



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DE EVENTOS DE VIDA EN
ADOLESCENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:
MARGARITA FLORES MATEOS

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
COMITÉ: DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ
DRA. MA DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ
DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ



MÉXICO, CDMX.

JUNIO DE 2016.



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

Agradezco en primer lugar a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ser parte de su comunidad.

A mí querida Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por la formación que me ha dado.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM PAPIIT IN303714-3 “Adaptación y Resiliencia en Contextos Múltiples. Base para la intervención en la adolescencia”, del cual forme parte, por el fomento a la investigación.

En especial, agradezco a mi directora de tesis, la Dra. Blanca E. Barcelata Eguiarte por todos estos años de paciencia, las horas que me ha dedicado, las valiosas oportunidades que me ha brindado, así como su calidez y apoyo que siempre me ha brindado a pesar de mis tropiezos. Sinceramente agradezco su confianza, sus consejos, sus conocimientos y por mostrarme lo apasionante que puede ser la investigación. Gracias a su guía y exigencia este trabajo no quedó inconcluso.

A la Dra. Juana Bengoa, por sus observaciones e interesantes reflexiones para finalizar éste trabajo. Por impulsarme en mi formación y despertar en mí el gusto por la terapia familiar. No olvidaré su particular forma de hacer terapia y el cariño que mostro.

A la Dra. Ma del Refugio Cuevas, por su tiempo para revisarme, la amabilidad y disposición que siempre me mostro. También le doy las gracias por su intervención cuando tuve un problema con uno de mis maestros.

A la Dra. Bertha Ramos y al Lic. Eduardo A. Contreras, por sus comentarios y reflexiones que contribuyeron a mejorar este trabajo.

A mi familia, por todo su apoyo, comprensión y fe que han tenido en mí.

Asimismo agradezco a Víctor Hugo Melo por su valiosa ayuda y orientación en el análisis de los datos.

A mis amigos Quetzali Luna, Griselda Molina, Nadia González, Mónica Hernández, Dulce Aguillón, Andrea Ibarra, Alejandro Ramírez, Rodrigo Armenta, Guillermo Castillo e Ivan Escamilla, y al resto de mis compañeros del proyecto PAPIIT (Javivi, Raquel, Diego, Alejandra, Miguel, Daniel) que pasaron por éste camino junto a mí, compartieron sus experiencias en el proceso, saben de los obstáculos que se presentan y por todas sus aportaciones durante el desarrollo de esta investigación.

¡MUCHAS GRACIAS!

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo:

A mis padres Francisco y Carmen, quienes siempre han estado a mi lado y confiado en mí. Gracias por sus buenos ejemplos y valores. Espero no defraudarlos y que sigan viendo los resultados de sus esfuerzos por darme una educación.

A mi abuelita Elena y a mi tía Rosí, por su gran cariño y sutil presión, son un ejemplo de fortaleza.

A mis hermanos Pepe, Fer, Angel, Mina y Eli, quienes han sido de gran apoyo a su estilo de cada uno y a pesar de las diferencias nos mantenemos unidos.

|

PERCEPCION DE EVENTOS DE VIDA EN ADOLESCENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. <i>Adolescencia</i>	5
1.1 Características principales en la adolescencia.....	8
1.1.1 Desarrollo biológico.....	9
1.1.2 Desarrollo psicosocial	11
1.2 Factores de riesgo en la adolescencia.	14
1.2.1 Contexto familiar.	17
1.2.2 Contexto escolar.	20
1.2.3 Estudios sobre riesgos.....	21
Capítulo 2. <i>Estrés y Depresión</i>	25
2.1 Estrés en la adolescencia.....	28
2.2 Factores estresantes y eventos de vida en la adolescencia.....	31
2.3 Depresión en la adolescencia	40
2.4 Sintomatología depresiva	44
2.4.1 Instrumentos de evaluación para la detección de depresión en adolescentes	47
Capítulo 3. <i>Método</i>	49
3.1 Justificación.....	49
3.2 Planteamiento del problema.....	50
3.3 Objetivos	51
3.4 Variables	51

3.5 Tipo de estudio y diseño.....	52
3.6 Participantes.....	52
3.7 Instrumentos.....	54
3.8 Escenario	58
3.9 Procedimiento	58
Capítulo 4. Resultados.....	59
4.1 Características de la muestra.....	59
4.2 Prevalencia de los Sucesos de Vida	61
4.3 Análisis comparativo de los Sucesos de Vida.....	70
Capítulo 5. <i>Discusión y Conclusiones</i>.....	72
Referencias	81
Anexos	90

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad en constante riesgo, que tiene a hacer frente a demandas internas y externas cuando aún no se cuenta con los recursos y habilidades suficientes para enfrentarlas. Aunada a la acumulación de eventos considerados como negativos pueden generar malestar, que manejado de manera inadecuada puede afectar el adecuado ajuste. El objetivo del estudio fue detectar los eventos estresantes percibidos por adolescentes con sintomatología depresiva y analizar diferencias por género. Los participantes pertenecen a una clínica multidisciplinaria de salud pública de la Zona Oriente de la de la Ciudad de México. Se identificaron 91 adolescentes de 12 a 18 años (57.1% hombres y 42.9% mujeres) con sintomatología depresiva a través de un tamizaje de las escalas asociadas con sintomatología depresiva del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A- (Lucio, 1998), en las que las puntuaciones fueron mayores a T65. También se aplicó la Ficha Sociodemográfica para Adolescentes (Lucio, Durán, Barcelata & Hernández, 2007) y el Cuestionario Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003). Los resultados muestran que el 70% de los eventos de vida les han sucedido alguna vez, con mayor prevalencia en las áreas Escolar y Logros y Fracasos. No se hallaron diferencias significativas en el género, sin embargo, las mujeres reportan más sucesos negativos que los varones. Los sucesos más reportados son “*Me deprimí*”, “*Tuve problemas con algún maestro*”, y “*Tuve un fracaso*”. Los hallazgos contribuyen al desarrollo de estrategias preventivas en contextos escolares y para modificar la percepción de los eventos como lo son los fracasos.

Palabras clave: *adolescentes, depresión, sucesos estresantes.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa en la que ocurren cambios fundamentales en los individuos que determinan su adaptación futura al entorno en el que se desenvolverán. Esta etapa se asocia con una serie de conductas que reflejan inmadurez, pero que implica la definición de un futuro adulto, que tiene como objetivo la búsqueda de sí mismo y de su identidad (Erikson, 1968), las cuales se van desarrollando conforme el sujeto va cambiando e integrándose con las concepciones que tienen de sí mismo y el grupo de personas con las que interactúa.

En la adolescencia, como en todas las etapas de la vida, se presentan situaciones que al percibirse como amenazadoras pueden ocasionar cambios en la mente y en el cuerpo. Cuando ello sucede, se dice que se padece estrés, el cual manejado de manera inadecuada puede llevar a la ansiedad, al aislamiento, a la agresión o a las enfermedades físicas.

Las presiones que viven los adolescentes por las exigencias de la vida cotidiana, en una cultura posmoderna que prioriza el tener más que el ser (Fromm, 1979), los somete a niveles de estrés que en ocasiones resultan preocupantes y que generan momentos de mucho sufrimiento, más aun cuando están desprovistos de recursos para enfrentar situaciones que pueden resultar adversas. Las razones pueden ser múltiples, como el salto de la niñez a la adolescencia, problemas en la familia, adaptación a grupos o dificultades escolares. Algunos adolescentes pueden manejar sus conflictos adecuadamente, haciendo uso de sus propios recursos, esto depende en gran medida de la percepción que tiene de esos sucesos.

Los factores de riesgo se presentan como la condición orgánica o ambiental que aumenta la probabilidad de que el adolescente desarrolle problemas emocionales o de conducta (Rutter, 2000). Por lo que el estrés puede producirse como consecuencias de numerosos cambios cognoscitivos, sociales, psicológicos y biológicos que tienen lugar

durante la transición de la infancia a la adultez. Por consiguiente, la mayoría de los sucesos estresantes de la adolescencia guardan estrecha relación con actividades específicas del desarrollo de la edad.

Cheung (1995, en Lucio & Durán, 2003), menciona que algunos sucesos de vida están relacionados con síntomas de depresión en niños y adolescentes. La depresión sobreviene como producto de una serie de vivencias frustrantes, que acaban por colocar al sujeto en una situación de abandono de sí mismo, de desesperanza, provocado por un sentimiento de impotencia ante barreras externas infranqueables, teniendo como reforzadores aislamiento, temor y estrés entre otros.

Para comprender el estrés en la adolescencia, es importante considerar la percepción de los eventos o sucesos específicos (mayores y menores), así como el área donde se originan pudiendo ser en circunstancias cotidianas, y tomar en cuenta que el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo, más que objetivo (Lazarus & Folkman, 1991). Además, los sucesos percibidos como estresantes pueden ser uno de los factores de riesgo para el adecuado ajuste de los adolescentes (Compas, Orosan, & Grant, 1993; Estévez, Delgado & Parra, 2012; Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez-de la Cruz, 2011).

Las condiciones y estilos de vida han llevado al adolescente a enfrentarse situaciones generadoras de malestar, que asociadas a los cambios propios de esa etapa, crean la presencia de estrés. Hay situaciones estresantes que pueden ser consideradas eventos críticos (o mayores), que suelen asociarse a síntomas físicos y/o psicológicos; y otros como cotidianos, que pueden tener consecuencias serias en el bienestar del adolescente. Desde este contexto, el objetivo general del presente trabajo es detectar que eventos de vida percibidos como estresantes en adolescentes con sintomatología depresiva se presentan en mayor número y analizar las diferencias por género.

De esta manera, en el capítulo 1 Adolescencia, se presentan aspectos generales de esta etapa como los son los cambios biológicos y psicosociales. También se abordan los principales contextos de desarrollo de los adolescentes y los factores de riesgo en los que están inmersos. En el capítulo 2 Estrés y Depresión, se describen características de tales padecimientos y se hace una revisión de estudios previos sobre posibles fuentes de riesgo y eventos de vida. En el capítulo 3 Método, se presentan los apartados correspondientes a la investigación que dieron respuestas a las preguntas de investigación. Para el capítulo 4 Resultados, se muestran los datos obtenidos del análisis de la muestra, como características, prevalencias y comparaciones. Por último, en el capítulo 5 Discusión y conclusiones, se examinan los resultados encontrados con evidencias empíricas previas para concluir y señalar los alcances y limitaciones de la presente investigación.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

La adolescencia, más que cualquier otra etapa del desarrollo es definida e identificada, desde la perspectiva teórica del desarrollo, como una etapa de transición evolutiva que determina la transformación del niño en adulto. Esta etapa se considera multidimensional del ciclo vital, en la que interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, por lo que al modificarse cualquiera de éstos sus factores se propagan a los demás; no tiene el mismo significado, ni se ve de la misma manera en todas las culturas, ni en todos los momentos. En esta etapa se empiezan a afirmar como seres humanos distintos entre sí (Grinder, 2001; Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

El concepto de transición (Kimmel & Weiner, 2001) se refiere a un período de cambio, crecimiento y desequilibrio que, a modo de puente, comunica dos puntos relativamente estables de la vida, distintos unos de otros. En este sentido la adolescencia representa la transición entre la inmadurez física, social y sexual de la infancia, y la madurez física social y sexual de la edad adulta. Nunca más se es un niño, aunque todavía no se es un adulto.

En 1904 surge el término adolescencia como período distinto y único del desarrollo humano para diferenciar la infancia y la adultez, con un estudio científico de G. Stanley Hall, donde definió que la adolescencia empezaba a los 14 años y terminaba a los 24 (Arnett, 2008), siendo la menarquía la que marcaba el inicio de esta etapa en las mujeres. Sin embargo, la menarquía no se produce a la misma edad e indica que los cambios se presentan antes, en la pubertad.

No se puede precisar cuándo es el inicio y el término de este período ya que varía en cada persona, y en algunas culturas diferentes de la que vivimos, la llegada de

la edad adulta está señalada por un tipo de rito especial, pero se termina cuando el individuo alcanza la madurez emocional y social, siendo capaz de asumir el rol de adulto, según se defina en su contexto (Horrocks, 2008).

Se considera a la adolescencia como una etapa de transición en la cual el individuo está intentando encontrar una nueva y propia identidad en un mundo de valores establecidos por los adultos, lo cual no resulta fácil (Kimmel et al., 2001).

De acuerdo a criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1986 (Organización Panamericana de la Salud –OPS-, 1995), se acepta que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10 a 14 años), y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15 a 19 años).

El término adolescencia proviene de la voz latina *adolescere* que significa “*crecer*” o “*crecer hacia*”, de *ad* “*hacia*” y *olescere* “*crecer o ser alimentado*”, (Horrocks, 2008). En la actualidad se refiere a la transición de la niñez a la adultez y algunas de las definiciones que existen destacan los cambios sexuales, otras enfatizan aspectos psicológicos en cuanto a la dificultad de adaptación e integración, y así como lo que se pretende alcanzar en esta etapa. No obstante, todas las definiciones concuerdan en que se presentan modificaciones en el individuo, la estructura anatómica se desarrolla, acompañada de varios procesos físicos y químicos que se hacen más complejos y el proceso de maduración se orienta hacia la vida adulta.

Se identifican tres enfoques que hablan sobre la interpretación de la adolescencia (Horrocks, 2008), el primero es el que abarca las teorías que mencionan los problemas que afrontan los individuos a medida que se aproximan a la segunda década de su vida o pasan por ella. Dichas teorías están orientadas hacia el entorno del individuo, donde se considera que es incidental en la situación. Tales teorías son consideradas en la sociología, la antropología, la psicología social y la educación. El

segundo enfoque abarca las teorías que se centran en la conducta del individuo y considera el ambiente el escenario donde se desarrolla éste. Se orienta a lo que sucede dentro de la persona y el ambiente es solo incidental, siendo de interés para psicólogos y psiquiatras. Las teorías que combinan explícitamente estos dos enfoques son llamadas interaccionistas. El tercer enfoque es solo descriptivo, orientado hacia teorías de la conducta y de interés para biólogos, pediatras e historiadores.

De acuerdo con Hall (1904, en Arnett, 2008) los cambios que se producen en la adolescencia marcan un nuevo nacimiento de la personalidad del individuo, consideraba que los cambios derivan de la maduración sexual y que por consiguiente son generados biológicamente. Además, que en la etapa de la adolescencia había mucha agitación y desorden de modo que el adolescente pasaba por un estado de tormenta-estrés como parte normal de su desarrollo, durante el cual se muestra excéntrico, emotivo, inestable e impredecible. Los tres puntos centrales de su teoría indican que:

1. El desarrollo del adolescente está sujeto a las funciones fisiológicas, haciendo menoscabo de la importancia que tiene la influencia cultural.
2. Define a la adolescencia como un período tormentoso y de estrés cuyas bases serán los trastornos instintivos.
3. La entrada al período de la adolescencia es repentina, y no es un proceso gradual y continuo.

Sin embargo, antropólogos describen culturas no occidentales en las que la adolescencia no era tormentosa ni estresante (Arnett, 2008), por lo que si la tormenta-estrés de Hall fuera de origen biológico debería hallarse en todos los adolescentes y en todas las civilizaciones. Además, estudios de la relación madurez sexual y las tensiones emocionales demuestran que éstas persisten mucho después de haberse completado aquellas. Garn (1960, en Hurlock, 1994) menciona que no existe razón fisiológica alguna para que la adolescencia sea un período de tensión y esfuerzo, sino a la cultura que no tiene un lugar significativo para la adolescencia. Así que, cada cultura tiene sus formas de considerar la adolescencia y depende de lo que el grupo considere esencial

para el éxito de la vida adulta en su medio.

1.1 Características principales en la adolescencia

La adolescencia se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y cognitivos. El inicio tiende a definirse principalmente por la edad biológica del individuo y el final de la adolescencia a partir de la edad social (Kimmel et al., 2001). Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erikson (1968) consideran que la adolescencia abarca entre los 12 o 13 años hasta los 20 o 21 años. Según Erickson (1968), este período de los 12 a los 21 años es la búsqueda de la identidad y define al individuo para toda su vida adulta, y queda plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

Robert Havighurst (1972 en Kimmel et al., 2001), sugirió una serie de tareas o logros del desarrollo que los individuos deben hacer frente en diversos puntos de su ciclo vital, refiriéndose a los logros como conocimientos, destrezas, actitudes o funciones específicas que se supone que los individuos adquirirán o desarrollarán en momentos concretos de su vida. Havighurst refiere que existen necesidades y cambios físicos, que interacciona con las demandas y las expectativas sociales. A cada etapa de la vida le corresponden una serie de tareas o logros evolutivos específicos, de los cuales son ocho las que se deben hacer frente durante los años de la adolescencia:

1. Aceptarse físicamente y utilizar el propio cuerpo con eficiencia.
2. Conseguir relaciones nuevas y más maduras con coetáneos de ambos géneros.
3. Lograr un rol social (masculino o femenino).
4. Alcanzar independencia emocional de los padres y de otros adultos.
5. Prepararse para el matrimonio y la vida de la familia.
6. Prepararse para tener una profesión.
7. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de conducta

(desarrollar una ideología).

8. Desear y llevar a cabo una conducta socialmente responsable.

El dominio de estas da por resultado el ajuste, la preparación para las tareas más duras que se enfrentarán en las siguientes etapas y una mayor madurez. En tanto que el fracaso en estas tareas provoca desaprobación social, ansiedad e incapacidad para funcionar como una persona madura.

Entre las tareas cabe destacar que aceptarse físicamente se relacionan con los cambios biológicos que experimentan los chicos a esa edad, siendo un proceso natural del desarrollo de todo individuo, por lo es relevante mencionar generalidades de dichos cambios.

1.1.1 Desarrollo biológico. Hay diversas formas para medir la edad o la madurez de un organismo, ya que el paso del tiempo no provoca en todos los cambios que tienen lugar al principio de la adolescencia. Dado que todos los niños experimentan el crecimiento biológico, es posible hablar de una escala de desarrollo relacionada con los cambios hormonales y son marcadores más precisos del inicio de la adolescencia que la edad cronológica, a los que se reduce la edad biológica (Grinder, 2001; Horrocks, 2008) .

Durante el período de más rápido de crecimiento de los adolescentes, tanto los varones como las mujeres sufren una serie de cambios físicos correspondientes a la maduración sexual. La rapidez con que se producen dichos cambios hace que en muchos casos los adolescentes tengan la sensación de ser espectadores de su propio desarrollo, y esperen con curiosidad o preocupación la aparición de nuevas manifestaciones de este proceso. Las secuencias del desarrollo puberal y su duración tanto en las niñas como en los niños no son uniformes, y las variaciones en las mismas pueden ser perfectamente normales (Arnett, 2008; Grinder, 2001; Papalia, et al., 2009).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995), señaló que no se puede precisar cuándo tendrá lugar este período de crecimiento acelerado, ya que no tiene una época específica de aparición e incluso presenta variaciones dentro del mismo sexo. En términos generales los adolescentes varones tienen un período de crecimiento más largo que las adolescentes mujeres, y su promedio de estatura es también mayor. Tanto en los adolescentes varones como en las mujeres el período de crecimiento acelerado dura aproximadamente cuatro años y medio. Además, se observa que el comienzo de esta fase se manifiesta en las niñas entre un año y medio a dos años antes que en los niños, los cambios varían mucho, tanto en la edad en que se inician como en el ritmo de éstos (Arnett, 2008; Casas & Ceñal, 2005; Papalia, et al., 2009).

Los cambios fisiológicos hacen referencia a la maduración sexual, tanto a los cambios internos como físicos. Se originan en el hipotálamo, de donde sale la información que va hacia la glándula pituitaria o hipófisis. Esta a su vez, estimula la secreción de hormonas sexuales y de crecimiento, las cuales tienen efectos marcados en varios tejidos y órganos del cuerpo humano (Casas, et al., 2005). Se da un crecimiento corporal acelerado que incluye el aumento de peso, estatura, y desarrollo y forma corporales. En cuanto al desarrollo sexual, esta determinado por la maduración de los órganos sexuales y por la aparición de las características secundarias, es lo que se conoce como pubertad.

Estos cambios y manifestaciones por los que atraviesa el adolescente pueden ser percibidos, por un lado, como reflejo de madurez, de crecimiento y por ende, ser fuente de satisfacción, o por el contrario, pueden ser vistos como fuente de constante preocupación (Coleman, 1985, en Barcelata, 2007; Dulanto, 2002). El adolescente no solo tendrá que adaptarse a su nueva imagen y sensaciones sino también su forma de pensar y el ambiente en que se desenvuelve, por lo que le puede generar desajuste en todos los ámbitos de su vida.

1.1.2 Desarrollo psicosocial. Las dificultades que caracterizan a la adolescencia están relacionadas con los cambios sociales rápidos y marcados, así como con la estructura misma de las familias. La dependencia con la familia de origen disminuye y aumenta la intensidad de las relaciones con pares y adultos fuera de la familia. Transfieren al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes mantenían con la familia. La capacidad para los adolescentes para enfrentar las demandas de la sociedad moderna está en función de varios factores, entre ellos su desarrollo físico y fisiológico, así como también el de sus habilidades cognitivas (Pasqualini, D. & Llorens A., 2010).

De acuerdo a Fountain (1961, en Horrocks, 2008), hay cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos: a) sentimientos especialmente intensos y volubles; b) necesidad de recompensas inmediatas y frecuentes; c) comparativamente, poca capacidad para examinar la realidad; d) incapacidad para la autocrítica; y e) inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

En la adolescencia se da la capacidad de pensar en forma abstracta, considerar situaciones hipotéticas y entender los problemas complejos que involucran procedimientos intelectuales. A esta etapa de madurez cognitiva Piaget (1969, Arnett, 2008; Noshpitz, 1995; Papalia, et al., 2001) la llamó operaciones formales, la cual se inicia alrededor de los 11 años y finaliza en algún momento entre los 15 y los 20, por lo que es el estadio más relevante para el desarrollo cognitivo en la adolescencia.

Las operaciones formales permiten a los adolescentes razonar acerca de tareas y problemas complejos con múltiples variables. Cada vez existe una mayor capacidad para pensar en forma abstracta, hacer distinciones más precisas, ver incompatibilidades básicas a pesar de las diferencias superficiales, retener con firmeza en la mente varias secuencias de causas y efecto y usar los conceptos como identidades de manipulación (Noshpitz, 1995).

La capacidad para las operaciones formales exige la capacidad de pensar en forma abstracta y de aplicar la lógica también a las operaciones mentales. Fischer y Pruyne (2003, en Arnett, 2008) indican que la capacidad para el pensamiento abstracto se debe al crecimiento acelerado del cerebro al final de la adolescencia y durante la adultez, gracias al cual se fortalecen las conexiones entre la corteza frontal y las otras partes del cerebro.

Una de las abstracciones que adquieren los adolescentes con las operaciones formales es la capacidad para pensar acerca de sus propios pensamientos. Toman conciencia de sus procesos de pensamiento de una manera que no tienen los niños, y esto les permite supervisar y razonar sobre de esos procesos. Esta capacidad de metacognición permite a los adolescentes aprender y resolver mejor los problemas, a la vez que alega con mayor vehemencia en los altercados que tiene con los padres, maestros y otras autoridades, y que involucra en temas éticos, religiosos, culturales y otros similares (Arnett, 2008; Papalia, et al., 2001).

En la evaluación psicosocial y emocional de los adolescentes se ha descrito el llamado “síndrome de la adolescencia normal”, integrado por una serie de síntomas, características y comportamientos presentes en mayor o menor grado durante esta etapa de la vida. Dichas características (Aberastury & Knobel, 1976), que dependen de diferentes individuos y del ambiente cultural son:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario; a menudo hay dificultad de enfocarse en el presente.
- Manifestaciones sexuales que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital manifiesta.
- Actitud social reivindicatoria, con tendencias antisociales o asociadas de diversa

intensidad.

- Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta.
- Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos, y el establecimiento de su identidad propia.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

La utilidad de esta agrupación de características es que no solo engloba manifestaciones de conducta frecuentes en los adolescentes, sino que señala la normalidad de dichas manifestaciones e indica la falacia de considerarlas como conductas patológicas.

En cuanto al desarrollo cognitivo, los años que transcurren entre la pubertad y la adultez son críticos, además que hay una evolución del pensamiento concreto al abstracto, y la capacidad para utilizar el conocimiento alcanza su mayor eficacia. Los adolescentes adquieren la capacidad de pensar en términos del futuro y de extrapolar, es decir, aprovechar sus experiencias y conocimientos para enfrentar y solucionar problemas y situaciones desconocidos hasta entonces. Además, se hacen más introspectivos y analíticos, y comienzan a pensar en términos simbólicos. La capacidad de formular hipótesis, corregir falsos presupuestos, considerar alternativas y llegar a conclusiones contribuye a desarrollar su sentido de identidad y de manejo del mundo que los rodea (Domínguez, 2008).

Los procesos de identificación que ha ido llevando a cabo en la infancia mediante la incorporación de imágenes parentales buenas y malas, son los que permitirán una mejor elaboración de las situaciones cambiantes que se hacen difíciles durante el período adolescente de la vida (Aberastury, et al., 1976).

Erikson (1968), afirma que la tarea global del individuo es adquirir una identidad individual positiva a medida que avanza de una etapa a la siguiente; por lo que el conflicto a resolver es la lucha de la identidad frente a la confusión.

En cuanto a las amistades cumplen en la adolescencia varias funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, ayudan a enfrentar las crisis y la existencia de sentimientos comunes, ayudan a la definición de la autoestima y el estatus, y es por eso que cuando los adolescentes pertenecen a un medio familiar disfuncional perciben más apoyo en su amistades que en su propia familia (León, Camacho, Valencia & Rodríguez-Orozco, 2008).

1.2 Factores de riesgo en la adolescencia

Los adolescentes en esta etapa de confusión y búsqueda son más vulnerables a exponerse a situaciones que les atraen por ser novedosas o simplemente porque sus pares también lo hacen, buscan experiencias nuevas, y excitantes que anteriormente eran supervisadas por los padres y que pueden comprometer su bienestar físico, psicológico y/o social por los riesgos que llevan. Dichos riesgos aluden a factores vinculados a cierto tipo de conductas o comportamientos humanos que se manifiestan de forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tiene alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal-subjetiva como social-comunitaria (Casullo, 2003; Lucio, 2014). Además podría involucrar consecuencias jurídicas, y manifestar de manera habitual o sistemática comportamientos individuales o colectivos que pongan en juego la seguridad social, que amenacen la vida de los otros (Casullo, 2003). Sin embargo, los riesgos también pueden llevar a una conducta adaptativa positiva (resiliencia).

Por otro lado, Rutter (2000) señala que los riesgos se encuentran presentes en la toma de decisiones. Estas decisiones producen resultados no deseados desde determinados lugares vinculados a los valores enunciados como socialmente deseables. Cada etapa del ciclo vital tiene sus riesgos específicos determinados por las capacidades que permiten las condiciones biológicas. Así, las consecuencias

destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación con los procesos de maduración e involución en el plano biológico, social y psicológico. La vulnerabilidad al peligro se modifica con arreglo a las condiciones de protección y los recursos adaptativos personales, pudiéndose entenderse ello como la resiliencia del adolescente.

Zaldivar (2005, en Juárez, 2006) define los factores de riesgo como “aquellos aspectos personales o situaciones en la vida de los individuos, que están asociados con un aumento en la probabilidad de sufrir los efectos del estrés y enfermar”.

Hall (1904, en Arnett, 2008), describió la adolescencia como una etapa tormentosa y de estrés, que reflejan en la mayor frecuencia tres problemas durante este período: conflictos con los padres, trastornos del estado de ánimo y conducta de riesgo como drogadicción y delincuencia.

Un adolescente está en riesgo, cuando sus conductas llevan a poner en peligro su salud o su vida, o cuando sus comportamientos afectan la integridad y ponen en juego la vida de los demás (Juárez, 2006). Durante esta etapa de crecimiento las conductas de riesgo pueden implicar una forma de autoafirmación, por lo que las conductas de riesgo tienen mayor probabilidad de ocurrencia lo cual aumenta la vulnerabilidad.

Las características personales del propio adolescente, así como la dinámica familiar, las relaciones extrafamiliares en general, y en particular con los amigos y compañeros, entre otras, pueden ser identificadas como posibles factores de riesgo o bien de protección en el desarrollo de problemas de conducta (Dekovic, 1999).

Algunos autores como Oliva, Jiménez, Parra, y Sánchez-Queija (2008) sugieren que la ocurrencia de los acontecimientos vitales estresantes es un factor de riesgo importante para el ajuste adolescente tanto externo o como interno.

En cuanto a la evidencia sobre los factores que se asocian a la presencia de problemas emocionales y de conducta, Wagner (1998) considera como factores de riesgo los siguientes tipos:

- Factores personales: baja autoestima, baja percepción de la autoeficacia, estilos de afrontamiento ineficientes a las demandas, problemas o trastornos de personalidad, carencia de metas, añadiéndose la percepción negativa de los eventos, etcétera.
- Factores socioeconómicos: problemas económicos, influencia de patrones de conductas inadecuadas, influencia de pares o amigos
- Factores familiares: desvinculación familiar, falta o pobre comunicación entre padres e hijos, y/o entre hermanos; sistemas de crianza muy permisivos o por el contrario inflexibles.
- Factores educativos: relaciones negativas con compañeros y maestros, sistemas educativos represivos o estrictos o permisivos.
- Factores biológicos: antecedente familiares predisponentes (depresión, alcoholismo, etcétera).

Domínguez (2003, en Casullo, 2003) también ofrece una serie de factores de riesgo en la adolescencia:

1. Conductas de riesgo (como consumo de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual)
2. Familias disfuncionales
3. Deserción escolar
4. Accidentes
5. Embarazo
6. Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
7. Condiciones ambientales insalubres marginales y poco seguras.

En el caso de los factores de riesgo que pueden provocar el suicidio, Casullo (2003) enlista los siguientes:

1. Poseer habilidades pobres para resolver problemas
2. Adicción a drogas
3. Conflictos entre los padres
4. Familias disfuncionales muy violentas
5. Uso de tabaco
6. Consumo de alcohol
7. Delincuencia
8. Abandono del hogar
9. Fracasos en los aprendizajes escolares
10. Episodios depresivos
11. Baja autoestima

La OMS (2011) y la OPS (2007), señalan que la desventaja económica puede ser un factor de riesgo para la estabilidad emocional y la adaptación de los adolescentes.

1.2.1 Contexto familiar. La visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias. Si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso contrario tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos mismos. La capacidad para enfrentar las demandas y adaptarse a la vida se basa en los fundamentos psicológicos de las experiencias familiares tempranas (Arnett, 2008; Mendizábal & Anzures, 1999; Oliva, 2006; Rosales & Espinosa, 2008). Por lo que son de importancia las características familiares como estructura, comunicación, participación familiar, afectividad, respeto a normas éticas y morales, que contribuyen al desarrollo de la salud integral del adolescente, pero también influyen en la adopción de conductas inadecuadas de los hijos cuando no se cubren las necesidades de estos (Dulanto, 2002; León, et al., 2008,).

De acuerdo a Fergusson, Woodward y Horwood (2000) en el modelo del ciclo vital se explica la etiología del comportamiento suicida que depende de la exposición

acumulativa a una serie de estresores de tipo social, familiar, de personalidad y de salud mental (como la depresión y los trastornos de ansiedad).

Los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen (Mendizábal, et al., 1999):

- Familias extremadamente rígidas o demasiado permisivas
- Enfermedad crónica en algún miembro del sistema
- Divorcio o discordia conyugal entre los padres
- Padres con psicopatología
- Hermanos o padres con actividades antisociales

Montañes, Bartolomé, Montañes y Parra (2008) plantean algunas consecuencias de ser educados por diferentes tipos de padres. En el caso de los padres autoritarios, observaron que los adolescentes presentan pocas habilidades sociales y comunicativas, obediencia y conformidad, poca iniciativa, baja autoestima, moral heterónoma, planificación impuesta y necesidad de refuerzos a corto plazo para el trabajo. Los adolescentes educados por padres indulgentes a veces son menos maduros, más irresponsables, tienen buenas habilidades sociales con los iguales, alta autoestima, nula planificación y trabajo y mayor riesgo de abuso de drogas. Los adolescentes educados por padres negligentes gozan de escasas habilidades sociales, nula planificación, baja autoestima, estrés psicológico y problemas de conducta.

En cuanto a la comunicación que se tiene, según Parra y Oliva (2002), en nuestra sociedad, las madres parecen estar más presentes en el hogar que los padres, y no sólo debido a que los padres sean los que trabajen fuera, sino que incluso las madres que trabajan fuera del hogar tiende a involucrarse más en las vidas de sus hijos e hijas, lo cual es de esperar que las madres sean las que tengan mejor comunicación con los hijos y a la vez sean con las que tengan más conflictos.

Investigadores como Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009), consideran que contexto familiar influye de manera importante en los individuos durante

la adolescencia, ya que interviene en la forma en que se enfrentan a las situaciones cotidianas. Los conflictos que se pueden presentar en el adolescente con su familia son en muchas ocasiones normales y transitorios, y en un número considerable de familias no tiene efectos negativos graves; cuando son muy intensos y frecuentes se pueden asociar con problemas emocionales como depresión y algún tipo de conductas autodestructivas (ideación suicida, adicciones, embarazos precoces, etc.). También los conflictos pueden ser constructivos y útiles si fomentan un nuevo equilibrio en el sistema familiar que otorgue mayor autonomía a los adolescentes y por parte de los padres muestre su preocupación hacia sus hijos (Arnett, 2008).

Algunos estudios sugieren (León, et al., 2008) que en las familias disfuncionales existe una mayor inclinación por parte de los adolescentes a que destinen el tiempo libre a reunirse con amigos. Además, que en este tipo de familias se asocian conductas de riesgo por parte de los adolescentes como puede ser el consumo de drogas (Villar, Luengo, Gómez, & Romero, 2003).

Por otro lado, cuando la familia presenta un funcionamiento equilibrado puede ser un moderador de las situaciones de riesgo, ya que aumenta la resistencia al estrés de los hijos; cuando esto ocurre se puede decir que la familia es uno de los más fuertes predictores de la resiliencia (Barcelata, 2011).

En relación a la influencia que la familia puede tener en otras esferas de los hijos, Villarreal, Sánchez, y Musitu, (2010) construyeron un modelo predictivo a partir de factores familiares, escolares, comunitarios y psicosociales que según los autores, contribuyen de forma directa e indirecta en la explicación de la violencia escolar. Trabajaron con adolescentes escolares evaluando la comunicación de padres e hijos, el ajuste escolar, el apoyo social comunitario, la autoestima, la sintomatología depresiva, el estrés percibido y la conducta violenta. Los hallazgos indican que la comunicación con el padre y la madre inhibe la presencia de la violencia escolar, así como la aparición de sintomatología depresiva y de estrés. Por lo que la comunicación con los padres puede ser un recurso no solo para la adecuada integración a la comunidad, sino

también para afrontar la violencia en la escuela, fortalecer la autoestima y tener un buen rendimiento académico.

Por todo lo anterior, se puede concluir que las características de una persona o del medio ambiente, o comunidad pueden incrementar la probabilidad de que se presenten alteraciones en el desarrollo en términos de conductas desadaptadas, problemas emocionales y/o mal funcionamiento psicosocial (Arnett, 2008; Rutter, 2000), por lo que es importante tener en cuenta otros escenarios en los que los adolescentes se desarrollan.

1.2.2 Contexto escolar. La escuela es otro contexto determinante para el desarrollo de los adolescentes, es un agente socializador prioritario, donde los adolescentes tienen contacto con sus iguales y con figuras de autoridad distintas a los padres; se enfrentan a demandas de tipo académicas, sociales y emocionales, y tiene oportunidades de conseguir el reconocimiento social de sus primeros logros. La calidad que tengan las relaciones con los iguales o maestros, así como el grado de aceptación o rechazo social son aspectos clave para el ajuste psicológico y social de los adolescentes e influyen en el éxito académico (Estévez, Martínez & Jiménez, 2009). Al mismo tiempo, es el entorno en el que los adolescentes se

Los adolescentes que no son capaces de desarrollar habilidades sociales para relacionarse efectivamente con sus compañeros tienen mayor dificultades académicas, mayor fracaso y abandono escolar y tienen mayor probabilidad de experimentar problemas conductuales o conductas de riesgo, así como emocionales tales como la agresividad, conductas antisociales, consumo de sustancias, ansiedad, depresión, sentimientos de soledad e insatisfacción con la vida. En contraste los adolescentes que son capaces de interaccionar de forma efectiva con sus compañeros muestran mayores habilidades cognitivas, menor frecuencia de conductas agresivas y disruptivas así como menos sentimientos de soledad (Estévez, et al., 2009; Palacios & Andrade, 2007).

Por otra parte, diferentes investigadores (González-Forteza, et al, 2002; Palacios,

Andrade, & Bentancourt, 2006; Valdez & Pérez, 2004) han encontrado que dentro de los motivos por los cuales los adolescentes y jóvenes intentan suicidarse se encuentran los problemas en la escuela, como lo puede ser un bajo desempeño escolar o la agresión. Lo que sugiere que el ámbito escolar puede ser un factor de riesgo cuando no se encuentran las condiciones favorables para el desarrollo de los adolescentes, lo que se puede asociar con conductas de riesgo.

De acuerdo con los datos de Consejo Nacional Población (2013) en el último CENSO (2010), la población de adolescentes entre 12 y 18 años representa el 14.3% de la población total del país. Lo cual es un número importante de la población a la que se deben atender sus necesidades e implica ser estudiada para poder cubrir sus necesidades, por lo que se analizaran otros riesgos a los que se encuentran los chicos.

1.2.3 Estudios sobre riesgos. En cuanto a la salud mental, los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet, et al., 2009a) aplicada a chicos entre los 12 y 17 años pertenecientes al Distrito Federal y área metropolitana, se encontró que el 30.8% de los adolescentes encuestados refieren no tener ningún problema aparentemente. De los problemas principales que presentan los adolescentes están los trastornos emocionales como la fobia específica, la fobia social, la depresión y la agorafobia y los problemas conductuales como el trastorno negativista desafiante, el abuso del alcohol y los trastornos de conducta (conducta antisocial y conducta delictiva). En cuanto al género, los trastornos más frecuentes en las mujeres son las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. En los varones se encuentran las fobias, el trastorno negativista desafiante, el abuso del alcohol y el trastorno disocial. En ambos casos, los trastornos de mayor gravedad son los trastornos de ánimo y de menor gravedad los trastornos de ansiedad.

Esta misma encuesta (Benjet et al., 2009a) señala que el 10.5% de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad presentan depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Para las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar de

los trastornos con mayor prevalencia, lo que podría representar mayor vulnerabilidad a otros problemas si no son atendidos oportunamente.

Otras investigaciones relacionadas con psicopatologías en la adolescencia (Zubeidat, Fernández, Sierra & Salinas, 2008), señalan que las adolescentes muestran mayor nivel de ansiedad social que los adolescentes. También hay diferencias en la ansiedad social relativas al nivel de estudios, relacionándose ésta con bajos niveles educativos. La ansiedad social, es significativamente mayor en mujeres que en hombres. El hecho de no alcanzar determinados niveles de competencias (como en los deportes, juego, pasatiempos) y de socialización (amistades íntimas, participación en otras situaciones sociales) podría constituir un riesgo para manifestar ansiedad social en la adolescencia.

Siguiendo los problemas asociados a la salud, Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora (2012), encontraron en adolescentes entre 12 y 17 años residentes del Distrito Federal y el área conurbada que la prevalencia alguna vez de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones es de 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Aunque estos trastornos no presentan una alta prevalencia en comparación con otros trastornos, es interesante notar que un gran porcentaje de adolescentes que los presentan cumplen con los criterios para algún otro trastorno adicional. En general los trastornos co-mórbidos son los de ansiedad. Sin embargo para aquellos con bulimia y trastorno por atracones además de una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, y de ánimo, se encuentran trastornos impulsivos, y para el caso de la bulimia trastornos por uso de sustancias.

Otros de los problemas presentes en la adolescencia es el consumo de sustancias. Con base en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2012 realizada por Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Téllez, Mendoza, Romero, Gutiérrez, Castro, Hernández, Tena y Alvear en población mexicana adolescente, se estima que al 23.5% de los chicos se le ha ofrecido drogas y al 13.3% de las chicas. Además, el consumo de

cualquier droga, han crecido significativamente entre los adolescentes, de un 1.6% en 2002 a 3.3% en el 2012. También, se encontró que la marihuana es la droga de mayor consumo (2.4%), seguida por los inhalables (0.9%) y la cocaína (0.7%). Los resultados señalan que la población urbana tiene un mayor consumo.

En el Distrito Federal se estima que la edad de inicio de consumo de tabaco ha disminuido significativamente, siendo antes de los 13 años el primer consumo. El 68.2% ha consumido alcohol alguna vez, con una edad de inicio de 12.6 años. La prevalencia de consumos de drogas del 21.5% en estudiantes de secundaria y bachillerato. Los varones parecen verse más afectados por el consumo de sustancias adictivas en comparación a las mujeres. En cuanto al tipo de droga usada, las mujeres muestran preferencia por drogas médicas (como tranquilizantes y sedantes), en tanto que los varones se inclinan por las drogas ilícitas (Villatoro et al., 2012).

Un factor de riesgo más, presente en los adolescentes se relaciona con el nivel socioeconómico, ya que al haber limitaciones se afectan las oportunidades (vivienda, alimentación, educación salud, etc). Además, las presiones económicas son una de las causas de estrés. Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco (2001) en un estudio con diversos niveles económicos encontraron que en las clases socioeconómicas bajas los sucesos negativos tienden a incrementarse, observando que los hombres presentaban mayor número de sucesos de tipo social y escolar en comparación con las mujeres, quienes por su lado reportaban más eventos de índole personal y familiar.

El INEGI (2008) indica que de los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2008) el 22.5% de los adolescentes entre 13 y 15 años, presentan pobreza alimentaria. Una de cada diez familias no tiene los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, siendo la pobreza una condición que va en aumento en los hogares de los adolescentes mexicanos.

De un estudio realizado por Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, Cruz y Méndez (2009b) informan que 68% de los adolescentes encuestados de la Ciudad de

México ha experimentado algún tipo de adversidad crónica, mientras que casi el 7% reporta cuatro o más. La adversidad económica es la de mayor frecuencia seguida de ser testigo de violencia doméstica. Entre el 15% y el 50% de los adolescentes presentan algún tipo de pobreza. Lo que indica que cada vez son más los adolescentes que viven en hogares con adversidad económica, por los que las madres han tenido que salir a trabajar, e incluso los hijos a temprana edad.

Los datos presentados brindan un panorama general de las situaciones a las que se enfrentan los adolescentes. Lo que sugiere que los adolescentes se encuentran en constante riesgo por factores externos e internos, las cuales pueden causar un impacto en la salud y en la adecuada adaptación de estos chicos, por lo que se deben atender estas problemáticas. Al mismo tiempo, se debe poner especial atención a los problemas internalizados, es decir a los problemas emocionales que presentan y que tienen la capacidad de potencializar su vulnerabilidad. Por lo que el siguiente capítulo busca dar una perspectiva de las fuentes de estrés, abordando uno de los más frecuentes problemas de salud mental en los adolescentes, la depresión.

CAPÍTULO 2

ESTRÉS Y DEPRESIÓN

El estrés es un evento que puede presentarse en diferentes momentos del desarrollo humano, el cual dependiendo de la percepción del individuo o de los recursos empleados para manejarlo, afectará de diferente manera, por lo que cada persona responderá con distintas emociones, conductas y síntomas físicos, lo que lo convierte en un factor importante para el buen o mal funcionamiento del ser humano.

El término *stress* no siempre ha sido considerado de la misma forma, se empezó a utilizar a finales de los setentas por el fisiólogo y médico Hans Selye, quien lo utilizó para indicar un tipo de respuestas, refiriéndose a éste como un fenómeno no específico que representa la intersección de los síntomas producidos por una gran variedad de agentes nocivos (Reynoso & Méndez, 2012). Posteriormente señaló que debería haber elegido la palabra *strain*, que significa forzar o violentar, por ser más consistente con lo que quería indicar.

John Mason (1968, en Reynoso, et al., 2012) reportó que las situaciones conductuales e impredecibles, donde el sujeto puede anticipar las consecuencias negativas relacionadas con su respuesta conductual, y en términos generales todas aquellas situaciones en que el sujeto no tiene control sobre los hechos, constituyen los principales factores que contribuyen a la percepción de una situación o un evento como estresante.

En este sentido el estrés se puede entender como la consecuencia de los cambios ambientales que afectan el equilibrio interno y puede ser resultado directo de un déficit en el ambiente interno corporal. Además puede ser absoluto (amenaza real) o relativo (interpretación a una amenaza implícita), teniendo como finalidad mantener la homeostasis (Reynoso, et al, 2012).

El concepto de estrés implica la presencia de una situación o acontecimiento identificable que es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo y provoca un estado de activación en serie de consecuencias para la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional (Triades, 2002).

Se han definido el estrés al menos de tres formas diferentes: como un estímulo, como una respuesta y como las relaciones entre estímulo-respuesta. La definición como un estímulo focaliza la atención sobre los estresores (que pueden ser cualquier evento) que requieren algún tipo de respuesta adaptativa. Por lo que significa, en este contexto, que el estrés es cualquier fuerza externa sobre un objeto o una persona. El estrés como respuesta está asociado a forzar o violentar, siendo una respuesta del sujeto a los estresores del entorno. Seyle (1956, en Lazarus & Folkman, 1991) se refiere a este tipo de estrés como la reacción del organismo ya sea psicológica, sociológica o comportamental. Finalmente, el estrés puede ser definido como la relación estímulo-respuesta, interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo. Además, tiende a ser considerado como una respuesta del sistema nervioso a un acontecimiento.

Frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de estrategias de afrontamiento del individuo, que desempeñan un rol crucial en la relación estrés-salud-enfermedad y constituye características estables del individuo y del medio ambiente donde el sujeto funciona (Omar, 1995).

Para Lazarus (1966 en Lazarus & Folkman, 1991) el estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Además sostiene que:

1. El estrés es un fenómeno principalmente subjetivo, más que objetivo. Lo que para una persona puede ser estresante para otro puede no serlo.
2. Es mejor evaluado en las condiciones cotidianas que en las extraordinarias.

3. Las mediciones del estrés deben evaluar el contenido (las fuentes generadoras de estrés), en lugar de considerar solamente el grado. Por lo que propuso la evaluación de escalas especiales para cada etapa de vida (niños adolescentes, adultos, ancianos), considerando siempre el entorno sociocultural de los mismos.

Lazarus y Folkman (1991) desarrollaron un modelo explicativo a partir del que proveen las bases teóricas para verificar relaciones entre estresores, estrés y efectos adaptativos. En este modelo fenomenológico cognitivo los estresores son definidos como transacciones o intercambios entre la persona y los particulares contextos ambientales que la persona percibe o evalúa como amenazantes. La persona es conceptualizada como un formador activo de sus relaciones con el medio.

El modelo enfatiza que el estrés no está solamente determinado por la naturaleza de un estímulo ambiental, ni por las características de una persona, sino por la interacción entre la evaluación del estímulo que hace la persona y las demandas de ese estímulo sobre el individuo. El control podría aumentar o disminuir el estrés dependiendo de la percepción que el individuo tenga sobre el control que puede ejercer en cada situación. Sin embargo, Folkman (1984, en Lazarus & Folkman, 1991) plantea la posibilidad de que un evento controlable no necesariamente reduce el estrés o conduce a resultados positivos.

Por lo anterior, una situación es considerada estresante solamente si el individuo lo percibe como tal. En este contexto se considera estrés a un estado producido por una serie de demandas que pueden ser percibidas que exceden los recursos del sujeto y amenazan su bienestar. Las fuentes generadoras de estrés son diversas, pueden ser demandas ambientales, sociales o internas. Asimismo, pueden ser eventos positivos o negativos. Sin embargo, el grado de la reacción de estrés más que depender de estos eventos, dependerá de la acumulación de tales eventos y del tipo de pensamientos evaluativos que tenga la persona (Lazarus & Folkman, 1991). En otras palabras, como ya se ha mencionado antes, lo que es estresante para una persona, puede no serlo para otra.

Rutter (1996, en Lucio 2014) considera que el individuo interactúa de manera activa con el ambiente y no son receptores pasivos de los eventos ambientales. Explica que el estrés se manifiesta cuando un factor físico, emocional o químico ejerce una presión significativa en la habilidad individual para funcionar de manera adaptativa y clasifica los eventos estresantes en población infantil en términos de efectos agudos o impredecibles, efectos crónicos o previsibles. Además, denomina una tercera categoría como estresores neutros, los cuales refieren a los problemas o dificultades cotidianas que enfrentan los niños o cualquier otra persona a lo largo de su vida. Estos últimos no provocan un cambio significativo sino que sólo se perciben como desagradables y es la acumulación a largo plazo la que provoca un estado estresante.

Al respecto Coddington (1972a) sugirió que el cúmulo de un número determinado de eventos, aparentemente menores, ocurridos durante un periodo de tiempo dado, puede aumentar el grado de estrés, más que la vivencia de un solo evento traumático.

Por tanto no hay que enfocarse solo en el estudio de estrés de un factor específico, sino en la acumulación de estresores ya que pueden llevar a problemas en la salud física y/o mental, y en el caso de los menores a conductas negativas o psicopatológicas. Además, hay que considerar que los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica (Seiffge-Krenke, 1998). Cabe señalar, como lo sugiere Lucio (2014), en la actualidad no se considera al estrés como un factor causal para desarrollo o psicopatología sino más bien como un factor de riesgo.

2.1 Estrés en la adolescencia

El desarrollo físico, psicológico y social en la adolescencia involucra nuevos retos para los mismos adolescentes que tratan de adaptarse a los cambios internos al mismo tiempo que tratan de cumplir las demandas externas que se presentan de manera perturbadora. La tensión percibida ante éste contexto puede provocar cierta

inestabilidad en los adolescentes haciéndolos más vulnerables a enfrentarse a factores de riesgo cuando no cuentan con la capacidad o los recursos, ni la experiencia necesaria, lo que trae como resultado un desgaste.

El manejo que el adolescente hace de los eventos estresantes de su vida diaria impacta su bienestar físico y emocional, favoreciendo la aparición de manifestaciones fisiológicas y psicológicas asociadas a estrés, cuando hacen valoraciones inadecuadas y/o carencias de afrontamiento necesarias para responder a las demandas cotidianas (Barra, et al., 2006).

G. Stanley Hall (1904, en Arnett, 2008) propuso la hipótesis acerca de la inevitabilidad del estrés durante la adolescencia, aunque los antropólogos de aquella época dudaban de la validez de dicha hipótesis.

Algunos autores como Kiel y Barnet, (1970, en Horrocks, 2008) plantearon que la adolescencia era una época de gran agitación y desorden externo, que influyen moderadamente en ella los factores culturales. Además, sostienen que la adolescencia es un proceso de desarrollo generador de ansiedad, cuyas funciones esenciales son perder la inocencia infantil y lograr una separación personal de las necesidades sociales y de las aspiraciones de la familia.

En una investigación realizada por Eysenck y Eysenck (1969, en Horrocks, 2008), donde presentaron el inventario PEN (Psicosis, Extroversión y Neurosis), el cual comprendía una comparación entre diferentes participantes cuyas edades iban de los 10 años a los 70, agrupados por edades que iban de 10 en 10, se encontró que el grupo de participantes de 10 a 19 años, presentaban mayor puntuación en las tres dimensiones. Con esto se concluyó que el mayor número de eventos estresantes se presenta durante la segunda década de la vida, es decir la adolescencia.

Para Coddington (1972a) es de importancia conocer los eventos estresantes ocurridos en un determinado período del desarrollo y poder determinar el valor atributivo

a dichos eventos, ya que es una herramienta que puede ayudar a identificar la fuente de conflictos emocionales en niños y adolescentes. A partir de un estudio sobre los sucesos de de vida estresantes en niños y adolescentes, en el que elaboró un listado de estresores en el que cada uno de ellos recibía un valor como generador de estrés, que tenía como objetivo estudiar la significancia de los eventos de vida que ocurren en diversos grupos de edad (de preescolar a nivel medio superior) y establecer el valor relativo así como el rango de los diferentes eventos otorgados a través de lo opinión de diversos expertos. Coddington (1972b) reportó que los sucesos eran percibidos de manera diferente en función de la etapa, siendo más los eventos estresantes durante la adolescencia que en la infancia. De tal forma parece que los adolescentes están más expuestos a sucesos de vida negativos que pueden ser estresantes, o por lo menos son más vulnerables.

Cabe agregar que en la etapa de la adolescencia para enfrentar los cambios a los que se expone depende de la capacidad de adaptación que el adolescente tenga. Pero al presentarse ciertos sucesos de vida que aumenten el nivel pueden provocar en el adolescente que manifieste conductas de riesgo (Morales, 2009).

Los eventos de vida estresantes en el adolescente suelen ser definidos en sus comportamientos, en su forma de pensar y de sentir, estos pueden dar lugar a manifestaciones positivas o negativas, todo depende del suceso que se presente y de la evaluación que el adolescente haga del suceso (Morales, 2009).

El estrés es causado por diferentes sucesos de vida que interfieren en el desarrollo del adolescente; de ahí surge la importancia de saber qué tipo de sucesos de vida son los más frecuentes y los que originan mayor estrés en dicha etapa.

Hay que considerar que los estímulos no son estresantes por sí mismos, sino que un suceso de vida se convierta en generador de estrés o no, es una situación que está en función de las características propias del estímulo así como de la manera en que la persona percibe el evento (Lazarus & Folkman, 1991).

En la adolescencia, los factores estresantes están más asociados a aspectos sociales, relaciones amorosas, necesidad de tener éxito en particular con los pares, de este modo, las dificultades en las relaciones con los iguales (como falta de aceptación, peleas, situaciones de ridiculización, competitividad y envidia respecto a logros académicos) son fuente de estrés (Lazarus, 2002; Moulds, 2003; Oros & Voguel, 2005 en Valencia, 2012). Además de estos estresores, se encuentran otros relacionados al contexto familiar (Arenas, Durán & Heredia, 2008; Morales, 2009; Olivia, 2006)

En concreto, la adaptación de los adolescentes es relativamente vulnerable por la presencia de eventos o sucesos de vida que pueden ser estresantes. No obstante, con base en el modelo de Lazarus y Folkman (1991), un evento resulta estresante en función de la evaluación subjetiva que haga un individuo, con respecto a dicho acontecimiento, por lo que es importante considerar el estudio de las fuentes de estrés que son propias de dicha etapa y las que pueden presentarse de manera imprevista, ya que como se ha mencionado, la acumulación de los eventos estresantes y el valor que se le dé pueden ser determinantes para generar estrés en los individuos.

2.2 Factores estresantes y eventos de vida en la adolescencia

Las respuestas ante el estrés surgen para mantener en equilibrio al organismo. Dichas respuestas pueden ser de tipo adaptativas, las cuales promueven el mantenimiento de la homeostasis; y perjudiciales, las cuales fallan en mantener el equilibrio y surge la enfermedad, lo que se convierte en un factor estresante, que desencadena una serie de problemas tanto fisiológicos como emocionales en un sujeto (Reynoso & Méndez, 2012).

Sandín (2003, en Valencia, 2012) considera que los aspectos sociales vinculados con las respuestas de estrés se pueden estudiar identificando tres situaciones generadoras de éste: 1) sucesos vitales, definidos como la presencia de cambios agudos que requieren ajustes drásticos durante un corto tiempo; 2) estrés relacionado

con el rol, que se refiere a las demandas persistentes que requieren de reajustes de tiempo prolongado, como en el caso del estrés crónico; y 3) dificultades cotidianas, es decir eventos menores ante los cuales se requiere de reajustes diarios, asociados con estrés cotidiano.

Al respecto, Compas (1987) sugirió que hay sucesos estresantes que pueden ser considerados mayores o eventos críticos, refiriéndose a los que tienen gran efecto en la vida y se asocian a síntomas físicos y/o psicológicos. Existen otros sucesos que denomino como diarios o cotidianos, que pueden ocasionar irritación, molestia, presiones o problemas, los cuales dadas ciertas características pueden convertirse en mayores o crónicos en función de la presencia y magnitud de la ansiedad que generan, pudiendo también tener consecuencias serias para la salud integral del adolescente.

Asimismo, Compas y otros autores (Compas, Davis & Fosythe, 1985; Compas, Davis, Fosythe & Wagner, 1987) realizaron una serie de estudio en escuelas públicas de Vermont con tres grupos de adolescentes de diferentes edades: de 12-14 años (adolescencia temprana), de 15-17 años (adolescencia media) y de 18-20 (adolescencia tardía). Se les pidió que enlistaran los eventos que consideran los más importantes en los últimos 6 meses, aunque solo les hubiera ocurrido una sola vez. Se tomaron en cuenta aquellos eventos que tuvieron un gran efecto en sus vidas o los llevaron a cambios en cómo se sentían acerca de sí mismos, de su salud o bienestar, su relación con otras personas, o en relación con la escuela. Entre los sucesos de vida mayores enlistados por los tres grupos de adolescentes se identificaron: la graduación de la escuela secundaria o grado mayor (preparatoria), alejarse de la casa de los padres, que un amigo tuviera problemas emocionales, el que los padres descubren algo que no querían que supieran, el cambio en el uso de anticonceptivos, hermano o hermana obtenidos por separación o divorciado de los padres. De los sucesos de vida cotidianos considerados como molestos o placenteros se reportaron: cuidar a los hermanos menores, cambiar privilegios o responsabilidades en el hogar, discusiones o problemas con el/la novia(a), no dormir lo suficiente, ser interrumpido cuando están tratando de realizar su trabajo, la escuela interfiere con otras actividades, ser castigado

por los padres, ser presionado por los amigos, ir a fiestas, bailes o conciertos, ser presionado o cumplir con las expectativas de los padres, problemas con el carro, la tarea o estudiar.

De manera similar, Lazarus y Cohen (1977, en Lazarus, et al, 1991) describieron tres tipos de acontecimientos: cambios mayores (cataclismos), cambios mayores que afectan solo a una persona o unas pocas y en tercer lugar, los ajetreos diarios. Los primeros se refieren a ciertos fenómenos del tipo de los cataclismos que son estresantes de forma universal y situados fuera de cualquier tipo de control. Se incluyen los desastres naturales, las catástrofes producidas por el hombre, como las guerras, el encarcelamiento, el desarraigo y la readaptación consiguiente. Se trata de hechos que pueden ser prolongados o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida. Estos pueden afectar a también a una sola persona o a un número relativamente bajo de ellas, pero el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos. Los cambios mayores que afectan a una o pocas personas, es decir eventos de menor alcance son aquellos acontecimientos que se encuentran fuera del control del individuo y a su vez que están fuertemente influidos por el individuo, como puede ser la muerte de un ser querido, una enfermedad, la pérdida del trabajo, el divorcio o presentar un examen importante. Por último, los ajetreos diarios o eventos cotidianos son aquellos pequeños eventos que pueden perturbar a una persona en un momento dado. A pesar de que son eventos menores pueden ser incluso más importantes en el proceso de adaptación y conservación de la salud, es decir, la acumulación de esas contrariedades cotidianas pueden producir problemas psicológicos con más facilidad que la ocurrencia de aquellos acontecimientos mayores.

Cabe mencionar que diversas investigaciones coinciden que entre los eventos que impactan más a los adolescentes, en una escala de mayor a menor, se encuentran (Barcelata, 2007):

1. Muerte de algunos de los padres
2. Pérdida o muerte de un amigo íntimo

3. Quedar embarazada (o la pareja)
4. Violencia intrafamiliar
5. Sufrir de abuso sexual
6. Ser asaltado
7. Problemas legales
8. Muerte de algún familiar cercano
9. Cambio de escuela
10. Cambio de condiciones de vida

Los suceso de vida o acontecimiento vital se entiende como todo hecho o circunstancia de la vida de una persona, que es capaz de alterar o modificar sus condiciones de salud psicológica o física; es una experiencia social, posee significación psicológica, ocurre en un momento o etapa determinados, es percibido con cierta intensidad por el sujeto y tiene una duración limitada de tiempo (Casullo, 2003; Plunkett, Radmacher & Moll-Phanara, 2000).

Los sucesos de vida se clasifican en dos tipos de sucesos, de acuerdo a lo establecido por Seiffge-Kenkre (1998) los cual se relacionan con los diferentes estresores que pueden manifestarse en la vida de los adolescentes, estos son los sucesos de vida normativos y los no-normativos.

Los sucesos normativos (Lucio, et al., 2003) incluyen todo aquellos eventos que se deben confrontar y que ocurren típicamente en un período de desarrollo. En el caso de los adolescentes comprenden los cambios de escuelas, variaciones en las relaciones con los padres y cambios corporales (típicos de esa etapa). Estos sucesos se presentan aproximadamente al mismo tiempo entre adolescentes de la misma edad y están asociados con el cumplimiento de las expectativas específicas en las tareas del desarrollo que corresponde a esta etapa del desarrollo. Asimismo, son fáciles de predecir y bastante frecuentes, por lo que se percibe como medianamente estresantes y controlables.

Los sucesos no normativos (Lucio, et al., 2003), pueden definirse como eventos de vida significativos y críticos, que no son parte del desarrollo, pueden ocurrir en cualquier momento, de manera poco frecuente, tienen un mayor grado de complicaciones para ser manejados y pueden llegar a afectar al individuo como son el divorcio de los padres, la muerte de algún familiar, asaltos o golpes, que aumentan la probabilidad de producir un desajuste en la adolescencia. Dado que son poco controlables e impredecibles es muy complicado prepararse por anticipado para enfrentarlos y aumentan la probabilidad de producir un desajuste en el adolescente.

Los adolescentes evalúan los sucesos de vida en base a su experiencia y estado emocional de esta manera subjetiva le atribuye a un evento ya sea normativo o no normativo, una valoración positiva o negativa y dicha atribución tiene repercusión en el contexto psicológico (Lucio, Plascencia, & Zamarrón, 2005).

Ya que es el estrés puede ser causado por diversos eventos a la vez y estar en función de su magnitud, duración, intensidad y frecuencia (Compas, 1988; Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Compas, Orosan, & Grant, 1993) se puede organizar las dimensiones del estrés en tres categorías: 1. estrés normal, 2. estrés agudo, y 3. estrés crónico.

En lo que se refiere al estrés normal, todos nos encontramos expuestos a algún nivel de estrés como parte de nuestra vida cotidiana, y en el caso de los adolescentes, la acumulación de estrés cotidiano se liga a sintomatología psicológica propia de su etapa. La asociación entre el estrés que se genera en esta etapa y el desajuste psicológico es más bien mínima, lo que da a entender que este tipo de estrés no explica la probable presencia de psicopatología (Compas et al., 1993). A diferencia de este tipo de estrés, los adolescentes que están expuestos a un estrés agudo o traumático pueden desarrollar algún tipo de problema psicológico. La exposición a un estrés agudo es cualitativamente diferente al estrés normativo, pues afecta a los adolescentes a un nivel extremo donde se ve afectado el mundo actual del adolescente y su interacción con el medio. Por último, el estrés crónico hace referencia a las respuestas dadas a los

acontecimientos que se encuentran presentes actualmente y forman parte del ambiente, por ejemplo, la pobreza, la violencia familiar, la discriminación, psicopatología de los padres. Se ha encontrado que si los padres del adolescente sufren de depresión, estos están en grave riesgo de tener desajustes psicológicos, parte de otros factores internos y externos del adolescente (Compas, et al., 1993).

Al considerar que los adolescentes experimentan algún grado de estrés mientras crecen, Compas (1987) propuso la existencia de dos factores clave que sirven como productores de síntomas psicológicos durante esta etapa. Por un lado está la acumulación de estrés cotidiano (eventos del día a día, que de manera acumulativa resulta crónico o mayor) y por otra parte, se encuentra la ocurrencia conjunta de estresores no normativos severos en un lapso corto de tiempo.

Al respecto Mandel (2005 en Valencia, 2012) opina que a pesar de que muchas situaciones estresantes son pasajeras y manejables, es importante identificar cuando un estresor genera respuestas de estrés crónico, ya que pueden causar problemas de salud o de su desarrollo (académico o social). Asimismo se debe de situar adecuadamente las áreas de mayor conflicto en esta población.

De acuerdo con Lucio y Durán (2003), los tipos de estresores más frecuentes en la adolescencia se pueden agrupar por áreas de la siguiente manera:

- **Área Familiar:** se refiere a los sucesos que ocurren dentro de la dinámica familiar tanto nuclear como extensa del adolescente. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el joven. Además de sucesos como divorcios enfermedades, conflictos y problemas.
- **Área Social:** se relaciona con los sucesos que tienen que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera del ambiente familiar y escolar.
- **Área Personal:** incluye los eventos que se relacionan con la vida emocional y sexual del adolescente, como cambios físicos, cambios psicológicos y

funcionamiento en general.

- Área Problemas de conducta: se refiere a los sucesos que implican dificultades en diferentes áreas de su vida, como situaciones en las que tenga problemas con las autoridades y violación de normas, así como sus consecuencias. Incluye desde normas relacionadas con la escuela, hasta aquellas que implican problemas legales.
- Área fracasos: pertenecen los sucesos donde no se alcanzan las metas en diferentes situaciones de la vida del adolescente e involucran pérdidas materiales.
- Área Salud: sucesos que tienen que ver con hábitos e higiene personal y funcionamiento general que afectan su salud.
- Área Escolar: son los eventos relacionados con el contexto escolar en el de se desenvuelve el adolescente, que tiene que ver con el desempeño académico, su relación con maestros y compañeros y cambios dentro de este ámbito.

En cuanto a la familia, los conflictos entre padres e hijos pueden ocasionarse por diferentes causas, algunas se relacionan por las necesidades que se generan en los chicos y por las capacidades que tienen los padres para manejar estas situaciones (Olivia, 2006). Además, el desarrollo de un pensamiento abstracto y complejo les da a los adolescentes una visión más crítica de las reglas familiares y normas sociales, por lo que podrían mostrarse desafiantes no solo con los padres, sino con otras figuras de autoridad (Arnett, 2008; Horrocks, 2008). Del mismo modo, de acuerdo con Arenas, Durán y Heredia (2008), los eventos de vida negativos en el área familiar predicen la presencia de dificultades en el sistema familiar.

Morales (2009) encontró en adolescentes pertenecientes a los estados de Aguascalientes y Sonora que la familia produce mayores eventos estresantes que afectan otras áreas, haciendo a la familia un factor vulnerable al adolescente. También, hace mención que los hombres reportan más eventos negativos en el área Logros y Fracazos, mientras que las mujeres en el área Escolar, lo cual es similar a los hallazgos de otros estudios (López & Coppari, 2008).

En otras investigaciones sobre sucesos estresantes se ha encontrado que los hombres reportan experimentar mayor ocurrencia de sucesos estresantes, mientras que en los niveles socioeconómicos, el nivel bajo padece más eventos estresantes en comparación con un nivel alto y quienes reportan mayor sucesos estresantes son los adolescentes entre los 17 y 18 años, (Lucio, León, Durán, Bravo & Velasco, 2001) confirmando que a mayor edad, aumenta la exposición a sucesos estresantes (Lucio, Barcelata & Durán, 2001; Lucio, Barcelata, Durán, & Villafraña, 2004).

Siguiendo con el nivel socioeconómico, en algunos estudios (Lucio, et al, 2001) el nivel bajo reportó más sucesos estresantes que el nivel alto, en el que se observa que los hombres muestran mayor número de sucesos estresantes de tipo social y escolar. En cuanto a las chicas, reportan más eventos de índole personal y familiar.

Otro estudio (Veytia, González-Arriata, Andrade & Oudhof, 2012) hace referencia que los sucesos negativos en el contexto escolar predominan en la adolescencia y con mucha frecuencia deterioran el rendimiento escolar.

Lo encontrado por Barcelata, Granados y Armenta (2013) en una muestra de adolescentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, indica que los varones presentan mayor riesgo en el consumo y abuso de drogas, tener un accidente y ser expulsado de la escuela, mientras que las mujeres muestran más riesgo de experimentar episodios depresivos y eventos familiares estresantes.

Algunas investigaciones sugieren que los adolescentes con depresión perciben más estrés en comparación con aquellos que no presentan estrés (Ferreira, Granero, Noorian, Romero & Doménech-Llaberia, 2012; Heredia-Ancona, et al., 2011; Veytia, et al., 2012), en las cuales se encontró que vivir en situación de riesgo afecta la percepción interna de los individuos que inciden en las vivencias de estrés. Además el malestar depresivo aparece en sus primeras etapas en la adolescencia y que puede persistir hasta la edad adulta.

Se ha asociado que los eventos estresantes juegan un papel importante en el desarrollo de síntomas depresivos (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez y Suárez-de la Cruz, 2011), tomando en cuenta que al ser percibidos de manera negativa pueden tener consecuencias mayores como el suicidio, como lo reportado en algunos estudios (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006; Lucio, et al., 2005). Esos estudios indican que hay correlación importante entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida, de acuerdo a un estudio realizado en estudiantes adolescentes mexicanos. Se menciona que al aumentar el número de sucesos estresantes en los jóvenes el riesgo suicida aumenta, principalmente al considerar algunos sucesos familiares y personales como negativos a diferencia de los jóvenes sin depresión o ideación suicida.

Continuando con la las consecuencias mayores de la depresión, en un estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda por Fergusson, Beautrais y Horwood (2003) se encontró que los jóvenes que desarrollan depresión mayor presentan mayor riesgo de ideación e intento suicida, en comparación con jóvenes que no presentan depresión mayor. Entre los factores que influyen tanto en la vulnerabilidad como en la resiliencia de las respuestas de suicidio estaban presentes antecedentes familiares de suicidio, abuso sexual en la infancia, factores de personalidad, afiliaciones de pares y el éxito escolar.

Investigaciones como la de Lucio, Barcelata, Durán y Villafraña (2004), en la cual trabajaron en un estudio transcultural con adolescentes venezolanos y mexicanos, dieron a conocer la diferencia que existe entre culturas, según la percepción de sucesos estresantes entre ambos grupos de adolescentes, obteniendo como resultado un mayor riesgo de presentar problemas emocionales el grupo de adolescentes mexicanos a diferencia de los venezolanos.

Los hallazgos encontrados por Oliva y colaboradores (2008) sobre el tipo de sucesos vitales estresantes que experimentan los adolescentes con más frecuencia son los cambios de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo

al grupo de iguales). Cabe mencionar que estos sucesos se han relacionado con síntomas de depresión en los adolescentes.

Lo anterior, se atribuye a las grandes presiones que ejerce la sociedad respecto a situaciones estresantes las cuales afectan indirectamente a los adolescentes, sumado a los cambios físicos, psicológicos y emocionales propios de su desarrollo (Lucio, et al. 2004).

2.3 Depresión en la adolescencia

Los estados emocionales pueden influir en la salud, al mismo tiempo que en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica. En general los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacen al individuo más vulnerable a diversas enfermedades, incrementan la percepción y reporte de síntomas, disminuyen la disposición a buscar atención médica oportuna, inducen conductas no saludables (como fumar e ingerir alcohol) y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social. Lo que permite explicar que el pesimismo y el ánimo depresivo se asocien con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006).

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión (Medina-Mora, et al., 2003). Se calcula que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2015). La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2015).

La depresión de acuerdo con Valenzuela (2009), es la incapacidad de identificar, percibir y expresar sentimientos; por tanto, desde la niñez se producen factores que desencadenarán el padecimiento al no cumplirse las necesidades básicas de esa etapa y que provocarán daños en fases posteriores.

Alrededor del 95% de los casos de depresión se originan en la infancia; en esa etapa se gestan y desarrollan factores que repercutirán en la adolescencia o en la adultez (Valenzuela, 2009). Mientras que el restante 5% se explica por cuestiones metabólicas o aspectos como traumatismos, problemas de hipertiroidismo, hormonales o cardiovasculares, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (2011), señala que en un año cualquiera, aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. El riesgo se incrementa cuando concurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, y el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.

En los últimos 40 años se empezó a reconocer la depresión como un trastorno que también padecen niños y adolescentes, los cuales puede tener implicaciones en su funcionamiento en años posteriores, ya que las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, por lo que es importante estudiarla y atenderla a edad temprana (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004).

En 1993, Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza realizaron un estudio utilizando la prueba de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), señalando que un 15,4% de los adolescentes estudiados son clasificados como deprimidos.

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2003 (Medina-Mora, et al, 2003) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos y es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Para el 2009, los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México por Benjet y colaboradores, se detecto que el 10.5% de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad presentan depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Mientras que para las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar de los trastornos con mayor prevalencia, lo que podría representar mayor vulnerabilidad a otros problemas si no son atendidos oportunamente.

La evidencia empírica indica que las personas que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de su vida; aunque pueden ser menos episodios en los casos que recibieron tratamiento en su primer episodio. En este sentido, los hallazgos indican que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno, y no por haber iniciado en edad joven (Benjet, et al., 2004). Sin embargo, los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismo.

En México el Trastorno Depresivo Mayor tiene una prevalencia a lo largo de la vida de 3.3%. Ocurre en cerca del 1.5% de la población adulta en a lo largo de un año, y las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres (relación 2:1). La edad de inicio es difícil de establecer, ya que el primer episodio usual mente es leve y no es tratado,

muchas veces se reconoce en retrospectiva muchos años después. Puede aparecer a cualquier edad (Heinza & Camacho, 2010).

Con base a lo encontrado Bennett, Ambrosini, Kudes, y Rabinovich (2005), existen diferencias por género en la frecuencia y severidad de los síntomas depresivos en adolescentes. Las chicas pueden presentar mayor culpa, insatisfacción con su imagen corporal, ideas de falla o incapacidad, problemas para concentrarse, tristeza, problemas para el sueño, fatiga y preocupación por su salud. En contraste con los hombres puede predominar la anhedonia, el afecto depresivo y la fatiga matutina. Esto se puede deber a la combinación de transiciones biológicas y sociales que presentan las mujeres, además de que tiene mayor vulnerabilidad de desarrollar problemas de identificación, autoestima y autoeficacia, los cuales se acrecientan en esta etapa y serían factores desencadenantes de los síntomas depresivos (Barra, et al., 2006). También existen diferencias en la forma de afrontar los problemas, el estrés global más alto en las mujeres, así como mayor preocupación de las chicas por su imagen corporal (Arnett, 2008).

La creciente prevalencia de la depresión en adolescentes puede explicar en parte la escalada de los suicidios de esta etapa, en los que se ha identificado a la depresión como un factor de riesgo. A nivel mundial, más de 800 mil personas mueren por suicidio al año. En México, en 2013 se registraron 5909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, coleándose como la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de 5% por cada 100 mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía –INEGI-, 2015) . Las entidades con mayor tasa de suicidio son Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8) y Campeche (8.5). El 40.8% de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa una tasa de 7.5 de suicidios por cada 100 mil jóvenes. Del total de suicidios, el 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres. El principal lugar donde ocurren los decesos es dentro de la propia vivienda (74%). En tanto que el método principal es el ahorcamiento, estrangulación o sofocación (77.3%).

Fuera de México, otro estudio con adolescentes reportado por Grant, Compas, Thurm, McMahon, Gipson, Cambell, Krochock y Westherholm en el 2006 (Veytia, et al., 2012) señala que los que presentaban depresión de larga duración habían experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tenían episodios depresivos más cortos presentaron sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares.

2.4 Sintomatología depresiva

Cuando se habla de sintomatología, se hace mención de la manifestación de una enfermedad o un trastorno que se tiene, tanto si es percibida por la propia persona (síntomas), como por el observador entrenado (signos), o si se obtienen por medio de algún tipo de prueba. La sintomatología que presenta una persona con un cuadro de depresión es una modificación en las emociones, en la cognición, en la motivación, en las actividades neurovegetativas y físicas.

Depresión es un término general que se refiere a un período prolongado de tristeza, en que se distinguen varios niveles de depresión. El estado de ánimo depresivo es el periodo duradero de tristeza, sin síntomas relacionados. El síndrome depresivo se refiere a un período duradero de tristeza junto con otros síntomas como llanto frecuente, sentimientos de falta de valor, culpa, soledad y preocupación. La forma más grave de la depresión es el trastorno de depresivo mayor (Arnett, 2008).

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). El diagnóstico debe realizarse mediante la entrevista clínica apoyado por instrumentos de detección.

El DSM-IV-TR incluye los siguientes síntomas específicos (Arnett, 2008):

1. Estado de ánimo depresivo o irritable durante la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución del interés o el placer de todas o casi todas las actividades, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento de peso significativo o disminución del apetito.
4. Insomnio o exceso de sueño.
5. Agitación o retardo psicomotriz que pueden ser observados por otros.
6. Falta de energía o fatiga.
7. Sentimientos inapropiados de minusvalía o culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, pensamientos suicidas recurrentes.

De acuerdo a la CIE-10, los trastornos depresivos presentan como síntomas (Berlanga, 1996):

1. Animo depresivo
2. Incapacidad para disfrutar,
3. Fatiga, falta de vitalidad
4. Baja confianza o autoestima
5. Ideas de culpa o minusvalía
6. Pensamientos y/actos suicidas
7. Baja de atención y concentración
8. Aumento o disminución de la actividad motriz
9. Aumento o disminución del apetito
10. Trastornos del sueño

La imagen clínica de la depresión en los adolescentes es similar pero no idéntica a la observada en los adultos. En primer lugar, es más común la irritabilidad que el desaliento en este grupo y a menudo se interpreta de manera errónea por los padres y otros adultos como rebeldía o desobediencia. Además, los adolescentes tienen menos posibilidades que los adultos de manifestar la depresión con palabras. En lugar de ello, comunican sus tensiones a través de conductas disfuncionales como desempeño

escolar inadecuado, abstinencia social o actos antisociales.

Tabla 1. Síntomas de depresión infantil según la edad

Edad	Síntomas
Menor a 7 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llanto inmotivado. ▪ Quejas somáticas. ▪ Irritabilidad ▪ Detenciones del desarrollo. ▪ Rechazo escolar.
7 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quejas somáticas. ▪ Agitación psicomotriz. ▪ Agresividad. ▪ Apatía y tristeza. Quejas de aburrimiento. ▪ Sensación de “estar superado por las exigencias”. ▪ Falta de concentración. ▪ Bajo rendimiento y pobre adaptación escolar. ▪ Rechazo escolar. ▪ Trastorno del sueño. Cambios en los hábitos del sueño. ▪ Astenia y fatiga o pérdida de energía. ▪ Cambios en el apetito. ▪ Indecisión. ▪ Ideas de muerte recurrente (no necesariamente ideas de suicidio).
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mismos síntomas que en la edad prepuberal. ▪ Conducta negativista. ▪ Agresividad. ▪ Irritabilidad. ▪ Desgano para cooperar en actividades familiares. ▪ Desinterés por el aseo personal. ▪ Dificultades escolares. ▪ Retraimiento social con hipersensibilidad; hipersensibilidad al rechazo. ▪ Desinterés por cosas que antes le atraían. ▪ Ideas de muerte y suicidio. ▪ Planes suicidas.

De acuerdo con la Guía Clínica de Depresión en Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Nogales, et al., 2014), en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Los síntomas se mencionan en la tabla 1, los cuales han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe de

acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del menor. En lugar de pérdida de peso, los niños y adolescentes pueden no alcanzar el peso y altura esperados para su salud.

2.4.1 Instrumentos de evaluación para la detección de depresión en adolescentes

Las escalas de evaluación que se utilizan más en niños y adolescentes son las siguientes (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios & De la Peña, 2010):

- Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes: del inglés Depression Self Rating Scale (DSRS) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento, esto es, su evolución. Consta de 18 reactivos, con una puntuación máxima de 36. Fue validada en español por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el año de 1996. Es autoaplicable, esto es, el chico puede contestarla por sí mismo, o puede también ser leída por el profesional de la salud para que el chico vaya dando su respuesta. Los reactivos 1,2,4,7-9,11-13,15 se califican de 0 a 2 y los reactivos 3,5,6,10,14,16,17 se califican en forma inversa, es decir, de 2 a 0. La puntuación de 14 o más indica alta probabilidad de padecer depresión, sin embargo no sustituye el diagnóstico clínico
- El Inventario de Depresión de Niños (CDI): Es un cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): Es una escala autoaplicable, esto es, el niño o adolescente la contesta por sí mismo. Es ampliamente utilizada. Consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples, que va de 0 a 3 puntos, donde de 0-13 puntos se clasifica como no deprimidos, 14-19 ligeramente deprimidos, 20-28 moderadamente deprimidos y 29-63 gravemente deprimidos. El BDI ha sido ampliamente estudiado y se considera un instrumento válido.
- Escala de Hamilton para la depresión. La valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado en

su utilización. Se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva. Escala autoaplicada para la depresión. Es una escala autoaplicable de 20 ítems. La mitad de los ítems son sintomáticamente negativos y la otra mitad positivos.

Otros instrumento mencionado en la Guía Clínica de Depresión en Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Nogales, et al, 2014):

- Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos (CES-D-R). Consta de 35 reactivos que permiten valorar la presencia y frecuencia de los síntomas a través de cinco categorías (Síntomas de Episodio de Depresión Mayor clínicamente relevantes, Episodio de Depresión Mayor altamente probable, Episodio de Depresión Mayor probable, Episodio depresivo subumbral, Ausencia de síntomas de Episodio de Depresión Mayor de relevancia clínica).

En resumen de este capítulo, los sucesos vitales que el individuo no puede procesar y asimilar de manera adecuada y/o por las dificultades y preocupaciones que persisten durante algún tiempo y para el cual no hay solución aparente, aumentan la vulnerabilidad de malestar psicológico. En el caso de la depresión, altera la percepción de dichos acontecimientos. Además, la acumulación de estos sucesos percibidos como estresantes tiende a generar mayores problemas.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

3.1 JUSTIFICACIÓN

Los cambios evolutivos y tareas que deben afrontarse durante la adolescencia convierten a esta etapa en un periodo complicado y difícil, pero al no contar con los recursos suficientes y la experiencia necesaria para manejar las demandas internas y externas hacen que aumente la vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud o emocionales, por lo que los adolescentes son considerados un grupo en constante riesgo.

Para comprender el estrés que esto implica en la adolescencia, es importante considerar la percepción de los eventos o sucesos específicos (mayores y menores), así como el área donde se originan pudiendo ser en circunstancias cotidianas, y tomar en cuenta que el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo, más que objetivo (Lazarus, et al., 1991). Además, los sucesos percibidos como estresantes pueden ser uno de los factores de riesgo para el adecuado ajuste de los adolescentes (Compas, et al, 1993; Estévez, et al, 2012; Heredia-Ancona, et al, 2011).

También, en dicha etapa se presentan factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que se desarrollen trastornos emocionales y de conducta. Los eventos de vida estresantes en el adolescente suelen ser definidos en sus comportamientos, en su forma de pensar y de sentir, estos pueden dar lugar a manifestaciones positivas o negativas (Morales, 2009). Estos acontecimientos por sí mismos pueden no causar un gran impacto, pero la acumulación de dichos eventos tiende a repercusiones en la salud física y psicológica del individuo (Coddington, 1972; Lazarus et, al, 1991; Lucio, 2014; Lucio, et al., 2001; Lucio, et al., 2005; Oliva, et al., 2008).

Otro factor que afecta a esta población es la depresión, la cual puede ser resultado de una serie de vivencias frustrantes, que acaban por colocar al sujeto en una situación de abandono de sí mismo, de desesperanza, provocado por un sentimiento de impotencia, teniendo como reforzadores aislamiento, temor y estrés en otros (Arnett, 2008). Manejado de manera inadecuada puede llevar a la ansiedad, al aislamiento, a la agresión o a enfermedades físicas.

En otras palabras, estudiar la depresión y los sucesos de vida en adolescentes es relevante si se considera la detección temprana de las fuentes de estrés permitiría una atención oportuna para prevenir dificultades mayores o más graves en etapas posteriores.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las condiciones y estilos de vida han llevado al adolescente a enfrentarse situaciones generadoras de malestar, que asociadas a los cambios propios de esa etapa y a la rapidez con la que los transita, los pone frente a situaciones para las cuales aún no cuentan con la experiencia necesaria, ni con los suficientes recursos psicológicos, sociales y económicos, ante las cuales al no ser capaz de adaptarse se vuelven fuente de estrés.

Hay situaciones estresantes que pueden ser consideradas eventos críticos (o mayores), que suelen asociarse a síntomas físicos y/o psicológicos; y otros como cotidianos, que pueden tener consecuencias serias en el bienestar del adolescente. Desde este contexto la pregunta es:

¿Qué eventos de vida son percibidos como estresantes por las y los adolescentes con sintomatología depresiva?

3.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los eventos de vida percibidos como estresantes en adolescentes con sintomatología depresiva.

Objetivos particulares

- Detectar que eventos estresantes se presentan en mayor número en el desarrollo de los adolescentes.
- Determinar las diferencias de los eventos estresantes en función del sexo.

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Sintomatología depresiva

- Definición conceptual: Presentar estado de ánimo depresivo o disminución del interés y el placer, además de cualquier otro síntoma del cuadro depresivo (Nogales, et al., 2014).
- Definición operacional: elevaciones mayores a T65 dentro del MMPI-A (Lucio, 1998) en las escalas Hs, D, Is, DEP-A, BAE-A, ASL-A, ISO-A, ESC-A, A-A y R-A

Sucesos de vida estresante

- Definición conceptual: Todo acontecimiento que se presenta en cualquier etapa del ciclo vital de una persona, que potencialmente es capaz de producir estrés y alterar de forma negativa, directa o indirectamente su salud mental o física (Casullo, 2003; Plunkett, et al., 2000).
- Definición operacional: Respuestas dadas al Cuestionario de Sucesos de Vida forma para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) en las que se afirme que sucedió el evento de vida.

3.5 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Se realizó un estudio de campo transversal, ex post facto, de tipo comparativo de dos grupos independientes, con un diseño descriptivo (Kelinger & Lee, 2002).

3.6 PARTICIPANTES

De un grupo de 149 adolescentes con rango de edad de 12 a 18 años, asistentes a un servicio de atención psicológica de una clínica multidisciplinaria de salud pública de la Zona Oriente de la Ciudad de México por motivos de consulta de depresión, estado de ánimo bajo, cambios en el apetito, apatía, tristeza y/o problemas escolares se eligieron de manera intencional a los participantes con sintomatología depresiva que presentaron al menos tres escalas asociadas con síntomas depresivos del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A- (Lucio, 1998) con puntuaciones de $T > 65$ como se ha sugerido en otros estudios (Archer, Handel & Lynch, 2001; Fontaine, Archer, Elkins, & Johansen, 2001).

La muestra quedó integrada por 91 adolescentes identificados con sintomatología depresiva (57.1% hombres; 42.9% mujeres) con edad promedio de 14.9 años ($D.E=1.49$). Los criterios que se tomaron en cuenta para el tamizaje fueron los siguientes:

a) Criterio de inclusión

- Adolescentes de 12 a 18 años
- Asistentes a un servicio de atención psicológica de una clínica multidisciplinaria de salud pública de la zona oriente de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.
- Presentar puntuaciones $T > 65$ en tres o más escalas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A-: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D) e Introversión social (Is), Depresión adolescente (DEP-A), Baja

autoestima adolescente (BAE-A), Aspiraciones Limitadas (ASL-A), Incomodidad social adolescente (ISO-A), Problemas escolares adolescentes (ESC-A), Ansiedad-adolescente (A-A), y Represión adolescente (R-A).

b) Criterios de exclusión

- Presentar alguna discapacidad intelectual que impida la comprensión de los reactivos.

c) Criterios de Eliminación

- Dejar más del 10% de ítems sin contestar en los instrumentos de evaluación
- No cumplir con los criterios de validez del MMPI-A (Lucio, 1998).

En la siguiente figura se observa el proceso por el cual se eligieron a los participantes.

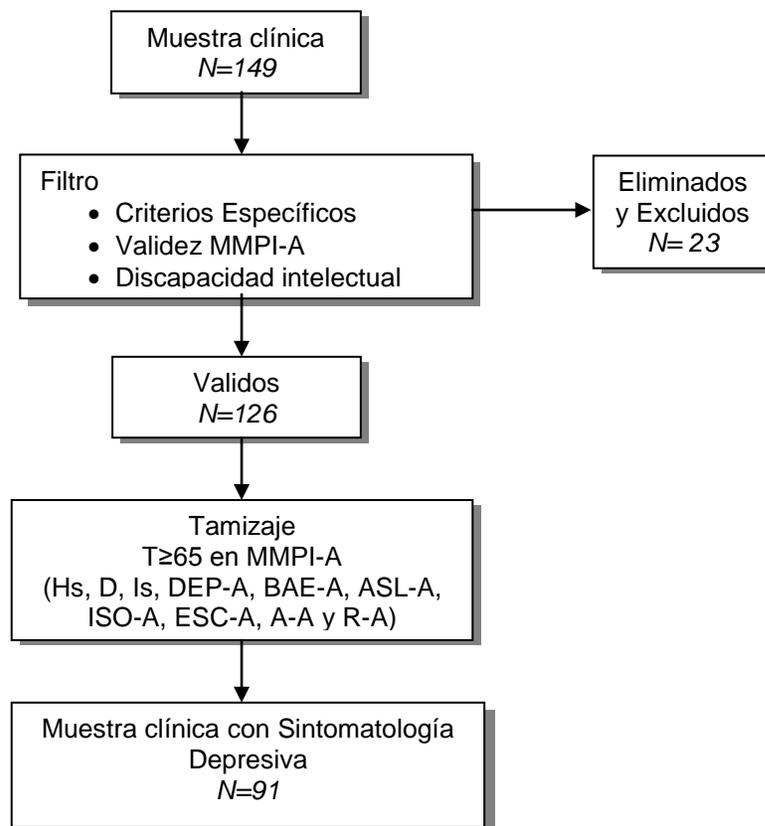


Figura1. Proceso de elección de los participantes.

3.7 INSTRUMENTOS

Fichas Sociodemográfica para Adolescentes (Lucio, Durán, Barcelata & Hernández, 2007). La Ficha Sociodemográfica es una ficha de identificación que consta de 33 reactivos de opción múltiple que indaga datos sociodemográficos. Es un instrumento de autoadministrable empleado para obtener información sobre los adolescentes y sus padres.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes, MMPI-A (Lucio, 1998). Identifica los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como rasgos de personalidad del adolescente (12-18 años). Consta de 478 reactivos con opción de respuesta Verdadero/Falso.

Del instrumento se obtienen tres perfiles, los cuales se encuentran integrados en cuatro tipos de escalas: a) Escalas de validez; b) Escalas Clínicas; c) Escalas de Contenido; y d) Escalas Suplementarias. Las Escalas de Validez están integradas por 7 escalas: (VRIN) Inconsistencia de respuesta variables, (TRIN) Inconsistencia de respuestas verdadero, (F, F1, F2) Infrecuencia (L) Mentira y (K) Actitud variable; se requieren para determinar la manera de contestar la prueba, es decir permite saber si los resultados son confiables y válidos. Las Escalas Clínicas son 10: Hipocondriasis (1-Hs), Depresión (2-D), Histeria (3-Hi), Desviación psicopática, (4-Dp), Masculinidad-feminidad (5-Mf), Paranoia (6-Pa), Psicastenia (7-Pt), Esquizofrenia (8-Es), Manía (9-Ma) e Introversión social (0-Si); sirven para evaluar rasgos de personalidad, problemas emocionales y sintomatología con diversos contenidos, los cuales pueden ser identificados de manera específica a través de las Escalas de Contenido que abarcan 15 escalas: Ansiedad adolescente (ANS-A), Obsesividad adolescente (OBS-A), Depresión adolescente (DEP-A), Preocupación por la salud adolescente (SAU-A), Enajenación adolescente (ENA-A), Pensamiento delirante adolescente (DEL-A), Enojo adolescente (ENJA), Cinismo adolescente (CIN-A), Problemas de conducta adolescente (PCOA), Baja autoestima adolescente (BAE-A), Aspiraciones limitadas (ASL-A), Incomodidad social adolescente (ISO-A), Problemas familiares adolescentes (FAM-A),

Problemas escolares adolescentes (ESC-A), Rechazo al tratamiento adolescente (RTR-A). Finalmente, las Escalas Suplementarias aportan información complementaria, integrada en 6 escalas: Alcoholismo de Mac Andrew (MAC-A), Reconocimiento de problemas con Alcohol y/o drogas (RPAD-A), Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (TPAD-A), Inmadurez adolescente (INM-A), Ansiedad-adolescente (A-A), y Represión adolescente (R-A) (Lucio, 1998). Cuenta con alfas que varían de .89 a .40, así como coeficiente de confiabilidad test-retest de .56 a .91, y validez concurrente que oscilan entre .31 y .56.

De esta prueba se tomaron en consideración las escalas relacionadas con la sintomatología depresiva, 3 de las escalas clínicas:

- Hipocondriasis (Hs): Esta escala refleja preocupaciones por la salud y la enfermedad. Los ítems están compuestos por quejas somáticas, vagas y específicas.
- Depresión (D): los reactivos reflejan sintomatología depresiva: desánimo, falta, de felicidad, de interés, apatía, retardo psicomotor, irritabilidad y tendencia a la preocupación.
- Introversión social (Is): Evalúa los problemas de interacción social.

De las escalas de contenido se tuvieron en cuenta 5 escalas:

- Depresión adolescente (DEP-A): Informa sobre síntomas de depresión.
- Baja autoestima adolescente (BAE-A): Revelan opiniones negativas sobre sí mismos.
- Aspiraciones Limitadas (ASL-A): reflejan poco interés por ser exitosos, presencia de características asociadas con la pereza y el desinterés. Tienen dificultad para empezar actividades nuevas y abandonan las que están haciendo ante los menores inconvenientes.
- Incomodidad social adolescente (ISO-A): Identifica las dificultades para tener amigos y tendencia a evitar encuentros sociales.
- Problemas escolares adolescentes (ESC-A): puntuaciones altas revelan distintos tipos de dificultades. Asistir a la escuela puede ser percibido como una pérdida

de tiempo. Están presentes experiencias de fracaso en los aprendizajes así como dificultades de ajuste al medio escolar.

De las escalas suplementarias se utilizaron 2 escalas:

- Ansiedad-adolescente (A-A): presencia de problemas de adaptación y sentimientos de malestar y desajuste emocional.
- Represión adolescente (R-A): Conformismo, sumisión, tendencia a evitar situaciones desagradables.

Cuestionario Sucesos de Vida forma para adolescentes (Lucio & Durán, 2003). Es un instrumento de autoinforme para adolescentes entre 13 y 18 años de edad que detecta problemas emocionales en adolescentes, a partir de los sucesos estresantes que ha atravesado durante el último año y permite la evaluación subjetiva que los propios adolescentes tienen de ellos. Está constituido por 130 reactivos, de los cuales 129 tienen cuatro alternativas de respuesta (a. me sucedió y fue bueno para mí; b. me sucedió y fue malo para mí; c. me sucedió y no tuvo importancia; d. no me sucedió) y una pregunta abierta. Su aplicación puede ser individual o colectiva, con una duración aproximada de 20 minutos. Cuenta con una confiabilidad global de .89 (Alpha Kuder-Richardson), una validez concurrente con un coeficiente de correlación de .76 y un coeficiente de test-retest .75 (Lucio, Barcelata & Durán, 2003).

Los reactivos permiten evaluar siete áreas: a) Familiar, b) Social, c) Personal, d) Problemas de Conducta, e) Logros y Fracazos, f) Salud y g) Escolar. Los cuales pueden ser positivos o negativos, así como normativos y no normativos:

- El Área Familiar (Fam) incluye los sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia tanto nuclear como extensa. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y forma de interacción de los miembros de la familia, explora sucesos como divorcios, enfermedades, conflictos y problemas.
- El Área Social (Soc) investiga sucesos que tiene que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otra persona fuera del ambiente familiar y escolar. Además, aborda los roles que el adolescente desempeña en los grupos.

- El Área Personal (Per) comprende los eventos que se relacionan con la vida emocional y sexual del adolescente, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos.
- El Área de Problemas de Conducta (Pco) hace referencia a situaciones tocantes a problemas con las autoridades y violación de normas, así como sus consecuencias. Incluye desde las normas relacionadas con la escuela, hasta aquellas que implican problemas legales.
- El Área Logros y Fracasos (LyF) explora el alcance o no de las metas del adolescente en diferentes actividades y áreas de su vida, así como pérdidas materiales.
- El Área de Salud (Sal) contiene situaciones de la vida del adolescente relacionadas con sus hábitos e higiene personal y cómo éstos afectan su salud.
- El Área Escolar (Esc) corresponde a sucesos de vida dentro del contexto escolar en el que se desenvuelve el adolescente, que tiene que ver con su desempeño académico, su relación con maestros y compañeros, y con cambios del ámbito escolar.
- Lo Sucesos Normativos refieren a eventos como cambios de escuela, variaciones en las relaciones con los padres y cambios corporales, ya que se presentan en adolescentes entre las mismas edades y son típicos de esta etapa del desarrollo de vida.
- Lo Sucesos No Normativos son los eventos de vida significativos y críticos, como son la muerte de un familia, asaltos o golpes que aumente la probabilidad de producir un desajuste en el adolescente.

A la vez, los sucesos son divididos en reactivos Positivos y Negativos:

- Los reactivos positivos son aquellos que por sí mismos denotan beneficios o bienestar al adolescente. Este tipo de sucesos se consideran no normativos cuando se trata de eventos de vida significativos y poco frecuentes.
- Los reactivos negativos implican insatisfacción o malestar en función del adolescente.

3.8 ESCENARIO

La muestra se obtuvo clínica multidisciplinaria de salud pública de la Zona Oriente de la Ciudad de México, que brinda atención psicológica. Los instrumentos se aplicaron en las instalaciones de la institución.

3.9 PROCEDIMIENTO

Previo a la aplicación de la batería, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes (ver anexo), con lo cual se garantizó la participación voluntaria y anónima. Después se administraron los instrumentos de forma colectiva en las instalaciones de la institución. Las aplicaciones se llevaron a cabo en dos sesiones con duración aproximada de 90 minutos cada una, en grupos de 5 a 7 adolescentes.

Una vez que cada grupo concluía el proceso de aplicación se realizaba la captura de datos. El tamizaje se hizo a través del MMPI-A, el cual forma parte de una evaluación más amplia, con dicha prueba se detectaron los chicos que presentaron tres o más escalas con puntuaciones de $T > 65$ en las escalas Hs, D, Is, DEP-A, BAE-A, ASL-A, ISO-A, ESC-A, A-A y R-A. De la muestra original de 149 adolescentes, se identificaron 91 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión (edad, sintomatología depresiva, respuestas válidas y confiables de acuerdo a los criterios de validez del MMPI-A).

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 19. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos de medias por sexo con t de Student.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Características de la muestra

La muestra identificada con sintomatología depresiva quedó integrada por 91 adolescentes, siendo el 57.1% hombres (N=52) y 42.9% mujeres (N=39), con edad entre los 12 y 18 años de edad, y una media de 14.9. El 22% de la muestra son hombres de 13 años, mientras que la mayor frecuencia de mujeres tiene 14 años. Todos los participantes son solteros.

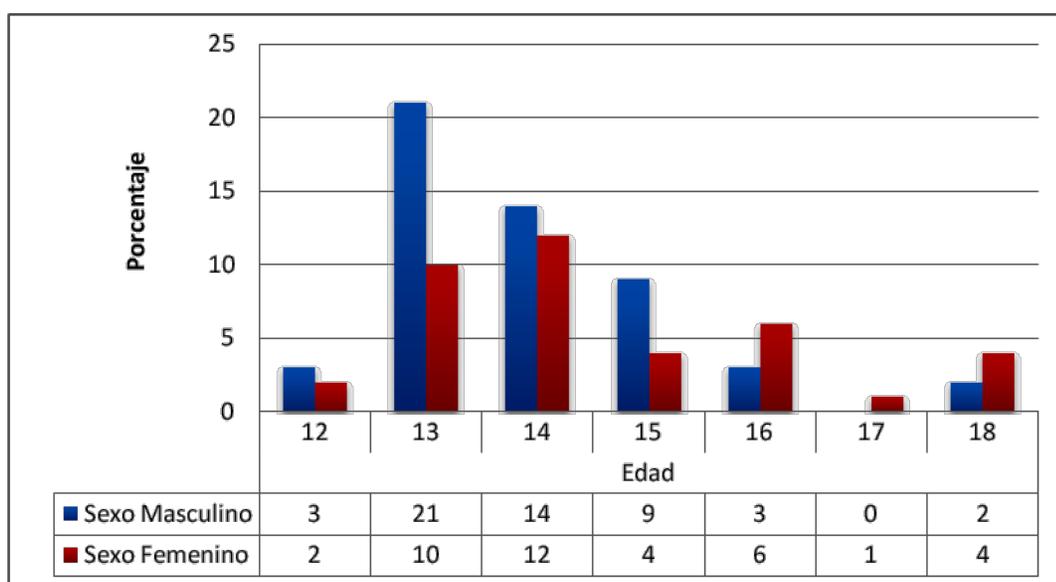


Figura 2. Distribución de la muestra por sexo y edad.

En relación a la escolaridad, un porcentaje elevado de la muestra (85.7%) es de secundaria, en su mayoría de una escuela pública. En tanto a los datos sociodemográficos se encontró que el 92.3% vive con su madre, el 57.1% con el padre y el 79.1% con sus hermanos. En menor porcentaje se encuentran las familias extensas (con abuelos, tíos), además de las familias reconstruidas (con medios hermanos o

primos). En cuanto al tipo de vivienda, el 24.2% reporta vivir en departamento, seguido por el 22% en casa en terreno familiar y en casa sola (tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	% (n=91)
Escolaridad	Primaria	4.4
	Secundaria	85.7
	Bachillerato	9.9
Tipo de Escuela	Pública	87.9
Viven con (y/o)	Madre	92.3
	Padre	57.1
	Hermanos	79.1
	Abuelos	30.8
	Tíos	22
	Medios hermanos/primos	4.3
Tipo de Vivienda	Departamento	24.2
	Casa en terreno familiar	22
	Casa sola	22
Promedio	10	1.1
	9	6.6
	8	23.1
	7	35.2
	6	26.4
	5	1.1

Con respecto al criterio de sintomatología depresiva, la figura 3 muestra las puntuaciones T promedio de los hombres y las mujeres en las escalas del MMPI-A asociadas con sintomatología depresiva. Las puntuaciones entre T50 y T65 se consideran dentro del rango de normalidad, mientras que los valores $T > 65$ sugieren la presencias de problemas emocionales o indicadores de adaptación negativa. La escala más elevada tanto en los varones como en las mujeres es Problemas escolares (ESC), lo que indica que presentan más dificultades en el contexto escolar. También, se observan que las escalas que sobrepasan el rango de normalidad son Depresión Adolescente (DEP-A), Hipocondriasis (Hs) y Aislamiento Adolescente (ASL-A). Además de Inconformidad Adolescente (ISO-A) en el caso de los chicos. Nótese que estas escalas que sobrepasaron las puntuaciones a T65, lo hacen por un aumento mínimo, sin embargo se encontró que de manera individual los participantes puntuaron por

arriba del rango de normalidad en tres o más escalas asociadas con sintomatología depresiva, lo que indica la presencia del algún problema emocional o de adaptación negativa. Cabe aclarar que las puntuaciones altas de algunos adolescentes se normalizo al promediar con las puntuaciones bajas del resto de la muestra, por lo que la mayorías de las medias de la muestra no sobrepasan de T65.

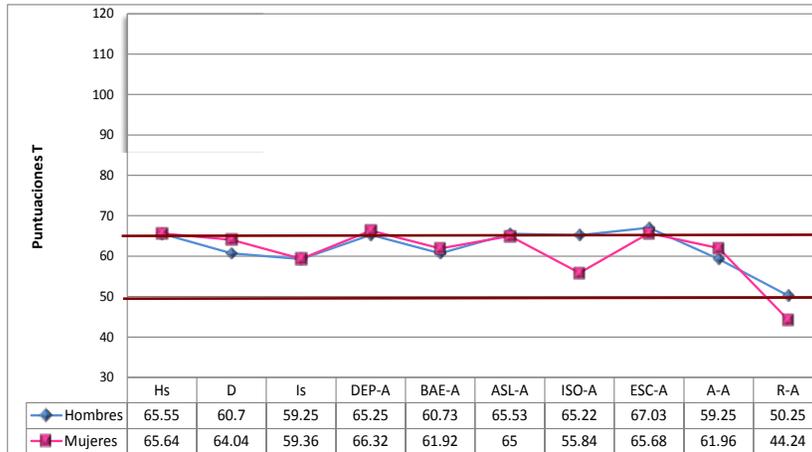


Figura 3. Promedios de las puntuaciones T en las escalas del MMPI-A asociadas con sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Por otro lado, como se puede observar las escalas Ansiedad (A-A) y Represión (R-A) son las más bajas, aunque aún más ésta última, lo que sugiere menor capacidad de autocontrol o de contención de impulsos, en particular en las chicas.

4.2 Prevalencia de los Sucesos de Vida

Con relación a los sucesos de vida, se encontró de manera general que el 59% (75.91) de los eventos vitales que se les han presentados a los participantes, de los cuales el 28% de los sucesos son reportados como malos, mientras que el 20% fueron

considerados buenos y el 11% fueron percibidos como indiferentes. El resto de los sucesos de vida (41%, 53.09) corresponden a “No me sucedió” (figura 4).

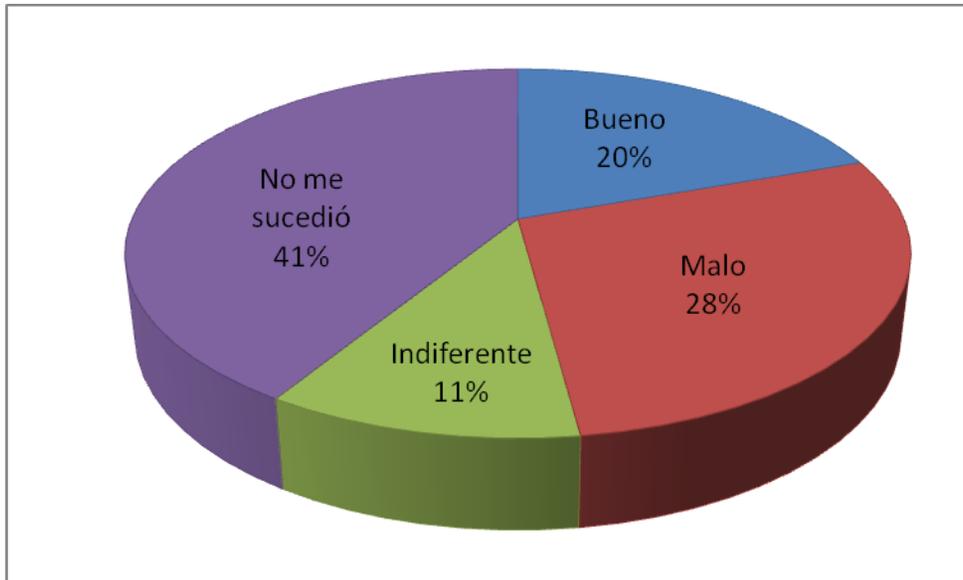


Figura 4. Frecuencias de las respuestas dadas (Buena, Mala, Indiferente, No me sucedió)

La tabla 3 presenta cómo fueron percibidos los sucesos de vida por adolescentes en cuanto al sexo. Se puede observar que de los 129 reactivos alrededor de 38 no les sucedieron, y de los que si les sucedieron existe un incremento en los que fueron percibidos como “malo”, con mayor número en las chicas. En segundo lugar se encuentran los sucesos considerados como “bueno”, sin diferencia entre los sexos. En cuanto a los “indiferente”, se aprecia un aumento en los hombres.

Tabla 3. Sucesos percibidos por tipo y sexo

Sucesos percibidos	Hombres (n=52)	Mujeres (n=39)
Bueno	29.74	29.7
Mala	40.04	43.05
Indiferente	20.75	17.52
No me sucedió	38.46	38.72

Con respecto al tipo de sucesos (tabla 4), la mayor parte de las respuestas (38.43%) son sucesos de tipo No-Normativos. Los reactivos con más frecuencia

reportados son los negativos, tanto en los Normativos como en los No-Normativos. Las mujeres tienden a puntuar más alto que los varones dentro de este grupo de reactivos.

Tabla 4. Número de sucesos por tipo y sexo

SUCESOS	TIPO	Hombres (n=52)	Mujeres (n=39)	TOTAL (n=91)
Normativos	Positivo	11.58	10.63	22.21
	Negativo	11.14	12.33	23.47
No Normativos	Positivo	1.69	1.74	3.43
	Negativo	12.83	13.53	26.36

De los 129 sucesos evaluados, los adolescentes han experimentado 75.91 de los eventos vitales, 37.77 por los hombres y 38.13 las mujeres. Como se puede apreciar en la tabla 5, los sucesos positivos son los que tiene mayor número de ocurrencia entre los hombres, en tanto que los negativos los presentan más las chicas salvo en las áreas Problemas de Conducta y Escolar. Los sucesos que más han experimentado son los negativos del área Familiar y los positivos del área Social.

Tabla 5. Número de sucesos experimentados por área, tipo y sexo

ÁREA	TIPO	Hombres (n=52)	Mujeres (n=39)	TOTAL (n=91)
Familiar	Positivo	.83	.62	1.45
	Negativo	7.21	7.92	15.13
Social	Positivo	5.71	5.33	11.04
	Negativo	2.77	3.10	5.87
Personal	Positivo	2.60	2.46	5.06
	Negativo	4.48	5.03	9.51
Problemas de Conducta	Negativo	4.25	3.95	8.2
Logros y Fracasos	Positivo	1.96	1.79	3.75
	Negativo	1.96	2.18	4.14
Salud	Positivo	1.00	.97	1.97
	Negativo	1.88	1.90	3.78
Escolar	Positivo	1.27	1.26	2.53
	Negativo	1.85	1.62	3.47

Las siguientes tablas muestran los principales sucesos positivos y negativos por área con mayor prevalencia tanto para los chicos como para las chicas. Se consideraron importantes aquellos reactivos que más del 10% de la muestra reportó que le sucedió en los últimos 12 meses.

Tabla 6. Prevalencia de Sucesos del Área Familia por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
POSITIVO	58. Me dieron permiso de salir con un(a) muchacho(a) por primera vez	36.5	15.4	27.5
	1. Nacimiento de un hermano	19.2	17.9	18.7
	77. Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa	17.3	15.4	16.5
NEGATIVO	102. Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos	63.5	74.4	68.1
	126. Me castigaron injustamente	63.5	64.1	63.7
	21. Disminuyeron los ingresos en mi familia	46.2	56.4	50.4
	109. No me dan permiso de salir con mis amigos	46.2	43.6	45.1
	87. Los pleitos entre mis padres empeoraron	23.1	51.3	35.2
	110. Empecé a realizar una actividad que no me gustaba, sólo por darle gusto a mis papás	28.8	38.5	33
	82. Un miembro de la familia tiene una enfermedad grave	28.8	35.9	31.9
	83. Muerte de algún abuelo	35.3	25.6	31.1
	124. Se murió mi mascota	28.8	30.8	29.7
	17. Mi padre se fue de la casa	32.7	23.1	28.6
	113. Mi mascota se enfermó	23.1	35.9	28.6
	32. El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa	25	28.2	26.4
	112. Fui golpeado por algún miembro de mi familia	23.1	30.8	26.4
	5. Mi papá perdió su trabajo	15.4	15.4	15.4
	8. Algún hermano(a) se fue de la casa	15.4	12.8	14.3
	107. Me corrieron de la casa	15.4	12.8	14.3
	118. Mi mamá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento	11.5	17.9	14.3

Tabla 6. Prevalencia de Sucesos del Área Familia por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
	108 Mi papá o mamá fue hospitalizada por una enfermedad seria	9.6	17.9	13.2
	106 Mi papá tuvo un problema emocional	7.7	17.9	12.1
	13. Mi mamá perdió su trabajo	13.5	7.7	11
	56. Mi papá se caso de nuevo	16	2.6	10.1
	127. Mi padre tuvo una enfermedad importante o estuvo enfermo por un largo periodo	11.5	15.4	13.2

Como se aprecia en la tabla 6, dentro del Área Familiar en los sucesos positivos, el 27.5% de los adolescentes reportan haber recibido permiso de salir con un(a) muchacho(a) por primera vez. Con relación en los sucesos negativos, destaca con el 68.1% tuvo serios desacuerdos con alguno de sus padres. También, percibieron de manera negativa que los castigaron injustamente y que disminuyeran los ingresos en la familia. Las chicas son las que reportan más estos sucesos.

Dentro del Área Social, los sucesos positivos que predominan son “Comparto más tiempo con mis amigo(s) o compañero(s)” con el 79.1%, “Mejoraron mis relaciones con otras personas” con el 75.8% y “Conocí a nuevos amigos” con el 74.4%. Aproximadamente el 61.5% considera como malo el dejar de ver a un amigo, en especial las adolescentes. Otros sucesos importantes son “Rompí con mi novio(a)” y “Me empecé a juntar con malas compañías” (tabla 7).

Tabla 7. Prevalencia de Sucesos del Área Social por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
POSITIVO	26. Comparto más tiempo con mis amigo(s) o compañero(s)	82.7	74.4	79.1
	3. Mejoraron mis relaciones con otras personas	75	76.9	75.8
	100. Conocí nuevos(as) amigos(as)	74.5	74.4	74.4

Tabla 7. Prevalencia de Sucesos del Área Social por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
	128. Conocí a alguien que me da buenos consejos	63.5	64.1	63.7
	42. Empecé a tener novio(a)	63.5	48.7	57.1
	105. Tuve un reencuentro con mis amigos(as)	53.8	61.5	57.1
	121. Mejoraron mis relaciones con mi novia(a)	40.4	33.3	37.4
	125. Cambié de novio(a)	38.5	33.3	36.3
	103. Dejé de frecuentar malas compañías	36.5	33.3	35.2
	94. Participé en un evento deportivo	25	17.9	22
	88. Ingresé a un nuevo equipo de juego	19.2	15.8	17.8
NEGATIVO	114. Dejé de ver a algunos amigos(as)	53.8	71.8	61.5
	50. Rompí con mi novio(a)	42.3	46.2	44
	116. Me empecé a juntar con malas compañías	44.2	33.3	39.6
	79. Se fue mi mejor amigo(a) (se cambió)	30.8	38.5	34.1
	111. Empeoraron las relaciones con mis amigos	23.1	43.6	31.9
	96. Empeoraron las relaciones con mi novio(a)	26.9	30.9	28.6
	19. Fui asaltado(a) o golpeado(a)	28.8	15.4	23.1
	10. Murió uno(a) amigo(a) cercano(a)	15.4	20.5	17.6

En la tabla 8 se presentan las mayores prevalencias de sucesos vitales del Área Personal, en la que se puede observar que los principales sucesos positivos que atravesaron los adolescentes fueron “Empiezo a cambiar físicamente” (82.4%), en particular por los chicos y “Tengo más responsabilidades” (68.1%), más frecuente en las chicas. De los sucesos negativos, se observa que el 76.9% de la muestra reporta que se deprimió, en especial por las mujeres. También, el 69.2% reconocen cambios negativos en su forma de ser, así como el rechazo de algunos maestros (60.4%).

Tabla 8. Prevalencia de Sucesos del Área Personal por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Tota (n=91) %l
POSITIVO	59. Empiezo a cambiar físicamente	90.4	71.8	82.4
	117. Tengo más responsabilidades	63.5	74.4	68.1
	120. Tengo más libertades	44.2	51.3	47.3
	29. Empecé a trabajar medio tiempo	17.3	10.3	14.3
	27. Tuve relaciones sexuales por primera vez	15.7	10.3	13.3
	69. La curiosidad sexual me llevó a mi primera relación sexual	11.8	12.8	12.2
NEGATIVO	91. Me deprimí	71.2	84.6	76.9
	61. Tuve cambios negativos en mi forma de ser	61.5	79.5	69.2
	68. Siento el rechazo de algunos maestros	67.3	51.3	60.4
	45. No tengo dinero	42.3	56.4	48.4
	35. No duermo lo suficiente	44.2	66.7	53.8
	20. Tuve una desilusión amorosa	53.8	51.3	52.7
	23. Casi no tengo tiempo libre	50	51	50.5
	76. He pensado en matarme	30.8	36.8	33.3
	67. Soy lastimado(a) o alguien abusa de mí físicamente	9.6	15.4	12.1

Para el Área Problemas de Conducta solo existen sucesos negativos, en los que se identificaron más dificultades en los hombres a comparación de las mujeres. Reportan haberse peleado en la escuela, haber sido suspendidos, sorprendidos haciendo trampa o mintiendo en la escuela, así como perder la calma y hacer daño a alguien (tabla 9).

Tabla 9. Prevalencia de Sucesos del Área Problemas de Conducta por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %l
NEGATIVO	54. Me peleé en la escuela	71.2	59	65.9
	41. Me suspendieron de la escuela	55.8	46.2	51.6
	7. Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela	51.9	43.6	48.4

Tabla 9. Prevalencia de Sucesos del Área Problemas de Conducta por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %l
	64. Estuve condicionado(a) en la escuela	48.1	44.7	46.7
	72. Perdí la calma y le hice daño a alguien	46.2	43.6	45.1
	57. Me fui de pinta	41.2	33.3	37.8
	18. Me expulsaron de la escuela o de algún curso	35.3	30.8	33.3
	97. Provoqué un accidente	19.2	25.6	22
	38. Tomé drogas	17.6	18.4	18
	71. Me castigaron por haber robado	15.4	15.4	15.4
	15. Robé algo valioso	11.5	17.9	14.3
	22. Estoy en libertad condicional	11.5	17.9	14.3

Respecto al Área Logros y Fracazos (tabla 10), se observa que casi la mitad de los participantes considera bueno haber salido de vacaciones y tener un logro personal sobresaliente. En cuanto a los sucesos negativos presentan mayor prevalencia “Tuve un fracaso”, “No he podido conseguir lo que he querido” y “Perdí algo muy preciado”.

Tabla 10. Prevalencia de Sucesos del Área Logros y Fracazos por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
POSITIVO	123. Salí de vacaciones	51.9	46.2	49.5
	44. Tuve un logro personal sobresaliente	46.2	46.2	46.2
	78. Saqué mi certificado	26.9	33.3	29.7
	52. Gané un premio deportivo importante	28.8	12.8	22
	75. Dejé de consumir drogas	17.3	18.4	17.8
	65. Dejé de robar	17.3	12.8	15.4
NEGATIVO	12. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)	69.2	71.8	70.3
	95 No he podido conseguir lo que he querido	59.6	69.2	63.7

Tabla 10. Prevalencia de Sucesos del Área Logros y Fracasos por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
	62. Perdí algo muy preciado	48.1	53.8	50.5
	101. Abandoné mi trabajo	15.4	15.4	15.4

En la tabla 11 se aprecian que en el Área Salud, de los sucesos positivo, el 86.8% de los adolescentes reporta como bueno haber sido enviado al psicólogo. En tanto que los negativos, el 47.8% de los adolescentes reporta haber abusado del alcohol y el 29.7 % subió mucho de peso.

Tabla 11. Prevalencia de Sucesos del Área Salud por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
POSITIVO	14. Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	86.5	87.2	86.8
	6. Dejé de fumar	13.5	10.3	12.1
NEGATIVO	47. Abusé del alcohol	49	46.2	47.8
	30. Subí mucho de peso	28.8	30.8	29.7
	37. Bajé mucho de peso	30.8	12.8	23.1
	60. Empecé a fumar	15.7	28.2	21.1
	46. Tuve un accidente	17.3	17.9	17.6
	98. Mis amigo(as) me indujeron a las drogas	17.3	15.4	16.4
	70. Empecé a consumir drogas	9.8	12.8	11.1

De acuerdo a los resultados en el Área Escolar (tabla 12), como positivo se encontró alta prevalencia para “Empecé la secundaria o la preparatoria”. Entre los sucesos percibidos como negativos se detecto con mayor aumento “Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)”.

Tabla 12. Prevalencia de Sucesos del Área Escolar por Tipo y Sexo

TIPO	REACTIVO	Hombres (n=52) %	Mujeres (n=39) %	Total (n=91) %
POSITIVO	9. Empecé la secundaria o la preparatoria	65.4	61.5	63.7
	2. Cambié de escuela	38.5	35.9	37.4
	90. Participo en un evento académico	23.1	28.2	25.3
NEGATIVO	25. Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)	75	69.2	72.5
	33. Reprobé o repetí un año escolar	48.1	28.2	39.6
	84. Abandoné la escuela	9.6	15.4	12.1

En resumen, la prevalencia de los sucesos positivos que se observa en primer lugar (86.8%) lo ocupa el reactivo “Me enviaron con un psicólogo(a) o terapeuta”, con mayor parte en las chicas (87.2%). Otro reactivo muy concurrente con el 82.4% fue “Empiezo a cambiar físicamente”, percibido más por los chicos (90.4%). En tercer lugar se observa con el 79.1% “Comparto más tiempo con mis amigos(as) o compañeros(as), con mayor prevalencia nuevamente en los varones (82.7%).

De los reactivos negativos se aprecia mayor porcentaje en “Me deprimí” (76.9%), con mayor recurrencia en las chicas. En segundo lugar con el 72.5% está la presencia de “Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)”, siendo más consistente en los hombres. Seguido de “Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)” con el 70.3%, con mayor prevalencia en las chicas.

4.3 Análisis comparativo de los Sucesos de Vida

Con la finalidad de analizar las diferencias por área y sexo de los sucesos, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes (Tabla 13). No se encontraron diferencias significativas entre los chicos y las chicas en ninguna de las áreas. Sin embargo, como se puede observar en la Figura 5, existen mayores elevaciones en el Área Escolar y Logros y Fracazos de los reactivos negativos, donde

reportan mayor intensidad de los eventos vitales. Seguido por la dimensión Personal. En cuanto a la menor intensidad percibida de los sucesos estresantes de encuentra el ámbito Salud.

Tabla 13. Diferencias de medias en sucesos negativos en función del sexo.

Sucesos de Vida	Tipo	Hombres		Mujeres		t	p*
		Media	D.E	Media	D.E		
Área Familiar	Negativo	.64	.570	.76	.487	-1.058	.293
	Positivo	.42	.444	.34	.399	.924	.358
Área Social	Negativo	.89	.714	.96	.675	-.481	.723
	Positivo	1.00	.438	.98	.472	.247	.806
Área Personal	Negativo	.90	.605	1.05	.517	-1.195	.235
	Positivo	.78	.423	.77	.461	.071	.943
Problemas de Conducta	Negativo	.96	.792	.97	.730	-.084	.933
Área Logros y Fracazos	Negativo	1.30	.850	1.46	.839	-.909	.366
	Positivo	.49	.379	.47	.316	.221	.825
Área Salud	Negativo	.50	.633	.55	.566	-.409	.684
	Positivo	1.04	.596	.94	.475	.967	.336
Área Escolar	Negativo	1.57	1.031	1.32	1.003	1.166	.247
	Positivo	.86	.739	.85	.816	.078	.938

*p ≤ 0.05

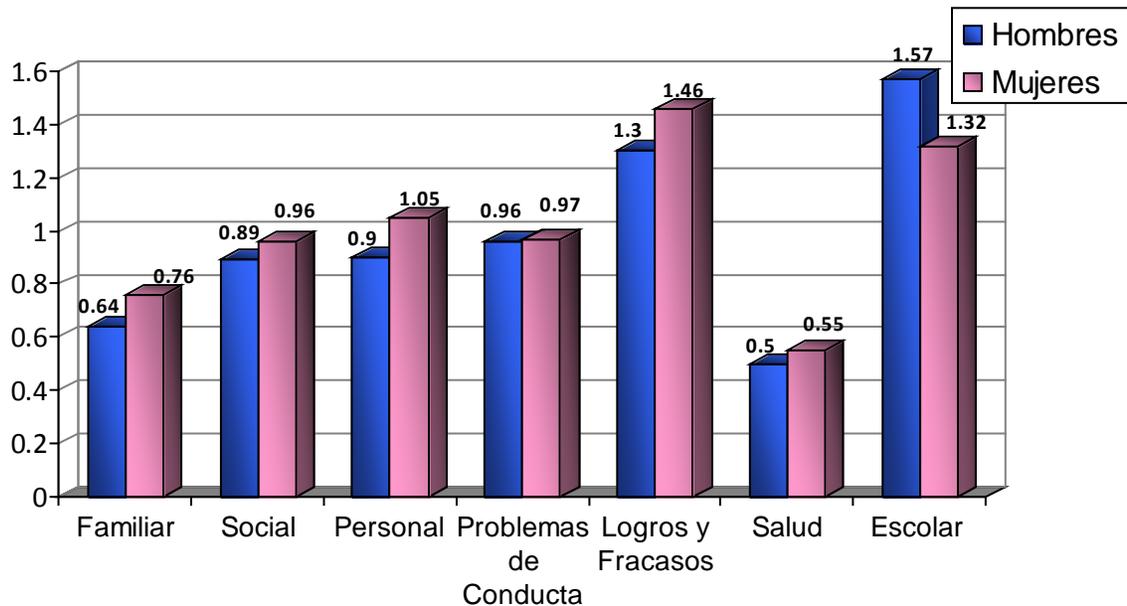


Figura 5. Intensidad de los sucesos por área en relación al sexo.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como propósito determinar los eventos de vida percibidos como estresantes que predominan en una muestra de adolescentes detectados con sintomatología depresiva, así como determinar las diferencias de estos eventos entre los chicos y las chicas. Para ello, primero se evaluaron las escalas asociadas a la sintomatología depresiva del MMPI-A (Lucio, 1998). Los resultados indican que la muestra presenta elevaciones ligeramente por arriba del rango de normalidad en las escalas Problemas Escolares (ESC), Depresión Adolescente (DEP-A), Hipocondriasis (Hs) y Aislamiento Adolescente (ASL-A), las cuales pueden ser indicadores de la presencia de algún tipo de problema emocional o de adaptación negativa.

En cuanto a los sucesos más reportados por área, los datos señalan la dimensión Familiar como una fuente de estrés importante, tanto para los chicos como para las chicas. Entre los eventos que reportan más de la mitad de los participantes son los desacuerdos con los padres, ser castigado injustamente, así como la disminución de los ingresos. Lo que coincide con otros estudios (Barcelata, Duran & Lucio, 2012; Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008; Lucio, 2004; Lucio et al, 2001; Plunkett, et al, 2000; Veytia, et al, 2012), en los que se afecta el funcionamiento familiar e impacta de forma negativa su desarrollo, a lo cual la literatura menciona (Arnett, 2008; Horrocks, 2008) que la familia juega un papel importante en el desarrollo, ya que es el primer contexto social de desarrollo y del que dependen los chicos, además que empiezan a exponer sus propias ideas al poseer un pensamiento más abstracto que le permite tener una visión crítica de su entorno y los chicos tratan de mostrar su autonomía, lo cual llega a ser una fuente de conflicto con los padres.

El hecho de tener desacuerdos con los padres, León, Camacho, Valencia, y Rodríguez-Orozco (2008), sugieren que los adolescentes pueden sentir que no son tomados en cuenta y en cierto sentido esto limita su autorealización.

Al percibirse menos recursos económicos dentro de la familia, podría implicar condiciones económicas menos favorables, como restricciones que pueden afectar la dinámica familiar. De acuerdo con estudios previos (Barcelata, et al, 2012; Lucio et al, 2001; Plunkett, et al, 2000), el nivel socioeconómico influye, hasta cierta medida, para que los adolescentes estén más o menos expuestos a sucesos que les causen estrés, lo que puede significar problemas de adaptación.

En segundo lugar se reportan los sucesos negativos del área Personal, siendo unos de las áreas que más conflictos reportan los chicos en esta etapa (Lucio, et al, 2001; Jiménez, et al, 2008; Hernández-Cervantes, et al, 2006). Llama la atención el hecho de que se encuentra en esta área el suceso estresante con mayor prevalencia, “me deprimí” en el último año, lo cual fue reportado por más de tres cuartas partes de la muestra, lo que corrobora con otras investigaciones previas de mayor magnitud, (Benjet, et al., 2004; Benjet, et al., 2009), en las que se menciona que un porcentaje importante de la población total del país ha padecido un episodio de depresión antes de los 18 años. Sin embargo, se tomo una muestra de sintomatología depresiva y un porcentaje relevante no reconoce haberse sentido deprimido, a lo que Nogales y colaboradores (2014) explican que a veces los síntomas de depresión no se reconocen hasta que hay otros trastornos que se desencadenan.

Otro evento reportado por un índice elevado de la muestra es el tener “cambios negativos en la forma de ser”, que sugiere una mayor conciencia de los cambios de ánimo y de actitudes, que pueden ser parte del desarrollo al hacerse más introspectivos, analíticos y reflejar madurez al reconocer sus propios cambios personales (Aberastury, 1976; Domínguez, 2008; Dulanto, 2002).

El área Social es otro de los contextos con más eventos reportados, el cual algunos investigadores (Heredia-Ancona, et al, 2011; Veytia, et, al, 2012) han asociado con sintomatología depresiva, ya que los amigos y la pareja son una fuente de apoyo social importante y participan de manera ineludible en el desarrollo, pero al no contar con ellos por el cambio de escuela o el rompimiento con la pareja pueden ser causa para que los adolescentes se sientan deprimidos y no cuenten con sus iguales.

Por otro lado, resalta el hecho que en el MMPI-A y en el Cuestionario de Sucesos de Vida, las dimensiones que presentan mayor intensidad en la percepción de los sucesos son las relacionadas al contexto escolar, lo cual es un indicador de que la escuela se ha vuelto cada vez un contexto más importante para los adolescentes y que en su etapa de transición tienen que lidiar con diversos factores estresantes en el ámbito escolar. Esto concuerda con algunas investigaciones (Jiménez, et al., 2008; López, et al., 2008; Veytia, et al., 2012) en las que se reporta que los sucesos escolares son los que predominan durante la adolescencia, siendo los problemas relacionados al comportamiento, en particular con los maestros, aunque en algunos casos son las chicas quienes presenta más dificultades en esta área (Morales, 2009).

En segundo lugar de intensidad, se reportan los sucesos del área Logros y Fracazos, los cuales son los fracasos que parecen afectarles más, coincidiendo con hallazgos similares, en donde ésta área ocupa el segundo lugar de los eventos de vida más frecuentes en adolescentes (López, et al., 2008). Esto podría ser un indicador en los adolescentes que al percibirse con poca capacidad para resolver problemas, así como para obtener logros, genera sentimientos de desesperanza que influyen en el desarrollo de alteraciones emocionales, entre ellas depresión y suicidio (Lucio, et al, 2005).

En lo que corresponde al tipo de suceso, los sucesos no normativos son los que presentan mayores prevalencias en comparación de los normativos, en particular en los varones. Por lo que cabe la posibilidad de que los acontecimientos que no son parte de

esta etapa son los que causan un mayor efecto negativo entre los participantes y ante los cuales se debe brindar herramientas para afrontar.

Al comparar el hecho de haberse deprimido con el área de mayor intensidad (escolar), algunas evidencias previas (Galicía, Sánchez, & Robles, 2009; Herrera & Maldonado, 2002; Jiménez et al, 2008; Pérez & Urquijo, 2001; Veytia, et al, 2012) señalan que en la adolescencia la depresión se asocia con mayor frecuencia con el deterioro del rendimiento escolar como lo puede ser reprobar o repetir el año.

Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Doménech-Llaberia (2012) con base a sus investigaciones señalan que el nivel de impacto percibido por los acontecimientos negativos en particular los relacionados con el ámbito familiar, escolar y de salud, aumentan el grado de sintomatología depresiva por lo que es importante trabajar con las áreas que presenten mayor impacto como lo son la escolar y los fracasos en el presente estudio.

Por otra parte, es conveniente mencionar que no se realizó la correlación entre la sintomatología depresiva y los sucesos estresantes como en otras investigaciones (Barra, et al., 2006; Heredia-Ancona, et al., 2011; Lucio, Pérez & Durán, 2004; Veytia, et al., 2012), en las cuales se encontró que la depresión tiene mayor impacto en la percepción de eventos de vida estresantes negativos, no obstante se encontró de manera similar que entre los sucesos más frecuentes se encuentran los sucesos de la dimensión familiar, los cuales son percibidos por los adolescentes como malos, ocupando entre los primeros lugares de prevalencia el tener un desacuerdo con uno o ambos padres como anteriormente se describió en esta sección.

Respecto a quiénes perciben más estresores, las chicas reportan, en general, mayor número de sucesos estresantes, por lo que puede ser considerado un grupo vulnerable a diferencia de los chicos (Barcelata, et al, 2013; Barra, Cancino, Lagos, Leal & San Martín, 2005; Jiménez, et al., 2008; Veytia, et al, 2012). Esto podría explicarse por una probable mayor conciencia de las emociones por parte las adolescentes, que

influye en el reporte del grado de estrés percibido en los sucesos vitales. También se puede atribuir a factores de tipo culturales, que permiten mayor expresión de emociones, al mismo tiempo admiten que ciertas situaciones son especialmente estresante y hay necesidad de apoyo por parte de las mujeres (Barcelata, 2011; Barra, et, al, 2006).

En lo que se refiere a un acontecimiento aislado, por sí mismo, podría no causar un efecto de impacto, pero a medida que los adolescentes reúnen más sucesos estresantes en sus vidas, el impacto emocional causado por cada uno de ellos aumenta (Barra, et al. 2006; Coddington 1972a; Compas, 1987; Compas, et al, 1993). Según esta consideración, se produce una sobrecarga en los recursos de afrontamiento que dificultaría la capacidad del adolescente para responder de forma eficaz al estrés, de modo que la respuesta emocional provocada ante un estresor sería mayor cuando previamente hubiera existido la necesidad de afrontar otros eventos negativos y llegar a ocasionar síntomas físicos y/o psicológicos. Por lo que también, hay que observar que los sucesos de vida que son percibidos como “indiferentes”, pueden ser llegar a producir malestar emocional si se van sumando. Al mismo tiempo, podrían ser indicadores de que estos adolescentes pueden presentar un buen nivel de afrontamiento que les permite tener una mejor adaptación a las diferentes situaciones o circunstancias adversas propias de su etapa de desarrollo y su cotidianidad.

El hecho de que las áreas de funcionamiento que presentan mayor nivel de riesgo a través de su evaluación correspondan al funcionamiento escolar y logros y fracasos; puede indicar mayor grado de susceptibilidad o vulnerabilidad de sufrir algún tipo de alteración psicológica o emocional en estas áreas de funcionamiento de acuerdo con las conclusiones de los autores del Cuestionario Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003).

Cabe mencionar que el grado de estrés con el que son percibidos los sucesos tiene una puntuación baja, por lo que los sucesos de vida considerados como estresantes pueden ser considerados como predictores de los síntomas de depresión.

Sin embargo, también podría ser a la inversa, es decir, que los adolescentes que experimentan mayor ánimo depresivo podrían estar más propensos a percibir diversos eventos vitales como más estresantes y a autoperibirse con menos recursos personales, resultando así un mayor estrés percibido (Barra et al., 2006).

La ventaja de detectar a los adolescentes con cierto grado de estrés de manera temprana, al igual que los eventos ocurridos y el valor que le dan, contribuyen a fortalecer acciones de prevención y detección temprana de problemas en el adolescente, al mismo tiempo, permite saber qué área requiere una atención especializada y así actuar de manera oportuna en la población que presente mayor vulnerabilidad de desarrollar problemas si no se les atiende a tiempo (Lucio, et al., 2005).

Por otra lado, es importante resaltar que un factor que podría elevar el riesgo suicida es la disminución de la escala Represión en el MMPI-A, lo que implica una disminución de la capacidad de contención y que tanto las mujeres como los hombres tienen un riesgo similar (Benjet et al., 2004).

Considerando las características de la muestra abordada a través del presente estudio y en otras investigaciones (Ferreira, et al., 2012) se encontró una interacción significativa con la procedencia de los adolescentes, se puede reflexionar que aspectos como el nivel socio-económico, el tipo de familia, el entorno escolar, entre otros, pueden influir en las percepción que se tiene de los eventos vitales, por lo que éstas variables juegan un papel importante como factores protectores que promuevan en los individuos habilidades de afrontamiento e inciden de alguna forma, en que estas situaciones adversas no sean consideradas por éstos chicos como negativas.

Dentro de las aportaciones que derivan de esta investigación, la metodología empleada permitió cumplir con los objetivos de la investigación. Se logro seleccionar la muestra con los criterios específicos de inclusión y caracterizar a los adolescentes participantes. También permitió tener un acercamiento para entender en parte que

sucesos vitales están experimentando los adolescentes como estresantes y proponer la necesidad de continuar estudiando los eventos estresantes en adolescentes con sintomatología depresiva, debido a que la naturaleza del problema es multifactorial y de amplia gama de manifestaciones en las que se puede hacer presente. Consecuentemente se sugiere desarrollar acciones preventivas que no solo contribuyan a modificar la percepción que los adolescentes tienen de los sucesos que se les presenta, sino que también les permita afrontar la acumulación de estrés y promuevan los procesos de adaptación positiva.

La identificación de los principales sucesos positivos en esta muestra permite determinar las áreas de fortaleza que pueden ser contemplados como recursos en la elaboración de un plan de intervención (Lucio, et al, 2003). Entre los eventos de vida con mayor prevalencia que se encuentra haber sido enviado con un psicólogo o terapeuta el cual es considerado como buen, por lo que se puede inferir que estos chicos cuentan con otro factor de protección mientras sigan en atención.

Hay que resaltar que el contexto familiar es una de las escalas más bajas en cuanto a la intensidad con la que los adolescentes evaluados viven con estrés, lo que puede ser un indicador de que los adolescentes están percibiendo a su familia como un lugar seguro y que cumple con sus funciones, siendo un factor de protección en los que estos chicos pueden sentirse protegidos (Barcelata, 2011; Villarreal, et al., 2010), aun cuando tengan desacuerdos con sus padres. Desde esta perspectiva, se deben proponer estrategias de intervención que incluyan a las familias como redes de apoyo y se promuevan habilidades de comunicación, ambientes estables y protectores que favorezcan el ajuste emocional adecuado de los adolescentes en otros ámbitos, ya que las relaciones familiares positivas pueden ser consideradas como un factor de protección ante las consecuencias negativas de los acontecimiento vitales estresantes (Oliva, et al, 2008). Del mismo modo, se deben implementar programas de prevención que permitan a los padres reconocer tempranamente posibles riesgos en sus hijo y no pasen desapercibidos porque piensan que son conductas propias de la adolescencia.

Ya que los adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos, es importante hacerles llegar la atención necesaria, se deben diseñar intervenciones en escenarios escolares, considerando que en la etapa de la adolescencia la escuela, después del hogar, es donde pasan más tiempo los adolescentes, éste entorno se convierte en un ámbito de intervención, propicio para fomentar estrategias que permitan manejar a los chicos y chicas sus relaciones, emociones y afrontar de manera satisfactoria la acumulación de estrés. Es importante señalar la necesidad que los maestros sean partícipes de estos programas donde se les den estrategias para poder mejorar sus relaciones con los adolescentes, a la vez que les permitan detectar o intervenir en los casos que observen con malestar emocional resultado del estrés.

Cabe resaltar que en este estudio se empleo el MMPI-A, el cual es una prueba poco utilizada, que tiene la capacidad para discriminar muestras clínicas, escolares, normativas y/o riesgo (Fontaine, et al., 2001; Vinet & Faúndez, 2012). Además, permite diferenciar el tipo de problema y su magnitud al salirse del rango de normalidad (Barcelata, 2011), lo que sugiere que es una buena herramienta de diagnóstico e investigación.

También, es importante mencionar que gracias al desarrollo de la tesis, me vi obligada a poner en práctica la proactividad y el aprendizaje crítico y reflexivo que la institución me dio en mi formación y de esta manera contribuir al programa del cual forme parte por el fomento a la investigación, a dejar como precedente el estudio de los eventos estresantes en adolescentes con sintomatología depresiva para orientar al desarrollo de acciones preventivas y estrategias de promoción e intervención para quienes tiene contacto con este tipo de población.

Finalmente, se pueden señalar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, por tratarse de un estudio transversal el diseño no permite inferir temporalidad, por lo que se sugiere dar seguimiento de los casos que presentan mayor número de eventos estresantes, así como de los casos que presentan rasgos depresivos. En segundo lugar, en futuras investigaciones habrá que considerar otras variables relacionadas con

la presencia de problemas emocionales, con el fin de investigar su asociación con estresores específicos. En este sentido, podrían aprovecharse más los instrumentos para identificar otros síntomas asociados a problemas de salud mental y ver cómo se comportan en conjunto con otras variables. Además, es conveniente seguir realizando estudios comparativos entre otros tipos de muestras no clínicas, ya que hay poblaciones que no tienen los recursos o la cultura para asistir a un servicio de atención psicológica. Esto hace pensar en los escolares, siendo el entorno escolar donde hay mayor intensidad de percepción de estrés, si reportarían el mismo grado de estrés o las mismas áreas elevadas.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1976). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, M.L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-yconflictos-ES.pdf>
- Arenas, P., Durán, C. & Heredia, M. (2008). Psychological support and stress of adolescents and their parents. En Buchwald, P. Ringeisen & Eysenck, M. (Eds.) *Stress and anxiety. Application to life span development and health promotion*. (19-28). Berlín: Logos Verlag. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=ccPkiJ06eoEC&pg=PA19&lpg=PA19&dq=Arenas,+Dur%C3%A1n+y+Heredia&source=bl&ots=0QkD5yyAci&sig=p_RJKGtiARP51Vop2AbRsyledIE&hl=es-419&sa=X&ved=0CDcQ6AEwBmoVChMI5bCYiL_FyAIVDJUNCh3JfQla#v=onepage&q=Arenas%2C%20Dur%C3%A1n%20y%20Heredia&f=false
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. México: Pearson Prentice Hall.
- Barcelata, B. (2007). Estrés y adolescencia. En *Estrés y Salud. No. 8 (2da. Ed.)* (pp. 111-150). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
- Barcelata, B. (2011). *Factores personales y familiares predictores de la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza*. (Tesis doctoral inédita). UNAM: México.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
- Barcelata, B., Granados, A. & Armenta, J. (2013). Adolescentes en riesgo psicosocial: análisis de los sucesos vitales en función del sexo. *Eureka*, 10(2), 147-163.
- Barra, E. Cancino, V., Lagos, G. Leal, P. & San Martín J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Véliz, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1) 55-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524106>

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Borges, G. Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009a). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de los trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(1), 155-163. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200008
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Cruz, C., & Méndez, E. (2009b). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.002.
- Benjet, C., Mendez, E., Borges, G., & Medina-Mora, E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35, 483-490. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n6/v35n6a5.pdf>
- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D. & Rabinovich, H., (2005). Gender differences in adolescent depression do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 35-44. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.020>
- Berlanga, C. (1996). Algunas consideraciones sobre la calificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Salud Mental*, 19(1), 26-30.
- Cárdenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010) *Guía clínica para los trastornos afectivos (Depresión y Distimia) en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Casas, J. & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(81), 20-24. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente.pdf
- Casullo, M. (2003). *Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Coddington, D. (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children I-A Survey of Professional Workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Coddington, D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the

diseases of children II-A A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 205-213.

Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403. Recuperado de <http://vkmc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-1987-Psy-Bulletin.pdf>

Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(3), 405. Recuperado de <http://vkmc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-et-al.-1988-JCCP.pdf>

Compas, B., Orosan, P. & Grant, K. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16(3), 331-349. doi: 10.1006/jado.1993.1028

Consejo Nacional De Población (2013). Indicadores demográficos básicos 1990-2010. República Mexicana: Población a mitad de año por sexo y edad a mitad de año, 1990-2010. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_Demograficos_Basicos_1990-2010

Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence*. 28 (6), 667-685.

Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76. Recuperado de http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/50_adolescencia_y_juventud.pdf

Dulanto, E. (2002). *El adolescente*. México: Asociación Mexicana de Pediatría-McGraw-Hill Interamericana.

Erikson, E., 1968. *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Estévez, R. M., Delgado, A. & Parra, A. (2012;). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(44), 39-53. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n2/v44n2a04.pdf>

Estévez, E., Martínez, B., & Jiménez, T. (2009). Las relaciones sociales en la escuela: El problema del rechazo escolar. *Psicología Educativa*, 15(1), 5-12. Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/belen/psicolog-educ.pdf>

- Fergusson D.M., Woodward, L. J. & Horwood L. J. (2003). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Fergusson D.M., Beautrais A.L. & Horwood L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine* 33,61-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702006748>
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. & Doménech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en la población adolescente. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(2), 123-136. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/11209/pdf>
- Fontaine, J. L., Archer, R. P., Elkins, D. E. & Johansen, J. (2001). The effects of MMPI-A T-score elevation on classification accuracy for normal and clinical adolescent samples. *Journal of Personality Assessment*. 76(2). Recuperado de 264-281 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11393460>
- Fromm, E. (1979). *¿Tener o ser?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Galicia, I., Sánchez, A. & Robles, J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*, 25(2), 227-240. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/05-25_2.pdf
- González-Forteza, C., Villatoro, V., Alcantar, E., Medina-Mora, M., Fleiz, B., Bermúdez, L. & Amador, B. (2002). Prevalencia del intento suicida en adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Menta*, 25, 1-12.
- Grinder, R. (2001). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Heinza, G. & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Heredia-Ancona, M., Lucio-Gómez E. & Suárez-de la Cruz, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49-57.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Herrera, A. & Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 25-50.
- Horrocks, J. (2008). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.

- Hurlock, E. B. (1994). *Psicología de la adolescencia*. México: Páidos.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2015). Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2008). *Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares*. Recuperado de http://www.fira.gob.mx:8081/sas/docs/InformacionEconomica/Notas_de_Analisis/Resultados%20ENIGH%20%20y%20Pobreza%202008.pdf
- Jiménez, L., Menéndez, S. & Hidalgo, M. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 26(3), 427-440.
- Juárez, M. (2006). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para reducir los efectos del estrés y depresión en la prevención del suicidio en adolescentes*. Tesis inédita de licenciatura. FES Zaragoza. UNAM México.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ª ed. México: McGraw-Hill.
- Kimmel, D. & Weiner, I. (2001). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- León, D., Camacho, R., Valencia, M., & Rodríguez-Orozco, A. (2008). Percepción de la función de sus familias por los adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista Cubana de Pediatría*, 80(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-5312008000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- López, H. & Coppari, N. (2008). Descriptores positivos y negativos de sucesos de vida del adolescente escolarizado en la clase alta. *Eureka*, 5(1), 77-95.
- Lucio, E. (1998). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes, -MMPI-A-*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E. (2014). Psicopatología infantil. En Lucio, E. & Heredia, M. C. (Comp.). *Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (pp. 1-24). México: Manual Moderno.
- Lucio, E. Barcelata, B. & Durán, C. (2003). Propiedades psicométricas del Cuestionario Sucesos de Vida del Adolescente. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(2), 211-223.

- Lucio, E. Barcelata, B. & Durán, C. (2001). El cuestionario de sucesos de vida en la evaluación del estrés en adolescentes. *Psicología y Salud. Psychology and Health*. II, 2, 23-30.
- Lucio, E. Barcelata, B. Durán, C. & Villafraña, L. (2004). Sucesos de vida estresantes: Un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17(1), 123-138
- Lucio, E. & Durán, C. (2003). Cuestionario Sucesos de Vida. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E. Durán, C. Barcelata, B. & Hernández, Q. (2007). *Fichas Sociodemográfica para Adolescentes*. UNAM: Facultad de Psicología.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. & Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5) 17-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252404>
- Lucio, E., Pérez, J. & Durán, C., (2004). Validez concurrente entre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-Adolescentes y el Cuestionario Sucesos de Vida. *Psicología y Salud*. 14(2), 153-163. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/833/1532>
- Lucio, E., Plascencia, M. & Zamarrón, G. (2005) Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia*, 13 (32), 115-127. Recuperado de <http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista32/Articulo%204.pdf>
- Mariño, M., Medina-Mora, M., Chaparro, J. & González-Forteza, C., (1993) Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(2),141-145.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Agilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Recuperado de <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2003/Prevalencia%20de%20trast.%20ment.%20y%20uso%20de%20serv.2003.pdf>
- Mendizábal, A. & Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General de México*, S.S., 62(3), 191-197. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf>
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 391-407.

- Morales, B. (2009). *Sucesos de vida en adolescentes de los estados de Aguascalientes y Sonora*. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM, México.
- Moulds, J. D. (2003). Stress manifestation in high school students: An Australian sample. *Psychology in the Schools, 40*, 391-402
- Nogales, I., Ulloa, R., Rodríguez, H., Palacios, L., Vásquez, J., Munguía, A., Sánchez, O., Cárdenas, J. & De la Peña, F. (2014). *Guía clínica. Depresión en Niños y Adolescentes*. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Recuperado de http://www.sap.salud.gob.mx/media/61184/nav_guias3.pdf
- Noshpitz, J. (1995). El desarrollo psicosocial del adolescente, en *La salud del adolescente y del joven*. Publicación científica No. 552. Organización Panamericana de la Salud.
- Olivia, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología, 37*(3), 209-223. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/970/97012834001.pdf>
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista Psicopatología Psicología Clínica, 13*(1), 53-62.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y doping. Las estrategias de doping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos*. Buenos Aires: Lumen.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *La depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, (1995). La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. En *Comunicación para la salud*, No. 6. Washington, D. C.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud y desarrollo del adolescente*. Recuperado de <http://paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/ADOLHome.htm>
- Palacios, J., & Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo, 7*, 5-16. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Palacios.pdf
- Palacios, J., Andrade, P. & Bentancourt, O. (2006). Intento de suicidio y consumo de alcohol en adolescentes. En Sánchez, A., Díaz-Lovingm R. & Rivera, A. *La Psicología Social en México, 11*, 174-180. México: AMEPSO.

- Papalia D. Wendkos S. & Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano. De la infancia a la Adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Parra, A. & Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 18(2), 215-321.
- Pasqualini, D. (2010). Las y los adolescentes. En Pasqualini, D. & Llorens A., (Comp.). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral* (27-39). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar Educativa*, 5 (1), 49-58. Recuperado de: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572001000100006&lng=pt&nrm=iso
- Plunkett, S., Radmacher, K., & Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5), 356-367.
- Reynoso, O. & Méndez, T. (2012). Aproximaciones al estudio del estrés y la depresión: procesos psicosociales y psicofisiológicos. En Galán, S. & Camacho, E. (Eds.). *Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada* (pp. 28-44) México: Manual Moderno.
- Rosales, C. & Espinosa, M. R. (2008). Percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *Psicología y Ciencia Social*, 10(1-2), 64-71.
- Rutter, M. (2000). Stress research. Accomplishments and tasks ahead. En R. J. Haggerty, I.R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter. *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions*. (354-385). New York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescent' health. A developmental perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la Infancia. Su prevención y tratamiento*. Madrid: Nancea.
- Valdez, M. & Pérez, B. (2004). La idea de suicidarse en universitarios. *La psicología Social en México*, 10, 163-168.
- Valencia, A. (2012). Estrés y Salud en la infancia: de las enfermedades crónicas al bienestar social. En Galán, S. & Camacho, E. (Eds.). *Estrés y Salud:*

investigación básica y aplicada (pp. 149-162) México: Manual Moderno.

- Valenzuela, J. (10 de marzo de 2009). *El 95 por ciento de la de depresión se originan en la infancia*. Boletín UNAM-DGCS-140. Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_140.html
- Veytia, M., González-Arriata, N., Andrade & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*. 35(1), 37-43.
- Vinet, E. V., & Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud mental*, 35(3), 205-213. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300004&script=sci_arttext&tlng=en#notas
- Villar, P., Luengo, M.A., Gómez, J.A. & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15(4), 581-588.
- Villarreal, M. E., Sánchez, J. C. & Musitu, G. (2010). Un modelo predictivo de la violencia escolar en adolescentes. *Ciencia UANL*, 8(4), 413-420.
- Villatoro, J., Medina-Mora M., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L., Romero, M., Gutiérrez, J., Castro, M., Hernández, M., Tena, C. & Alvear, C. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/spps-ena-2011.html>
- Wagner, B (1998). Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298. doi: 10.1037//0033-2909.121.2.246
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. & Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31(3), 189-196. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300004

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por éste conducto acepto participar en la sesión de evaluación psicológica en la que se me aplicarán una serie de cuestionarios a los cuales contestaré de forma honesta y con seriedad, sabiendo que puede ser de beneficio para otros adolescentes como yo y que no pone en riesgo mi integridad física, psicológica o moral, ya que toda la información que proporcionaré será CONFIDENCIAL, ANÓNIMA Y VOLUNTARIA, por lo que puedo dejar de contestar en el momento que yo desee sin repercusión alguna.

México, D.F. a ____ de _____ 20 ____.

Firma del adolescente

Vo. Bo. Firma del padre, madre,
tutor u otro responsable.

Firma del responsable
de la Institución

Proyecto PAPIIT IN303714-3