolescente en particular (Weiner y Elkind, 1997).

Durante la adolescencia se construye el adulto que será en el futuro y se encuentra influenciado por diversos factores como la interacción con el medio, los cambios físicos, o el ambiente familiar, las variaciones en estos aspectos pueden influir de manera decisiva en el desarrollo de las capacidades mentales ya que si el ambiente es estimulante favorecerá el desarrollo y si es un ambiente hostil puede obstaculizarlo (Conger, 1980).

La estabilidad de pensamiento y acción se consolidan con la sensibilidad introyectiva del adolescente teniendo como guía la capacidad de pensamiento abstracto para la construcción de nuevos modelos y sistemas, pensamientos y acciones que consolidan la personalidad de una manera unificada y consistente (Bloss, 1987).

Durante la adolescencia se da un periodo de rápido crecimiento intelectual de curiosidad y velocidad intelectual, sin embargo no implica que al término de esta etapa se detendrá o degenerará el crecimiento o el aprendizaje ya que el adolescente aun piensa de un modo impulsivo y superficial debido a la poca experiencia social en su vida (weiner y Elkind, 1997).

Elkind, Barocas y Johnsen (como se citó en en Grinder, 2008), proponen tres criterios para diferenciar los procesos mentales de los niños y de los adolescentes:

- 1- Lo cuantitativo: la lógica de los niños se restringe a pocas relaciones mientras que los adolescentes pueden llegar a la síntesis de varios factores.
- 2- Lo cualitativo: el niño tiene una representación simbólica de la función de las cosas mientras que el adolescente puede manipular los símbolos de maneras diferentes.

- 3- Lo afectivo: el niño no es consciente de la eficacia de sus procesos mentales mientras que el adolescente puede llegar a la formulación de relaciones entre sus ideas.

En el desarrollo de los cambios cognoscitivos aparece en los adolescentes la llamada “audiencia imaginaria”, esta se percibe como un observador que solo existe en su mente y que se muestra preocupado por su conducta y los pensamientos que tiene. La importancia de esta audiencia imaginaria radica en el impulso que le da al adolescente para obtener conductas aceptadas socialmente y así poder formar parte del grupo de adultos en la sociedad.

Esto puede lograrse mediante la expresión del adolescente acerca de sus sentimientos, pensamientos y teorías acerca del medio con los adultos cercanos a su alrededor así como su grupo de pares y al mismo tiempo que escuche las expresiones de otra gente, favoreciendo la madurez del pensamiento y la capacidad de relacionarse de manera óptima con la sociedad (Papalia, 1992).

E.A. Peel (1967), un psicólogo inglés hace alusión a las características del desarrollo intelectual de los adolescentes entre los 11 y los 20 años, como un cambio que va del pensamiento descriptivo al exploratorio, este cambio va de los modos de pensar particulares, perceptivos y circunstanciales, en gran parte inductivos, a otros que revelan la evolución de posibilidades imaginarias.

Sus observaciones llegaron a hacer notar que para llegar al pensamiento exploratorio en la adolescencia se necesita hacer cambios significativos en los procesos de comprensión y deducción así como en la evaluación y comprobación de hipótesis (Grinder, 2008).

La importancia del cambio en las estructuras cognitivas está en poder lograr el equilibrio interno con bases en el lenguaje y la instrucción formal, ya que estos facilitan el entendimiento y promueven el uso de conocimientos para el cambio gradual que promueva el logro de la armonía interna.

La explicación de Piaget para el desarrollo cognitivo comienza tomando en cuenta a la actividad motriz como base de las operaciones mentales y describiendo a la inteligencia como una actividad que abarca el aspecto biológico y el adaptativo siendo este último la fuente de interés del autor.

El sistema de Piaget, sostiene que la cognición se da a partir de un desarrollo en el nivel de análisis de los problemas desde un estímulo específico hasta estímulos abstractos internalizados.

En este sistema el esquema es la unidad primera de organización cognoscitiva, esta palabra es considerada como el proceso que coordina las pautas motrices,

cuando el nivel de coordinación se desenvuelve los sistemas lógicos relacionados con el empiezan a funcionar, entonces la actividad cognoscitiva se caracteriza por operaciones. La operación activa es una acción interna de coordinación.

Su modelo jerárquico consta de 4 etapas de desarrollo intelectual que se desenvuelven en una secuencia invariante y regulada, desde el nacimiento hasta la edad adulta y se distribuye de la siguiente manera:

- 1- Etapa sensomotriz (0-3 años) el niño llega a entender las relaciones medios fines.
- 2- Etapa preoperativa (3-7 años) adquiere el lenguaje y las funciones simbólicas más activas.
- 3- Etapa de las operaciones concretas (8-11 años) el niño empieza a entender cómo es que los elementos de una configuración espacial se pueden clasificar en todas partes.
- 4- Operaciones formales (12 años en adelante) se caracteriza por un sistema estable de estructuras cognitivas abstractas. En esta etapa el adolescente puede reflexionar sobre sus propias operaciones y razonar sobre la base de las mismas.

Las operaciones mentales formales consisten en esencia, en el desarrollo de las habilidades mentales superiores que pueden ser utilizadas para representar y operar sobre otras capacidades inferiores. A partir del surgimiento de este tipo de operaciones los adolescentes pueden pensar en su propio pensamiento y en las causas del mismo (Weiner y Elkind, 1997).

Las operaciones proposicionales se encuentran entre las operaciones concretas y las operaciones formales apareciendo de los once a los quince años y siendo en donde los preadolescentes comienzan a situarse en el plano real y crean intereses que van orientados hacia el cumplimiento de los ideales, haciendo así la planeación necesaria para llevarlos a cabo, a diferencia de las operaciones concretas en este nivel de desarrollo los jóvenes podrán razonar sobre proposiciones en las que no creen del todo o no han comprobado aún; dando paso al pensamiento combinatorio en el cual se liberan las relaciones con los vínculos concretos y se puede construir una serie de combinaciones de cualquier tipo de contenido, ya sean objetos, factores o ideas (Piaget e Inhelder, 2007).

Ahora es cuando inician las preguntas como: “¿Qué sucederá si...?” ya que ahora tiene la capacidad de imaginar distintas posibilidades y pueden observar diversos componentes en que los lleven a responder dicha pregunta (Papalia, 1992).

Es entonces cuando se adquiere la capacidad de pensar en el futuro y la planeación de actividades que encaminen al adolescente hacia el logro del mismo,

se da la posibilidad de prever como es que le gustaría ver el mundo de modo que pudiera cumplir sus anhelos y de manera simultánea visualizarse como adulto y desarrollar expectativas respecto de las interacciones recíprocas con los demás adultos (Grinder, 2008). Se adquiere la capacidad de comprender no solo el estado inmediato de las cosas, sino también el posible estado que pueden o pudieron haber tenido.

El logro de las operaciones formales genera nuevas formas de manipulación de la información y da paso a la posibilidad de analizar diferentes doctrinas filosóficas y políticas y, algunas veces, para construir sus teorías propias y elaboradas para reformar la sociedad (Papalia, 1992).

Las capacidades adquiridas ayudan al adolescente a distinguir los niveles de pensamiento y de lenguaje que debe de utilizar en ciertas situaciones, y le da el conocimiento de que en el mismo momento puede hablar y pensar en cosas totalmente diferentes, o pensar en múltiples cosas a la vez, esto hace posibles numerosos nuevos logros para el adolescente.

El logro de las operaciones formales posibilita una creciente complejidad de la noción del espacio, tiempo y causalidad que tiene el joven. Las operaciones formales, ocupan un papel destacado en muchas de las pautas sociales que de manera característica surgen durante la adolescencia porque mejoran la sensibilidad de un adolescente a otro como personas (Weiner y Elkind, 1997)

Gracias a la capacidad de flexibilidad que tiene la inteligencia durante la adolescencia, se convierte en parte esencial para el desarrollo y obtención de un número indefinido de conocimientos que ayudarán a la transición hacia la adultez.

De acuerdo con Piaget, el cerebro ha madurado y el ambiente social se ha ampliado dando más oportunidades para la experimentación, sin embargo algunos autores señalan que Piaget no considera la importancia de la inteligencia práctica o la sabiduría adquirida a través de ella; consideran la importancia de tomar en cuenta que el razonamiento formal no es el único involucrado en el desarrollo mental (Papalia, 1992).

Por otra parte el razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo y continúa durante la adolescencia mientras los jóvenes adquieran la capacidad de abstraer y de entender los principios morales universales con los que deberán conducirse en su vida como adultos.

Kohlberg (como se citó en Papalia, 1992), presenta los niveles de moralidad que cursa el adolescente:

Nivel I, en este nivel, la moralidad se considera en términos de obediencia para evitar el castigo o para el propio provecho.

Nivel II, piensan en términos de su propio interés, y en la satisfacción de sus necesidades propias, han internalizado los estándares de los otros, y se someten a las convenciones sociales, sostienen el *statu quo* y piensan en términos de hacer lo correcto para agradar a los otros o para obedecer la ley.

Nivel III, llamado también moral post convencional, y pocos individuos son los que logran insertarse en este nivel de manera óptima, se debe llegar en la adolescencia o en la madurez, en esta etapa la gente puede mirar dos estándares socialmente aceptados y escoger el que le parece correcto.

El razonamiento es en el que se basa respuesta de una persona a un dilema moral, no la respuesta en sí misma y esto permite identificar el nivel en el que se encuentra una persona.

Así mismo menciona diez valores morales que considera básicos en las sociedades humanas:

- 1- Leyes y reglas.
- 2- Conciencia.
- 3- Roles personales afectivos.
- 4- Autoridad.
- 5- Derechos civiles.
- 6- Contrato, confianza y justicia en el intercambio.
- 7- Castigo.
- 8- El valor de la vida.
- 9- Derechos y valores de propiedad.
- 10-Verdad.

Estos valores serán instruidos a los jóvenes a través de instituciones como la familia, la escuela y el sistema de gobierno que se tenga en la sociedad en la que se desarrollen, todo ello a partir del trato y las interacciones cotidianas (Hersh y Reimer, 2002).

Por su parte P. Bovet (como se citó en Piaget e Inhelder, 2007), mencionan a los padres como el “yo ideal” de los adolescentes, que representan la primera fuente de conciencia moral y que inicia con las reglas y límites que se introyectan desde la niñez, seguido de las relaciones afectivas que se desarrollen antes de los ocho años lo que provoca en los niños la identificación con la imagen paterna y con la autoridad.

A ello se agrega la formación del “realismo moral”, en donde los valores y las obligaciones están interiorizados y los menores son capaces de seguirlos no importando la situación en la que se encuentren o las diferentes personas que los apliquen, creando así una responsabilidad objetiva que se encargará de valorar las situaciones y formular una respuesta adecuada a la moral que se ha creado desde la infancia (Piaget e Inhelder, 2007).

En la adolescencia se viven una serie de pérdidas por las cuales los jóvenes están en un proceso de constantes duelos, “En la medida que haya elaborado los duelos, que son en última instancia los que llevan a la identificación, el adolescente vera su mundo interno mejor notificado” (Alberastury y Knobel p.44), estos duelos generan en ellos confusiones y frenan por momentos la construcción de su identidad ya que se resisten a separarse de los lazos familiares y les resulta difícil encontrar el camino hacia la autonomía (Iglesias et al; 2007).

Al perder los soportes de la infancia, se da un periodo de inestabilidad en el que se sufre de fragilidad emocional, cuando los soportes fueron bien cimentados en la infancia, puede favorecer a la resolución del periodo inestable, por el contrario cuando estos cimientos no fueron internalizados por el niño, más que la pérdida de los soportes y el duelo por los mismos, los adolescentes sufren un dolor terrorífico que dificulta la resolución del periodo de crisis (Janin, 2010).

Los duelos más comunes en esta etapa son los que mencionan Iglesias et al; (2007):

- La pérdida de la condición de niño: se da la pérdida de los privilegios de la infancia y comienzan a recaer en los jóvenes responsabilidades que no tenían como niños, lo que lleva a el abandono de la imagen infantil de sí mismo.
- La pérdida del cuerpo y la sexualidad infantil: los cambios rápidos que se dan a nivel corporal en este periodo alteran la percepción de sí mismo que se tiene en ese momento.
- La pérdida de los padres de la infancia: el cambio más relevante en este punto es lograr la autonomía y dejar de depender de los padres, sin embargo llega a ocasionar en los jóvenes un vacío que tarda en llenarse.

Las emociones también experimentan cambios, una de las observaciones más antiguas y perdurables sobre la adolescencia es que es una época en la que las emociones se agudizan, es por ello que el estudio de las mismas en esta etapa cobra importancia.

Las emociones en el adolescente suelen ser expresadas de manera inadecuada ya que las condiciones culturales no enseñan a los jóvenes a expresarlas

adecuadamente, esto crea en los adolescentes tensiones emocionales que en general son continuas y que a largo plazo acarrearán deficiencias en la salud física y mental.

Las emociones deben de controlarse para poder lograr la aceptación social y poder obtener un desarrollo sin daños físicos o emocionales en el adolescente, es el medio social en el que se espera que se aprendan las pautas de comportamiento y expresión emocional socialmente aceptables.

Los jóvenes enfrentan entonces severas dificultades al tratar de liberarse de actitudes infantiles que los predisponen a dificultades emocionales y a la no aceptación social, por lo que los adolescentes aspiran a controlar sus emociones para ser tomados en cuenta como individuos maduros.

En el transcurso de adaptación y cambio suelen manifestarse sentimientos de inseguridad e incertidumbre que predispone a los jóvenes a un exceso de emotividad causada por los factores sociales a los que se ve expuesto.

La emotividad intensificada hace referencia a un estado emocional que se presenta por encima de los parámetros normales y que no puede ocultarse; durante la adolescencia, cualquier emoción puede ser presentada de manera intensa y en la mayoría de las ocasiones es debido al contexto social.

Las emociones que se experimentan durante la adolescencia suelen ser muy variadas, Hurlok, (2010) hace un listado de algunas de las emociones que se presentan en esta etapa:

- Miedo- el miedo de los jóvenes se diferencia del de los niños por el cambio de valores al que se ven sometidos y por la experimentación de las nuevas experiencias.
- Preocupación-suele estar dirigida a un momento específico.
- Ansiedad- es un estado emocional generalizado y no específico. Cuando se hayan en este estado se notan infelices y deprimidos sin explicación aparente así como con cambios de humor constantes y presentan insatisfacción consigo mismos y con los demás.
- Disgusto- provienen de experiencias exasperantes con personas, con hechos o incluso con los propios actos. Cuando la fuente de los disgustos es identificada, el adolescente tiende a evitarla o evadirla.
- Frustraciones- son una respuesta a la interferencia en la satisfacción de alguna necesidad. Entre las frustraciones más comunes están los aspectos físicos que no encajan con los estereotipos sociales, el deterioro de la salud y la falta de dinero.

- Celos- el origen puede situarse en cualquier situación que involucre a personas importantes para el adolescente, generalmente los celos se agudizan cuando se trata del cortejo de la posible pareja.
- Envidia- es una emoción dirigida hacia un individuo, no es el individuo en sí quien estimula la envidia, sino sus posiciones materiales.
- Curiosidad- para la mayoría de los adolescentes la fuente principal de nuevos intereses reside en su propia maduración sexual y en la de sus amigos. Por lo general habla de cosas que despiertan su curiosidad y hace preguntas al respecto.
- Afecto- es un estado emocional placentero de intensidad relativamente leve, los afectos se estructuran a través de asociaciones placenteras.
- Pesar- la pena, la tristeza y la zozobra se engloban en esta categoría y generalmente es una emoción que causa severos daños tanto somáticos como psicológicos y que en la adolescencia suele tener un origen social; la falta de expresión de estas emociones puede generar estados de apatía que suele presentarse con conductas poco aceptadas socialmente.
  - Felicidad- es una emoción que se presenta de manera generalizada y es un estado placentero de bienestar que en su forma más leve, se presenta en un estado de “euforia”, en una sensación de bienestar o de animación y en su forma más intensa se la conoce como “jubilo”, estado en el cual el individuo pareciera andar sobre las nubes. De manera global la felicidad puede ser entendida como una emoción positiva que se produce al evaluar un suceso particular unido al vínculo afectivo (Pozos; Rivera; Reidl; Vargas y López, 2013).

## CAMBIOS SOCIALES

La introducción a la vida social de los jóvenes surge en la familia mucho antes de la adolescencia, esta es llamada socialización primaria, en la que aprenden en diversas situaciones a cumplir con lo que la sociedad espera de ellos aprendiendo roles y obligaciones sociales (Grinder, 2008). Conforme los jóvenes dejan de depender de sus padres y de su entorno familiar, se inclinan hacia las relaciones con su grupo de pares en la que se genera un entorno de seguridad y de prestigio, de tal manera que llegan a la socialización secundaria en la que la importancia de integrarse a la sociedad aumenta por lo que surgen cambios en la apariencia, el comportamiento y las aptitudes; finalmente, en la socialización terciaria puede darse una ruptura con la sociedad que se recuperara posteriormente (Aguirre, 1994).

La sociedad parece esperar de los jóvenes un llamado “deber ser” a partir de la cual se valora positiva o negativamente, pero no le proporciona indicaciones que el considere válidas en torno a “cómo llegar a ser aquello que se espera de él, se le imponen un grupo de exigencias que deben de ser cubiertas pero no se le da la forma de llegar a cumplirlas (Conger, 1980).

Las exigencias se hacen contradictorias en esta etapa ya que mientras que para algunas situaciones se utiliza la frase: “ya eres lo bastante grande para hacer las cosas bien”, en otras se usa el: “todavía no eres lo bastante grande para hacer esto o aquello”. En la ambivalencia del lenguaje los jóvenes se confunden ya que mientras en una frase se le sobre exigen la otra se le subestima (Fuentes, 1989).

Durante la socialización se interiorizan las normas, valores, códigos y reglas de conducta que tienen la cultura y la sociedad en la que se desarrolla y se integran a la personalidad mediante experiencias significativas para cada adolescente.

La sociedad espera del adolescente el dominio de cuatro tareas evolutivas:

- 1- El establecimiento de relaciones nuevas y duraderas.
- 2- Tener un comportamiento responsable.
- 3- Tener habilidades necesarias y desarrollar habilidades nuevas.
- 4- Tener autonomía emocional.

A partir de estos puntos se evalúa al joven como una persona sociable o antisocial y depende de ello su ingreso al grupo social, este grupo implanta en el adolescente la necesidad de dejar las conductas y actitudes de la infancia para conseguir un nuevo status como adulto (Hurlok, 2010).

Dentro del desarrollo social del adolescente, el grupo de pares juega un papel determinante para los jóvenes, este grupo se caracteriza por que la edad sus miembros es similar, suelen pasar mucho tiempo juntos, no son miembros de la familia, el grupo suele ser reducido y posee valores, y normas propios (Aguirre, 1994).

A medida que avanza la adolescencia los grupos sufren cambios, estos varían en cuanto a las situaciones que las producen como el aumento en los integrantes, la formación de parejas o subgrupos, desacuerdos o fragmentaciones, sin embargo un componente que resalta es la formación de grupos con interacción entre hombres y mujeres, a diferencia de la infancia, comienzan a formarse grupos en los que no es necesario ser del mismo sexo para pertenecer a ellos (Perinat et al; 2003).

Los amigos en la adolescencia ayudan a los jóvenes a reafirmar la identidad del yo, esto es debido a que la relación que llevan entre ellos está hecha de manera

más equitativa y menos jerárquica. La calidad de las relaciones en la adolescencia tiene su importancia en el desarrollo en el ámbito social, así los adolescentes aprenderán como integrarse de manera satisfactoria en la sociedad obteniendo beneficios a largo plazo en el desarrollo emocional y el aprendizaje del comportamiento social (Coleman y Hendri, 1985).

Otro de los aspectos sociales que poseen gran peso en las relaciones de los adolescentes con su medio social son las instituciones, estas dan formaciones específicas a las relaciones de los jóvenes con el medio formando así una estructura en cuanto a las relaciones sociales, las normas y el sistema social que será debidamente aprendida por los adolescentes (Fischer, 1992).

Para entender mejor el concepto de institución, este es dividido en 3 por Castoriadis (como se citó en Fischer, 1992), en primer lugar esta *lo instituido*, que hace referencia a las normas y valores de la sociedad, en segundo lugar se encuentra *lo instituyente*, referente a las prácticas sociales que llevan a la innovación y finalmente *la institucionalización* que define a las organizaciones internas propias de cada institución como la parte jurídica, médica, administrativas o aquellas que se crean convenientes para asegurar el cumplimiento de los fines institucionales.

## ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Otro aspecto del desarrollo cognoscitivo en los adolescentes es el desarrollo de la personalidad que puede afianzarse o cambiar en el proceso del crecimiento, el cambio de personalidad se ve influenciado por la sociedad en la que el adolescente se desenvuelve y ayuda a desarrollar una identidad propia y un sentido de pertenencia (Conger, 1980).

El vocablo “personalidad”, proviene del latín *persona*, que se refiere a una especie de máscara que se usaba al actuar en un escenario, en la actualidad hace referencia a un atributo que no es estable ni específico. Se considera como la conducta que revelan las acciones del individuo y cuyo centro es el autoconcepto seguido de los patrones de relaciones sociales impuestas por el grupo que denotan la forma en la que la persona se adapta al medio.

En la adolescencia, la importancia de ser aceptados por otros es un factor clave, es el adolescente quien debe verse tal y como es y procesar el cómo los demás lo perciben para que pueda acercarse a su ideal de personalidad y a las expectativas que el grupo social tiene sobre él, así las conductas que son indeseables socialmente vayan desapareciendo.

Los estereotipos sociales de personalidad que crea la sociedad, generalmente van encaminados a resaltar las características de la fisionomía, si los jóvenes desarrollan en el proceso del crecimiento las características físicas requeridas, la aceptación del estereotipo no causara ningún daño, sin embargo cuando están lejos de cumplir las expectativas físicas y sociales, generaran sentimientos de insatisfacción (Hurlok, 2010).

Por su parte la autoestima es considerada como un sentido de valía personal y bienestar de cualquier persona, se engloban en la constitución de la autoestima el concepto personal y la imagen física entre otros componentes en los que se denota la autoevaluación. En general en la adolescencia es cuando se efectúan con mayor frecuencia las evaluaciones personales, debido a la importancia de la opinión del grupo social (Arnett, 2008).

Para que se dé una autoestima favorable es necesario que las evaluaciones del medio que es importante para el adolescente, como su familia y sus amigos, sean favorables ya que propiciará la aceptación propia si se siente querido y aceptado por los demás obteniendo una evaluación favorable del rol que desempeña socialmente.

Morris Rosenberg (como se citó en Arnett, 2008), menciona dos tipos de autoestima, la estable y la fluctuante, la primera hace referencia a la opinión de la persona acerca de su valor y su bienestar y la segunda, es el sentido de bienestar y valía que cambia en diferentes situaciones, pensamientos e interacciones sociales a lo largo del día.

Sussan Harter (como se citó en Arnett, 2008), hace la distinción de ocho esferas en la imagen social de los adolescentes que se encuentran en constante movimiento en la autoestima.

- Competencia académica.
- Aceptación social.
- Competencia deportiva.
- Apariencia física.
- Competencia laboral.
- Atractivo romántico.
- Comportamiento.
- Amistad cercana.

Concluye en su investigación que no se necesita tener una aceptación personal de las ocho esferas para lograr una autoestima estable, los valores que le otorgue el

joven podrán variar a lo largo del tiempo y dependerá de la interpretación que el adolescente haga de ellos.

El autoconcepto, se define como la concepción que el individuo tenga acerca de sí mismo y cobra importancia en la adolescencia debido a la introspección que los jóvenes hacen sobre ellos, cuando se pone en marcha la reflexión, se va generando conciencia de quien se es y qué papel desempeña en el medio en el que se desarrolla (Weiner y Elkind, 1997).

Este autoconcepto es el reflejo de como el adolescente se conoce, se comprende y se vivencia respecto a la sociedad; en general este autoconcepto es observable en su comportamiento externo (Limonés, 2011). El autoconcepto es el responsable de que el adolescente lleve a cabo los cambios en su personalidad de diversas maneras, bien puede cambiar fácilmente o puede presentar dificultades en el proceso.

Hurlok (2010), menciona cuatro elementos fundamentales que integran el autoconcepto:

- 1- Imagen física, la apariencia del adolescente.
- 2- Imagen psicológica, como se percibe el adolescente a sí mismo.
- 3- Imagen real, es la introyección de aquello que las personas cercanas al adolescente piensan de él.
- 4- Auto imagen ideal, es aquello que el adolescente desea para sí mismo tanto física como psicológicamente.

Una de las partes fundamentales de la construcción de la personalidad, es la construcción de la identidad en la que se observan conductas de introspección que presentan los adolescentes, es aquello que resalta la posibilidad de que se tomen en cuenta los procesos de formación de la identidad en ellos, son capaces de considerarse a sí mismos en tercera persona, la identidad cobra importancia al formar compromisos serios con las demás personas para formar relaciones en la edad adulta.

De acuerdo con Argulló (1997), el término identidad esta tomado del latín *identitas* y formado del modelo *ens* "ser" y *entitas* "entidad", sin embargo debido a la ambigüedad del término, es difícil llegar a un significado único.

La identidad se basa en dos puntos: 1) hace referencia a la conciencia de sí mismo y 2) el ajuste social que se lleva a cabo en esta etapa, en donde la familia, los amigos y el medio sirven como base para generar las expectativas propias y las que son impuestas por la sociedad misma. En esta etapa el adolescente ya no

es más un niño pero no se ve a el mismo como un futuro adulto, por lo que se encuentra en un punto intermedio (Pedreira y Álvarez, 2000).

Milton Erikson es el responsable de formular una extensa teoría sobre el desarrollo humano, basándose principalmente en la adolescencia, etapa en la que la identidad sufre un periodo de confusiones en torno a las preguntas de “¿Quién soy yo?” y “¿Qué lugar ocupo en el mundo?” que se hacen los adolescentes y llama al proceso de construcción de la identidad de los jóvenes “crisis de identidad” (Arnett, 2008).

En las menciones de este autor, la adolescencia tiene como tarea principal resolver el conflicto que se crea entre la identidad y la confusión de la misma, esta tarea que empieza en esta etapa suele tomar un tiempo excesivo en resolverse y completarse hasta la edad adulta (Papalia, 1992).

Dentro de la psicología la crisis de acuerdo a Erikson (como se citó en Aguirre, 1994) es tomada como una reorganización de la personalidad en algún momento de la vida, siendo tomada como un motivo de maduración y de potencial constructivo. Las crisis de identidad en la adolescencia son tomadas como fases normales en el desarrollo y se caracteriza por tener un elevado potencial de desarrollo.

Al llegar la adolescencia los jóvenes se cuestionan sobre sus modelos de identidad, con la finalidad de obtener un panorama más amplio de aquello que consideran aceptable y a partir de ello rechazan o aceptan algunas de las identificaciones, aquellas que se quedan son modificadas de acuerdo con las características de cada chico, así es como se crea la identidad propia, integrando partes de la conducta y de las actividades que toma de las personas cercanas (Arnett, 2008).

Uno de los aspectos que obtiene el adolescente tras este proceso es la fidelidad, ya que a través del logro de la identificación propia, logra identificarse con un conjunto de valores, ideologías, movimientos y con el grupo social al que pertenece y esto durara por mucho tiempo en su vida (Papalia, 1992).

James E. Marcia en 1980, define a la identidad como “una organización interna, autoconstruida, dinámica, de impulsos, habilidades, creencias e historia individual”, y a la crisis como un periodo en el que se crea un compromiso consigo mismo o con un sistema de creencias, entre las fluctuaciones de presencia y ausencia de crisis y compromiso crea cuatro categorías para el desarrollo de la identidad (Papalia, 1992).

- 1- Logro de identidad: Corresponde a los jóvenes que han hecho elecciones personales, ocupacionales e ideológicas firmes.
- 2- Exclusión: Se refiere a aquellos jóvenes tienen lazos familiares fuertes, que creen en la ley, el orden y que les gusta seguir al líder fuerte.
- 3- Confusión de identidad: Es una categoría que combina la falta de exploración con la ausencia de compromiso.
- 4- Moratoria: son aquellas personas que luchan con problemas para intimar con otras personas.

Para el autor, los elementos que constituyen la identidad no son estáticos y no se da al mismo ritmo en todos los adolescentes ni en todas las esferas en las que estos se desenvuelven (Argulló, 1997), en un estudio realizado por Tesouro et al, (2013), se encontró que en el logro de la identidad se desarrollan más ampliamente las esferas profesional y social.

El logro de la identidad y la moratoria se relacionan con aspectos del desarrollo favorables, aquellos que caen en dichas categorías tienen una mayor probabilidad de ser autocráticos, cooperativos y buenos para la solución de problemas (Arnett, 2008).

## PSICOPATOLOGIAS EN LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con Rutter y Garmezy (como se citó en Kamphaus y Frick, 2000), la psicopatología del desarrollo se refiere al estudio conjunto del desarrollo y la psicopatología del niño o del adolescente para examinar las repercusiones de su funcionamiento emocional y conductual a lo largo del proceso. Es tomado como referencia para comprender aquellas conductas o emociones que son usuales a cierta edad y que en otra puede significar el inicio de una patología.

La importancia de conocer los cambios del desarrollo, está en poder determinar las desviaciones de la conducta o las emociones de los adolescentes a tiempo, ya que si se muestran al inicio de la adolescencia, pueden favorecer la aparición o el desarrollo de alguna psicopatología en la edad adulta.

Determinar la edad en la que comienzan a presentarse los cambios, es precisa para entender causas, gravedad y posibles consecuencias de la psicopatología ya que la edad está íntimamente relacionada con el inicio de trastornos específicos ejemplo de ello es la aparición en la infancia de problemas de lenguaje o los problemas de depresión, anorexia, consumo de drogas o incluso la esquizofrenia que suelen producirse al aproximarse a la adolescencia (Wicks y Allen, 2000).

Esta etapa de la vida se ha considerado un factor de riesgo, además de que las manifestaciones de dichos trastornos son fácilmente confundidas con los cambios

de humor, la agresividad, el aislamiento, el desinterés y el agotamiento propios de la etapa por la que se encuentra (González, De la Cruz, y Martínez, 2007).

De acuerdo con la Unicef (2002), existe una mayor prevalencia de los indicadores de trastornos mentales durante la adolescencia, en donde los trastornos más frecuentes son aquellos relacionados con la conducta, la ansiedad y la depresión (Álaes, Martínez y Rodríguez, 2000) y según el Banco mundial, esta población aumenta el riesgo de padecimiento en un 22% en comparación con otras edades (Kohn et al; 2005). Lo que genera la posibilidad de que al llegar a la adultez no se consideren como miembros productivos de la sociedad.

En México la población adolescente es aquella que ocupa la mayor parte en las estadísticas, de acuerdo con el censo de población y vivienda realizado en 2010 (CONAPO), hay al menos 6,504,132 adolescentes de 12 a 14 años; 11, 026,112 adolescentes de 15 a 19 años y 9,892,271 adolescentes de 20 a 24 años. Tan solo en el Distrito Federal los adolescentes de 15 a 29 años ocupan el 51% de la población.

## Capítulo II. FAMILIA

La definición de “familia” llega a ser complicada, debido a la complejidad de lo que se engloba en ella. La familia es el centro primario de socialización en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, la observación del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos y a partir de ello se experimentan y superan limitaciones sociales (Prado et al; 2004).

La familia es una pequeña sociedad en la que se experimenta y se fracasa como preparación para ingresar a la vida social, es un medio flexible en el que se contienen los impulsos destructivos y se potencian los estímulos que serán bien recibidos en la vida social, también está encargada de ingresar a los adolescentes al mundo de los adultos e impulsarlos para formar su propio núcleo (Estrada, 1987).

Es también un sistema vivo en el que se da la interacción de los miembros en función de lazos de dependencia en diversos grados, esta unidad básica de desarrollo se adapta a las condiciones sociales y ambientales en las que sea formada, es decir en un lugar y un tiempo determinados (Levetán, 1998). A partir del concepto familia se genera el concepto de estructura familiar, que hace referencia a las características externas de la familia, el estatus de los padres, la presencia de hijos, el tipo de familia y el número de integrantes (Arnett, 2008).

Por otra parte a la calidad de las relaciones intrafamiliares se conoce como la situación interna de la familia y abarca la ausencia física o emocional de alguno de los padres, las personalidades de los integrantes de la familia, los patrones de conducta que se presenten dentro de la misma, la conducta afectiva y el grado de dependencia que existe entre los miembros (Escalante y López, 2002).

En cuanto a la composición de las familias en México, de acuerdo con los datos del INEGI en 2010, del total de los hogares en México, siete de cada diez son familias nucleares y 28.1% son familias extensas, de estas familias el 77.7% de tienen por jefe de familia a un varón y 22.3% son mujeres las jefas de familia en donde en el 31.4% de las jefas de familia no vive con el conyuge.

Según los datos del censo poblacional en 2010, el 64.7% de los hogares familiares tienen al menos un niño de 0 a 14 años, en 64.9% habita al menos un joven de 15 a 29 años, en 82.7% hay al menos un integrante de 30 a 59 años y en el 24.5% al menos un adulto mayor de 60 años o más.

Las composiciones y las relaciones familiares son también las interconexiones que se dan entre los integrantes de la familia, en ella se engloban la percepción del grado de la unión familiar, la expresión de emociones, el modo de resolución de conflictos, la convivencia y la adaptación al cambio (Rivera y Andrade, 2010).

Uno de los enfoques psicológicos que muestra el desarrollo de las relaciones familiares es el de los sistemas familiares que presenta un marco de referencia para las relaciones existentes entre los miembros de la familia y para entender el funcionamiento de las relaciones entre ellos, llamando subsistemas a las relaciones de un miembro con cada uno de los integrantes y relacionando las relaciones de todo el conjunto.

Este enfoque se basa en dos principios: 1.- cada subsistema influye en los demás subsistemas y 2.- cualquier cambio en un miembro de la familia o en alguno de los subsistemas supone la pérdida del equilibrio de la familia y debe existir un reajuste para recuperar la homeostasis (Arnett, 2008).

Las reglas de cada familia son establecidas por la pareja que la conforma en primera instancia y no son estáticas, estas reglas determinan la interacción de los miembros y se ven desafiadas a medida que la familia crece, con la presencia de los hijos que tendrán que acatar las reglas y que serán quienes las desafíen durante la adolescencia, si en el sistema familiar existe una comunicación estable las reglas podrán adaptarse, sin embargo si es un sistema hostil sufrirá un desequilibrio prolongado (Levetán, 1998).

La familia es un factor que puede ser considerado como protector y al mismo tiempo de riesgo para la aparición de trastornos en los hijos, como factores protectores actúan la comunicación, la cohesión y la superación de conflictos en familia y como factores de riesgo actúan la hostilidad, el rechazo, la agresividad entre los miembros de la familia, el tipo de control parental y una baja cercanía con los padres (Galicia, Sánchez y Robles, 2009). Estos factores de riesgo afectan la distribución de la familia en diferentes rubros tanto a los padres como a los adolescentes a quienes puede afectar negativamente en su desarrollo (Barcelata, Durán y Lucio, 2012).

## TIPOS DE FAMILIA

Existen diferentes tipos de familias de acuerdo al número de integrantes y a la dinámica familiar que se tenga, en cuanto al número de integrantes pueden cuantificarse diversos tipos, entre ellos los tres descritos por Alvin Toffler (como se citó en Escalante y López, 2002):

1. Extensiva: incluye a toda la parentela. este tipo de familia promueve la convivencia entre sus miembros y es uno de los tipos de familia predominantes en México (Arnett, 2008).
2. Nuclear: padre-madre-hijos.
3. Modular: con variadas formas de estructura:
  - a. Madre-hijos.
  - b. Padre-hijos.
    - i. Los hijos de padres solteros suelen desarrollar problemas escolares, problemas psicológicos como depresión y ansiedad, problemas de conducta y problemas relacionados con consumo de sustancias a temprana edad (Arnett, 2008)
  - c. Esposa-esposo sin hijos.
  - d. Mujer-hombre sin casarse.
  - e. Esposa esposo e hijos de matrimonios anteriores.

Carreón, Sauza, Martínez y Mejía (2012), encontraron que los jóvenes que viven en familias extensas y compuestas tienden a presentar sintomatología depresiva con mayor frecuencia en comparación con los jóvenes que viven en familias nucleares.

Por su parte Gilberti (2005) agrega seis descripciones más:

1. Original o biológica: define a los miembros de la familia según la genealogía, es decir la consanguinidad.
2. Conjunta o multigeneracional: se presenta cuando los más jóvenes de la familia incorporan a ella a sus propios cónyuges e hijos en vez de formar un núcleo independiente, conviviendo varias generaciones en el mismo espacio vital.
3. Homosexual: la unión entre dos personas del mismo sexo.
4. Posmoderna: muestra alta desorganización y desintegración manifiesta la crisis con una pérdida de identidad.
5. Desintegrada: sus miembros no se hallan los suficientemente unidos y su identidad ha sufrido un severo deterioro.
6. Acogedora y sustituta: pueden haber sido elegidas y estudiadas como colaboradoras de organismos oficiales y perciben un sueldo mensual o bien pueden haber sido creadas ante la carencia de instituciones que puedan responder por el cuidado y atención de niños necesitados.

También Muñoz (1987) menciona tres tipos adicionales:

1. Distantes: son aquellas en las que no existe comunicación o esta es deficiente.

2. Simétricas: en ellas existe un miembro que manipula y somete a los demás para que sean a su imagen y semejanza dándose una pérdida de identidad en los miembros de la familia.
3. Complementarias: son aquellas en las que se fomenta el respeto a cada integrante de la familia.

En cuanto a la dinámica familiar Escalante y López, (2002) mencionan dos tipos de familias basados en el cumplimiento de las funciones familiares, familias solidarias y las familias deformantes. Aquellas denominadas deformantes son las que no favorecen el desarrollo óptimo de sus hijos, ya que no cumplen con las funciones establecidas y en cambio detienen u obstaculizan la evolución de los miembros de la familia, este tipo de familias generan un alto impacto negativo y pueden llegar a propiciar trastornos de la personalidad y deterioro del comportamiento.

Estas familias reprimen las cualidades de sus miembros de modo que las singularidades de cada integrante se pierden y se dificultan las relaciones interpersonales, el desarrollo psicológico se ve mermado debido a las relaciones que se viven y propician la aparición de comportamientos psicopatológicos.

De acuerdo con Escalante y López (2002), las familias deformantes pueden dividirse en ocho subtipos:

- a) Carencial: es una familia de bajos recursos que tiene una estructura interna muy frágil y carece de relaciones afectivas.
- b) Transculturalizada: es aquella que radica en un lugar distinto al de su cultura original, generalmente viven en un rechazo y discriminación permanente.
- c) Anómala y/o corruptora: en esta familia se presentan conductas psicosociales como el alcoholismo, la drogadicción, vagancia, mal vivencia conductas antisociales como robo y venta de estupefacientes.
- d) Discordante: se caracteriza por la falta de compatibilidad afectiva, y una constante expresión de discordancia en la pareja que con frecuencia termina en separación.
- e) Insegura: se compone de miembros emocionalmente inmaduros en el que se vive una preocupación constante por la aceptación social y genera en los integrantes sentimientos de inferioridad.
- f) Tiránica: está compuesta por integrantes paranoicos y la persona dominante vive en constante preocupación por controlar a los demás integrantes de la familia.
- g) Traumático: en ella se desarrolla una dinámica de violencia y agresiones físicas y verbales.

- h) Explotadora: en estas familias los padres extorsionan a sus hijos con base en el chantaje emocional y con un acoso moral excesivo.

Las familias solidarias por su parte, se caracterizan por tener un desarrollo sano en todos sus integrantes, tanto en el ámbito psicológico como en el ámbito social, se encarga de crear un ambiente que potencie las singularidades de sus miembros, y, se tiene una flexibilidad considerable ante los cambios y una corrección a los conflictos que fomenta el dialogo y las oportunidades de resolución.

En estas familias se desarrolla la solidaridad basados en la conexión afectiva que fortalece las posturas de sus miembros ante la vida, impulsando el individualismo, la creatividad y los valores construyendo así miembros auténticos, dichosos, humanos y cuidadosos con su entorno familiar y social. En los hijos se fomenta especialmente la adquisición de la identidad y el desarrollo personal brindando las capacidades necesarias para el establecimiento de relaciones sociales fuera del núcleo familiar.

#### FUNCIONES DE LA FAMILIA

La función principal de la familia radica en la crianza de los hijos tanto en el entorno escolar como en el social y en los demás en los que se desarrolle el ser humano; resulta ser la responsable de la estabilidad emocional de los hijos tanto en la infancia como su mantenimiento en la edad adulta; en la familia se proporciona proximidad entre los integrantes y la óptima integración de los miembros en el entorno social (García y Musitu, 2000).

La familia se convierte entonces en una red de apoyo en la que se posibilitan los cambios para la evolución personal de cada uno de sus miembros, estos cambios van desde las normas y reglas en la familia hasta aquellos que son propiciados por el medio externo como el cambio de escuela o de trabajo (Valdez, 2007).

Desde el punto de vista biológico, la familia es la encargada de engendrar descendientes y asegurar su crianza y su educación, los padres tienen diversas funciones para con sus hijos, entre ellas se encuentran: proporcionar protección, seguridad, satisfacción de las necesidades primarias, establecer una relación afectiva que propicie el aprendizaje de la expresión de afecto y las emociones para poder construir en la adultez relaciones afectivas, satisfacciones materiales y proporcionar una identidad y un sentido de pertenencia en los hijos (Escalante y López, 2002).

## ESTILOS DE CRIANZA

La crianza de los hijos puede llegar a ser un problema entre los padres cuando sus hijos llegan a la adolescencia, ya que supone un reajuste al sistema de disciplina y un reajuste al estilo parental que se utiliza hasta el momento (Conger, 1980), los estilos parentales se basan en dos dimensiones distintas, para algunos autores son el cuidado y el control que se ejerza sobre los hijos (Asili y Pinzón, 2003), y para otros la exigencia y la sensibilidad, siendo la exigencia las reglas y las expectativas de las conductas de obediencia de los padres y la sensibilidad el grado de interacción de los padres y los hijos incluyendo la satisfacción de las necesidades, la expresión de amor e interés (Arnett, 2008).

Estos estilos de crianza contribuyen a la vulnerabilidad de presentar problemas depresivos (Segura et al; 2011), e influyen en el funcionamiento psicológico y social de los hijos ya que pueden obstaculizar o ayudar a los jóvenes a enfrentarse a las exigencias que le demanda el medio en el que se desarrolla durante el proceso de la adolescencia (Conger, 1980). En la actualidad se conocen cuatro tipos de estilos de crianza, el autoritario, el autoritativo, el permisivo y el negligente.

El estilo autoritario se caracteriza por ser un estilo centrado en el adulto en el que los padres exigen la obediencia de los hijos dictando reglas, restricciones y prohibiciones que deben de ser cumplidas sin discusión alguna y cuando estas se rompen existen castigos verbales y agresiones físicas, los hijos no tienen voz en las decisiones familiares ya que solo se ven limitados a seguir las ordenes de sus padres, las necesidades del menor son dejadas en un segundo plano (Sánchez, 2008), se tiene un vínculo afectivo pobre ya que los padres son poco afectuosos en su interacción diaria y en ocasiones suelen ser hostiles y suelen criticar constantemente el desempeño de sus hijos en las actividades diarias (Arnett, 2008).

Con este estilo de crianza se genera en los hijos una actitud sumisa ante sus padres y genera la aparición de resentimientos hacia ellos debido al excesivo control que tienen de sus vidas, por el contrario, en las actitudes y las acciones con las personas que se encuentran fuera de su núcleo familiar se presentan con una doble cara, ya que se comportan de manera agresiva y hostil lo que le impide entablar relaciones constructivas y provechosas con sus pares y de sentir confianza en su propia identidad ya que esta depende de las críticas de sus padres (Conger, 1980 y Naranjo, 1997).

El estilo autoritativo también llamado competente es aquel en el que se balancean la disciplina y el afecto, ya que incentiva el desarrollo de sus capacidades y exige

la ejecución de la autonomía de manera responsable estableciendo de manera clara y racional las reglas que deben de cumplir los adolescentes (Arnett, 2008), e incluyen las observaciones de los hijos mostrando un alto grado de flexibilidad con ellos y de inclusión en cuanto a las decisiones que se toman en la familia (Sánchez, 2008), en este estilo de crianza los padres reconocen que los adolescentes necesitan una disciplina pero también necesitan independencia, confianza en sí mismos para llegar a la autonomía y al óptimo desarrollo de los hijos, por lo que los padres mantienen una guía y orientación en la que se observa un alto grado de comunicación y afectividad (Conger, 1980).

Los adolescentes que crecen bajo este estilo de crianza poseen conductas positivas y deseables como la adaptación social, el desarrollo de competencias sociales y un buen funcionamiento psicológico en general suelen ser independientes, seguros de sí mismos, creativos y adquieren características como el optimismo y el autodominio a edades tempranas (Arnett, 2008 Naranjo, 1997 y Sánchez, 2008).

En el estilo permisivo los padres suelen mostrar un alto grado de afecto y de comunicación expresándolo de manera frecuente, sin embargo en cuanto a la disciplina, no existen límites o reglas claras ya que dejan que los hijos actúen de manera libre, sin restricciones rara vez se molestan en corregir su conducta o poner límites claros, en ocasiones consideran que la disciplina y el control son un freno para la creatividad y la libre expresión de los jóvenes, se muestran interesados en las actividades que desarrollan sus hijos dedicándoles tiempo y procurando que la calidad de este tiempo se note. Desde pequeños los hijos aprenden una manera de abusar de sus padres ya que evitan las responsabilidades y demandan satisfacción inmediata de sus necesidades (Arnett, 2008; Escalante y López, 2002 Naranjo, 1997 y Sánchez, 2008).

En este estilo de crianza los padres pueden tener altos niveles de involucramiento y exceder en la protección de sus hijos y así generar dependencia e inutilidad en ellos o bien pueden tener una baja supervisión y reglas poco claras por lo que los menores les suelen perder el respeto y dejar de verlos como una autoridad (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 2000).

Las consecuencias que se generan en los hijos son graves, ya que suelen tener un alto grado de dependencia con los padres, baja tolerancia a la frustración, suelen ser irresponsables dado que se les ha enseñado que no deben de preocuparse por nada ya que los adultos resolverán sus problemas, tienen un alto grado de inmadurez y suelen tener poco control en sus impulsos (Sánchez, 2008).

Algunos autores engloban en este estilo a los padres súper protectores que son aquellos que controlan cada uno de los pasos de la vida de su hijo, los aíslan del

mundo como “en una burbuja” por temor a que el medio ambiente los dañe y por el contrario del resultado que buscan en sus hijos obstaculizan el desarrollo de experiencias sociales, estos padres generan en sus hijos incapacidad de afrontar la vida por sí mismos, se muestran inseguros, egoístas y con dificultades para entablar relaciones con las demás personas (Naranjo, 1997).

Finalmente en el estilo negligente se clasifican aquellos padres que muestran poco interés en sus hijos, existe un bajo nivel de afecto, son fríos y distantes en ocasiones actúan como si no tuvieran hijos, este tipo de estilo de crianza genera adolescentes con baja autoestima y problemas de identidad, no suelen acatar las normas y son más propensos a experimentar conflictos personales y sociales debido a que no se han introyectado pautas de conducta (Sánchez, 2008).

El adolescente sometido a este estilo de crianza se ve inmerso en un continuo rechazo no solo por parte de sus padres si no por sí mismo, ya que se ve lesionada su vida emocional y su autoestima por lo que le es difícil madurar afectivamente y establecer relaciones sociales y afectivas incluso con sus pares, lo que en la adultez le dificultará relacionarse de manera adecuada (Fuentes, 1989). En un estudio realizado por Aragón y Bosques (2012), concluyeron que los hijos rechazados sufrían de desajustes psicológicos, respondían con agresión y hostilidad y no mostraban confianza con las personas, desconfiaban de sí mismos y de su capacidad de interactuar con las demás personas por temor a ser rechazados por el medio social.

En ocasiones el cumplimiento de las funciones parentales está guiado por las emociones que el padre tenga en ese momento, si se encuentra en crisis, las tensiones serán las que guíen sus actos llegando a recurrir a la crítica y el castigo físico, y estos son inconsistentes tanto en su aplicación como en los motivos para su aplicación, sin embargo cuando se encuentran alegres el comportamiento puede tener demostraciones de afecto y premiaciones sin razón lo que genera en los adolescentes confusión y desorientación al no saber en qué momento es digno de elogio y afecto o castigos (Naranjo, 1997).

El estilo de crianza que tengan los padres puede contribuir o detener la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes (Segura et al; 2011), y también lleva un sentido bidireccional, en el que en primer plano afecta el desarrollo de los adolescentes, sin embargo, también afecta a los padres (Escalante y López, 2002), este principio es conocido por los especialistas como efectos recíprocos o bidireccionales entre padres e hijos, aquellos adolescentes que perciben que sus padres tienen autoridad y muestran afecto suelen ser más felices y mostrar un mejor desempeño en diversas áreas mientras que los padres que perciben poco interés de sus hijos en la manera en la que están siendo criados llegan a exigir

sometimiento y en ocasiones cambian el estilo de crianza polarizando entre permisivo y autoritario (Arnett, 2008).

## CONTROL PARENTAL

El hecho de que el adolescente perciba de sus padres afecto y reconocimiento, establezca lazos de comunicación fincados en la aceptación del hijo y orientados hacia la resolución de sus inquietudes, establezca límites y promueva la seguridad hace que se forje una autoestima sana en el joven y que pueda desenvolverse de una manera sana y productiva, a esto se le conoce de acuerdo con Betancourt y Andrade (2011) como control parental.

El control parental se presenta en dos tipos diferentes, el control psicológico y el control conductual (Segura et al; 2011); el primero de ellos es intrusivo y tiene efectos perniciosos en el desarrollo de los hijos, en general es más usado por las madres que son quienes se encuentran con mayor interés en las actividades de los hijos y suelen provocar con ello conductas agresivas en los adolescentes así como el desafío y la ruptura de las normas (Aragón y Bosques, 2012) y el control conductual implica una supervisión y conocimiento de las actividades de los hijos con efectos benéficos para los jóvenes como el fortalecimiento de la individualidad y el desenvolvimiento social, de acuerdo con Cassaus et al, (2011), cuando los jóvenes perciben de sus padres un apoyo alto para la investigación del medio social en el que se desarrollan, tienen menos posibilidades de presentar síntomas depresivos.

En una investigación realizada por Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas, en 2012 la sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con el control psicológico en diversas investigaciones y se caracterizó con la presión ejercida por los padres sobre el adolescente, la inducción de culpa y las descalificaciones siendo la madre la que propicia en mayor medida este tipo de control.

## TIPOS DE PADRES

Así como se conocen diferentes estilos de crianza Yablonsky (1993) clasifica a los padres en cinco tipos diferentes, comenzando con los compasivos y amorosos que suelen identificarse por que suele anteponer a su hijo incluso antes que a si mismo tanto en la parte afectiva como en las demás áreas de desarrollo; mantienen un alto grado de empatía con sus hijos al grado de que llegan a creer que pueden sentir o predecir lo que los hijos sienten o necesitan; por lo general este tipo de padres suele perjudicar a su hijo al no permitirle experimentar situaciones como el fracaso que en la etapa de la adolescencia es un factor que ocurre de manera cotidiana y a la vez genera dependencia del joven hacia sus padres.

Los padres “camaradas” son aquellos que mantienen el rol de amigo o hermano en lugar del rol de padre, no se ven como superiores o como la figura de autoridad en casa, generalmente son inmaduros y no son capaces de mantener límites y reglas en casa; los adolescentes que crecen con este tipo de padres desconocen la autoridad de los mismos ya que los ven como pares.

Los padres machos mantienen un alto interés en el desarrollo de sí mismos y poco en el desarrollo de sus hijos, llegan a creer que sus hijos serán el medio por el cual serán realizados sus deseos o sueños que no ha alcanzado, la identidad del menor se ve empobrecida ya que no llega a identificar sus propios deseos y distinguirlos de aquellos que han sido impuesto a lo largo de su vida. Este tipo de padres suelen tener un autoconcepto negativo de sí mismos y en algunos casos no poseen los recursos intelectuales necesarios para la solución de problemas por lo que recurren a la violencia (Barcelata y Álvarez, 2005).

Aquellos padres que caen en la clasificación de psicopáticos mantienen un alto grado de compasión consigo mismo, muestra un egocentrismo excesivo y un mínimo interés en los hijos sin embargo presenta una disciplina intensa en las que en pocas ocasiones obtiene resultados favorables; los adolescentes con este tipo de padres suelen buscar una figura que lo sustituya en el exterior como algún familiar o incluso un maestro en la escuela.

El padre egocéntrico es un derivado del padre psicopático, llega a ver a las demás personas como un obstáculo para realizarse como persona por lo que con lo hijos se muestra frío y distante, si llega a tener una relación afectuosa con ellos se siente culpable y busca mantener la atención en sí mismo.

Actualmente se tienen el conocimiento debido a diversas investigaciones que la base familiar es un detonante importante para diversos trastornos psicológicos entre los que se encuentran trastornos de ansiedad, afectivos, de consumo de sustancias y diversas comorbilidades (Carreón et al; 2012).

## VÍNCULO PADRE-HIJO

Las relaciones familiares pueden resultar determinantes en la vida de los jóvenes debido a los vínculos afectivos que se crean en ellas y que influirán en el tipo de vínculo que creen en el medio exterior en un futuro, así como el reajuste del sistema de crianza que se vive por los cambios de la edad (Cantoral, Méndez y Nazar, 2011).

El establecimiento del vínculo del hijo no inicia en la adolescencia, sin embargo es en esta etapa cuando debe de afianzarse y replantearse el tipo de relación que se tiene ya que este vínculo se asocia con las respuestas que los jóvenes tengan hacia los sucesos de la vida estresantes que se presentan en la adolescencia. Aquellos que mantienen un vínculo pobre, son propensos a presentar

sintomatología depresiva en comparación con aquellos que tienen relaciones más cercanas con sus padres (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

El padre del mismo sexo también juega un papel importante, ya que ejerce una influencia en el fomento de los límites, la expresión del afecto y la aceptación de la figura del sexo opuesto (Prado et al; 2004), así mismo es de vital importancia en cuanto a la comunicación que se tenga en la familia y el establecimiento de los límites (González et al; 2003).

En este aspecto se ve inmersa la compatibilidad entre el tipo de relación que el adolescente tenga con sus padres y la autonomía que le sea otorgada al dejar que utilice el apego con los padres como guía base para explorar y crear sus propias relaciones sociales (Arnett, 2008), así como desarrollar su autoestima, ya que debido a la relación que el adolescente perciba en su núcleo familiar y a la percepción del afecto y reconocimiento por parte de los padres es considerado un factor protector contra la depresión y las ideaciones suicidas (González et al; 2003).

Las relaciones satisfactorias entre padres e hijos llevan la percepción de un buen ambiente familiar, son asociadas con el control emocional y la capacidad de afrontar las situaciones difíciles que se les presenten a nivel familiar y personal, por el contrario cuando la percepción de las relaciones familiares es negativa y el adolescente se siente incómodo puede ser un detonante de la depresión y vulnerar el bienestar físico y emocional de los jóvenes (Restrepo, Vinaccia y Quiceno, 2011).

Diversos estudios corroboran que los jóvenes que presentan un índice alto de sintomatología depresiva tienen una mala percepción de la relación que tienen con sus padres (Andrade et al; 2012).

## CONFLICTOS PADRES-HIJOS

El tipo de familia, los estilos de crianza y los tipos padres diferirán de un adolescente a otro por lo que las diferencias en las relaciones intrafamiliares podrán variar de manera significativa, sin embargo algunas de las problemáticas que viven los padres con hijos adolescentes son muy similares entre todos los tipos de familias.

Durante la adolescencia de los hijos, los padres deben de ser capaces de reconocer las necesidades que la transición a la adultez demanda y propiciar una mayor independencia para que el inevitable cambio en las relaciones entre padres e hijos se viva de una manera tranquila, ya que en ocasiones el cambio puede producir temor y una inestabilidad en la seguridad de los adolescentes que puede llegar a una dependencia de los padres y a los conflictos familiares (Conger, 1980).

Los desacuerdos que tienen en esta etapa los jóvenes con sus padres generan que los padres sean los que perciben esta etapa como la más difícil en la vida de sus hijos, parte de las explicaciones que tienen los conflictos se basa en los cambios biológicos y cognitivos que tiene el adolescente ya que al crecer físicamente se crea una barrera en la cual los padres no pueden seguir tratándolos como niños pequeños y los cambios cognitivos generan que su capacidad de pensar en abstracto y de manera compleja les ayude a argumentar sus molestias, lo que dificulta a los padres imponerse con rapidez a las discusiones (Arnett, 2008).

El origen de las discusiones puede ser muy variado iniciando con los métodos de disciplina aplicados por los padres que el adolescente considera injustos o infantiles, también está el exceso de prevención que se da por parte de los padres, de manera más frecuente por parte de la madre lo que genera a la vez conductas hipercríticas por parte de los hijos ante el modo en el que es tratada su transición hacia la adultez (Fuentes, 1989).

Las discusiones más frecuentes se dan por asuntos como el trabajo de los padres, la escuela, los amigos, las citas, la hora de llegada a casa y la apariencia de los adolescentes; en estas peleas los adolescentes buscan la obtención de su independencia y los padres buscan enseñar a los hijos a seguir las reglas sociales (Papalia, 1992). Sin embargo estas reglas en ocasiones no son explicadas o aplicadas de manera adecuada dando mensajes contradictorios.

Ocurre en ocasiones que los padres otorgan la libertad de elección en alguna circunstancia particular y un tema determinado pero no lo hacen de modo constante y guardan sentimientos encontrados por ello, y en ocasiones similares, se le niega la autonomía que se le otorgó al adolescente con anterioridad sin explicaciones razonables, esto genera resentimiento hacia los padres y angustia por no poder distinguir entre cuando se le permitirá actuar como adulto y tener un grado de autonomía (Fuentes, 1989).

En la mayoría de las ocasiones son los jóvenes los que no alcanzan a discernir y a separar los conflictos que tienen en la vida social con el medio familiar, por lo que suelen llevar a casa conflictos de afuera, de acuerdo con Arnett (2008), en estas ocasiones si los padres muestran interés en el adolescente, estos regulan de manera rápida y satisfactoria sus emociones negativas, por el contrario, si los padres se muestran indiferentes con sus emociones suelen aumentar las conductas negativas.

Si los conflictos no son resueltos de manera satisfactoria y de común acuerdo entre los padres, los adolescentes aprenden de manera rápida que la mejor forma de sacar partido de ello es utilizando a un padre contra el otro (Fuentes, 1989). Sin embargo generalmente los desacuerdos se resuelven de manera satisfactoria ejerciendo influencia sobre los valores básicos de los adolescentes (Papalia, 1992) y a medida que termina la adolescencia los conflictos disminuyen y mejora la convivencia y la interacción familiar (Arnett, 2008).

Los conflictos entre padres e hijos están relacionados con la falta de comunicación y cohesión familiar, lo que a su vez en diversas investigaciones ha servido de base para detectar sintomatología depresiva en los adolescentes, tal es el caso de la investigación aplicada por Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jimenez (2009).

En un estudio realizado por Heredia, Lucio y Suarez (2011), los jóvenes que mencionaron tener un mayor número de peleas y discusiones con los padres y miembros de la familia también presentaron un mayor número de síntomas depresivos y al mismo tiempo consideraban perjudicial para sí mismos su entorno familiar.

En México, los estudios en las relaciones problemáticas de padres e hijos llegan a la conclusión de que el rechazo que sufren los hijos por parte de los padres es dañino para la autoestima de los hijos, sin embargo la mayor influencia recae en la madre ya que el vínculo que suelen tener los hijos con la figura materna es más grande que el que crean con el padre debido al tiempo de interacción que tienen con ella (Asili y Pinzón, 2003).

Cuando los adolescentes se encuentran adaptados al medio familiar, las repercusiones en la estabilidad emocional y sus relaciones sociales serán positivas, ayudando al fortalecimiento de la autoestima, el autoconcepto, la independencia y un mayor bienestar psicológico, previniendo así la aparición de problemas como la ansiedad, la agresividad o la depresión (Aragón y Bosques, 2012).

Las causas de la violencia interpersonal provienen principalmente del entorno social y familiar ya que constituyen los lugares donde los adolescentes adquieren los patrones de comportamiento. En el caso de los factores relacionados con el ámbito familiar destacan algunos como ser víctima de abuso físico, psicológico o sexual, así mismo, algunos problemas en edades tempranas se consideran factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de comportamientos violentos en la adolescencia y la juventud, por ejemplo: problemas de agresividad, hiperactividad, impulsividad, consumo de sustancias, bajo rendimiento escolar y ausentismo o deserción escolar (Valdez, Hidalgo, Mojarro, Rivera y Ramos, 2013).

La violencia interpersonal, constituye un problema social en México y abarca la del tipo intrafamiliar, de pareja y comunitaria e incluye riñas, robos y secuestros en espacios públicos. Las consecuencias de la violencia involucran lesiones que pueden requerir atención hospitalaria, daños a la salud mental, discapacidad y muerte, por cada homicidio juvenil hay alrededor de 20 a 40 víctimas que requieren tratamiento hospitalario. En México, durante el año 2008 murieron 13 900 personas por agresiones, cifra que aumentó a 25 757 en 2010 y colocó la

agresión como la séptima causa de mortalidad, con una tasa de 22.9 por cada 100 000 habitantes. La tasa más alta de muerte por homicidio se observó entre los hombres jóvenes de 25 a 29 años con 86.8 homicidios por cada 100 000 habitantes (Valdez et al; 2013).

Así mismo en México, los jóvenes reportan una prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal de 4.1%. Al analizar los datos por grupos de edad los adolescentes (10-19 años) reportan una prevalencia de 3.9%. Los adolescentes que estudian y trabajan tienen prevalencias más altas (7.2%), seguido de aquellos que solo estudian (6.3%), por su parte la violencia familiar o de pareja se presentó en los jóvenes varones con un 0.6% y en las mujeres con un 0.7% (Valdez et al; 2013).

La prevalencia de la violencia domestica reportada tanto en zonas rurales como urbanas en México, oscila entre el 30 y 60%, sin embargo las cifras registradas en las instituciones de salud, así como en las instancias de procuración de justicia representan sólo la punta del iceberg, ya que captan solo las situaciones de extrema violencia o aquellas en las que las víctimas deciden denunciar, lo cual ocurre en la minoría de los casos (Méndez, Valdez, Viniegra, Rivera y Salmerón, 2003).

Como se puede observar, la familia es en donde se influyen las conductas y comportamientos de los adolescentes en la casa, la escuela, la sociedad, los pares y en cada sitio en el que se desarrolla, en este sentido la relación que el adolescente tenga con sus padres es considerado una variable para desarrollar la presencia de síntomas depresivos (Prado et al; 2004).

## Capítulo III. DEPRESIÓN

Hoy en día se le llama depresión a cualquier cambio en el estado de ánimo en donde sea la tristeza la causante de ello, esto se debe a que se ha introducido el término con mucha frecuencia en el lenguaje cotidiano, sin embargo desde psiquiatría el significado no es el mismo (Guelar y Crispo, 2000).

La depresión es un término que se refiere a un estado de tristeza que es más intenso que los demás, que dura más tiempo de lo habitual y suele modificar la vida diaria de las personas, es una mezcla de actitudes, sentimientos e ideas en donde se modifica la visión de la vida, las actitudes, el autoconcepto y las expectativas que se tienen del futuro, se generan pensamientos de inutilidad y poca valía personal tales como: “no valgo nada, no tengo a nadie a quien recurrir, nadie me puede ayudar o no tengo nada por que vivir” (Ehrlich, 1989).

Este estado de infelicidad, tristeza profunda, dolor emocional, sensaciones subjetivas de penas y aislamiento (Prado et al; 2004 y Vallejo et al; 2008), se experimenta como un sentimiento displacentero que no se puede aliviar ignorándolo y puede obstaculizar en el funcionamiento normal de un individuo, es considerada una de las enfermedades más discapacitantes (Balcazár et al; 2012 y Heredia, Lucio y Suárez, 2011).

Wicks y Allen, (2000), mencionan la importancia de distinguir entre los síntomas depresivos y el trastorno depresivo, en donde los síntomas depresivos son aquellos que se utilizan cuando se trata de explicar un estado de ánimo como, falta de interés, pérdida de placer o condiciones similares y no implica la existencia de enfermedad alguna mientras que en el trastorno depresivo se dan los síntomas de forma conjunta con problemas somáticos, cognitivos y de conducta y que varían de acuerdo a la intensidad, la duración, la edad, la incapacidad generada y el contexto en general que pueda afectar el estado de ánimo de las personas (Arnett, 2008). Puede presentarse en cualquier periodo de la vida, siendo comúnmente el inicio de la enfermedad en edades tempranas como la niñez y la adolescencia (Kutcher, 2009).

### DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Como ya se mencionó tiene su inicio en la infancia o la adolescencia, y puede generar un deterioro adaptativo y alterar su desarrollo psicosocial así como ser el detonante de otras psicopatologías. Un dato que debe ser tomado en cuenta es que con cada generación aumenta el riesgo de presentar un trastorno depresivo a una edad más temprana (Varela, 2006).

De acuerdo con algunas investigaciones se ha podido establecer el inicio temprano del trastorno entre los 8 y 11 años y siendo la población mayor de 15 años la que corre más riesgo de presentar este trastorno; la encuesta nacional de salud mental dio como resultado que el primer auge de la depresión mayor se da a los 17 años (Vázquez, Fonseca, Padilla, Pérez y Gómez, 2005).

En México, la depresión se encuentra entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población mexicana (Galicia, Sánchez y Robles, 2009) y la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica estimó que 8.4 % del total de la población ha sufrido algún episodio depresivo mayor (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004), siendo el 2.4% con un inicio en la infancia o la adolescencia (Carreón et al; 2012); en la mayoría de los casos se pasa por alto la sintomatología y el no recibir orientación adecuada ocasiona serias consecuencias para la persona y la salud pública, la evitación de los servicios profesionales no tiene una causa clara y se ha denominado como “ciclo de evitación” (Martínez y Muñoz, 2010).

Si bien, los adolescentes son un grupo en el que la salud pública pone especial importancia, también es el grupo que debido al ciclo de evitación no acude a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud; debido al poco interés de los jóvenes, las instituciones de salud tienen poco acercamiento con factores de prevención y detección de enfermedades (Fernandez, 2008).

En los países industrializados se da una mayor atención a la salud mental sin embargo en América Latina y el Caribe se da un desplazamiento de esta atención para atender enfermedades crónicas omitiendo las consecuencias que esto pueda acarrear; tal es el caso de los jóvenes colombianos de 14 a 16 años quienes en el año 2000 llegaron a ser la tercera causa de muerte por las lesiones auto infringidas debido a síntomas depresivos.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe ya que limitan los programas de salud mental atendiendo solo aquellos más graves (Kohn et al; 2005).

Los adolescentes con depresión son poco identificados por sus padres debido a la confusión de los cambios propios de la edad en los que las crisis y la inestabilidad emocional son comunes (Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000) y esta aunado al hecho de que son resistentes a consultar a un profesional de la salud lo que aumenta la probabilidad de presentar más de un episodio depresivo durante la edad adulta (Benjet et al; 2004).

En México, las mejores estimaciones disponibles señalan que el 12% de la población de entre 18 y 65 años de edad que habitan en el distrito federal han presentado en algún momento de la vida un trastorno depresivo (Reyes et al; 2003), siendo el 2% de la población niños o adolescentes y estando relacionados con problemas de disfunción familiar (Carreón et al; 2012).

Los datos con base en la frecuencia de conductas desadaptativas sugieren la existencia de una mayor tolerancia hacia las conductas de externalización del trastorno y un desconocimiento u ocultamiento de la importancia de estas conductas como manifestaciones de problemas que afectan la salud mental de los menores en nuestra población (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002).

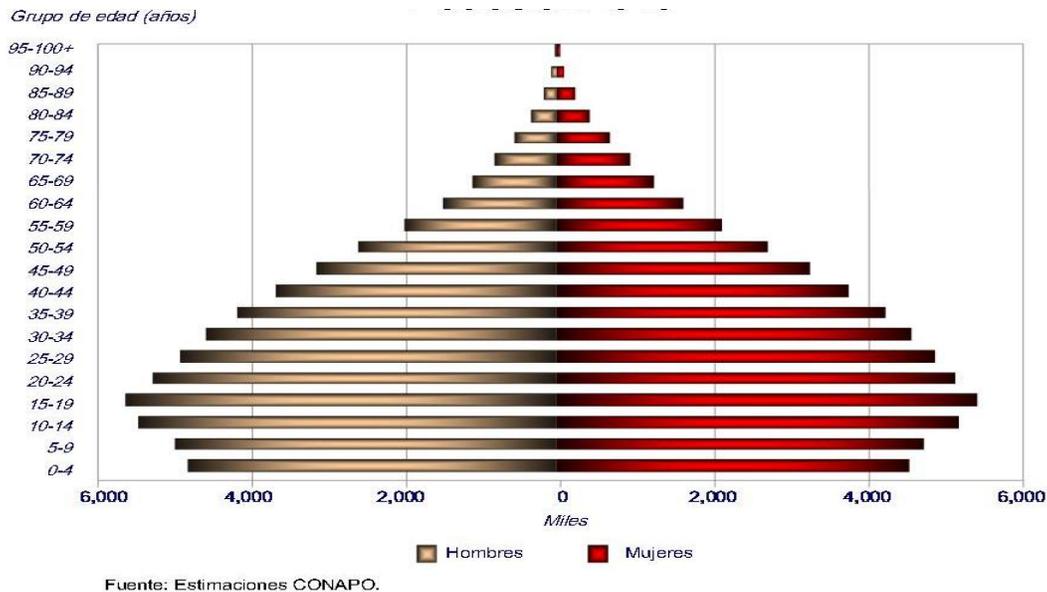
La presencia de depresión en la adolescencia aumenta los factores de riesgo para presentar otros problemas como la delincuencia, la drogadicción, embarazos adolescentes e ideaciones suicidas, es por ello que la depresión en esta etapa debe de ser tomada en cuenta desde la aparición de los primeros síntomas para poder evitar algún evento desafortunado (Arnett, 2008).

De esta manera los jóvenes presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que los cambios a los que se enfrentan demandan de ellos el estudio y desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social (Prado et al; 2004). Así mismo es el periodo en el que se adquieren y mantienen patrones de comportamiento que disminuyen y previenen el desarrollo de trastornos clínicos; esta edad es en la que se genera mayor vulnerabilidad debido a que las habilidades para resolver problemas, las de auto regulación emocional y la capacidad para afrontar situaciones de tensión pueden estar limitadas o poco desarrolladas (Wicks y Allen, 2000).

No es irrelevante el estudio de la población adolescente, esto se corrobora con la inversión de la pirámide poblacional en México, en la que puede observarse un incremento en los adolescentes de entre 10 y 19 años con datos del censo de población y vivienda de 2010<sup>1</sup> la población de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad llegan a los 16 millones de la población total del país, siendo el grupo con mayor densidad poblacional.

---

<sup>1</sup> <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?c=10252&p=14048&s=est>



Durante la adolescencia las implicaciones de episodios depresivos pueden comprometer el funcionamiento en la vida adulta que genera tener menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. En un inicio puede presentarse como un problema común relacionado con los cambios en el estado de ánimo; sin embargo los estados emocionales negativos son un factor de riesgo para la calidad de vida, de las relaciones familiares, sociales y fracaso escolar (Benjet et al; 2004).

Los adolescentes deprimidos con frecuencia se encuentran con fluctuaciones de humor que van desde la euforia al desaliento, y esto afecta severamente diversas áreas de la personalidad como la autoestima y el autoconcepto, modificando los pensamientos sobre sí mismo y sobre el exterior mostrando irritabilidad y enojo en situaciones que no lo ameritan para encubrir los sentimientos experimentados (Guelar y Crispo, 2000).

## FACTORES ESTRESANTES

Los jóvenes tienen demasiados factores que pueden posibilitar la presencia de depresión, estos son conocidos como sucesos vitales estresantes, estos pueden ser sociales, de pareja, escolares, de salud o económicos (Aláez et al; 2000), como resultado de la investigación llevada a cabo por Veytia, González, Andrade y Oudhor en 2012 sobre la depresión en los adolescentes: “el papel de los sucesos vitales estresantes”, se encontró que estos se relacionan directamente con los síntomas de depresión en los adolescentes y sobresalen de ellos los sucesos de tipo familiar que se abordaran ampliamente más adelante.

La aparición de los sucesos estresantes suele descompensar la conducta de los jóvenes logrando que emerjan sentimientos y pensamientos depresivos vividos en la infancia, la constante redundancia en las experiencias de fracaso generan la creación de cogniciones atribucionales que ocasionan estados de indefensión y minusvalía con pensamientos negativos en su mayoría (Polaino, 1988).

En los estudios realizados por Heredia et al; (2011) y Veitya et al; (2012), se corrobora que los sucesos vitales estresantes son desencadenantes de la sintomatología depresiva y los resultados incluyen campos como la percepción de los cambios físicos y la percepción de la dinámica familiar.

## SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología en los adolescentes suele estar acompañada de falta de placer, cambios de peso y en ocasiones conductas violentas hacia ellos mismos que pueden llegar hasta el suicidio, de la misma forma incrementa la probabilidad de consumo de sustancias y embarazos no deseados, deserción escolar, e inicio en conductas delictivas; estos factores han sido considerados como “depresión enmascarada” (Álvarez et al; 2009 y Vázquez et al; 2005).

El concepto de depresión enmascarada fue introducido para designar una forma clínica de depresión en los adolescentes y posteriormente Nissen la introdujo a la psiquiatría infantil; hace referencia a un proceso depresivo que se manifiesta en el plano somático que cubre los síntomas depresivos en los jóvenes, sirve también para diferenciar la depresión en los adultos de la que se presenta a edades más tempranas debido a tres factores: 1) en el adulto este término supone marcada anfibología nosológica o necesidad de dar más de una explicación a la condición médica; 2) resulta difícil diferenciarla de las alteraciones psicósomáticas no depresivas; 3) el niño, al no haber elaborado bien su lenguaje todavía las expresiones corporales sustituyen a los síntomas psíquicos de los que podría informar a los adultos a su alrededor (Polaino, 1988).

En la adolescencia de acuerdo a algunos estudio se ha encontrado que un 40% puede experimentar ciertos sentimientos de tristeza, inutilidad o pesimismo acerca del futuro, aunque no al extremo de perjudicar su funcionamiento social de manera significativa (Weiner y Elkind, 1977), el humor depresivo e irritable, la pérdida de interés y de la capacidad para experimentar el placer así como quejas somáticas y fatigabilidad, son los mismos síntomas que se presentan en la edad adulta, sin embargo a diferencia de los adultos, los adolescentes presentan en mayor medida rabietas, aislamiento social, pérdida de interés en las actividades cotidianas, fastidio y bajo rendimiento escolar, por lo que el diagnóstico diferencial se debe realizar bajo la comparación del comportamiento habitual del adolescente y los cambios que presenta así como la presencia de otros trastornos psiquiátricos y

enfermedades médicas (Caballo, Figueroa, García, Soutullo y Zalsman, 2010; Guelar y Crispo, 2000 y Wicks y Allen, 2000).

Dentro del cerebro, los cambios que se llevan a cabo con la presencia de depresión son diversos y una de las funciones que se afecta de manera más rápida es la memoria episódica, el enlentecimiento psicomotor y posteriormente las funciones ejecutivas, lo que ocasiona que el desempeño dentro del ámbito escolar y social se vea afectado de manera significativa (Chinchilla, 2008).

A nivel cerebral, el hipocampo es el encargado de regular la memoria, la amígdala controla el miedo y la ansiedad, el sistema límbico que se encuentra cerca del centro del cerebro, es afectado por las deficiencias en los neurotransmisores norepinefrina y serotonina, así mismo durante la depresión presenta una hiperactividad que se relaciona con los comportamientos negativos y pesimistas (Colbert, 2006).

## DIAGNÓSTICO

De acuerdo al diagnóstico de la depresión Polaino (1998) menciona que es de vital importancia para el diagnóstico valorar la depresión de acuerdo al contexto donde se observan esas conductas mostrando tres formas clínicas para clasificar la depresión:

- a) Depresiones somatogénas: sus manifestaciones depresivas se asocian a otros cuadros clínicos.
- b) Depresiones exógenas o psicógenas: se incluyen a pacientes infantiles cuya sintomatología depresiva se vincula a conflictos neuróticos, problemas de desajuste, conductas desadaptativas, dificultades escolares y todo ese vasto mundo constituido por una responsabilidad.
- c) Depresiones endógenas: se refiere a pacientes “borderline”, o limite.

Algunos autores (Acosta et al; 2011; Arnett, 2008; González, De la Cruz y Martínez, 2007; Olazo, SF y Guelar y Crispo 2000), mencionan que para un rápido diagnóstico de este trastorno se deben presentar por lo menos cinco de los siguientes síntomas por más de dos semanas:

- 1.- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día: la persona se siente triste o “vacía”. Las otras personas pueden notar que está llorando.
- 2.-Predominio de un marcado desinterés por todas las actividades, incluyendo las que antes consideraba placenteras.
- 3.-Pérdida o ganancia mayor del 5% del peso normal, en período de un mes.
- 4.-Insomnio o hipersomnia muy frecuentes, que pueden alternarse.

- 5.-Agitación psicomotora o exceso de inamovilidad, lo cual es observado y referido por otros.
- 6.- Pérdida de energía o fatiga casi a diario.
- 7.- Sentimiento de desvalorización o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
- 8.- Dificultad o imposibilidad para concentrarse, pensar; marcada indecisión.
- 9.-Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas, planes, amenazas o intentos de suicidio.

Sin embargo para el correcto diagnóstico de la depresión debe conocerse la historia clínica del paciente e identificar psicopatologías previas o de inicio temprano, crisis motivadas por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales así como alteraciones mentales. Deben de tomarse en cuenta la forma y gravedad del episodio, la funcionalidad del depresivo, la conciencia que este tenga sobre el trastorno y la capacidad de afrontamiento que tenga hacia el mismo (González, Carrasco y García, 2001). En la adolescencia el hacer un diagnóstico adecuado es importante debido a que generalmente aquellos jóvenes que cumplen los criterios diagnósticos de depresión, suelen cumplir también los criterios para otros diagnósticos (Wicks y Allen, 2000).

De acuerdo con la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes también llamada CIE 10, (García, Magariños y Cols, 2001) para la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes el episodio depresivo se divide en tres variantes que son empleadas para clasificar episodios aislados:

1. Leve (F32.0)
2. Moderada (F32.1)
3. Grave (F32.2 y F32.3)

Cuando el episodio es recurrente debe de ser clasificado de manera separada (F33).

Entre las características generales se encuentran la pérdida del interés, disminución de las actividades, poca atención y concentración, baja autoestima, culpas constantes, trastornos del sueño y de la alimentación; las alteraciones en el estado de ánimo pueden verse encubiertas por conductas como irritabilidad, consumo de sustancias, obsesiones o hipocondriasis.

Para el trastorno depresivo leve, el modo de diagnóstico se basa en la presentación de dos síntomas tales como: perdida de interés y capacidad de disfrutar, aumento de la fatiga y los mencionados anteriormente en un periodo de dos semanas, presenta alguna dificultad para llevar a cabo sus tareas del trabajo o

la escuela. Adicionalmente puede dividirse el diagnóstico para identificar la presencia del síndrome somático (F32.00) o la ausencia del mismo (F32.01).

Para el diagnóstico del trastorno depresivo moderado deben estar presentes dos de los tres síntomas descritos en el trastorno depresivo leve y cuatro de los síntomas generales, de la misma manera debe de presentarse durante dos semanas y adicionalmente puede dividirse en la presencia o ausencia de síndrome somático F2.11 y F32.10 respectivamente.

El episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2, suele presentar demasiada angustia, una considerable pérdida de la autoestima, sentimientos de inutilidad y culpa exacerbados y los síntomas somáticos generalmente están presentes. Deben estar presentes los síntomas del episodio leve y moderado y cuatro de los síntomas generales, no debe de ser posible para el individuo continuar con sus actividades laborales, sociales o domésticas.

El episodio grave con síntomas psicóticos (F32.2) se caracteriza por tener presente delirios y alucinaciones auditivas u olfatorias; en cuanto a otros episodios depresivos (F32.8), se deben incluir aquellos que no puedan clasificarse en los anteriores pero que den la impresión de ser trastornos depresivos como la depresión atípica o la enmascarada.

En el trastorno depresivo recurrente (F33), se engloban las apariciones repetidas de depresión y se incluyen reacciones depresivas, depresiones psicológicas, depresiones reactivas y trastornos depresivos estacionales; de la misma manera también se dividen para su estudio en: episodio actual leve (F33.0); episodio actual moderado (F33.1) y episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2) y con síntomas psicóticos (F33.3).

Por su parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2008), clasifica los trastornos depresivos de forma similar, tomando en cuenta para ello la aparición de diversos síntomas, estos deben de perdurar por lo menos dos semanas con presencia la mayor parte del día, algunos de ellos son:

- Pérdida del placer.
- Pérdida o aumento del apetito.
- Dificultades al dormir.
- Fatiga.
- Enlentecimiento.
- Agitación.
- Falta de concentración.

- Deseos de morir o ideación suicida

El primer trastorno que se enlista en el DSM IV, es el Trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno distímico y el trastorno depresivo no identificado que se describen a continuación:

- Trastorno depresivo mayor

Estos pacientes no han tenido episodios maníacos o hipomaniacos, pero han tenido uno (296.2x episodio único) o más episodios mayores depresivos (296.3x episodio recidivante), el trastorno depresivo mayor puede ser recidivante o manifestarse en un episodio único. También es particularmente importante ya que puede convertirse en crónico o recurrente y afectar el funcionamiento y las relaciones interpersonales del individuo.

- Trastorno distímico

Este tipo de depresión no es lo suficientemente grave como para constituir un episodio depresivo mayor, el trastorno distímico dura mucho más tiempo que un trastorno depresivo mayor en este no se dan fases de un estado de ánimo elevado

- Trastorno depresivo no identificado

Debe usarse esta categoría cuando un paciente tiene síntomas depresivos que no cumplieron con los criterios para los diagnósticos enumerados anteriormente o para cualquier otro diagnóstico en el que la depresión sea un síntoma.

## ETIOLOGÍA DE LA DEPRESION

La aparición de este trastorno no tiene un origen específico sin embargo pueden diferenciarse las causas biológicas, psicológicas y sociales, por lo que existen muchos factores que contribuyen a su ocurrencia (Aláez et al; 2000 y De la Peña, Ulloa y Páez, 1999), en diversas ocasiones se da una interacción entre las causas, a esto se le conoce como modelo de diastresis-estrés, en el que se menciona que trastornos como la depresión inician con una diátesis que es una vulnerabilidad existente y que con frecuencia tiene una base biológica y para que se presente se requiere del estrés, que hace referencia a las causas sociales (Arnett, 2008).

La perspectiva de las causas biológicas está centrada en las influencias bioquímicas y las influencias genéticas, el estudio de la bioquímica de la depresión pone hincapié en la deficiencia de la síntesis de la serotonina, la desregulación en las síntesis de noradrenalina y la adrenaquia (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurre entre los 6 y 8 años) por lo que las investigaciones en este campo mencionan que en las primeras etapas de la niñez y de la adolescencia el sistema neuro regulatorio no ha alcanzado la madurez en

su totalidad (Vázquez et al; 2005); también diversas investigaciones se mencionan la relación de un reducido flujo sanguíneo en las regiones frontales ocasionando disminución de la actividad en esa área (Rains. 2002).

Por su parte para la perspectiva genética el adolescente puede haber heredado cierta predisposición para presentar trastornos emocionales como la depresión, sobre todo si los padres han sufrido dicha enfermedad (Guelar y Crispo, 2000). Sin embargo investigaciones realizadas en gemelos monocigóticos no muestran la correlación del 100% en depresión, por lo que los factores genéticos no pueden explicar por si solos los trastornos depresivos (Rains, 2002).

Cuándo los padres son los que presentan la depresión, los niños o los adolescentes suelen resentir este cambio presentando una modificación de sus conductas en diferentes áreas, la que más frecuentemente sufre cambios es el área psicológica y en muchas ocasiones los padres no percibirán los cambios dada su condición (Wicks y Allen, 2000), estos factores psicológicos hacen alusión a la baja autoestima, déficit de atención, trastorno de conducta, abuso y dependencia de sustancias y se relaciona con trastornos de ansiedad y estrés post traumático (Martínez y Muñoz, 2010).

Cuando los jóvenes se desarrollan en una familia en la que los padres se deprimen con frecuencia y no afrontan los problemas que los causan, los chicos aprenden los patrones de responder ante los problemas y ante el mundo con conductas depresivas (Guelar y Crispo 2000), es la llamada teoría de la indefensión aprendida, en la que los individuos creen tener un nulo control de su entorno y suele culpabilizarse por los acontecimientos negativos que ocurren a su alrededor generalizándolos como algo estable a lo largo del tiempo (Wicks y Allen, 2000).

Otro de los aspectos que se engloba en la parte psicológica es la llamada pérdida del objeto que puede ser real o imaginaria y que puede ser actual o haberse presentado en el pasado, esto ocasiona en los jóvenes la disminución de fuentes de reforzamiento positivo, y la disminución de respuestas emocionales; así mismo durante la adolescencia está perdida del objeto coincide con las constantes pérdidas vividas por el adolescente como la pérdida de la protección familiar y la niñez generando cambios internos que pueden ser el inicio de un trastorno posterior (Calderón, 1990 y Wicks y Allen, 2000).

Por su parte los factores sociales son aquellos que tienen mayor influencia para el desarrollo de la depresión ya que se relacionan con la sociedad y la cultura misma (Prado et al; 2004), ejemplo de ello son las condiciones socioeconómicas, la política, inseguridad, así como las pocas expectativas laborales que se viven en

cada grupo social (González, De la Cruz y Martínez, 2007), de la misma manera el crecimiento de la población mundial, el incremento en la explotación de los recursos, la producción desmedida de contaminantes y deshechos generan una contaminación ambiental que afecta la salud mental debido a que el medio en el que se desenvuelven las personas se vuelve nocivo poco a poco (Calderón, 1990).

La influencia de las clases sociales es importante para tomarse en cuenta ya que las personas de clase baja se encuentran en una situación de desventaja en comparación con las personas de clase media o alta debido a las características del medio a las que se ven expuestas día con día tales como la inseguridad del lugar en el que habitan, el bajo nivel adquisitivo y el constante estrés que se produce por la situación económica y social en la que se encuentran (Wicks y Allen, 2000). Así mismo las desventajas se hacen más evidentes en las clases que se encuentran en pobreza extrema, en las que no se cuenta siquiera con recursos médicos para evaluar su salud mental.

También el núcleo familiar, es uno de los factores sociales que repercuten en el adolescente para presentar síntomas depresivos, debido a que la disfunción de las relaciones interpersonales incrementa la posibilidad de depresión ya que está relacionada con padres depresivos, con una modificación en la estructura de la familia o que viven una situación de desintegración familiar (Arnett, 2008 y Restrepo et al; 2011); así mismo dentro de la crianza de los hijos, la sobreprotección, la ausencia de alguno de los padres, la falta de comunicación, el abuso sexual y las violaciones son factores que incrementan el desarrollo de la enfermedad, en donde la depresión suele funcionar como un modo de denunciar algo que no está bien en casa o como un escudo protector para que no pase algo peor, es el modo que encuentran los jóvenes de pedir ayuda de sus padres.

El factor sexo se desarrolla en el ámbito social ya que en diversas investigaciones se ha corroborado que el hecho de ser mujer es un desencadenante potencial para presentar el trastorno; en el resultado de la investigación realizada por Leyva, Hernández, Nava y López (2007), se encontró una importante relación en los factores culturales y la maduración temprana de la mujer así como la insatisfacción con las características corporales, que puede constatarse con el deseo del cumplimiento de los estereotipos planteados de manera social.

El factor del sexo aumenta las probabilidades de padecer el trastorno por las construcciones socioculturales (Cantoral et al; 2011), los roles sexuales que se les exigen al entrar a la adolescencia y la falta de aceptación por los cambios físicos que se experimentan en esta etapa (Vallejo et al; 2008). Las mujeres al experimentar el inicio de la menarquía y tender a buscar las relaciones entre su

estado de ánimo y su entorno, aumentan las probabilidades de deprimirse, por el contrario los varones tienen medios más eficaces para enfrentar un estado de ánimo depresivo (Carreón et al; 2012).

La feminidad y masculinidad dependen de la construcción social que le otorgue cada cultura y en la que se ven de manera natural las características diferenciales, físicas, psicológicas, sociales y comportamentales; así que los significados del ser hombre o mujer se construyen a través de cada uno de los significados que se le den a las características diferenciales. La variación de las actividades realizadas dentro de la sociedad por las mujeres en general tiene menos valía que aquellas que son realizadas por los hombres.

Otro factor que influye es el tipo de afrontamiento ante la depresión como lo explican Cantoral et al; (2011), en donde los hombres suelen distraerse hasta que desaparece su episodio depresivo mientras que las mujeres suelen cuestionarse sobre las razones de su estado de ánimo.

La depresión con frecuencia suele estar asociada con conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias en donde de acuerdo con la encuesta aplicada en 2011 por la Comisión Nacional Contra las Adicciones los adolescentes presentan un consumo alto de alcohol en un 14.5% y presentan dependencia 17.2% hombres y 11.7% mujeres, así mismo el 50% de los accidentes automovilísticos está relacionado con el consumo de alcohol en jóvenes y representa la primera causa de muerte adolescente (Velasco, 2008).

En cuanto al consumo de tabaco entre jóvenes de 12 a 17 años 81% de hombres y 3.8% de mujeres consumen tabaco habitualmente; para las drogas ilícitas la marihuana es la que se consume mayormente en el grupo de adolescentes con 1.3% seguida de la cocaína con 0.4% y finalmente los inhalables con 0.3% actualmente esta última droga va en aumento debido a la facilidad con la que puede conseguirse y a su bajo costo. A ello se agrega el subregistro de consumo que puede existir entre los jóvenes.

Las relaciones sexuales a temprana edad se dan en los jóvenes en la adolescencia, de acuerdo con el Instituto Nacional de la Juventud (2005) en los hombres el promedio de edad de inicio es a los 15 años mientras que en las mujeres es a los 14, esto se complementa con las cifras del embarazo durante la adolescencia que es un factor que ha aumentado en los últimos 15 años (Trillo, Loreto y Figueroa, 2013).

En el año 2011 se registraron 472,987 nacimientos de madres adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que equivale a 1 de cada 5 nacimientos en el país, debido a la edad en la que se presenta el embarazo es más probable que tenga un mayor número de hijos a lo largo de toda su vida por lo que las cifras del censo

poblacional que realiza el INEGI arrojan los resultados de los partos de menores de 15 años de los cuales 354,326 nacimientos fueron madres primigestas, 1,038 son madres por segunda ocasión, 470 son madres por tercera vez, en 212 casos son mujeres con cuatro hijos; las que cuentan con cinco hijos son 121 y son 66 adolescentes las que tienen 6 hijos (Fuentes, 2013). Sin embargo en el ámbito clínico se tiene referencia de embarazos aun en edades más tempranas.

El uso inapropiado de las redes sociales representa un riesgo potencial para los jóvenes ya que son la población que utiliza principalmente el internet siendo el 22% del total de usuarios con edades entre 12 y 17 años de edad y navegando en la red un promedio de 5 horas diarias e ingresando mayormente a las redes sociales 82%, blogs 16% sitios para adultos 15% y búsqueda de pareja 8%, sitios en los que pueden fácilmente ser extorsionados, sufrir de robo de identidad o datos personales, trata de blancas entre otras problemáticas (Asociación Mexicana de Internet, 2013).

Las consecuencias que se pueden generar a partir de este trastorno en los adolescentes son variadas y todas ellas riesgosas, sin embargo aquella que atenta contra su vida de manera inmediata son las conductas suicidas. Entre ellas se encuentran los pensamientos y comportamientos suicidas, la palabra suicidio deriva de los términos *Sui*, de sí mismo y *Caedere*, que significa matarse a sí mismo (Moya, 2007).

Las ideaciones suicidas consisten en los pensamientos de muerte, planeación de los actos y dan inicio cuando el adolescente aprende de la sociedad que en lugar de aprender del dolor y la tristeza, hablar de ello y externalizar sus sentimientos, es mejor ocultarlos simular que no existen, que todo está bien; todo ello está relacionado con la intensidad y complejidad de los sentimientos de los adolescentes en ese momento y su poca capacidad de procesar y entender los sucesos (Guelar y Crispo, 2000).

Si bien las ideaciones suicidas están presentes en todos los adolescentes, de acuerdo con Shaffi y Cols, (como se citó en Vázquez et al; 2005) aquellos que sufren de depresión tienen 95% más de probabilidad de llevarlo a cabo con éxito y como lo menciona Arnett (2008) aquellos jóvenes que intentan suicidarse lo hacen como una respuesta impulsiva o precipitada sobre alguna desilusión o frustración inmediata y los detonantes más frecuentes son discusiones familiares y las malas relaciones sociales, sobre todo con el grupo de pares.

En México, de acuerdo con las cifras proporcionadas por el INEGI (2011), se presentaron 5 mil 718 suicidios en los que el 80.8% fueron hombres y 19.2% fueron mujeres, colocándolo así en la tercera causa de muerte en adolescentes,

ya que 859 suicidios fueron cometidos por jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, de los cuales el 11.8% de los hombres y el 12.7% de las mujeres se encontraban viviendo en unión libre con sus parejas.

Los estados de la república que presentan mayor número de suicidios son Campeche y Yucatán con 9.5 y 9.3 suicidios por cada mil habitantes. El incremento en los suicidios en los adolescentes varía considerablemente, en 1990 las tasas se consolidaron en 4 hombres y 1.4 mujeres por cada 100 mil adolescentes y para 2011 aumentó a 10.8 hombres y 4.7 mujeres por cada 100 mil adolescentes (INEGI, 2013).

Aunque llegue a pensarse que la depresión es un impedimento para la planeación necesaria para intentar suicidarse en los jóvenes, en los momentos en los que tienen mayor energía y motivación pueden cometer un intento, del mismo modo llevar a cabo la planeación de su muerte llega a elevar su estado de ánimo debido a que en sus pensamientos lo ven como el modo de terminar con los problemas que los atormentan (Arnett, 2008) y al mismo tiempo como una forma de llamar la atención a sus padres debido a la insatisfacción con las condiciones sociales o familiares con el fin de producir un cambio en el modo en el trato familiar.

Cuándo se produce un cambio en la conducta de los padres después de un intento de suicidio y se muestran en mayor medida interesados en el adolescente, reconocen las dificultades y se esfuerzan por mejorar la comunicación y solucionar los problemas familiares es menos probable que se de otro intento suicidio, por el contrario si no se ve como motivo de cambio o mejoría y reaccionan con desprecio, ridículo y acusaciones existe el riesgo de que el adolescente realice intentos posteriores y que logre su cometido (Weiner y Elkind, 1977).

En el suicidio existen diversos factores de riesgo divididos en factores individuales, familiares y sociales; en los factores individuales suelen englobarse los antecedentes médicos, las patologías psiquiátricas como la depresión y los factores biológicos (Moya, 2007); entre ellos se encuentra el sexo, ya que las mujeres suelen tener cuatro veces más intentos de suicidio que los hombres, aunque los intentos de los hombres suelen ser más efectivos, en general es debido a los métodos que se utilizan (Arnett, 2008) que en la mayoría de las ocasiones se trata de armas de fuego, punzocortantes o con estrangulamiento.

Dentro de los factores familiares esta la presencia de patologías en los padres, antecedentes de suicidio en familiares y maltrato o abuso sexual y finalmente en los factores sociales y en la socialización así como las dificultades ante las exigencias de la sociedad en la etapa de cambio y adaptación en la que se encuentran (Moya, 2007).

Las dificultades en el ámbito escolar muestran como uno de los factores más comunes es el bullying, ya que de acuerdo con Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Como se citó en Ignacio, 2013), México es el país número uno en casos de bullying escolar en alumnos de secundaria; así mismo la Comisión Nacional de los Derechos Humanos menciona que afecta al 40% de los 781 mil 875 alumnos de primaria y secundaria en escuelas públicas y privadas en el país.

Como puede observarse, la importancia del estudio de la depresión en adolescentes se fundamenta en la presencia de este trastorno en esta población que es pocas veces identificado y tratado, y que al sufrir una transición hacia la adultez y ser la población con mayor densidad poblacional en México presentan una sintomatología depresiva elevada que puede dañar su desarrollo en la edad adulta tanto en el ámbito personal como en el familiar y su desempeño en la sociedad.

## Capítulo IV. MÉTODO

### Justificación

La influencia del contexto familiar es amplia y se debe en gran medida a que la relación que se tiene dentro del sistema familiar es continua a lo largo del tiempo, por lo que ejerce una influencia significativa tanto emocionalmente como para el desarrollo personal y social de los hijos (Arranz, 2004).

Al entrar en la adolescencia, los cambios que se viven a nivel familiar se conjugan con los que se viven a nivel social, ya que las relaciones fuera del núcleo cobran una importancia que antes no tenían, estos cambios presentan un reajuste en el adolescente, tanto a nivel interno como en la relación que ha formado con los demás (González, Andrade y Jiménez, 1997). Para los adolescentes es necesaria la separación del vínculo con los padres, esto les permite establecer nuevas relaciones que ayudarán a la constitución de su identidad y a la socialización con el medio exterior, en estas situaciones se crea una vulnerabilidad en los jóvenes que puede provocar un impacto estresante al tratar de resolver aquellas situaciones cotidianas como un adulto y dejar de ser visto como niño por la sociedad, así mismo es factor detonante de conductas de riesgo experimentadas en este periodo (González y Andrade, 1995).

Este espacio en el que crece el niño, es diferente para cada menor y está determinado por las condiciones ambientales y sociales a las que pertenece la comunidad en la que habita, estas condiciones también implican que el desarrollo puede ser favorable o desfavorable, el hogar puede ser un espacio en el que se pueda emprender un aprendizaje y desarrollar aspectos personales con ayuda de la familia, apropiándose del entorno y aprendiendo de la cultura y las normas sociales. La importancia del entorno radica en que las condiciones y las situaciones que vivencie el niño dentro de él, proporcionarán las condiciones con las que se conducirá en la adultez (Zanabria, Márquez, Pérez, Méndez y Pérez, 2006).

Los factores de riesgo abarcan diversos acontecimientos, entre ellos el consumo de sustancias, los embarazos no deseados, accidentes automovilísticos, conductas ilícitas como robo o vandalismo e incluso conductas suicidas; estas últimas han aumentado en los últimos años, ya que en México, en el año 2000 la incidencia de suicidios llegó al 9.5%, siendo la edad promedio en varones 12.6 años y 13.3 años en las mujeres. La causa número uno la ocuparon los problemas familiares asociados a conflictos con los padres, tales como maltrato, violencia, humillaciones y castigos, mientras que el segundo motivo estaba relacionado con sentimientos de soledad, tristeza y depresión (Rivera y Andrade, 2006).

Es por ello que la familia cobra un papel importante en la vida de los adolescentes como factor protector contra la aparición de trastornos depresivos mediante la comunicación, la percepción de unión y apoyo familiar, la expresión de emociones y la percepción de escasas dificultades dentro del hogar, el afecto y la cercanía de

los miembros (Villatoro et al; 1997), sin embargo también muestra el factor de riesgo que está relacionado con la disfunción familiar, la presencia de discusiones y la violencia (Rivera y Andrade, 2006).

Las experiencias que se vivieron durante la niñez en el seno familiar, implican una determinante influencia en el desarrollo psicológico de los menores, sobre todo en el ámbito de la personalidad, cuando estas experiencias resultan negativas son variables que llegan a detonar la aparición de trastornos psiquiátricos a lo largo del desarrollo y que pueden perdurar hasta la edad adulta (Caraveo, Medina, Villatoro y Rascón, 1994).

Una de las enfermedades mentales que se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes es la depresión, en México, la depresión se encuentra entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población y tiene un inicio temprano reportado entre los 8 y los 11 años de edad y siendo la población mayor de 15 años la que corre más riesgo de presentar este trastorno (Galicia, Sánchez y Robles, 2009). Un aspecto que merece atención en este grupo de edad es que en México más del 40% de la población es menor de 18 años y la persistencia patologías en la edad adulta está asociada con los trastornos psiquiátricos presentes en la infancia, que a su vez están aunados con los factores de riesgo que se tienen durante la adolescencia (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002).

La presencia de sintomatología depresiva en adolescentes tiene diversas causas, sin embargo se destaca la disfunción familiar, la presencia de trastornos depresivos en los padres y enfermedades mentales en familiares cercanos como posibles detonantes de depresión en los jóvenes (Caraveo, Medina, Villatoro y Rascón, 1994).

A diferencia de los adultos los adolescentes no buscan ayuda médica o psicológica para atender un trastorno depresivo, por lo que la responsabilidad recae en los padres de familia, en quienes se observa una falta de conocimiento sobre la necesidad de atender este trastorno (Caraveo et al; 2002).

La información y la educación sobre la atención de la depresión en los adolescentes, propiciara una detección e intervención más temprana que favorezca la utilización de todos los recursos disponibles para su recuperación (García y Andrade, 1994).

## Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre las relaciones familiares y los síntomas de depresión en los adolescentes?

### Objetivos

- Describir la frecuencia de los síntomas depresivos en la población adolescente.
- Identificar si existen diferencias de sexo en la presencia de depresión en adolescentes.
- Identificar si existen diferencias de sexo en las relaciones familiares de los adolescentes.
- Describir las relaciones familiares y su relación con los síntomas depresivos.

### Hipótesis

Ha1 Existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes hombres y mujeres.

Ho1 No existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes hombres y mujeres.

Ha2 Los adolescentes que presentan diferencias en unión, apoyo, expresión verbal y el grado de percepción de conflicto en las relaciones familiares no presentarán mayor sintomatología depresiva.

Ho2 Los adolescentes que presentan diferencias en unión, apoyo, expresión verbal y el grado de percepción de conflicto en las relaciones familiares presentarán mayor sintomatología depresiva.

### Variables

Variable dependiente: Depresión

#### Definición conceptual

Conjunto de síntomas y manifestaciones cognitivas, afectivas, físicas y conductuales que producen malestar en una o en todas las diferentes áreas a quien la padece (Acosta et al; 2011).

#### Definición operacional

El puntaje obtenido de la Escala de Depresión de Hamilton.

Variable independiente: Relaciones familiares

#### Definición conceptual

Las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia (Rivera y Andrade, 2010), y que se caracterizan por aquellas conductas que los padres utilizan para socializar con sus hijos, y pueden agruparse en dos categorías: apoyo y control, El apoyo se refiere a la cantidad de soporte y cariño que expresan los padres hacia sus hijos y el control es definido como el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos (Betancourt y Andrade, 2011).

#### Definición operacional

El puntaje obtenido de la Escala de Relaciones Intrafamiliares de Rivera y Andrade (ERI).

#### Diseño

Para este trabajo se eligió un diseño ex post facto correlacional, trabajando con dos muestras independientes, buscando examinar la relación entre las variables de un hecho ocurrido sin manipulación. En la variable independiente se encuentran las características de las relaciones familiares y como variable dependiente se considera la presencia de síntomas depresivos.

#### Participantes

Se eligió una muestra intencional por cuota de 301 alumnos de ambos sexos siendo 165 hombres y 136 mujeres de entre 13 y 16 años de edad de la Escuela Secundaria Técnica #105 "Calpulli" que cursaron 2° y 3° grado al momento de la aplicación.

#### Instrumentos

A) La Escala de Depresión de Hamilton, que mide la gravedad de los síntomas depresivos en su versión castellana validada en 1986 por Ramos y Cordero. Posee un alfa de Cronbach que oscila entre el .76 y .92, así mismo la validez del instrumento varía según las poblaciones 0.65-0.90.

Es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, cada ítem se califica en un puntaje que va de 0 a 4 puntos donde el máximo puntaje es de 52, para la calificación del instrumento se suman los puntajes obtenidos y se clasifica en uno de los 5 posibles resultados: no deprimido con un puntaje de 0 a 7; leve 8 a 12; moderada 13 a 17; severa de 18 a 29 y muy severa con 30 a 52 puntos. Tiene una duración de aplicación aproximada de 10 minutos.

B) La Escala de Relaciones Intrafamiliares de Rivera y Andrade (2010), mide la percepción que se tiene del grado de unión familiar, el estilo de la familia para afrontar los problemas y expresar emociones, manejar la convivencia y adaptarse al cambio. Tiene una alfa de Cronbach del .93 en su versión larga y su varianza explicada es del 45.5%.

Es una escala autoaplicable de tipo Likert con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo, consta de 56 reactivos que evalúan tres dimensiones: Unión y Apoyo, Expresión y Dificultades en la familia. Tiene una duración de aplicación aproximada de 15 minutos. Para la calificación del instrumento se identifican los reactivos que integra cada dimensión, sumando los reactivos posteriormente se saca el promedio y se divide entre el total del número de reactivos de cada dimensión para posteriormente determinar el puntaje que puede ir de alto, medio-alto, medio, medio-bajo y bajo para cada dimensión.

#### Procedimiento

Se elaboró un oficio para solicitar a las autoridades de la Escuela, Secundaria Técnica N°105 "Calpulli" ubicada en el Estado de México, en el Municipio de Ciudad Nezahualcóyotl para la realización de la investigación "Las relaciones familiares y su relación con los síntomas depresivos en adolescentes escolares" sobre la relación que existe entre las relaciones familiares y la depresión de los jóvenes adolescentes escolares, se sensibilizó a las autoridades y docentes en relación a los objetivos del presente estudio y los beneficios que pudiera tener la investigación para la población, tales como la detección temprana y la canalización a los jóvenes con puntajes elevados de depresión a los diferentes Centros Comunitarios de Salud Mental y al Centro de Salud Pirules, en donde recibieron la atención necesaria en cuanto a los aspectos psicológicos, psiquiátricos y de apoyo familiar.

Una vez autorizada la investigación se procedió a la aplicación de los instrumentos en grupos de 25 a 30 alumnos, en donde se contó con la presencia de un asistente previamente capacitado con la finalidad de atender a las dudas y la presencia del docente encargado del grupo para tener un ambiente apropiado en la aplicación de los instrumentos. Se continuó con la lectura de las instrucciones de cada instrumento y las dudas que se presentaron fueron resueltas, así se dio inicio a la aplicación de las pruebas. Al término de la aplicación se agradeció a los jóvenes su participación en el estudio y al docente por su cooperación. Los resultados fueron entregados a las autoridades de la escuela para proceder a la canalización de los alumnos con puntajes elevados.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 20; una vez capturados los datos se realizaron análisis estadísticos para la comparación de las hipótesis. Para la primera hipótesis: “Existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes hombres y mujeres.” se utilizaron tablas de contingencia así como la prueba de chi cuadrado y para la segunda: “Los adolescentes que presentan diferencias en unión, apoyo, expresión verbal y el grado de percepción de conflicto en las relaciones familiares no presentarán mayor sintomatología depresiva” se realizó una prueba t para muestras independientes así como la correlación de Pearson.

## Capítulo V. RESULTADOS

El total de la muestra fue de 301 adolescentes de 2° y 3°, de la Escuela Secundaria Técnica “Calpulli” ubicada en el Municipio de Ciudad Nezahualcoyotl. La muestra se dividió en 54.81% hombres y 45.18% mujeres, el rango de edad de los participantes fue de los 13 a los 16 años de edad siendo la media 13 años. Se encontró que 72.75% adolescentes viven con ambos padres, 23.92% viven sólo con la madre; 2.99% únicamente con el padre y 0.33% vive con algún otro familiar. En cuanto a la conformación de la familia, 41.2% tienen familia extensa, es decir que no solo viven con sus padres (ver tabla 1).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de la muestra.

	Característica	Participantes	Porcentaje
Edad	13	67	22.3
	14	186	61.8
	15	38	12.6
	16	10	3.3
Sexo	Hombre	165	54.8
	Mujer	136	45.2
Grado escolar	2°	83	27.6
	3°	218	72.4
Vive actualmente con	Papá	9	3.0
	Mamá	72	23.92
	Ambos	219	72.75
	Otros	1	0.3
Vive con familia extensa	Si	124	41.2
	No	177	58.8

La presencia de depresión fue medida con la Escala de Hamilton en donde se encontró que del total de la muestra 56.8% de los participantes presentan algún tipo de depresión, siendo la más frecuente la denominada depresión muy severa con 22.6% seguida de la depresión ligera con 20.6%, siendo más frecuente en los adolescentes de ambos sexos de 14 años.

En el análisis por sexo se encontraron los siguientes resultados:

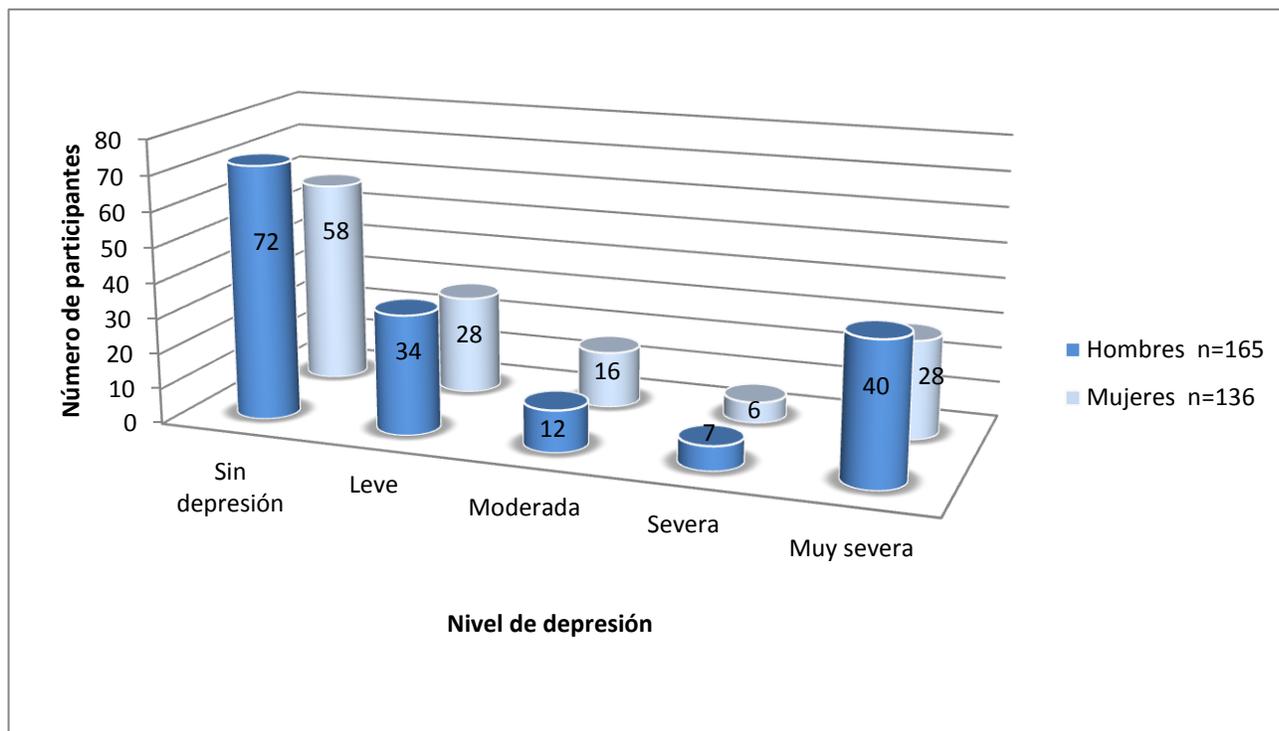


Figura 1. Frecuencia de depresión en adolescentes por sexo.

Nota: N=301.

En las mujeres adolescentes se presenta el mayor porcentaje de depresión ya que alcanzan un 57.33% de presencia de sintomatología depresiva en comparación con el 56.35% de los hombres, sin embargo los hombres presentan mayores síntomas de depresión que las mujeres puntuando más alto en las categorías de depresión leve, severa y muy severa.

Dentro de los síntomas depresivos más frecuentes en los adolescentes, aquellos que se encontraron presentes en las mujeres fueron: tristeza, desamparo, pesimismo y sentimientos de inutilidad (61.74%); sentimientos de despersonalización (55.88%); falta de concentración y dificultad para expresar las ideas (54.51%); intranquilidad, inquietud y confusión (50%) y finalmente alteraciones del sueño (50%).

Mientras que los síntomas más frecuentes en los hombres fueron: falta de concentración y dificultad para expresar las ideas (53.33%); intranquilidad e inquietud (52.72%); alteraciones del sueño (48.48%); tensión, Irritabilidad y preocupación (47.27%) y sentimientos de despersonalización (45.45%).

Para corroborar la hipótesis “Existen diferencias de sexo en la presencia de sintomatología depresiva de los adolescentes” se utilizó la prueba de chi cuadrado presentados en la siguiente tabla (Ver tabla 2):

Tabla 2. Análisis de Chi cuadrado de la presencia de síntomas depresivos en hombres y mujeres.

	Hombres		Mujeres	
	Observado	Esperado	Observado	Esperado
Sin Depresión	72	71.3	58	58.7
Leve	34	34.0	28	28.0
Moderada	12	15.3	16	12.7
Severa	7	7.1	6	5.9
Muy severa	40	37.3	28	30.7
	Valor	GI	Sig. bilateral	
Chi cuadrado de Pearson	2.080	4	.721	

De acuerdo a los resultados obtenidos con un nivel de significancia de .721 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva presentada en hombres y mujeres.

En cuanto a la frecuencia de respuestas de hombres y mujeres en las tres categorías que abarca la Escala de Relaciones Intrafamiliares de Rivera y Andrade (2010) analizadas mediante tablas de contingencia, los resultados fueron los siguientes.

Tabla 3. Frecuencia de respuestas de hombres y mujeres en la categoría de Unión y apoyo.

		Masculino	Femenino	Total
		Unión y apoyo	Bajo	39
	Medio	<b>89</b>	<b>59</b>	148
	Alto	37	39	76
Total		165	136	301

Se encontró que para la escala de unión y apoyo los puntajes medios fueron los más altos para ambos sexos con un total de 59 y 89 participantes femeninos y masculinos respectivamente, lo que implica que existe en mediana intensidad un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

Tabla 4. Frecuencia de respuestas de hombres y mujeres en la categoría Expresión

		Masculino	Femenino	Total
Expresión	Bajo	37	39	76
	Medio	<b>91</b>	<b>56</b>	147
	Alto	37	41	78
Total		165	136	301

Para la escala de expresión de la misma manera los puntajes medios fueron los que preponderaron en los resultados con 56 femeninos y 91 masculinos, esto es asociado a un ambiente de respeto moderado en la familia y una comunicación media en la misma.

Tabla 5. Frecuencia de respuestas de hombres y mujeres en la categoría de Dificultades.

		Masculino	Femenino	Total
Dificultades	Bajo	35	43	78
	Medio	<b>83</b>	<b>62</b>	145
	Alto	47	31	78
Total		165	136	301

Y finalmente en la categoría de dificultades, los puntajes medios fueron los más altos con 62 femeninos y 83 masculinos respectivamente, lo que hace alusión al grado de percepción de conflicto en la familia por los adolescentes que en este caso es una percepción mediana.

Para la comparación de medias realizada mediante la prueba de t de Student no asumiendo varianzas iguales el estadístico t con valor de -.235 para la categoría de Unión y Apoyo y -.177 para la categoría de Expresión, puesto que la significancia bilateral es mayor a .05 se acepta la hipótesis de igualdad de medias y se concluye que para hombres y mujeres no existen diferencias estadísticamente significativas en las categorías de Unión y Apoyo y Expresión, no obstante en la categoría de Dificultades donde se obtiene un valor t de 1.936 y la significancia bilateral es igual a .05 se observa que las diferencias son estadísticamente significativas entre hombres y mujeres y la percepción de dificultades en la familia.

Tabla 6. Comparación de medias de los puntajes de las relaciones intrafamiliares entre hombres y mujeres.

	Hombres		Mujeres		T	P
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación Estándar		
Unión y Apoyo	1.99	.681	2.01	.755	-.235	.814
Expresión	2.00	.672	2.01	.770	-.177	.860
Dificultades	2.07	.703	1.91	.735	1.936	.050*

Nota: \*p<.05 \*\*p<.01

Para la evaluación de las relaciones familiares y su relación con la presencia de sintomatología depresiva con la finalidad de comprobar la hipótesis “Los adolescentes que presentan diferencias en unión, apoyo, expresión verbal y el grado de percepción de conflicto en las relaciones familiares no presentarán mayor sintomatología depresiva”.

Se aplicó la prueba de Correlación de Pearson encontrando que existen diferencias estadísticamente significativas entre las relaciones familiares y la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes de la muestra.

Tabla 7. Correlación entre las relaciones familiares y su relación con los síntomas depresivos.

	Unión y apoyo	Expresión	Dificultades	Depresión
Unión y apoyo				<b>-.340**</b>
Expresión	.743**			<b>-.267**</b>
Dificultades	-.317**	-.310**		<b>.318**</b>
Depresión	-.340**	-.267**	.318**	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la Escala de Relaciones Intrafamiliares en la categoría de Unión y Apoyo y la Escala de Depresión de Hamilton, se encontró una correlación negativa baja de -.340, lo que hace referencia a que cuando las familias presentan un pobre sentido de solidaridad y pertenencia en el núcleo familiar se presentan mayores síntomas depresivos.

Para la Escala de Relaciones Intrafamiliares en la categoría de Expresión y la Escala de Depresión de Hamilton encontró una correlación negativa baja de -.267 notándose así que a mayor comunicación y respeto en la familia, existe menor presencia de síntomas depresivos.

Y finalmente en la Escala de Relaciones Intrafamiliares en la categoría de Dificultades y la Escala de Depresión de Hamilton la correlación fue positiva moderada de .318 lo que representa que a mayor percepción de las dificultades en la familia existe mayor presencia de sintomatología depresiva.

## Capítulo VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue analizar la correlación entre las relaciones familiares y la presencia de síntomas depresivos en los adolescentes, para lo cual se consideraron tres dimensiones fundamentales en las relaciones entre padres e hijos.

- 1) La unión y apoyo: que hace referencia a la tendencia a realizar actividades en conjunto, convivir y apoyarse.
- 2) La expresión, que hace referencia a la comunicación y el respeto en la familia.
- 3) Dificultades, que son los aspectos considerados por el individuo o las familias como indeseables, negativas y problemáticos.

La composición de la muestra ofrece datos similares a los obtenidos en el censo poblacional 2010 (INEGI) en cuanto a estructura familiar; la mayoría de las familias en México y en la muestra son familias nucleares seguidas de las familias extensas.

En lo que refiere al sexo, las mujeres de la muestra presentaron mayores niveles de depresión que los hombres, sin embargo aquellos que presentaron depresión, puntuaron en depresiones más severas que la que presentan las mujeres, sin embargo las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas. Lo que concuerda con los hallazgos obtenidos por diversas investigaciones como en la mencionada por Aláes, Martínez, y Rodríguez (2000) quienes encontraron en su investigación que las mujeres presentan en mayor medida trastornos depresivos y la investigación realizada por Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008), que mencionan que las mujeres presentan mayores síntomas depresivos en comparación con los hombres.

Entre los síntomas de depresión más frecuentes para ambos sexos se encontraron los siguientes:

Tabla 8. Síntomas de depresión más frecuentes para hombres y mujeres.

Hombres	Mujeres
Falta de concentración, dificultad para expresar ideas.	Tristeza, desamparo, inutilidad.
Intranquilidad e inquietud.	Sentimientos de despersonalización.
Alteraciones del sueño.	Falta de concentración, dificultad para expresar ideas
Tensión, irritabilidad, preocupación.	Intranquilidad e inquietud.
Sentimientos de despersonalización.	Confusión.

Igualmente en el estudio realizado por Varela (2006), se menciona que los adolescentes presentan síntomas similares a los encontrados en la muestra cómo, tristeza, malestares del sueño, bajo apetito, falta de concentración, bajo rendimiento y problemas somáticos.

Como puede observarse algunos de los síntomas característicos son compartidos por ambos sexos sin embargo, las mujeres presentan a diferencia de los hombres sentimientos de tristeza, pesimismo e inutilidad y los hombres presentan tensión, irritabilidad y preocupación. Los resultados obtenidos guardan relación con los hallazgos de Cantoral et al; (2004), en donde se hace mención a que los hombres tienden a preocuparse por las cuestiones relacionadas hacia su propia autoestima mientras que las mujeres se preocupan por las normas y la identidad de género y expresan sentimientos de tristeza.

En cuanto la relación existente entre el sexo y las relaciones intrafamiliares se encontró que para ambos sexos predominaron los puntajes medios en las tres dimensiones evaluadas, unión y apoyo, expresión y dificultades, encontrando diferencias significativas en la dimensión de dificultades que hace referencia a la percepción de aspectos indeseables en el ámbito familiar.

Tal como lo mencionan Segura, Vallejo, Osorno, Rojas y Reyes (2011), la importancia de la familia en la crianza de los adolescentes contribuye o mitiga la posibilidad de presentar algún trastorno depresivo.

La correlación que se dio entre las relaciones familiares y la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes fue estadísticamente significativa, demostrando así que la presencia de depresión se asocia con las relaciones intrafamiliares,

Las correlaciones del presente estudio muestran que la unión y apoyo en la familia así como la expresión de afecto en la misma pueden constituirse como factores protectores de la depresión en los jóvenes, es decir, la tendencia a realizar actividades en familia, convivir y apoyarse así como mayor comunicación y respeto en la familia se relaciona con una menor presencia de síntomas depresivos en los adolescentes. Lo cual es consistente con lo reportado por Andrade et al; (2012), quienes encontraron que a mayor apoyo y comunicación percibidos por el adolescente de sus padres existe menor sintomatología depresiva. Así mismo Cassaus et al; (2011), mencionan que cuando la percepción de los adolescentes acerca del apoyo y respeto que reciben de sus padres es favorable, tienden a desarrollar menor sintomatología depresiva.

Heredia, Lucio y Suarez (2011) encontraron que los jóvenes con depresión presentan un mayor número de conflictos y desacuerdos familiares así como una falta de comunicación con padres hermanos y otros miembros de la familia. Esto

coincide con los resultados de la presente investigación en donde se observa que las dificultades familiares percibidas por el adolescente correlacionan de manera positiva con la presencia de síntomas depresivos. Es decir, cuando los jóvenes perciben en casa aspectos difíciles en la familia como peleas, discusiones, falta de comunicación, entre otras dificultades, existe una mayor presencia de sintomatología depresiva.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo encontrado por Restrepo et al; (2011), quienes mencionan que las buenas relaciones intrafamiliares y la satisfacción de los adolescentes con el ambiente que se vive en casa favorece un desarrollo sin complicaciones; por el contrario aquellos adolescentes que perciben dificultades en sus relaciones familiares tienen mayores posibilidades de presentar síntomas depresivos. Así mismo Prado et al; (2004), consideran que vivir en un hogar problemático y en condiciones adversas afecta y aumenta la presencia de depresión en los jóvenes. Y por su parte, Álvarez et al; (2009) señalan que a menor cohesión familiar aumentan los índices de depresión en los adolescentes.

Por lo que puede corroborarse que la familia posee características que resultan factores de riesgo para que los adolescentes presenten síntomas depresivos tales como relaciones negativas entre los miembros de la familia, actitudes como la falta de comunicación, la falta de respeto, la violencia, hostilidad entre los miembros, etc. (Galicia, Sánchez y Robles, 2013).

Así, los resultados obtenidos en este estudio muestran que la familia es un factor que puede ser preventivo o desencadenante de la sintomatología depresiva en adolescentes. Los vínculos formados en el núcleo familiar llegan a ser considerados por los adolescentes como aquellos que producen sensaciones de malestar e incomodidad o como el espacio en el que puede resolver las adversidades que se le presenten con apoyo de su familia (Martínez y Muñoz, 2010).

La importancia de las relaciones intrafamiliares radica en que, desde la crianza de los hijos, los padres pueden prevenir no solo la aparición de depresión a edades tempranas sino también problemas relacionados a la depresión tales como las adicciones, problemas escolares, embarazos no deseados y riesgo de suicidio entre otros.

Por lo cual es necesario contemplar la posibilidad de crear programas de intervención en donde se trabaje con la educación de los adolescentes en casa y en la escuela, de tal manera que se favorezca el desarrollo saludable de los jóvenes y puedan prevenirse problemas relacionados a las alteraciones

psicológicas que puedan propiciar trastornos mentales y la comorbilidad entre ellos.

Por último es necesario señalar que debido a las características de la muestra los resultados no pueden ser generalizados a toda la población por lo que es recomendable profundizar en estudios que analicen diferentes contextos socio culturales y puedan ser representativos de las diferentes regiones del país a fin de desarrollar modelos de intervención apropiados a la diversidad cultural que puede estar incidiendo en los problemas de salud mental presentados por los adolescentes mexicanos.

## Referencias

- Aberasstury, A y Knobel. M. (1988). La adolescencia normal un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.
- Acosta, M; Mancilla, T; Correa, J; Saavedra, M; Ramos, F; Cruz, J y Duran, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (México)*, 16(1), 20-25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf> Consultado: Enero 2013.
- Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Aláez, M; Martínez, R y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Álvarez, M; Ramírez, J Silva, A; Coffin, N y Jiménez, L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 9(2), 2005-216.
- American Psychiatric Association, (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Andrade, P; Betancourt, D; Vallejo, A; Segura, B y Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Aragón, L y Bosques, E. (2012). Adaptación familiar, escolar y personal de adolescentes de la ciudad de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 17(2), 263-282.
- Argulló, E. (1997). Jóvenes, trabajo e identidad. España: Universidad de Oviedo.
- Arnett, J. (2008). Adolescencia y adultez emergente un enfoque cultural. México: Pearson.
- Arranz, E (2004). Familia y desarrollo psicológico. España: Pearson.
- Asili P. y Pinzón, B. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Asociación Mexicana de Internet. (2013). Hábitos de los usuarios de internet en México 2013. México: Televisa.com Recuperado de <http://www.amipci.org.mx/?P=editomultimediafile&Multimedia=348&Type=1> Consultado Noviembre 2013.

- Balcazár, P; Garay, J; Bonilla, M; Gurrola, G; Vírseda, J y Ramírez, S. (febrero, 2012). Relación entre depresión y ansiedad en bachilleres mexicanos. En *Interpsiquis 2012 "compartir para crecer"*. Simposio llevado a cabo en el XIII congreso virtual de [psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5288/1/12conf2%2054034.pdf> Consultado: Enero 2013.
- Barcelata, B y Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 35-46. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552005000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100003&lng=en&tlng=es) Consultado Marzo 2013.
- Barcelata, B; Durán, C y Lucio, G. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud mental*, 35(6), 513-520. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600009&lng=es&tlng=es) Consultado Marzo 2013.
- Benjet, C; Borges, G, Medina, M; Fleiz, C y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, 46(5), 417-424.
- Betancourt, D y Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 27-41.
- Bloss, P. (1987). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Calderón, G. (1990) *Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. México: Trillas.
- Cantoral, G; Méndez, M y Nazar, A. (2011). Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. 27-32. Recuperado de <http://www.ecosur.mx/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf> Consultado: Enero 2013.
- Caraveo, A; Medina, M; Villatoro, J y Rascón, M. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2), 56-60.
- Caraveo, J; Colmenares, E y Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000600001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600001&lng=es&tlng=es)

- Carreón, C; Sauza, R; Martínez, S y Mejía, O. (2012). Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. *Atención familiar*, 19(1), 12-15.
- Casassus, M; Valdez, M; Florenzano, R; Caceres, E. Aspillaga; C y Santander, S. (2011). Parentalidad y salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. *Revista de psicología*, 20 (2), 125-145.
- Chinchilla, A. (2008). La depresión y sus máscaras. Madrid: Panamericana.
- Colbert, D. (2006). Emociones que matan. Entienda la conexión mente-cuerpo-espíritu. Nashville: Betania.
- Coleman, J. y Hendr, L. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- CONAPO. (2010). Estimaciones y proyección de la población por entidad federativa. Recuperado de: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos) Consultado Octubre de 2013.
- Conger, J. (1980). Adolescencia. Generación presionada. Colombia: Harper & Row Latinoamericana.
- De la Peña, F; Ulloa, E y Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud mental*, 22, 88-92. Recuperado de [http://tdahlatinoamerica.org/documentos/01\\_CARPETA\\_5\\_de\\_la\\_Pena\\_Comorbilidad\\_TDM\\_en\\_adolescentes.pdf](http://tdahlatinoamerica.org/documentos/01_CARPETA_5_de_la_Pena_Comorbilidad_TDM_en_adolescentes.pdf) Consultado: Febrero 2013.
- Ehrlich, M (1989). Los esposos, las esposas y sus hijos. México: Trillas.
- Escalante, F y López, R. (2002). Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes. México: Asesor Pedagógico.
- Estrada, L. (1987). El ciclo vital de la familia. México: De Bolsillo.
- Fernandez, S. (2008). La salud de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 46(1), 91-100.
- Fischer, G. (1992). Campos de intervención en psicología social. España: Narcea.
- Freud, S. (1986). Obras completas. España: Amorrortu editores.
- Fuentes, B. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. México: Continental.
- Fuentes, M. (7 de Mayo del 2013). Embarazo adolescente: Fenómeno expansivo. *Excélsior* pp.23.

- Galicia, I; Sánchez, A y Robles, J. (Diciembre, 2009). Análisis de la relación entre el rendimiento escolar, el nivel de depresión y la dinámica familiar en adolescentes. *Anales de psicología*, 25(2), 227-240. Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v25/v25\\_2/05-25\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/05-25_2.pdf) consultado Agosto 2013
- Gaonac'h, D y Golder, C. (2005). Manual de psicología para la enseñanza. México: Siglo XXI.
- García, E. y Musitu G. (2000). Psicología social de la familia. Barcelona: Paidós.
- García, P; Magariños, M y Cols. (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid: Panamericana.
- García, S y Andrade, P. (1994). El significado psicológico y social de la salud y enfermedad mentales. *Salud Mental*. 17(1), 32-44.
- Gesell, A. (1963). El adolescente de 10 a 16 años. Buenos Aires: Paidós.
- Gilberti, E. (2005). La familia a pesar de todo. Argentina: Novedades Educativas.
- González, C; Ramos, L; Caballero, M y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de la depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(004), 524-532.
- González, F y Andrade, P. (1995) La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18 (4), 41-48.
- González, F; Andrade, P y Jiménez, A. (1997) Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiat Psicol Am lat*. 43(4), 319-326.
- González, J. (2010). Psicopatología de la adolescencia. México: Manual Moderno.
- González, M; Gil, P; Carrasco, L y García, J. (2001). Depresión un enfoque gerontológico. Madrid: Ediciones 2010.
- González, S; De la Cruz, D y Martínez, X. (2007). La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. *Psicología y salud*, 17(002), 199-205.
- Grinder, R. (2008). Adolescencia. México: Limussa.
- Guelar, D y Crispo, R (2000). Adolescencia y trastornos del comer. España: Gedisa.
- Hamilton, M. (1960). Rating Scale for Depression. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23(7), 56-62.

- Heredia, M; Lucio, E y Suárez, L. (2011). Depresión y sucesos de la vida estresantes en adolescentes. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 1(2), 49-57.
- Hersh, R y Reimer, J. (2002). El crecimiento moral de Piaget a Kohlberg. Madrid: Narcea.
- Hurlok, E. (2010). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Iglesias, A; Rosas, A y Pimentes, B. (2007). Adolescencia y Duelo. *Revista científica electrónica de psicología* 4, 98-110. Recuperado de: [http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_PrevAten/Anto\\_Igle/1.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_PrevAten/Anto_Igle/1.pdf)  
Consultado: Agosto 2013.
- Ignacio, (Mayo, 2013). México, primer lugar en *bullying* escolar entre los paises de la OCDE. *emeequis*, 314 (1) .Recuperado de <http://www.m-x.com.mx/2013-05-04/mexico-primer-lugar-en-bullying-escolar-entre-los-paises-de-la-ocde/>  
Consultado Noviembre, 2013.
- INEGI (2000). Indicadores de hogares y familias por entidad federativas. México: INEGI.
- INEGI. (2012). *Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos*. México: INEGI.
- INEGI. (Septiembre, 2013). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Aguascalientes. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf> Consultado Octubre 2013.
- Janin, B. (2010). Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50, 241-247. Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/patologias-graves-adolescencia.pdf>  
Consultado Julio 2013.
- Kamphaus, R y Frick, P. (2000). Evolución clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente. México: Manual Moderno.
- Kaplan, L. (1984). Adolescencia, el adiós a la infancia. Argentina: Paidós.
- Kohn, R; Levav, I; Almeida, J; Vicente, B; Andrade, L y Caraveo, J. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 18(4-5): 229-240. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10204989200500090002&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989200500090002&lng=es) Consultado: Febrero 2013.

- Kutcher, S. (2009). Identificación; diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adolescente. Carpeta para el prestador de salud de primer contacto. 1-38. Recuperado de [http://www.teenmentalhealth.org/images/resources/Identificacaion,\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_FINAL\\_Spanish\\_J10.pdf](http://www.teenmentalhealth.org/images/resources/Identificacaion,_diagnostico_y_tratamiento_FINAL_Spanish_J10.pdf) Consultado: Febrero 2013.
- Levetán. E. (1998). El adolescente en crisis, su apoyo en terapia familiar. México: Pax.
- Leyva, R; Hernández, A; Nava, V Y López, G. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 45 (3), 2225-232.
- Limones, I. (2011). Adolescentes y percepción de sí mismo: la construcción de una imagen realista de la adolescencia desde la familia y la escuela. *Eticanet*, IX (11), 233-252. Recuperado de <http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaeticanet/numero11/Articulos/Formato/articulo11.pdf> Consultado Julio 2013.
- Martínez, A y Muñoz, A. (2010). “un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar entre los adolescentes barcelonenses (España). Primera parte. *Salud Mental*, 33(3), p. 145-152.
- Mckinney, J; Fitzgerald, H y Strommen, E. (2000), Psicología del desarrollo, edad adolescente. México: Manual Moderno.
- Mead, M. (1990). Adolescencia y cultura en Samoa. España: Paidós.
- Méndez, P; Valdez, R; Viniegra, L; Rivera; L y Salmerón, J. (2003). Violencia contra la mujer: reconocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de México*. 45 (6). p. 472-482.
- Moya, J. (2007). La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Revista Científica Anual IPSE-ds*. (1), 29-36. Recuperado de: <http://www.dulac.org/index.php/es/ipse-ds/item/171-la-conducta-suicida-en-adolescentes-sus-implicaciones-en-el-ambito-de-la-justicia-juvenil> Consultado: Junio 2013.
- Muñoz, A. (1987). El ambiente familiar. Madrid: Narcea.
- Naranjo, N. (1997). ¿Cómo es su familia?, ¿Contribuye usted y su familia a una sociedad mejor? Bilbao: Mensajero.
- Olazo, C. (SF). Depresión en la adolescencia. Recuperado de <http://www.energiafloral.com/DepresionadolescenciaClelia.pdf> Consultado: Enero 2013.

- Papalia, D. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Pedreira, J y Álvarez, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación Social*, 120, 69-89.
- Perinart, A; Corral, A; Crespo, I; Doménech, E; Font, S; Lalueza, J; Larraburu, I; Martínez, G; Moncada, A; Raguz, M y Rodríguez, H. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: UOC.
- Piaget, J e Inhelder, B. (2007). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Pozos, G; Rivera, S; Reidl, L; Vargas, B y López, M. (2013). Felicidad general y felicidad en la pareja: diferencias por sexo y estado civil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Enero-Junio, 69-84.
- Prado, G; Sandoval, A y Umbarilla, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de psicología*, 13, 17-32.
- Rains, D. (2002). *Principios de neuropsicología humana*. México: Mc Graw Hill.
- Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 14(1) p.324-334.
- Restrepo, C; Vinaccia, S y Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma psicológica*, 18(2), 41-48.
- Rivera M y Andrade P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 8(2) p.23-40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280203> Consultado Mayo 2014
- Rivera, M y Andrade, P. (2010). Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I). *Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Sánchez, A. (2008). *Niños y adolescentes difíciles*. España: Formación Alcalá.
- Segura, H; Vallejo, A; Osorno, J; Rojas, R y Reyes, S. (2011). La escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes Veracruzanos. 61 (18). 67-74.

- Tesouro, M; Palomares, M; Bonachera, F y Martínez, L. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias pedagógicas*, 21, 211-224.
- Trillo, V; Loreto, N y Figueroa, C (Enero-Abril, 2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social. *CULCyT.49* (1). pp. 51-59.
- UNICEF. (2002). Adolescencia una etapa fundamental. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Valdez, A. (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. México: Manual Moderno.
- Valdez, R; Hidalgo, E; Mojarro, M; Rivera, L y Ramos, L. (2013). Violencia interpersonal e jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salud Pública de México*. 55 (2). p. 259-266.
- Vallejo, C; Osorno, R y Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 91-105.
- Varela, M. (2006). Un estudio sobre depresión en adolescentes. *RIDEP*. 22(2), 9-22.
- Vázquez, E; Fonseca, I; Padilla, J; Prez, M y Gómez, N. (2005). Diagnóstico de depresión con la Escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 22(2), 107-118.
- Velasco, E. (4 de Enero del 2008). Accidentes de tránsito, primera causa de muerte entre jóvenes mexicanos. *La Jornada* pp. 27.
- Veytia, M; González, N; Andrade, P y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Villatoro, J; Andrade, P; Fleiz, C; Medina M; Reyes, I. y Rivera, E. (1997). "La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes", *Salud Mental*, 20 (2), 21-27.
- Weiner, I y Elkind, D. (1997). Infancia y adolescencia. Desarrollo normal y anormal. Buenos Aires: Paidós.
- Wicks, R y Allen, N. (2000). Psicopatología del niño y del adolescente. España: Pricent Hall.
- Yablonsky, L. (1993). Padre e hijo. La más desafiante de las relaciones familiares. México: Manual Moderno.

Zanabria, M., Márquez M, Pérez, J; Méndez, I; y Pérez V. (2006). Caracterización del ambiente en el hogar de niños de la ciudad de México y zona metropolitana durante el primer año de vida. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 5 (1), 5-14.

## ANEXOS

### Anexo 1. Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares.



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

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo (M) (F)

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ N° de lista \_\_\_\_\_

Promedio escolar anterior \_\_\_\_\_

Vivo con: papá \_\_\_\_\_ mamá \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_

Familia extensa \_\_\_\_\_

#### Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible.

Gracias por tu colaboración.

Tiempo aproximado de aplicación: 40 min.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES	TA	A	N	D	TD
1. En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2. Nuestra familia no hace las cosas junta	5	4	3	2	1

3. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista	5	4	3	2	1
4. Hay muchos malos sentimientos en la familia	5	4	3	2	1
5. Los miembros de la familia acostumbran a hacer cosas juntos	5	4	3	2	1
6. En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas	5	4	3	2	1
7. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia	5	4	3	2	1
8. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1
9. Frecuentemente tengo que adivinar sobre que piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten	5	4	3	2	1
10. Somos una familia cariñosa	5	4	3	2	1
11. Mi familia me escucha	5	4	3	2	1
12. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia	5	4	3	2	1
13. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
14. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás	5	4	3	2	1
15. En nuestra familia hay un sentimiento de unión	5	4	3	2	1
16. En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones	5	4	3	2	1
17. La atmosfera de mi familia usualmente es desagradable	5	4	3	2	1
18. Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente	5	4	3	2	1
19. Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal	5	4	3	2	1
20. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo	5	4	3	2	1
21. Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
22. Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia	5	4	3	2	1
23. En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión	5	4	3	2	1
24. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	5	4	3	2	1
25. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto	5	4	3	2	1
26. Nosotros somos francos unos con otros	5	4	3	2	1
27. Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia	5	4	3	2	1
28. En mi familia acostumbramos a discutir nuestros problemas	5	4	3	2	1
29. Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás	5	4	3	2	1
30. Los miembros de la familia en verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros	5	4	3	2	1
31. En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga	5	4	3	2	1
32. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven	5	4	3	2	1
33. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	5	4	3	2	1
34. Si las reglas se rompen no sabemos que esperar	5	4	3	2	1
35. Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras	5	4	3	2	1
36. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	5	4	3	2	1
37. Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38. Nos contamos nuestros problemas unos a otros	5	4	3	2	1

39. Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo	5	4	3	2	1
40. Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia	5	4	3	2	1
41. En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas	5	4	3	2	1
42. Nuestra familia no habla de sus problemas	5	4	3	2	1
43. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos	5	4	3	2	1
44. El tomar decisiones es un problema en nuestra familia	5	4	3	2	1
45. Los miembros de la familia realmente se apoyan	5	4	3	2	1
46. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	5	4	3	2	1
47. En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta	5	4	3	2	1
48. Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz	5	4	3	2	1
49. Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control	5	4	3	2	1
50. La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores	5	4	3	2	1
51. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia	5	4	3	2	1
52. Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones	5	4	3	2	1
53. Todo funciona en nuestra familia	5	4	3	2	1
54. Peleamos mucho en nuestra familia	5	4	3	2	1
55. Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos	5	4	3	2	1
56. Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas	5	4	3	2	1

## Anexo 2. Escala de depresión de Hamilton

### Escala de depresión de Hamilton

A continuación se expresan 21 oraciones, marca con una X la casilla que mejor refleje tu situación basándote en la siguiente escala:

N = Nunca
A = Algunas veces
B = Bastantes veces
C = Casi siempre
S = Siempre

<b>TEST DE HAMILTON</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>S</b>
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que valla					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					

13.Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme					
14.Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los cabellos, me muerdo las uñas, los labios.					
15.Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento					
16.Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo					
17.No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales					
18.Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso					
19.No sé lo que pasa, me siento confundido					
20.Por las mañanas (o por las tardes) me siento peor					
21.Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas					

Total\_\_\_\_\_