

135



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: JOSE ALBERTO JIMENEZ TAPIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. CATALINA GONZALEZ FORTEZA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

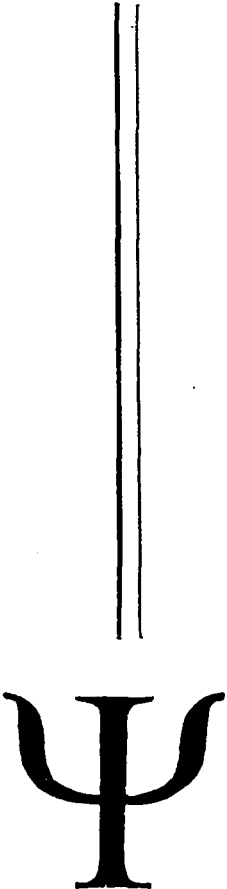


MEXICO, D.F.

2002

EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**A mis padres,  
Mónica y  
Juan Alberto**

**A Daniela.**

**A todos mis hermanos y amigos.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a la Dra. Catalina González Forteza, por todo el magnífico apoyo y las invaluable enseñanzas a lo largo de un fructífero periodo de trabajo. Cati, sin tu apoyo no se hubieran podido concretar muchas de las cosas que se están gestando en estos días. Gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a su personal docente por la formación.

A la Dra. María Elena Medina Mora y al Instituto Nacional de Psiquiatría por las oportunidades de desarrollo.

Al comité de tesis: Mtra. Fayne Esquivel Ancona, Dr. José de Jesús González Núñez, Mtra. Leticia Bustos de la Tijera y Lic. Jorge Valenzuela Vallejo. Por la prontitud y lo oportuno de sus comentarios.

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>CAPITULO I: MARCO TEORICO</b>	
I.1. Justificación	6
I.2. Adolescencia	10
I.3. La depresión y sus síntomas	22
<b>CAPITULO II: METODO</b>	
II.1. Planteamiento del problema	32
II.2. Objetivos	33
II.3. Variables	34
II.4. Instrumento	35
II.5. Muestra	36
II.6. Tipo de estudio	38
II.7. Procedimiento	38
II.8. Análisis de datos	39
<b>CAPITULO III Resultados</b>	
III.1. Estructura factorial y consistencia interna	42
III.2. Perfil de los síntomas agrupados en los factores en cuanto a presencia y persistencia en el total de la muestra, por sexo y tipo de escuela	44
III.3. Presencia de los síntomas agrupados en los factores, por sexo	48
III.4. Persistencia de los síntomas agrupados en los factores, por sexo	51
III.5. Presencia de los síntomas agrupados en los factores, por tipo de escuela	54
III.6. Persistencia de los síntomas agrupados en factores, por tipo de escuela	57
III.7. Comparación de sintomatología depresiva elevada a partir de un punto de corte	61
III.8. Resumen de los resultados	62
<b>CAPITULO III Discusión</b>	66
<b>REFERENCIAS</b>	75
Apéndice	82

## RESUMEN

La Psicología Evolutiva plantea que las experiencias que más repercuten en el desarrollo de un individuo son las que se dan durante la infancia. El psicoanálisis dio gran fuerza y apoyo a esta postura, sin embargo, otras contribuciones a este enfoque insisten en que el desarrollo psicológico se produce a lo largo de toda la vida y que, con excepción de experiencias muy extremas y desfavorables, la fijación de las vivencias tempranas no se produce de manera inexorable y mecánica, sino que una persona puede encontrar diferentes momentos y factores que le permitan reorientar las experiencias anteriores. Una de las etapas en las que se produce tal reorientación con mayor frecuencia es la adolescencia. Durante esta fase se presentan cambios profundos en todas las esferas de vida de un individuo, es por ello que se dan fluctuaciones en el estado de ánimo, lo que ocasiona situaciones de vulnerabilidad emocional. El planteamiento de este trabajo surge ante la necesidad de poseer una descripción de la sintomatología depresiva, que aparece como manifestación de uno de los estados de ánimo que se observa durante este periodo de vida; lo cual podría ampliar la información sobre este fenómeno y posibilitar la creación de alguna propuesta encaminada a brindar mayor apoyo y orientación a quienes se encuentran en este momento de vida. Por ello el propósito fundamental es describir la forma en la que se presenta la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes mexicanos (media de edad de 13 años) haciendo una comparación por sexo y tipo de escuela (privada y pública), además de mostrar la prevalencia de sintomatología depresiva elevada a partir del establecimiento de un punto de corte para hombres y otro para mujeres.

Según los resultados obtenidos se observa que las mujeres mostraron mayores porcentajes de presencia y persistencia de síntomas. Asimismo, los estudiantes de escuelas privadas tuvieron porcentajes más altos de presencia y persistencia de los síntomas agrupados en los tres factores que arrojó el análisis factorial de la escala en esta muestra. En cuanto a la frecuencia de sintomatología elevada, ésta fue mayor en los hombres.

Los datos obtenidos con este trabajo corroboran lo encontrado en estudios previos en cuanto a la presencia de mayores índices de síntomas depresivos en mujeres. Contar con descripciones más detalladas y certeras de este fenómeno permitirá desarrollar estrategias de prevención, detección y tratamiento fundamentadas que resulten funcionales y útiles para distinguir las causas de la depresión en los adolescentes.

## **INTRODUCCIÓN**

Es un hecho sabido que durante la adolescencia todos los individuos se enfrentan a cambios profundos en la mayoría de los diferentes aspectos de su vida, los cuales configuran una etapa que ha sido conceptualizada como crítica, tanto en la esfera individual como social. Durante este periodo, que resulta difícil delimitar de manera definitiva, se presenta una serie de modificaciones que suele significar estados de susceptibilidad, lo que le representa al sujeto cierta vulnerabilidad emocional e inestabilidad personal.

La conceptualización que se haga de la adolescencia es de suma importancia para el desarrollo de los trabajos de investigación que se realizan, ya que determina en gran medida el diseño de los estudios y los paradigmas que los sustentan. Esta fase de vida ha gozado del interés genuino de investigadores y teóricos desde los albores del siglo pasado, y a partir de éste se ha desarrollado una cantidad considerable de literatura que se ocupa de los distintos fenómenos biológicos, afectivos, emocionales, psicológicos, sociales y culturales relacionados con ella.

El planteamiento de este trabajo emerge ante la necesidad de explorar uno de los estados de ánimo que se observa en esta etapa de vida y generar una descripción del mismo, la sintomatología depresiva. En el estudio que se presenta participó una muestra de adolescentes mexicanos, estudiantes de educación media básica en escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, hombres y mujeres entre 13 y 15 años de edad. La intención es describir la forma en que se presenta la sintomatología depresiva en este grupo de sujetos mediante el empleo de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

En el primer capítulo se presenta la descripción de la adolescencia como etapa de vida, se señalan algunos de los aspectos que se han señalado y sobre los que se ha trabajado para crear una perspectiva comprehensiva de lo que representa este periodo como fase en la estructuración y definición de la personalidad del individuo. Además, se hace una revisión de los diferentes elementos que conforman a la depresión como un síndrome y de los síntomas que la acompañan, así como un bosquejo de algunas de los diferentes modelos teóricos explicativos que se han aproximado al análisis de ésta.



En el capítulo dos se describe la metodología que se empleó en el desarrollo de este trabajo; se hace el planteamiento del problema, se presentan los objetivos del mismo, las variables que se utilizaron, el instrumento, la forma en que se desarrolló la recolección de los datos y el análisis de éstos.

Finalmente, en el capítulo tres se muestran los resultados obtenidos de los diferentes análisis realizados con los datos recabados. Se presentan las comparaciones de la presencia y la persistencia de los síntomas, además del análisis de un punto de corte para diferenciar a los sujetos con sintomatología depresiva elevada, por sexo. Se incluye también la discusión de los resultados.

**Capítulo I**  
**Marco teórico**

## **I.1. JUSTIFICACIÓN**

La adolescencia es una de las etapas de la vida en la que se presentan algunos de los cambios más profundos e importantes en la mayoría de las esferas de la existencia de un individuo; es un evento que tiene implicaciones determinantes en la personalidad y en las relaciones sociales, en la sexualidad y en el estado emocional. Este acontecimiento es el origen de algunas fluctuaciones considerablemente notorias en la forma en la que el sujeto vive, enfrenta y se ve confrontado por los acontecimientos cotidianos, por el modo en que se relaciona con la gente que le rodea, cómo se percibe a sí mismo, cuáles son sus intereses y sus perspectivas y cómo se halla su estado de ánimo. Todo este cúmulo de vaivenes coloca a los adolescentes dentro de un esquema contextual global y vivencial que pudiera representar cierto riesgo; es común encontrar diversos estudios y aproximaciones teóricas que consideran a este grupo como susceptible de experimentar inseguridad emocional y como poseedor de cierta proclividad a sufrir inestabilidad conductual.

Además de lo anterior, se tiene conocimiento de que en esta etapa se suele entrar en conflictos directos con las figuras de autoridad, con los patrones establecidos, con la imagen de sí mismo, con las sensaciones y sentimientos que se experimentan de manera cotidiana, es

decir, casi con todo lo que les rodea; además de que algunos adolescentes suelen llevar estas confrontaciones hasta un límite tal que no los exime de vivir situaciones estresantes sumamente tensas.

En este período se experimenta con diferentes roles en escenarios sociales diversos, se enfrenta la presión escolar y las expectativas de los padres. En general, se considera a la adolescencia como el periodo de vida en el cual el individuo se encuentra bajo el peso de la fragilidad emocional. Todas estas conductas suelen considerarse "propias" y "normales" de esta fase, se asume que son estados pasajeros que desaparecen o se resuelven por sí solos, en el mejor de los casos, o con un poco de ayuda profesional. Se tiende a pasar por alto el hecho de que, más a menudo de lo que se cree, este tipo de comportamientos es sólo un disfraz que cubre malestares más severos y problemáticas más profundas, los cuales eventualmente tienen resultados que complican el desarrollo individual adecuado y que pueden llegar a tener consecuencias sumamente negativas y difíciles de enfrentar y, por lo tanto, de manejar.

Entre algunas de las dificultades más frecuentes en esta etapa del desarrollo de todo individuo podemos enumerar al suicidio, las adicciones

y los malestares del estado de ánimo; existen estudios que señalan la presencia de una gran cantidad de gente joven, entre los 14 y los 18 años de edad, que sufre de depresión o de psicosis maniaco-depresiva, que cae en la adicción a diferentes sustancias y que presenta conductas antisociales y delictivas. Por desgracia, buena parte de esta población difícilmente es diagnosticada con la oportunidad necesaria y tiene menor probabilidad de ser atendida. La presencia de este tipo de malestares ocasiona bajo rendimiento escolar, desórdenes de la conducta alimenticia, problemas en el estado de ánimo y otros padecimientos que afectan a la salud mental de los adolescentes, los cuales al no ser tratados de manera correcta por personal capacitado y profesional tienen un impacto desfavorable sobre su desarrollo normal y su posterior funcionamiento saludable en un medio permeado por las exigencias de la vida "sana".

La realización de este trabajo de investigación comienza a partir de la inquietud de poseer una perspectiva que diera cuenta, en términos generales, del estado que guarda la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes estudiantes de la ciudad de México. Dicho interés tiene su origen en el marco teórico en el que se considera a la depresión, y a la sintomatología depresiva como un componente de ésta,

como una más de las diferentes manifestaciones conductuales y de los estados de ánimo que pueden tener lugar durante esta etapa del proceso de maduración del individuo. El planteamiento y desarrollo de este trabajo de investigación está encaminado a proporcionar un elemento más en el conocimiento existente sobre este malestar tan común en las sociedades contemporáneas y poco explorado dentro del contexto de nuestro país, el cual en ocasiones aparece como una característica más de los jóvenes de nuestro tiempo. La importancia que tiene la realización de dicho análisis sobre la forma en que se presenta este fenómeno, radica en su posible relación con otros comportamientos problemáticos (como la conducta suicida, los trastornos en la conducta alimenticia, el consumo de sustancias, etcétera), así como por su probable constitución en un factor de riesgo para problemas más severos de la salud mental durante la adolescencia o en la vida adulta.

El planteamiento global de este trabajo se realiza teniendo en consideración que una mayor riqueza contextual podría facilitar el desarrollo de propuestas encaminadas a obtener más elementos que permitan alcanzar una comprensión general de la adolescencia como periodo de vida, además de brindar un apoyo más completo y una orientación integral a los individuos que se encuentran en esta etapa.

## **II. 2. ADOLESCENCIA**

La Psicología Evolutiva plantea que las experiencias que más repercuten en el desarrollo de un individuo son las que se dan durante la infancia. El psicoanálisis dio gran fuerza y apoyo a esta postura, sin embargo, otras contribuciones a este enfoque insisten en que el desarrollo psicológico se produce a lo largo de toda la vida y que, exceptuando experiencias muy extremas y desfavorables, la fijación de las vivencias tempranas no se produce de manera inexorable y mecánica, sino que una persona puede encontrar diferentes momentos y factores que le permitan reorientar las experiencias anteriores. Una de las etapas en las que se presenta con mayor frecuencia tal reorientación es la adolescencia.

Desde diferentes visiones se ha sugerido que la juventud se desperdicia en los jóvenes y ha existido la creencia, casi generalizada, de que vivir cerca de adolescentes es una especie de castigo. A la gente joven se le ha considerado como poseedora de una peculiar ausencia de respeto hacia los mayores y hacia el sistema de valores creado y desarrollado por éstos; los jóvenes no son confiables, están confundidos, son volubles, ascéticos y están demasiado interesados en conseguir el máximo placer a cualquier costo. La gente joven ha sido inculpada de

una serie de fenómenos que afectan el curso normal del devenir social, desde el incremento en los índices de criminalidad, violencia y suicidio hasta el derrumbe de los valores familiares y religiosos tradicionales (Offer, Ostrov y Howard, 1981).

Los adolescentes son, por regla general, los encargados de transportar las tradiciones socioculturales de una generación a la siguiente y al hacerlo se convierten en una especie de amenaza para los adultos, quienes poco a poco se ven confrontados con sus propias expectativas insatisfechas, depositadas en los jóvenes, quienes tienen ahora la opción de satisfacerlas o no. Esta situación se complica aún más por la urgencia de los primeros de ser sus propios guías a pesar de cualquier circunstancia.

La adolescencia constituye un fenómeno específico dentro de la historia del desarrollo de cada individuo, en el cual los elementos de índole sociocultural tienen una influencia específica, además del sustrato psicobiológico subyacente. Es la etapa en la cual el sujeto emprende la búsqueda de su identidad adulta, estableciendo una verificación constante entre sus figuras internalizadas y aprendidas y la realidad que el medio le presenta, esto a través de la dotación biológica con la que



cuenta. Es el crecimiento y desarrollo hacia la madurez y es una etapa que abarca cambios de conducta y de estatus personal y social (Muss, 1994). El comportamiento de los adolescentes está determinado por su entorno cultural; éste aplica una influencia crucial y es cuestionado acremente por ellos, dentro de éste se establece la adaptación sexual, biológica y vocacional, se interactúa con él al mismo tiempo que se pugna por lograr la independencia del mismo.

El inicio del periodo adolescente está marcado por la pubertad, la cual se caracteriza por la consecución de la capacidad plena para la reproducción sexual, con ella se relacionan de manera directa las transformaciones estructurales que suceden en el sujeto durante esta etapa. La adolescencia es reconocida como el punto terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, la cual había sido interrumpida por la latencia (Blos, 1971). Este suceso produce un nuevo impulso y una nueva organización de la personalidad. El término que se utiliza para denominar a esta parte de la vida, califica a los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. El estado de maduración sexual que el individuo alcanza en este momento influye en la aparición y declinación de ciertos intereses y actitudes; es el intento

más grande del sujeto por adaptarse al nuevo panorama de condiciones internas y externas al que se enfrenta.

Durante la adolescencia tiene lugar una larga y compleja serie de cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta; además de que los adolescentes de ambos sexos se ven profundamente afectados por estas variaciones en sus cuerpos, también, de manera más sutil e inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva (Blos, 1971). En este proceso, el individuo está sujeto a detenciones, desviaciones y abierto a desenlaces distintos. La biología lo activa, pero su desempeño y sus altibajos están poderosamente influidos por las circunstancias familiares y sociales; las primeras brindando los elementos para el cambio, las segundas, los modelos y alternativas. Una de las características principales de esta fase es que la progresión biológica y la psicológica que están involucradas no compatibilizan de modo automático (De la Fuente, 1985). La encrucijada del adolescente aparece cuando trata de situarse dentro del entorno social que le rodea, es decir, no son vistos como niños ni aceptados como adultos. Esta etapa marca el momento en que la persona consolida sus competencias específicas y su capacidad general frente al mundo, a la realidad y al entorno social,

estableciendo su adaptación y ajustes; consume la internalización de pautas socioculturales y desarrolla la propia autonomía frente al medio (Fierro, en Carretero, Palacios y Marchesi, 1985).

La adolescencia resulta un periodo que usualmente es vivido con angustia, ya que en él se presenta la necesidad de encontrar una identidad personal y de alcanzar un conocimiento biológico y social de sí mismo. Además, surge la tendencia a la identificación grupal; la dependencia que antes se tenía con los padres es transferida al grupo de pares, el cual representa el medio para alcanzar la individuación adulta en el mundo externo. El adolescente experimenta una persistente necesidad de intelectualizar y fantasear acerca de diferentes acontecimientos que ocurren a su alrededor. Es común que surjan crisis religiosas, de este modo se vive un ateísmo recalcitrante o un misticismo fervoroso que no es sino el reflejo de la angustia que se da al tratar de encontrar su identidad. El adolescente suele involucrarse en situaciones atemporales, es decir, el tiempo se transforma en una cuestión presente y dinámica a la que él trata de manejar. Pueden presentarse sentimientos de soledad y la vivencia de los duelos le facilita la conceptualización temporal, lo que le permite hacer la distinción entre presente, pasado y futuro (Aberastury, 1992).

La definición de una identidad sexual es otro elemento que se consolida en el periodo adolescente; la sexualidad evoluciona del autoerotismo hacia la búsqueda de objetos externos. Se presentan actividades masturbatorias y ejercicios genitales. Surgen el enamoramiento y la idealización. Al estar inmerso en su búsqueda de definición genital, el adolescente puede pasar por etapas de homosexualidad, como proyección de la bisexualidad perdida y como defensa contra los deseos incestuosos. En este proceso son fundamentales las figuras de identificación para el establecimiento de la identidad sexual, las cuales pueden proveer un buen apoyo para conseguir un desarrollo armónico.

Por otro lado, el adolescente suele verse imbuido por una actitud social reivindicatoria y presentar manifestaciones conductuales contradictorias en casi todas las áreas; su conducta está regida por la acción, le resulta complicado sostener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta; la intensidad y la frecuencia de sus procesos de introyección y proyección lo pueden obligar a realizar modificaciones muy rápidas de su estado de ánimo al verse sumergido súbitamente en desesperanzas profundas, sus cambios de humor son típicos y deben ser

entendidos a partir de los mecanismos de proyección y duelo: depresión, aburrimiento, frustración y desaliento.

Asimismo se vivencia una separación gradual de los padres, quienes juegan un papel determinante en la progresión de la sexualidad al establecer el manejo que se da al momento de la separación con los hijos; en muchas ocasiones éstos retrasan el desarrollo al negarse a aceptar un desprendimiento sin conflictos, lo que origina que aquéllos experimenten sentimientos de persecución y por tanto establezcan vínculos sexuales poco satisfactorios.

Existen diferentes planteamientos en los que se ha hecho una jerarquización de procesos y características comunes en la adolescencia, obteniendo una división por etapas según las diferentes edades que abarca, a saber: preadolescencia (9-11 años): está caracterizada por un aumento cuantitativo en los impulsos que resulta en un resurgimiento de la genitalidad, interés por coleccionar objetos, inaceptabilidad y socialización de la culpa, surgimiento de síntomas transitorios como la fobia, los tics, jaquecas, tartamudeo, etc., los varones se vuelven hostiles con las mujeres de su edad y sus conflictos característicos son el miedo y la envidia por la mujer. Adolescencia temprana (12-15 años): en

esta fase se da una búsqueda de objetos libidinales fuera de la familia, los valores han adquirido cierta independencia, se puede presentar un rompimiento con el autocontrol, se pierde el interés por los objetos de amor familiar (los amigos cobran mayor relevancia), surge una necesidad por objetos a los que se pueda admirar y amar (idealizar), la amistad cobra una relevancia importante y puede ser fuente de diversos conflictos. Adolescencia propiamente dicha (16-18 años): en esta fase termina la formación de la identidad sexual, se abandonan los objetos de amor infantiles, la vida emocional cobra mayor relevancia, se desarrolla la aptitud para el amor heterosexual, el padre del mismo sexo es una figura de identificación, positiva o negativa, muy importante. Adolescencia tardía (19-21 años): el sujeto adquiere una capacidad propositiva más amplia, mayor integración social y estabilidad en su autoconcepto, se comienza a dar la consolidación y la estratificación de los intereses de vida, el sujeto toma conciencia de sí mismo como ser social. Postadolescencia (22-24 años): el individuo se convierte en un adulto joven, la integración de la personalidad se presenta de forma paralela a la definición social, al enamoramiento, al matrimonio, a la paternidad, el hombre tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la materna para alcanzar la madurez (González-Nuñez, 1986).

Las jerarquizaciones y divisiones temporales de las etapas que se suceden durante la adolescencia no se ajustan necesariamente a todos los sujetos en cuanto al momento de su ocurrencia, pero sí se puede afirmar que los procesos que se dan en cada caso son comunes a una gran cantidad de individuos en el proceso de búsqueda de una identidad propia, lo cual no significa la ausencia de la misma en este periodo, sino que ella es singular y está plagada de las manifestaciones típicas.

En otra clasificación por etapas (Monroy, 1994), se plantea la existencia de tres elementales, cada una con sus interacciones propias. Durante la adolescencia temprana (10-13 años) se tiene menor interés por los padres y se entablan relaciones de amistad con adolescentes del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, surge una mayor necesidad de privacidad, hay mayor capacidad cognitiva y fantasiosa, es difícil controlar los impulsos, las metas vocacionales son irreales, hay una gran preocupación por los cambios físicos e incertidumbre por la apariencia física. En la adolescencia (14-16 años) se presenta el periodo de máxima interrelación con los pares y de conflicto con los padres, se da un aumento en la experimentación sexual, existe mucha conformidad con los valores del grupo, hay sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes, persiste la preocupación por la apariencia y el deseo de

poseer un cuerpo más atractivo. Finalmente, en la adolescencia tardía (17-19 años) se da un acercamiento emocional con los padres y sus valores, se da mayor prioridad a las relaciones íntimas y el grupo de pares pierde un poco de relevancia, se desarrolla un sistema propio de valores, las metas vocacionales se vuelven más reales y se desarrolla una identidad personal y social que permite la intimación con los otros, se termina por aceptar la imagen corporal.

Por su parte, Siegel (1982) ha planteado de manera diferente el impacto que tiene la adolescencia sobre los individuos, ello a partir de las transformaciones físicas a que se ven enfrentados. Desde su perspectiva, él afirma que se produce un aumento en la toma de conciencia y del interés por los aspectos relacionados con el cuerpo, lo cual se ve favorecido por el desarrollo cognitivo que se presenta en esta etapa. La mayoría de los adolescentes están más interesados por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos. Las mujeres en este momento muestran mayor insatisfacción por su aspecto físico que los hombres. En esta época sobresale el aspecto físico como elemento de aceptación grupal, es decir, los adolescentes con una mejor aceptación entre sus pares lo atribuyen a una buena dosis de atractivo físico.



Además de todos los cambios físicos y cognitivos que se presentan durante esta etapa del desarrollo, existe en ella una evolución activa de las actividades de socialización (Garrison, Schoenbach, Schluchter, y Kaplan, 1987). Por esto, durante la adolescencia, se presentan fluctuaciones constantes en el estado de ánimo de los individuos, lo que genera situaciones de vulnerabilidad emocional que los hace más propensos a involucrarse en experiencias que tienden a vivir como dolorosas y angustiantes.

Hamburg, en 1974 (en Garrison, Schoenbach, Schluchter, Kaplan, 1987), puntualiza que los cambios son más evidentes en la adolescencia temprana (11-14 años de edad) y que es en este periodo cuando se presentan las mayores discontinuidades con el pasado individual. El hecho de que esto ocurra simultáneamente en áreas importantes de la vida puede magnificar su impacto. Además, se debe tener en cuenta la falta de recursos o experiencias análogas que permitan a los adolescentes tener alguna guía, así como sus pobres estrategias de enfrentamiento que los coloca ante elementos difíciles de manejar, lo cual genera situaciones en las que les resulta más complicado responder de acuerdo con los factores ambientales a los que se enfrentan.

Si bien es cierto que la forma de aproximarse a la adolescencia desde una perspectiva teórica está cambiando, un elemento que parece indiscutible es que ésta constituye una época de transición en la que se presentan diversos elementos que hacen del adolescente un individuo propenso a involucrarse en situaciones de riesgo. Debido al tipo de procesos individuales que se experimentan en esta etapa, el adolescente es más vulnerable ante los factores psicosociales que se le presentan.

### **II. 3. LA DEPRESIÓN Y SUS SÍNTOMAS**

La depresión ha sido reconocida como un padecimiento digno de atención desde tiempos remotos. Durante la época grecorromana, se le dio un empleo descriptivo como una condición mental del hombre; la melancolía fue descrita desde la teoría de los humores en el siglo V a. C. por Hipócrates. Los médicos de aquella época asumían que la locura estaba relacionada con cuatro humores corporales: la bilis amarilla, la bilis negra, sangre y flema. Desde su perspectiva, la melancolía era producto de la bilis negra. Afirmaban que ésta resultaba de un profundo estado de cólera. Quienes sufrían de melancolía se encontraban siempre cabizbajos, con propensión a la cólera y no se sentían alegres, animosos ni relajados; parecían estar mentalmente atormentados y, en su mayoría, angustiados, desalentados y podían tener deseos de morir. Cuando algún individuo presentaba este cuadro, era considerado como un demente.

Durante la Edad Media, se consideró que la melancolía era producida por espíritus o por causas sobrenaturales, sin embargo, se llegó a pensar que también podía ser originada por causas de la vida cotidiana como el exceso de trabajo y la actividad sexual (Kaplan, Freedman y Sadock, 1980).

Según el diccionario enciclopédico Larousse, en su edición de 1998, la depresión abarca distintos grados, desde la forma más profunda (melancolía) hasta distintas depresiones neuróticas de carácter reactivo. Se caracteriza por una disminución de la actividad psíquica e intelectual, así como por la presencia de autoacusaciones por culpas imaginarias o exageradamente aumentadas. Hay un deseo de la propia muerte que se traduce, a escala somática, por una sensación de cansancio y de falta de ánimo. Emparentada con la depresión está la psicosis maníaco-depresiva, en la que alternan episodios maníacos y episodios melancólicos (Larousse, diccionario enciclopédico, 1998).

Ahora bien, desde una perspectiva más clínica, alejada de las concepciones moldeadas por el sentido común y el conocimiento popular, la depresión es un padecimiento bien caracterizado y detallado en criterios diagnósticos surgidos a partir de investigaciones científicas. En este sentido, se habla de ella como un trastorno afectivo o del humor con diferentes episodios.

La Asociación Psicológica Americana (1952) consideraba a la depresión como el término para referirse a un humor o estado específico o una clasificación diagnóstica. Mencionaba que ésta ocurre como una

reacción ante la pérdida real o imaginaria de un objeto emocionalmente significativo, de un atributo o de una habilidad personal. El modo depresivo está caracterizado por un sentimiento subjetivo de tristeza, por una baja autoestima, por una disminución del interés y por un sentimiento de abatimiento y desesperanza (APA, 1952).

Por otro lado, en la Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 (CIE-10, OMS, 1992) se mencionan episodios depresivos leves, moderados o graves, los enfermos que los padecen suelen sufrir de humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso después de un esfuerzo mínimo.

En los episodios depresivos suelen presentarse:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva sombría del futuro
- Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones
- Trastornos del sueño
- Pérdida del apetito

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación de los síntomas puede ser distinta de un individuo a otro y de un episodio a otro. Las formas atípicas son particularmente frecuentes durante la adolescencia.

En el episodio leve se presenta ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, además hay aumento de la fatigabilidad, éstos se consideran como los síntomas más típicos y se deben presentar al menos dos de ellos para un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas se debe presentar en grado intenso y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Para considerar un episodio como moderado se deben presentar al menos dos de los tres síntomas más típicos del episodio leve, además de, al menos, tres de los demás. Puede ocurrir que los síntomas ocurran en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos. El episodio debe durar al menos dos semanas.

Durante el episodio grave, el enfermo presenta una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Puede ocurrir que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y haya cierto riesgo de suicidio en los casos graves. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre en este episodio (CIE-10, OMS. 1992).

En el DSM-IV (APA, 1997) se le considera dentro de los trastornos del estado de ánimo y se le divide en diferentes tipos: en los episodios afectivos como episodio depresivo mayor y en los trastornos depresivos como trastorno depresivo mayor y como trastorno depresivo no especificado.

El episodio depresivo mayor está caracterizado por tener una duración de al menos dos semanas consecutivas en la que se presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. También se deben experimentar al menos otros cuatro síntomas, entre los que se cuentan cambios en el apetito o en el peso corporal, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de autodevaluación o culpa, dificultad para

pensar, problemas para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben mantenerse durante la mayor parte del día, casi todos los días del periodo mencionado (DSM-IV, 1997).

Por lo que respecta al trastorno depresivo mayor, según el DSM-IV, su característica esencial es un curso clínico, en el que se presentan uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para considerar una depresión como un trastorno mayor, no se toman en consideración los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los debidos a enfermedades médicas.

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso y depresivo. En algunas ocasiones, los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado (DSM-IV, 1997).



Asimismo, el término depresión suele emplearse como un concepto genérico que se asigna a un conjunto de desórdenes de la afectividad, el cual se presenta en forma de alteraciones únicas o en compañía de otros estados patológicos (De la Fuente y Campillo-Serrano, 1975). Los desórdenes depresivos abarcan una gran variedad de diferentes aproximaciones y, quizá, muchas entidades clínicas (Wolman y Stricker, 1990). Existen diferentes aproximaciones teóricas que pretenden conocer sus causas etiológicas y desarrollan explicaciones fundamentadas en diversas investigaciones. La variedad de éstas resalta la complejidad del padecimiento y subraya el hecho de que se trata de un desorden global de la personalidad, que perturba en grados diversos las esferas psíquica y somática además de la conducta general de quienes lo sufren. Cada una de estas aproximaciones ha logrado desarrollar modelos etiopatológicos de la depresión. A continuación se presenta una descripción sucinta de éstos:

**Modelo psicoanalítico.** Plantea que la pérdida simbólica o real de un objeto con quien se estableció una relación ambivalente (odio-amor) durante la infancia, origina la agresividad del sujeto, la cual en lugar de manifestarse hacia el medio exterior, se vuelca contra él, entonces el instinto agresivo se convierte en afecto depresivo.

**Modelo psicológico-experimental.** Afirma que, en el curso de su vida, el sujeto aprende a comportarse en forma depresiva por miedo a enfrentarse a otros estímulos más dolorosos, elige, sin que intervenga su voluntad, el comportamiento depresivo porque resulta menos doloroso y encuentra pequeñas recompensas.

**Modelo sociológico.** En él se dice que los eventos desafortunados de la vida producen una crisis en el sujeto que le significa la pérdida del *status* social.

**Modelo genético.** Según éste, existen dos tipos de transmisión genética: 1) *poligenético* y 2) *dominante*, las cuales pueden estar ligadas al cromosoma sexual X o a un cromosoma autosómico dominante, por lo que el individuo nace con una susceptibilidad de mayor o menor grado que podrá expresarse o no el curso de su vida.

**Modelo bioquímico-farmacológico.** Postula la depleción de las monoaminas en el Sistema Nervioso Central con un notable predominio de los transmisores colinérgicos, lo cual origina 1) alteración de la transmisión del impulso nervioso a nivel intersináptico y 2) dominio de los impulsos inhibitorios sobre los excitatorios.

En años recientes, los desórdenes depresivos conforman el problema mental con el mayor grado de incidencia a escala mundial; cada año, más de 100 mil personas en todo el planeta son diagnosticadas con depresión y los desórdenes depresivos son 10 veces más frecuentes que la esquizofrenia (Wolman y Stricker, 1990). En América Latina, los trastornos depresivos significan el 17.3% de los años de vida perdidos por incapacidad debida a problemas de salud mental (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995). Los padecimientos afectivos se encuentran con gran frecuencia en los adolescentes, tanto en población clínica como general; en la actualidad, los índices de prevalencia están entre el 38% y el 40% (De la Peña, Estrada, Almeida y Páez, 1999). Si se considera que el 19% de la población mexicana está conformado por personas que están en la etapa adolescente, el problema adquiere dimensiones considerables dentro del ámbito de la salud pública (INEGI, 2000). Sin embargo, y a pesar del gran cúmulo de investigaciones, aún no existe un acuerdo sobre cuál es la etiología, la sintomatología y los métodos de tratamiento idóneos para la depresión.

## **Capítulo II**

### **Método**

## **MÉTODO**

### **II.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sintomatología depresiva es un componente de la depresión que puede presentarse en los adolescentes con determinado nivel de importancia, ésta influye sobre el estado de ánimo en la forma de situaciones que se viven como poco placenteras y molestas; de modo que dicho fenómeno se puede constituir como un factor de riesgo significativo por sí mismo y por su relación con comportamientos autodestructivos como el suicidio, la violencia, el consumo de sustancias, sexo sin protección, y otros.

Dicha situación tiene efectos poco convenientes en la forma en que los individuos enfrentan las circunstancias cotidianas que viven. Por ello, el propósito fundamental de este trabajo es describir a la sintomatología depresiva en una muestra de estudiantes adolescentes mexicanos. Se explora su presencia reciente, es decir, en la semana previa a la aplicación de la escala, y su persistencia, la cual se considera a partir de los síntomas que estuvieron presentes tres o más días en dicha semana, además de su prevalencia a partir del establecimiento de un punto de corte.

## II.2. OBJETIVOS

### General:

Describir la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes mexicanos, estudiantes de educación media básica – secundaria- en escuelas públicas y privadas de la ciudad de México, hombres y mujeres entre 13 y 15 años de edad.

### Específicos:

a) Conocer la estructura factorial del CES-D en esta muestra y evaluar la consistencia interna de la escala global y de cada factor.

b) Mostrar el perfil de los síntomas de cada factor en cuanto a presencia y persistencia en el total de la muestra, por sexo y tipo de escuela.

c) Conocer la presencia de los síntomas agrupados en cada factor mediante una comparación por sexo y tipo de escuela.

d) Conocer la persistencia de los síntomas agrupados en cada factor mediante una comparación por sexo y tipo de escuela.

e) Conocer la prevalencia de sujetos con sintomatología depresiva elevada en esta muestra, a partir del establecimiento de un punto de corte, en hombres y mujeres.

### II.3. VARIABLES

a) **Sexo:** variable definida por las características anatómicas y fisiológicas del adolescente, pudiendo ser hombre o mujer.

b) **Tipo de escuela:** variable definida por la adscripción a la Secretaría de Educación Pública (SEP), pudiendo ser oficial o particular.

c) **Sintomatología depresiva:** sus principales componentes se identificaron a través de la literatura clínica y de estudios de análisis factorial. Entre ellos se incluyen: afecto deprimido, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, pérdida de apetito y desórdenes del sueño (Radloff, 1977).

En este trabajo, se considerará a la sintomatología depresiva como las manifestaciones conductuales y sensaciones afectivas percibidas por el adolescente en torno a la expresión de la depresión. Esta variable se medirá a partir de las respuestas dadas a la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D. Radloff, 1977).

#### II.4. INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario que incluye información sociodemográfica, además de otras escalas (González-Forteza, 1992), considerándose para esta Tesis sólo los datos obtenidos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), que forma parte de dicho cuestionario. El CES-D es una escala de 20 reactivos, en formato de autorreporte, desarrollado para explorar sintomatología depresiva. Los registros se realizan en una escala con formato de respuesta tipo Likert: 0= ningún día, 1= 1 o 2 días, 2= 3 o 4 días y 3= entre 5 y 7 días de la semana anterior a la aplicación del instrumento. El rango teórico de valores posibles va de 0 a 60 puntos, por lo que a mayor puntuación, mayor sintomatología



depresiva. Los reactivos representan los síntomas más significativos del síndrome de depresión y pretenden identificar estados depresivos más que depresión clínica (ver anexo). Diferentes estudios realizados en muestras de adolescentes estudiantes mexicanos mostraron niveles satisfactorios de consistencia interna: desde .84 a .90 (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993; González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997; Benjet, Hernández, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque, y Chartt-León, 1999).

## II.5. MUESTRA

Este estudio forma parte de una investigación más amplia sobre el estrés psicosocial y las respuestas de enfrentamiento y su impacto sobre el estado emocional en adolescentes (González-Forteza, 1992). Participaron en ella un total de 423 adolescentes: 235 hombres y 188 mujeres, con una edad promedio de 14 años, todos estudiantes del nivel de educación media básica: secundaria.

Se realizó un procedimiento de muestreo no probabilístico e intencional para equilibrar las características atributivas de sexo, edad

y tipo de escuela. El 51.1.% de los adolescentes fue de escuela oficial y el 48.9% de escuela particular.

Se trabajó con dos grupos de adolescentes: uno compuesto por 216 estudiantes de escuela oficial y el otro por 207 estudiantes de dos escuelas particulares. De ambos tipos de escuelas, 145 estudiantes pertenecían al primer grado, 139 al segundo y 139 al tercero (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de la muestra**

	N=423	f	%
SEXO	Hombres	235	55.6
	Mujeres	188	44.4
GRADO ESCOLAR	1º	145	34.3
	2º	139	32.9
	3º	139	32.9
TIPO DE ESCUELA	Oficial	216	51.1
	Particular	207	48.9

## II.6. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio exploratorio de campo de tipo transversal, *ex-post-facto* en escuelas de educación secundaria, oficiales y particulares, ubicadas al Sur del Distrito Federal.

## II. 7. PROCEDIMIENTO

Se estableció contacto con tres planteles escolares de secundaria (uno oficial y dos particulares) en la ciudad de México, y se realizó la recolección de los datos mediante la autoaplicación de los cuestionarios escritos a los alumnos, durante las horas de clase. La aplicación se realizó a toda la población dentro de los salones de clase en la escuela oficial. Una vez definido el tamaño de esta submuestra ( $n=216$ ), se elaboró otra complementaria en una escuela particular. Debido a que en ésta no se completaron las 216 aplicaciones, se entabló contacto con otra escuela que tenía las mismas características de la anterior para completar la cuota requerida.

La aplicación se llevó a cabo dentro de los planteles escolares - oficial y particulares- que aceptaron colaborar en la fase de campo y en los que se pudo completar la muestra requerida. En todos los casos se contó con la autorización de los dirigentes escolares, además de la cooperación voluntaria de los estudiantes, a quienes se les garantizó anonimato absoluto en el manejo de la información.

## II. 8. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron análisis de frecuencias simples para conocer la estructura de la muestra según las variables de sexo y tipo de escuela.

Debido a que se deseaba conocer la estructura factorial de la escala en esta muestra, se realizó un análisis factorial con el método de extracción de máxima verosimilitud, con una rotación oblicua para ver la forma en que los factores se relacionan entre sí.

Se realizaron análisis de confiabilidad para conocer la consistencia interna de la escala y de las subescalas obtenidas.

Por otro lado, se ejecutaron análisis de chi cuadrada para comparar los síntomas depresivos agrupados en los factores, así como la presencia y la persistencia de los mismos entre hombres y mujeres y entre estudiantes de escuelas públicas y privadas.

Por último, se estableció un punto de corte para hombres y otro para mujeres con el fin de conocer la prevalencia de estudiantes con sintomatología depresiva elevada. Cabe mencionar que este criterio ha

sido empleado con anterioridad en otros estudios (Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, 1992; González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 7.5 (SPSS Inc., 1995).

## **Capítulo III**

### **Resultados**

## RESULTADOS

La muestra quedó constituida por 423 adolescentes (55.6% hombres y 44.4% mujeres, con una media de edad de 13.86 años). La proporción de adolescentes por grado escolar estuvo equilibrada (34.3% de primero, 32.9% de segundo y 32.9% de tercero). En cuanto al tipo de escuela al que pertenecían los sujetos, el 48.9% fue de escuela particular y el 51.1.% de escuela oficial (Tabla 2).

### III.1. ESTRUCTURA FACTORIAL Y CONSISTENCIA INTERNA

Se realizó un análisis factorial, con el método de extracción de máxima verosimilitud y una rotación oblicua debido a que se esperaba que los factores resultantes tuvieran alguna relación entre sí. Se incluyó a todos los reactivos de la prueba en el análisis y se consideraron solamente cargas factoriales superiores a .4. Se obtuvo una estructura factorial compuesta por tres factores, los cuales explican el 40.73% de la varianza. La escala tuvo un alfa de Cronbach de .82.

En el primer factor se agruparon reactivos que conformaron una dimensión que se nombró *actividad retardada y relaciones*

*interpersonales*, la cual tuvo un alfa de Cronbach igual a .81. Los reactivos se refieren a sensaciones de miedo, fracaso, problemas para concentrarse en actividades, percepción de la gente como poco amigable, sueño poco reparador, sentirse molesto por cosas que antes no molestaban, sentir que no se puede seguir adelante y que no se es agradable para los demás. El segundo factor se conformó con reactivos que constituyen una dimensión que se identificó como *afecto positivo*, cuyo alfa de Cronbach fue de .70, el cual, debido a que sus puntuaciones se recodifican, implica sensaciones de infelicidad, desesperanza, incapacidad para disfrutar la vida y sentimientos de minusvalía. En el último factor se conjuntaron los reactivos que forman la dimensión que se denominó *afecto depresivo*, la cual tuvo un alfa de Cronbach fue de .86 y que contiene preguntas que se exploran sentimientos de tristeza, depresión, soledad y episodios de llanto (Tabla 1).



Tabla 1. Estructura factorial del CES-D (alfa de Cronbach de la escala .82)

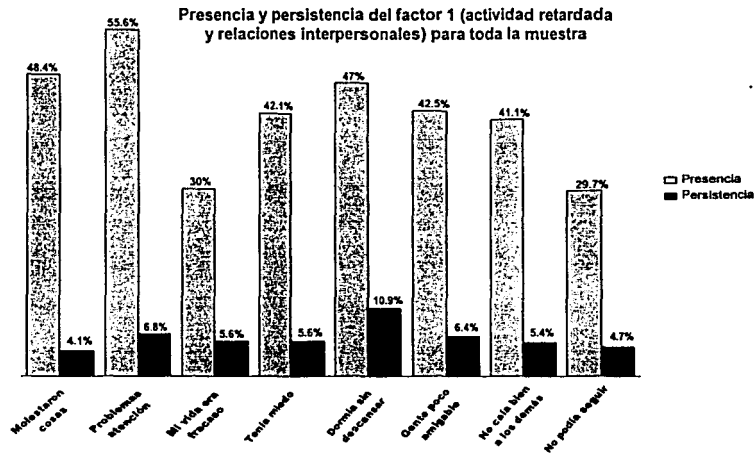
Reactivos	Actividad retardada y relaciones Interpersonales Valor Eigen 6.21	Afecto positivo Valor Eigen 2.46	Afecto depresivo Valor Eigen 1.15
Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.501		
Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	.615		
Pensé que mi vida era un fracaso	.631		
Tenía miedo	.679		
Dormía sin poder descansar	.510		
Sentí que la gente era poco amigable	.526		
Sentía que no le caía bien a los demás	.427		
No podía seguir adelante	.487		
	$\alpha = .81$		
Sentía que era tan bueno como los demás (R)		.556	
Veía el futuro con esperanza (R)		.661	
Estaba feliz (R)		.691	
Disfruté de la vida (R)		.563	
		$\alpha = .58$	
Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos			.400
Me sentí deprimido			.545
Me sentía solo			.462
Lloraba a ratos			.849
Me sentía triste			.874
			$\alpha = .86$

### III. 2. PERFIL DE LOS SÍNTOMAS AGRUPADOS EN LOS FACTORES EN CUANTO A PRESENCIA Y PERSISTENCIA EN EL TOTAL DE LA MUESTRA, POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA

Una vez que se contó con los factores, el resto de los análisis se llevó a cabo con los reactivos agrupados según éstos. La presencia de los síntomas se estableció a partir de su manifestación al menos durante un día de la semana previa, mientras que la persistencia se determinó cuando los síntomas estuvieron presentes de 5 a 7 días.

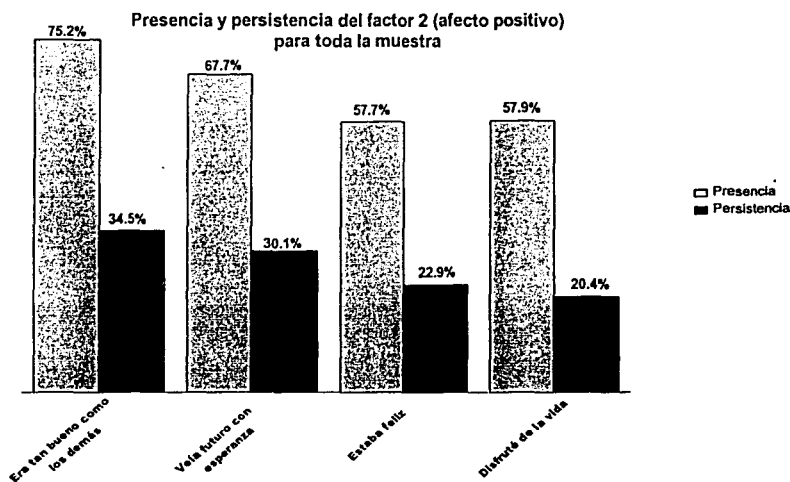
De este modo, las frecuencias de respuesta en cada uno de los reactivos del factor 1 (actividad retardada y relaciones interpersonales) en el total de la muestra, permitió ver que en todos los casos los porcentajes de presencia fueron más elevados que los de persistencia. En este factor es notable que los sujetos reportaron con mayor frecuencia tener problemas para poner atención a lo que estaban haciendo, sentir molestia por muchas cosas que antes no les molestaban y que dormían sin poder descansar en la semana previa a la aplicación del instrumento (gráfica 1).

**Gráfica 1**



En el segundo factor (afecto positivo), se observó, al igual que en el anterior, que los porcentajes de presencia fueron más elevados que los de persistencia (gráfica 2).

Gráfica 2



Asimismo, en el factor 3 (afecto depresivo), los porcentajes de presencia fueron más elevados que los de persistencia. En este caso, los valores más altos se presentaron en los reactivos "me sentí deprimido", "me sentía triste" y "me sentía solo" (gráfica 3).

En la tabla 2 se muestra el resumen de los porcentajes de todos los reactivos que se agruparon en los tres factores.

Gráfica 3

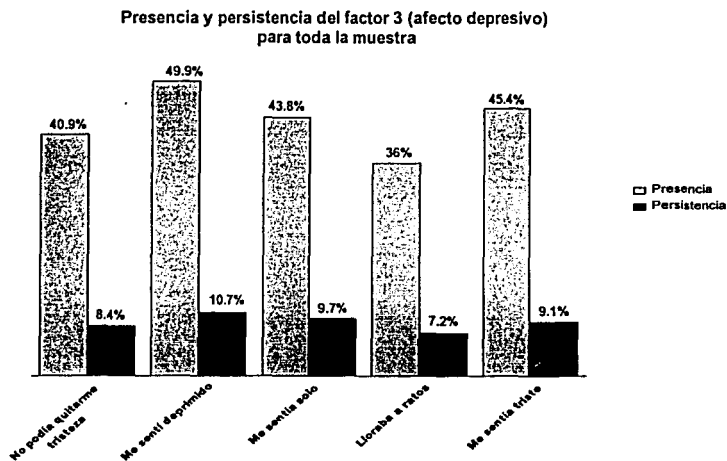


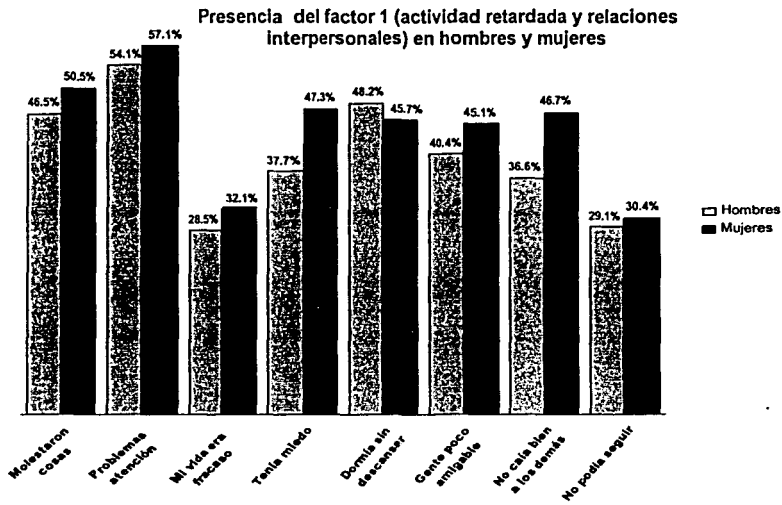
Tabla 2. Resumen de presencia y persistencia para toda la muestra

Factor	Reactivos	Presencia	Persistencia
Actividad retardada y relaciones interpersonales	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	48.4%	4.1%
	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	55.6%	6.8%
	Pensé que mi vida era un fracaso	30%	5.6%
	Tenía miedo	42.1%	5.6%
	Dormía sin poder descansar	47%	10.9%
	Sentí que la gente era poco amigable	42.5%	6.4%
	Sentía que no le caía bien a los demás	41.1%	5.4%
	No podía seguir adelante	29.7%	4.7%
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás (R)	75.2%	34.5%
	Veía el futuro con esperanza (R)	67.7%	30.1%
	Estaba feliz (R)	57.7%	22.9%
	Disfruté de la vida (R)	57.9%	20.4%
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos	40.9%	8.4%
	Me sentí deprimido	49.9%	10.7%
	Me sentía solo	43.8%	9.7%
	Lloraba a ratos	36%	7.2%
	Me sentía triste	45.4%	9.1%

### III.3. PRESENCIA DE LOS SÍNTOMAS AGRUPADOS EN LOS FACTORES, POR SEXO

En cuanto a la presencia de los síntomas del factor 1 en hombres y mujeres, se puede observar que, en términos generales, éstas reportaron mayor presencia de los síntomas que los hombres (gráfica 4) – hubo diferencias significativas en los reactivos “tenía miedo” y “sentía que no le caía bien a los demás” (tabla 3).

Gráfica 4

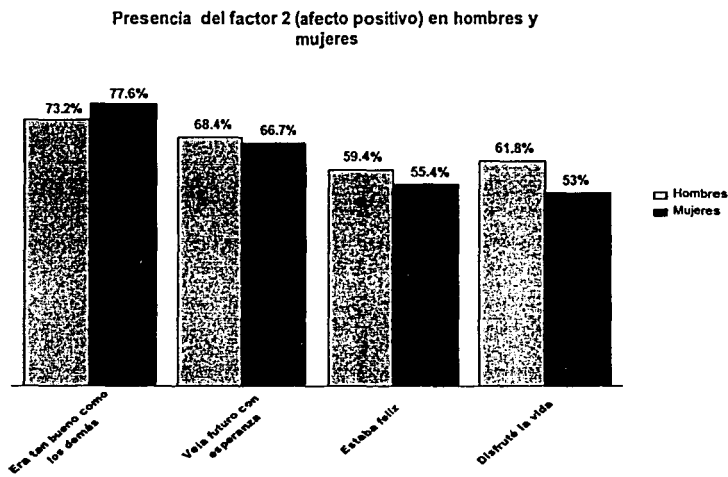


**Tabla 3. Chi cuadrada de la presencia de los síntomas del factor 1 (actividad retardada y relaciones interpersonales)**

<b>Factor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Actividad retardada y relaciones interpersonales	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.509	1	ns
	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	.266	1	ns
	Pensé que mi vida era un fracaso	.455	1	ns
	<b>Tenía miedo</b>	<b>3.441</b>	<b>1</b>	<b>.05</b>
	Dormía sin poder descansar	.181	1	ns
	Sentí que la gente era poco amigable	.697	1	ns
	<b>Sentía que no le caía bien a los demás</b>	<b>3.820</b>	<b>1</b>	<b>.05</b>
	No podía seguir adelante	.026	1	ns

En la gráfica 5 se muestran los porcentajes de la presencia de los síntomas del factor 2, en el que se observa que los hombres los tuvieron más elevados en casi todos los reactivos. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre éstos y las mujeres (tabla 4).

**Gráfica 5**



**Tabla 4. Chi cuadrada de la presencia de los síntomas del factor 2 (afecto positivo)**

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup> r	gl	p
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás	.851	1	ns
	Veía el futuro con esperanza	.074	1	ns
	Estaba feliz	.501	1	ns
	Disfruté de la vida	2.794	1	ns

En el factor 3, la presencia de los síntomas fue mayor en las mujeres en todos los reactivos (gráfica 6). En este caso se detectaron diferencias significativas en "me sentí deprimido" y "lloraba a ratos" (tabla 5).

**Gráfica 6**

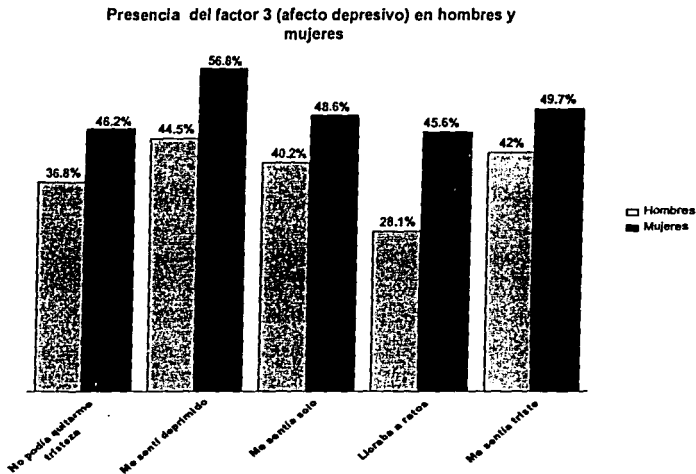


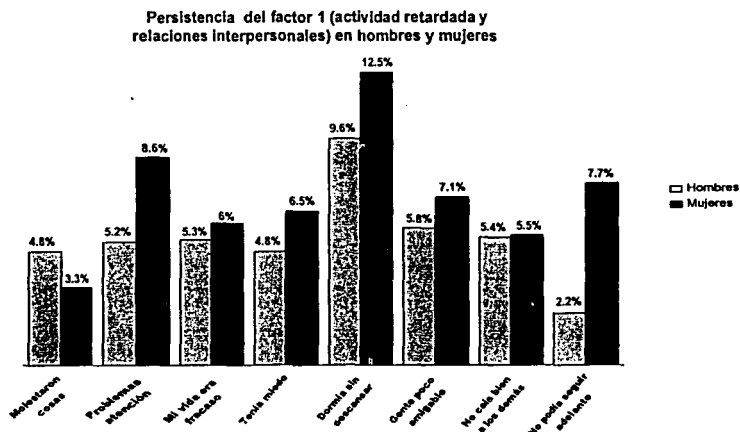
Tabla 5. Chi cuadrada de la presencia de los síntomas del factor 3 (afecto depresivo)

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos	3.363	1	ns
	<b>Me sentí deprimido</b>	<b>5.663</b>	<b>1</b>	<b>.01</b>
	Me sentía solo	2.622	1	ns
	<b>Lloraba a ratos</b>	<b>12.595</b>	<b>1</b>	<b>.000</b>
	Me sentía triste	2.128	1	ns

### III.4. PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS AGRUPADOS EN FACTORES, POR SEXO

Al revisar los análisis de la persistencia del factor 1, se puede observar que en la mayoría de los reactivos las mujeres tuvieron los porcentajes más elevados, con excepción de "me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan" (gráfica 7). Sin embargo, la única diferencia significativa se presentó en "no podía seguir adelante" (tabla 6).

Gráfica 7



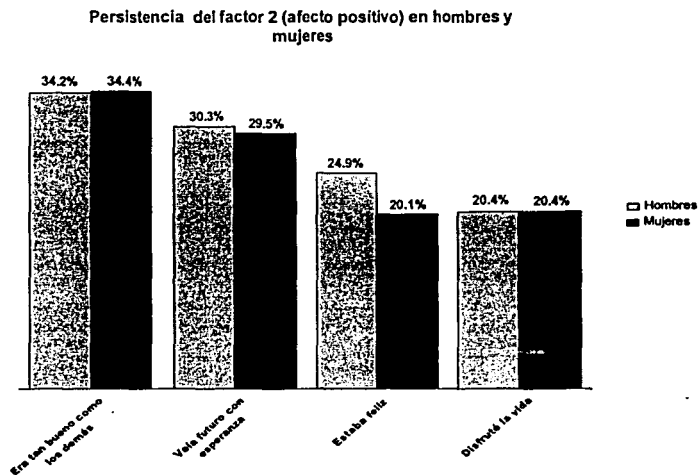


**Tabla 6. Chi cuadrada de la persistencia de los síntomas del factor 1 (actividad retardada y relaciones interpersonales)**

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Actividad retardada y relaciones interpersonales	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.254	1	ns
	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	1.553	1	ns
	Pensé que mi vida era un fracaso	.010	1	ns
	Tenía miedo	.281	1	ns
	Dormía sin poder descansar	.583	1	ns
	Sentí que la gente era poco amigable	.127	1	ns
	Sentía que no le caía bien a los demás	.000	1	ns
	<b>No podía seguir adelante</b>	<b>5.556</b>	<b>1</b>	<b>.02</b>

En cuanto a los síntomas del factor 2, los hombres tuvieron porcentajes más elevados en "veía el futuro con esperanza" y "estaba feliz" (gráfica 8). En este caso no hubo diferencias significativas en ningún reactivo (tabla 7).

**Gráfica 8**

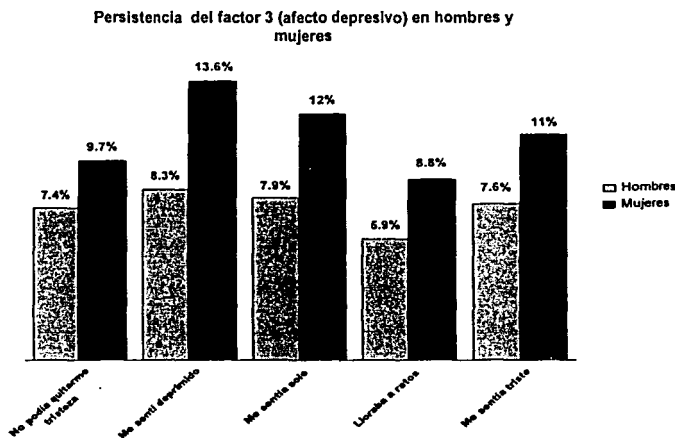


**Tabla 7. Chi cuadrada de la persistencia de los síntomas del factor 2 (afecto positivo)**

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás	.000	1	ns
	Veía el futuro con esperanza	.003	1	ns
	Estaba feliz	1.069	1	ns
	Disfruté de la vida	.000	1	ns

La persistencia de los síntomas del factor 3 fue mayor en la mujeres en todos los casos (gráfica 9), aunque en ninguno de ellos la diferencia fue significativa (tabla 8).

**Gráfica 9**



**Tabla 8. Chi cuadrada de la persistencia de los síntomas del factor 3 (afecto depresivo)**

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos	.497	1	ns
	Me sentí deprimido	2.532	1	ns
	Me sentía solo	1.563	1	ns
	Lloraba a ratos	.867	1	ns
	Me sentía triste	1.057	1	ns

En la tabla 9 se presenta un resumen de los valores de la chi cuadrada para la presencia y persistencia de los síntomas de los tres factores en la comparación por sexo.

**Tabla 9. Resumen de la presencia y persistencia de los síntomas agrupados en factores, por sexo**

Factor	Reactivos	Presencia			Persistencia		
		X <sup>2</sup>	gl	p	X <sup>2</sup>	gl	p
Actividad ret. y rel. Inter.	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.509	1	ns	.254	1	ns
	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	.266	1	ns	1.553	1	ns
	Pensé que mi vida era un fracaso	.455	1	ns	.010	1	ns
	Tenía miedo	<b>3.441</b>	<b>1</b>	<b>.05</b>	.281	1	ns
	Dormía sin poder descansar	.181	1	ns	.583	1	ns
	Sentí que la gente era poco amigable	.697	1	ns	.127	1	ns
	Sentía que no le caía bien a los demás	<b>3.820</b>	<b>1</b>	<b>.05</b>	.000	1	ns
No podía seguir adelante	.026	1	ns	<b>5.556</b>	<b>1</b>	<b>.02</b>	
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás	.851	1	ns	.000	1	ns
	Veía el futuro con esperanza	.074	1	ns	.003	1	ns
	Estaba feliz	.501	1	ns	1.069	1	ns
	Disfruté de la vida	2.794	1	ns	.000	1	ns
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza	3.363	1	ns	.497	1	ns
	Me sentí deprimido	<b>5.663</b>	<b>1</b>	<b>.01</b>	2.532	1	ns
	Me sentía solo	2.622	1	ns	1.563	1	ns
	Lloraba a ratos	<b>12.595</b>	<b>1</b>	<b>.000</b>	.867	1	ns
	Me sentía triste	2.128	1	ns	1.057	1	ns

### III.5. PRESENCIA DE LOS SÍNTOMAS AGRUPADOS EN FACTORES, POR TIPO DE ESCUELA

En cuanto a la presencia de los síntomas del factor 1, actividad retardada, por tipo de escuela, se puede ver que en términos generales ésta se presentó más en los estudiantes de escuela particular, con excepción del reactivo "me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan" (gráfica 10); aunque la única diferencia significativa se presentó en el reactivo "tenía miedo" (tabla 10).

Gráfica 10

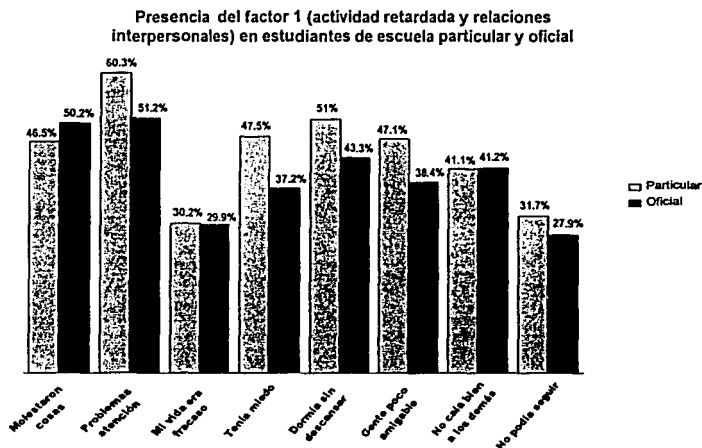


Tabla 10. Chi cuadrada de la presencia de los síntomas del factor 1 (actividad retardada y relaciones interpersonales)

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Actividad retardada y relaciones interpersonales	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.445	1	ns
	Tenia problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	3.135	1	ns
	Pensé que mi vida era un fracaso	.000	1	ns
	<b>Tenia miedo</b>	<b>4.044</b>	<b>1</b>	<b>.04</b>
	Dormía sin poder descansar	2.187	1	ns
	Sentí que la gente era poco amigable	2.790	1	ns
	Sentía que no le caía bien a los demás	.000	1	ns
	No podía seguir adelante	.538	1	ns

En cuanto al factor 2, afecto positivo, los estudiantes de escuela oficial tuvieron los porcentajes más elevados en todos los reactivos (gráfica 11), pero la única diferencia significativa se presentó en el reactivo "no veía el futuro con esperanza" (tabla 11).

Gráfica 11

Presencia del factor 2 (afecto positivo) en estudiantes de escuela particular y oficial

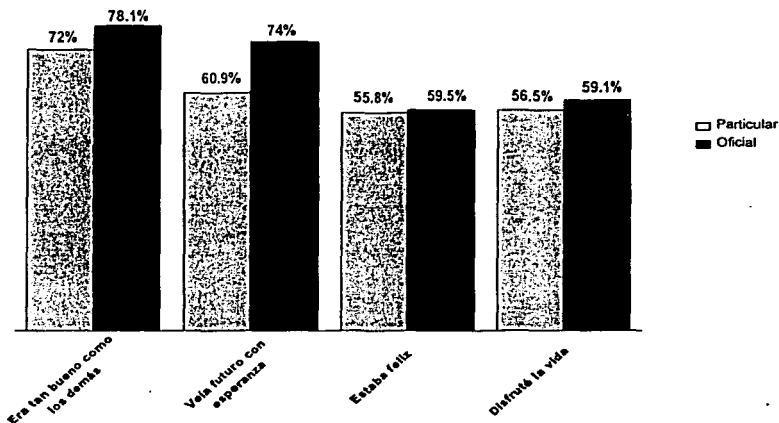


Tabla 11. Chi cuadrada de la presencia de los síntomas del factor 2 (afecto positivo)

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás	1.777	1	ns
	<b>Veía el futuro con esperanza</b>	<b>7.411</b>	<b>1</b>	<b>.006</b>
	Estaba feliz	.453	1	ns
	Disfruté de la vida	.171	1	ns

En el factor 3, afecto depresivo, los porcentajes más elevados se presentaron en los estudiantes de escuela privada (gráfica 12) y sólo hubo diferencias significativas en el reactivo: "lloraba a ratos" (tabla 12).

Gráfica 12

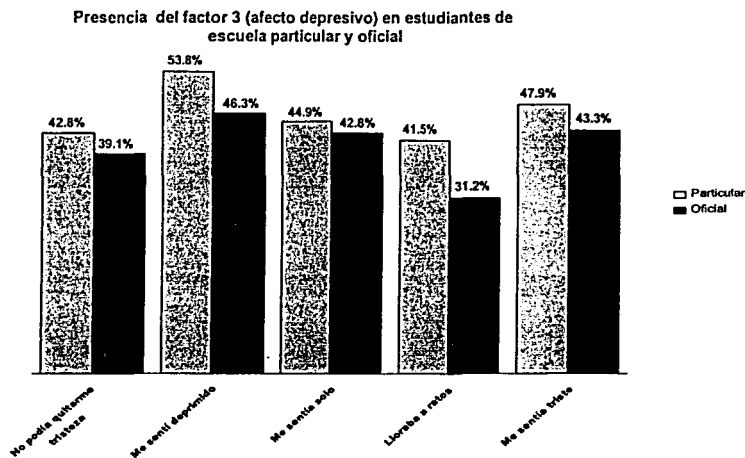


Tabla 12. Chi cuadrada de la presencia de los síntomas del factor 3 (afecto depresivo)

Factor	Reactivos	$\chi^2$	gl	p
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza	.450	1	ns
	Me sentí deprimido	2.034	1	.02
	Me sentía solo	.117	1	ns
	<b>Lloraba a ratos</b>	<b>4.206</b>	<b>1</b>	<b>.040</b>
	Me sentía triste	.698	1	ns

### III. 6. PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS AGRUPADOS EN FACTORES, POR TIPO DE ESCUELA

Por lo que respecta a la persistencia de los síntomas, se observó que, en el caso del factor de actividad retardada, los estudiantes de escuela oficial tuvieron porcentajes más elevados en 3 reactivos ("tenía problemas para poner atención en lo que estaba haciendo", "pensé que mi vida era un fracaso" y "sentí que la gente era poco amigable", gráfica

13). En este caso, la única diferencia significativa se observó en el reactivo "pensé que mi vida era un fracaso (tabla 13).

Gráfica 13

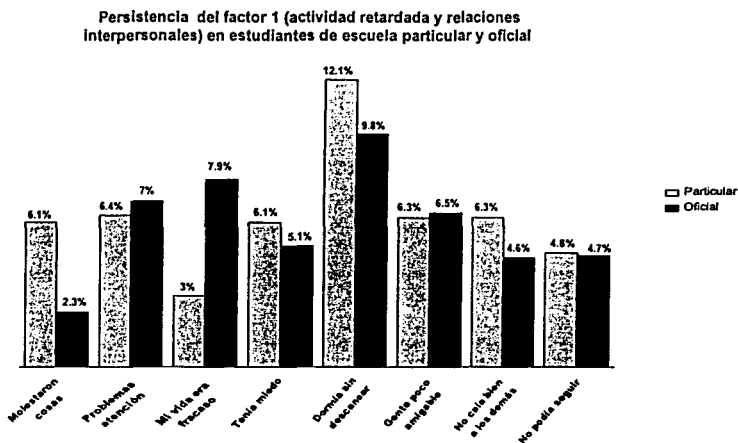


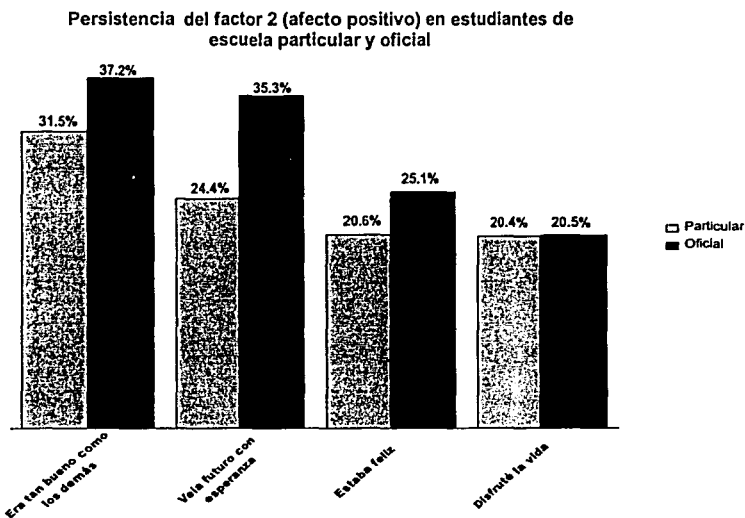
Tabla 13. Chi cuadrada de la persistencia de los síntomas del factor 1 (actividad retardada y relaciones interpersonales)

Factor	Reactivos	$\chi^2$	gl	p
Actividad retardada y relaciones interpersonales	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	2.758	1	ns
	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	.001	1	ns
	<b>Pensé que mi vida era un fracaso</b>	<b>3.972</b>	<b>1</b>	<b>.049</b>
	Tenía miedo	.041	1	ns
	Dormía sin poder descansar	.371	1	ns
	Sentí que la gente era poco amigable	.000	1	ns
	Sentía que no le caía bien a los demás	.280	1	ns
	No podía seguir adelante	.000	1	ns

En el factor de afecto positivo, los estudiantes de escuela oficial mostraron los porcentajes más elevados en todos los reactivos (gráfica

14), aunque sólo en el reactivo "no veía el futuro con esperanza" la diferencia fue significativa (tabla 14).

**Gráfica 14**



**Tabla 14. Chi cuadrada de la persistencia de los síntomas del factor 2 (afecto positivo).**

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	gl	p
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás	1.253	1	ns
	<b>Veía el futuro con esperanza</b>	<b>5.384</b>	<b>1</b>	<b>.020</b>
	Estaba feliz	.949	1	ns
	Disfruté de la vida	.000	1	ns

Finalmente, en el factor de afecto depresivo, los porcentajes más elevados los obtuvieron los estudiantes de escuela particular (gráfica 15), sin embargo, no hubo ninguna diferencia significativa (tabla 15).



Gráfica 15

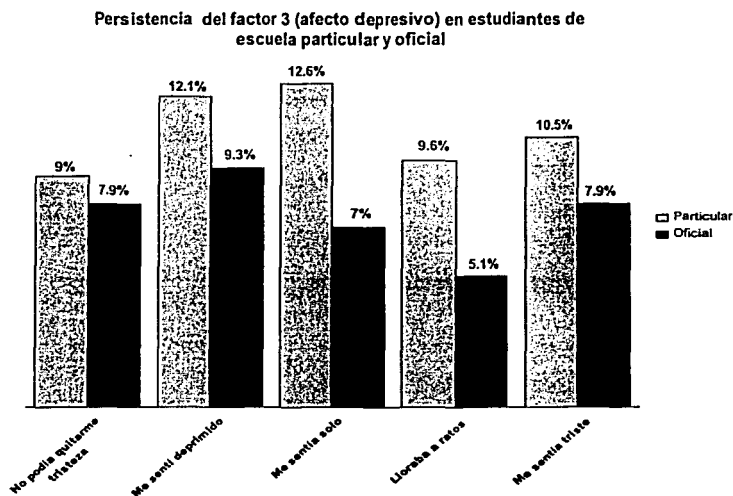


Tabla 15. Chi cuadrada de la persistencia de los síntomas del factor 3 (afecto depresivo)

Factor	Reactivos	X <sup>2</sup>	Gl	p
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza	.043	1	ns
	Me sentí deprimido	.539	1	ns
	Me sentía solo	3.143	1	ns
	Lloraba a ratos	2.355	1	ns
	Me sentía triste	.548	1	ns

Por último, en la tabla 16 se presenta un resumen de los valores de la chi cuadrada para la presencia y la persistencia de los síntomas agrupados en los tres factores, en una comparación por tipo de escuela.

**Tabla 16. Resumen de la presencia y persistencia de los síntomas agrupados en factores, por tipo de escuela**

Factor	Reactivos	Presencia			Persistencia		
		X <sup>2</sup>	gl	p	X <sup>2</sup>	gl	p
Actividad ret. y rel. Inter.	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.445	1	ns	2.758	1	ns
	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	3.135	1	ns	.001	1	ns
	Pensé que mi vida era un fracaso	.000	1	ns	<b>3.972</b>	<b>1</b>	<b>.049</b>
	Tenía miedo	<b>4.044</b>	<b>1</b>	<b>.04</b>	.041	1	ns
	Dormía sin poder descansar	2.187	1	ns	.371	1	ns
	Sentí que la gente era poco amigable	2.790	1	ns	.000	1	ns
	Sentía que no le caía bien a los demás	.000	1	ns	.280	1	ns
	No podía seguir adelante	.538	1	ns	.000	1	ns
Afecto positivo	Sentía que era tan bueno como los demás	1.777	1	ns	1.253	1	ns
	Veía el futuro con esperanza	<b>7.411</b>	<b>1</b>	<b>.006</b>	<b>5.384</b>	<b>1</b>	<b>.020</b>
	Estaba feliz	.453	1	ns	.949	1	ns
	Disfruté de la vida	.171	1	ns	.000	1	ns
Afecto depresivo	Sentía que no podía quitarme la tristeza	.450	1	ns	.043	1	ns
	Me sentí deprimido	2.034	1	.02	.539	1	ns
	Me sentía solo	.117	1	ns	3.143	1	ns
	Lloraba a ratos	<b>4.206</b>	<b>1</b>	<b>.040</b>	2.355	1	ns
	Me sentía triste	.698	1	ns	.548	1	ns

### III. 7. COMPARACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ELEVADA A PARTIR DE UN PUNTO DE CORTE

Por último, se establecieron puntos de corte por sexo, considerando los valores de las medias más una desviación estándar de cada grupo (tabla 17), con lo que se determinaron los porcentajes de los estudiantes con sintomatología depresiva elevada.

**Tabla 17. Puntos de corte para sintomatología depresiva elevada por sexo**

SEXO	MEDIA	DE	PC	f	%	X <sup>2</sup>	p
HOMBRE	15.75	8.93	25	67	17.8		
MUJER	17.05	10.70	28	50	13.1	229.4	.000

Como se puede ver, el 17.8% de los hombres de toda la muestra tuvo una sintomatología depresiva elevada, mientras que esto ocurrió en el 13.1% de las mujeres, lo cual representa una diferencia significativa entre ambos.

### III.8. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

El análisis factorial de la escala en la muestra de este estudio arrojó tres factores (*actividad retardada y relaciones interpersonales, afecto positivo y afecto depresivo*). La escala tuvo un alfa de Cronbach global de .82. A partir de los factores que se obtuvieron, se realizaron análisis de presencia y persistencia de los síntomas, primero en toda la muestra y después haciendo comparaciones por sexo y tipo de escuela.

En cuanto a la presencia y persistencia, se vio que la primera tuvo porcentajes más elevados en el análisis de toda la muestra en los todos los reactivos agrupados en los tres factores.

Al realizar las comparaciones de la presencia de los síntomas por sexo, se encontró que, salvo en el segundo factor en el que los hombres tuvieron porcentajes más elevados en tres de los cuatro reactivos, las mujeres la tuvieron elevada, con diferencias significativas en los factores uno ("*tenía miedo*" y "*sentía que no le caía bien a los demás*") y tres

(*"me sentí deprimido"* y *"lloraba a ratos"*). En el caso de la persistencia de los síntomas, las mujeres tuvieron porcentajes más elevados en los factores uno y tres y las diferencias fueron significativas sólo en un reactivo del primer factor (*"no podía seguir adelante"*).

En el análisis de la presencia y persistencia de los síntomas por tipo de escuela se pudo ver que los estudiantes de escuela particular tuvieron mayor presencia en los factores uno y tres, con diferencias significativas en un reactivo del primero (*"tenía miedo"*) y uno del segundo (*"lloraba a ratos"*). Por lo que respecta al factor dos, los estudiantes de escuela oficial tuvieron porcentajes más elevados con diferencias significativas en un reactivo (*"veía el futuro con esperanza"*). En cuanto a la persistencia, los estudiantes de escuela particular tuvieron porcentajes mayores en cinco de los ocho reactivos del primer factor – hubo diferencia significativa en uno de los reactivos en que los estudiantes de escuela oficial tuvieron más persistencia (*"pensé que mi vida era un fracaso"*). Asimismo, los sujetos de escuela oficial tuvieron porcentajes más elevados en el segundo y tercer factores, con diferencia significativa en uno de los reactivos del segundo (*"veía el futuro con esperanza"*). En el factor tres no hubo diferencias significativas en ningún reactivo.

Finalmente se establecieron puntos de corte por sexo, se identificó a los sujetos que tenían sintomatología depresiva elevada a partir de éste y se hizo una comparación considerando estas variables. Se observó que el porcentaje de hombres por arriba del punto de corte fue mayor que el de las mujeres (17.8% vs. 13.1%) y que la diferencia resultó significativa.

## **Capítulo IV**

### **Discusión**

## DISCUSIÓN

La Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) ha sido ampliamente utilizada en diversos estudios con adolescentes en nuestro país (González-Forteza, Salgado y Rodríguez, 1992; González-Forteza, Salgado y Andrade, 1993; Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993; Mariño y Medina-Mora, 1994; González-Forteza y Andrade, 1995; González-Forteza, Salgado y Rodríguez, 1995; González-Forteza, Salgado, Andrade y Jiménez, 1996; González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997; González-Forteza, Saldívar y Corona, 1998; Benjet, Hernández, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León, 1999; Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2000) y en el extranjero (Ying, 1988; Manson, Ackerson, Dick, Baron y Fleming, 1990; Roberts, Andrews, Lewinsohn y Hops, 1990; Dick, Beals, Keane y Manson, 1994; Roberts y Chen, 1995) para explorar la sintomatología depresiva y en los cuales se ha comprobado su validez y confiabilidad en este tipo de población

En el caso de este estudio, el instrumento arrojó una estructura factorial compuesta por tres dimensiones (*actividad retarda y relaciones interpersonales, afecto positivo y afecto depresivo*), las cuales explicaron el 40.73% de la varianza, con una consistencia

interna de .82. En investigaciones anteriores se han encontrado estructuras similares a la que se presentó en la muestra que participó en este trabajo (Manson y col., 1990; Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, 1992; Mariño y col., 1993; Vera, 1996).

El análisis que se realizó de los síntomas agrupados en los tres factores permitió obtener un perfil sintomatológico para efectuar comparaciones por sexo y tipo de escuela, lo cual permitió elaborar una descripción más detallada de la sintomatología depresiva en esta muestra. A partir de dicho perfil y en un primer análisis realizado con toda la muestra, se observó que la presencia de los síntomas fue más elevada que la persistencia en las tres dimensiones ; situación que se podría justificar debido al formato de respuesta del instrumento, en el cual se considera como síntoma presente a aquel que apareció al menos un día de la semana previa a la aplicación, en tanto que la persistencia, en este caso, se designó a partir de la existencia de un síntoma durante 5 a 7 días de la semana anterior.

Al realizar la comparación de la presencia de los síntomas entre hombres y mujeres se pudo ver que, en general, éstas la tuvieron más



elevada en las tres dimensiones. Sin embargo, sólo hubo diferencias significativas en dos reactivos del factor de actividad retardada y relaciones interpersonales (factor 1) y en dos de la dimensión de afecto positivo (factor 3); es decir, las mujeres de esta muestra parecieron tener una tendencia a experimentar más sensaciones de miedo, a creer que no le resultan simpáticas a los demás, a sentirse deprimidas y a llorar en diferentes momentos.

Por lo que respecta a la persistencia de los síntomas, se observó la misma tendencia que en la presencia; en general las mujeres tuvieron porcentajes más elevados en los reactivos de los tres factores. En este caso sólo hubo una diferencia significativa en uno de los elementos del factor 1. De este modo, parece predominar un sentimiento de no poder seguir adelante con las diferentes circunstancias y condiciones que se enfrentan cotidianamente.

Lo que se encontró hasta este punto de los análisis coincide con los diferentes datos reportados en la literatura, en el sentido de que las mujeres tienden a mostrar mayores índices de sintomatología depresiva, tanto en lo referente a la presencia de los síntomas como a la persistencia de los mismos (Aneshensel, Frerichs y Morhan, 1981;

Allgood-Merten y Lewinsohn, 1990; Garrison, Addy, Jackson, McKeown y Waller, 1992; Medina-Mora y col., 1992; Mariño y col., 1993; Mariño y Medina-Mora, 1994; Fuhrer y Wessely, 1995; Clark, Prescott y col., 1998), situación que se ha intentado explicar desde diferentes perspectivas. La manifestación de estos fenómenos aparentemente se presenta de manera distinta para hombres y mujeres, lo cual plantea la posibilidad de que el impacto de los mismos esté matizado por las características que la cultura asigna a los roles masculino y femenino, los cuales sintetizan todo un proceso evolutivo y de socialización que determina el asentamiento de una identidad psicosexual y de personalidad en los adolescentes. A partir de la conceptualización del género, el hombre y la mujer crecen de modo diferente y aprenden a enfrentar la vida individual y colectiva desde la perspectiva que les ha sido implantada (González-Forteza y Andrade, 1994; López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995; González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997).

En las comparaciones por tipo de escuela hubo resultados similares a los de la comparación por sexo. Los estudiantes de escuela particular obtuvieron porcentajes más elevados de presencia en las dimensiones de actividad retardada y relaciones interpersonales (factor 1) y en afecto depresivo (factor 3). Hubo diferencia

significativa en el reactivo "tenía miedo" de la primera y en "lloraba a ratos de la segunda. En la dimensión de afecto positivo los estudiantes de escuela oficial tuvieron porcentajes más elevados, con diferencia significativa en "veía el futuro con esperanza". Estos datos sugieren que los estudiantes de esta muestra que pertenecen a escuelas particulares tienen una mayor propensión a experimentar dificultades en sus relaciones, suelen sentir temor y llegar al llanto. De manera paradójica también manifiestan sentimientos optimistas y expectativas esperanzadoras hacia el futuro.

La comparación de la persistencia de los síntomas a partir del tipo de escuela arrojó resultados muy parecidos a los de la presencia. En general, los estudiantes de escuela particular tuvieron porcentajes más elevados en los factores uno y tres. Aunque en el caso del primero, la única diferencia significativa se observó en un reactivo ("pensé que mi vida era un fracaso") en el que los alumnos de escuela oficial mostraron el porcentaje más elevado. En este sentido es interesante notar que a pesar de que los sujetos de escuela particular tuvieron problemas en sus relaciones interpersonales, experimentaron dificultades para desarrollar sus actividades y quienes tendieron a

sentirse tristes, solos y deprimidos durante un mayor número de días, los de escuela oficial sintieron que su vida era un fracaso.

Los resultados obtenidos de las comparaciones por tipo de escuela contrastan con algunos reportados en la literatura (Garrison y col., 1988; Salgado, 1990; Swanson y col., 1992; Mariño y Medina-Mora, 1994; Prescott y col., 1997) en el sentido de que suelen ser los sujetos que pertenecen a clases sociales menos favorecidas y a grupos minoritarios, quienes reportan mayores índices de sintomatología depresiva o malestar emocional.

Por último, los puntos de corte mostraron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva elevada en los hombres, lo cual asimismo contradice los resultados reportados en la literatura (Allgood-Merten y Lewinsohn, 1990; Garrison, Addy, Jackson, McKeown y Waller, 1992; Medina-Mora y col., 1992; Mariño y col., 1993; Mariño y Medina-Mora, 1994; Fuhrer y Wessely, 1995; Clark, Prescott y col., 1998), sin embargo, ello se podría explicar a partir del establecimiento de puntos de corte diferenciales --la media de las mujeres fue más alta que la de los hombres-- y a que hubo mayor cantidad de hombres en la muestra.

El diagnóstico de la depresión se fundamenta en síntomas; un individuo no puede estar asintomático y tener un desorden depresivo. Por tal razón, los instrumentos exploratorios y de tamizaje están siendo tan ampliamente utilizados y evaluados en la actualidad en cuanto a su capacidad para detectar con precisión los síntomas y permitir un diagnóstico más certero y oportuno (Fountoulakis, Lacovides, Kleanthous, Samolis, Kaprinis, Sitzoglou, Kaprinis y Bech, 2001). En este sentido, es importante contar con descripciones detalladas de la forma en que se manifiesta la sintomatología depresiva en términos de la relevancia clínica que podría tener el estudio de su transitoriedad y persistencia para el establecimiento de trastornos crónicos. Dicho análisis se debe efectuar para cualquier etapa de vida, pero en particular durante la adolescencia, que constituye un periodo de riesgo emocional.

La información extraída de este trabajo es un intento por ampliar los datos que se poseen acerca de uno de los fenómenos más recurrentes durante la etapa adolescente y proporciona los antecedentes para una exploración y análisis más exhaustivo del mismo. Es decir, en lugar de ser considerados como meros malestares momentáneos, las puntuaciones obtenidas por los adolescentes en

este y otros trabajos ya citados se deben considerar de manera seria, no sólo como signos de problemas transitorios "propios" de esta etapa del desarrollo, sino como posibles factores de riesgo para desarrollar una psicopatología en el futuro.

## Referencias

## REFERENCIAS

Allgood-Merten B., Lewinsohn P. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 99(1): 55-63.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, D. C. 1952.

Benjet C., Hernández L., Tercero-Quintanilla G., Hernández-Roque A., Chartt-León R. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peripúberes. *Revista Mexicana de Psicología*. 16(1), 175-185.

Blos P. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Joaquín Mortiz, México.

Burguin D. (1986). Depression in Children and Adolescents. *Psychopatology*. 19: 148-155.

Carretero M., Palacios J., Marchesi A. (compiladores)(1985). *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Alianza Editorial. Madrid.

CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud. 1992

Clark V., Aneshensel C., Frerichs R., Morgan T. (1981). Análisis of effects of sex and age in response to items on the CES-D. *Psychiatry Research*. 5: 171-181.

De la Fuente R. (1985). Ponencia en la reunión sobre aspectos sociales de las conductas riesgosas en los adolescentes y los jóvenes. *Salud Mental*. 8(3).

De la Fuente R., Campillo-Serrano C. (1975). Papel de la depresión en la patología humana. *Psiquiatría*. 5(3): 3-10.

De la Peña F., Estrada A., Almeida L., Páez F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*. 22(4).



Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A. (1995). *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Oncome countries*. Oxford University Press, EUA.

Dick R., Beals J., Keane E., Manson S. (1994). Factorial structure of the CES-D among American Indian adolescents. *Journal of Adolescence*. 17: 73-79.

DSM-IV. American Psychiatry Association. MASSON, Barcelona, España. 1997

Edman J., Danko G., Andrade N., McArdle J., Foster J., Glipta J. (1999). Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34(4): 211-215.

Ehrenberg M., Cox D., Koopman R. (1990). The Prevalence of Depression in High School Students. *Adolescence XXV*. 100: 905-912.

Fountoulakis K., Lacovides A., Kleanthous S., Samolis S., Kaprinis S., Sitzoglou K., Kaprinis G., Bech P. (2001). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *BMC Psychiatry*. 1: 3-14.

Fuhrer R., Wessely S. (1995). The epidemiology of fatigue and depression: a French primary-care study. *Psychological Medicine*. 25: 895-905.

Garrison C., Addy C., Jackson R., McKeown R., Waller J. (1992). Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*. 135(7): 792-802.

Garrison C., Schluchter M., Schoenbach V., Kaplan B. (1989). Epidemiology of Depressive Symptoms in Young Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 28(3): 343-351.

Garrison C., Schoenbach V., Schluchter M., Kaplan B. (1987). Life Events in Early Adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26(6): 865-872.

González-Forteza C. (1992). Estrés Psicosocial y Respuestas de Enfrentamiento: Impacto sobre el Estado Emocional en Adolescentes. *Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología*. UNAM.

González-Forteza C., Andrade P. (1994). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 40(2):156-163.

González-Forteza C., Andrade P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 18(4): 41-48.

González-Forteza C., Andrade P., Jiménez A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 43(4): 319-326.

González-Forteza C., Andrade P., Jiménez A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 43(4): 319-326.

González-Forteza C., Ramos L., Vignau L., Ramírez C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*. 24(6): 16-25.

González-Forteza C., Saldívar G., Corona R. (1998). El afecto de papá: un componente para la salud emocional de los adolescentes. *La Psicología Social en México*: 6: 243-247.

González-Forteza C., Salgado N., Andrade P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental*: 16(3), 16-21.

González-Forteza C., Salgado N., Andrade P., Jiménez A. (1996). Gender differences in daily stress and depressive symptomatology among Mexican early adolescents. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. 12(1): 17-22.

González-Forteza C., Salgado N., Rodríguez E. (1992). Estrés cotidiano en los adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva. *La Psicología Social en México*. 4: 284-287.

González-Forteza C., Salgado N., Rodríguez E. (1995). Estresores cotidianos y su relación con el malestar emocional en adolescentes mexicanos. *Psicopatología*. 15(1): 8-11.

González-Núñez J. (1986). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. Trillas, México.

Jiménez A., Mondragón L., González-Forteza C. (2000). Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *La Psicología Social en México*. 8: 185-191.

Kaplan H., Freedman A., Sadock B. (1980) *Comprehensive Textbook of Psychiatry-III*, 3<sup>rd</sup> Edition. Williams and Wilkins, E. U.

Larousse, diccionario enciclopédico, 1998.

López E., Medina-Mora ME., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenson S., Rojas E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*. 18(4): 25-32.

Manson S., Ackerson L., Dick R., Baron A., Fleming C. (1990). Depressive symptoms among American Indian adolescents: Psychometric characteristics of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Psychological Assessment*. 2: 231-237.

Mariño M., Medina-Mora ME. (1994). Sintomatología depresiva en estudiantes. *La Psicología Social en México*. 5: 181-186.

Mariño M., Medina-Mora ME., 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 ME., Rascón M., Tapia R., Mariño M., Juárez F., Villatoro J., Caraveo J., Gómez M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 48-55.

Monroy A. (1994). *La sexualidad en la adolescencia. Antología de la sexualidad humana*. Volumen II. Porrúa y CONAPO, México.

Muss R. (1994). *Teoría de la adolescencia*. Paidós. Argentina.

Offer D., Ostrov E., Howard K. (1981). *The Adolescent: A Psychological Self-Portrait*. Basic Books, Inc., Publishers. New York.

Prescott C., McArdle J., Hishinuma E., Johnson R., Miyamoto R., Andrade N., Edman J., Makini G., Nahulu L., Yuen N., Carlton B. (1998). Prediction of major depression and dysthymia from CES-D scores among ethnic minority adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(5): 495-503.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. 1: 385-401.

Roberts R., Andrews J., Lewinsohn P., Hops H. (1990). Assessment of depresión in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Psychological Assessment*. 2(2): 122-127.

Roberts R., Chen Y. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34(1): 81-90.

Salgado N. (1990). Estrés psicosocial en la mujer migrante y su relación con malestar psicológico. *La psicología social en México*. 3: 51-55.

Schoenbach V., Garrison C., Kaplan B. (1984). Epidemiology of Adolescent Depression. *Public Health Review*. 12: 159-189.

Schoenbach V., Kaplan B., Grimson R., Wagner E. (1982). Use of a Symptom Scale to Study the Prevalence of Depressive Syndrome in Young Adolescents. *American Journal of Epidemiology*. 116: 791-800.

Swanson J., Linskey A., Quintero-Salinas R., Pumariega A. (1992). A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 22(1): 20-28.

Vera J. (1996). Comparación de los síntomas de depresión en mujeres en dos poblaciones. *Psicología y Salud*. 8:7-17.

Wolman B., Stricker G.(1990). *Depressive Disorders. Facts, theories, and treatment methods*. Wiley-Interscience. Wiley and Sons Inc. EUA, Prefacio.

XII Censo General de Población y Vivienda (2000). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).

Ying Y. (1988). Depressive symptomatology among Chinese-Americans as measured by the CES-D. *Journal of Clinical Psychology*. 44(2): 385.

**Anexo**

SECCIÓN XI.

CESD: CD1-CD20 = 3: 36-55

AHORA NO INTERESA SABER ACERCA DE ALGUNAS EXPERIENCIAS QUE TE PUDIERON HABER OCURRIDO ÚNICAMENTE DURANTE LA SEMANA PASADA. POR FAVOR LEE CADA AFIRMACIÓN E INDICA EL NÚMERO DE DÍAS (DE 0 A 7) QUE TE SENTISTE ASÍ LA SEMANA PASADA.

	COD (0) (1) (2) (3)				
	Número de días				
Durante la semana pasada, ¿cuántos días te sentiste así?	0	1-2	3-4	5-7	
CD1. ME MOLESTARON MUCHAS COSAS QUE GENERALMENTE NO ME MOLESTAN.	0	1-2	3-4	5-7	36
CD2. NO TENÍA HAMBRE, NI TENÍA APETITO.	0	1-2	3-4	5-7	37
CD3. SENTÍA QUE NO PODÍA QUITARME LA TRISTEZA, NI CON LA AYUDA DE MI FAMILIA O AMIGOS.	0	1-2	3-4	5-7	38
CD4. SENTÍA QUE ERA TAN BUENO(A) COMO LOS DEMÁS. (R)	0	1-2	3-4	5-7	39
CD5. TENÍA PROBLEMAS PARA PONER ATENCIÓN A LO QUE ESTABA HACIENDO.	0	1-2	3-4	5-7	40
CD6. ME SENTÍ DEPRIMIDO(A).	0	1-2	3-4	5-7	41
CD7. SENTÍ QUE TODO LO QUE HACÍA ERA UN ESFUERZO.	0	1-2	3-4	5-7	42
CD8. VEÍA EL FUTURO CON ESPERANZA. (R)	0	1-2	3-4	5-7	43
CD9. PENSÉ QUE MI VIDA ERA UN FRACASO.	0	1-2	3-4	5-7	44
CD10. TENÍA MIEDO.	0	1-2	3-4	5-7	45
CD11. DORMÍA SIN PODER DESCANSAR.	0	1-2	3-4	5-7	46
CD12. ESTABA FELIZ. (R)	0	1-2	3-4	5-7	47
CD13. PLATIQUÉ MONOS DE LO NORMAL.	0	1-2	3-4	5-7	48
CD14. ME SENTÍA SOLO(A).	0	1-2	3-4	5-7	49
CD15. SENTÍ QUE LA GENTE ERA POCO AMIGABLE.	0	1-2	3-4	5-7	50
CD16. DISFRUTÉ DE LA VIDA. (R)	0	1-2	3-4	5-7	51
CD17. LLORABA A RATOS.	0	1-2	3-4	5-7	52
CD18. ME SENTÍA TRISTE.	0	1-2	3-4	5-7	53
CD19. SENTÍA QUE NO LE CAÍA BIEN A LOS DEMÁS.	0	1-2	3-4	5-7	54
CD20. NO PODÍA "SEGUIR ADELANTE".	0	1-2	3-4	5-7	55