



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN ADOLESCENTE

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MONTSERRAT AYCARDO TINAJERO**

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO**

**REVISOR DE TESIS:
LIC. JORGE VALENZUELA VALLEJO**



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

2007



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.

DEDICATORIAS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por formar parte de una grandiosa Universidad.

A **Todos mis Profesores de la Facultad de Psicología**, por haber compartido sus excelentes enseñanzas y conocimientos pero sobre todo su calidad humana.

Al **Hospital Juárez de México y a los Servicios de Pediatría (urgencias), Gineco-Obstetricia** por haber sido clave para la realización de este importante proyecto. En especial a los pacientes adolescentes.

A **cada una de las personas que creyeron en este trabajo** de que fuera una realidad les agradezco por su dedicación, su cariño y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Te agradezco el haber hecho equipo tú y yo para lograr esta nueva meta.

A mis padres (Ade y Jesús): Nuevamente gracias por apoyarme y saber confiar en mí.

A mis abuelos (Petri† y Samuel†): Con cariño y por estar siempre conmigo.

A mi hermano Alfredo: Gracias por apoyarme y lo que nos falta.....

A mis pecositas: No se necesitan palabras para saber que cuento con ustedes.

A mi profesor Sotero Moreno: Le agradezco su confianza por estar animándome y proporcionándome con tacto respuestas valiosísimas para lograr esta meta, pero, sobre todo a no dudar de mis convicciones.

A mi profesora Blanca Girón: Por todas sus grandes enseñanzas y por proporcionarme respuestas positivas para ser una mejor profesionista y alumna, pero, sobre todo su colaboración para este trabajo.

A mi profesora Georgina Martínez Montes de Oca: Por sus grandes enseñanzas y esfuerzos para que lograra esta meta.

A mi profesor Ricardo González Quevedo: Por creer en mi y en este trabajo por valiosas enseñanzas que me otorgo durante la carrera y dedicación para la finalización de este trabajo.

A mi profesor Jorge Valenzuela: Por sus suavísimas sugerencias y confianza para la elaboración de este grandioso trabajo y por su calidad humana brindada.

A mis amigos:

Luis Octavio: Por tú colaboración, apoyo en acciones, confianza, pero, sobre todas las cosas..... por nuestra indeleble amistad.

A mi maestro y amigo Dr. Armando Pérez Torres: Por sus atinados consejos, tiempo, esfuerzo y atención para enseñarme que cada día puedo ser mejor.

Ma. Elena Mejía: Por ser mi súper amiga y saber que siempre cuento contigo.

Isabel Márquez (Súper yo) y Ma. Antonieta (Ello): Para mis increíbles amigas, por los buenos momentos y por todas las locuras que pasamos juntas en la carrera y lo que nos falta.....

Dolores ("Lola"), Rosy, Fernando, Elizabeth, Miguel, Víctor y Raquel (†): Por nuestra amistad y por confiar en mi, pero, me da más gusto saber que sigo contando con cada uno de ustedes y por ser unos amigos muy especiales.

A mi amigo Dr. Alberto Bazan: Por su confianza y calidad humana que siempre me ha brindado y que siempre cuento con UD.

Dr. Max de León: Por su confianza para la realización de este trabajo y el trabajar con UD fue una grandiosa experiencia.

Dr. Ulises Jiménez: Por su calidad humana y confianza que UD día con día me ha podido brindar.

Familia Flores García: Con mi más profundo agradecimiento, por creer en mí y por su apoyo incalculable.

Dr. Camilo Ríos, Dr. Sergio Montes y al M en C. Fausto Solís: Por sus entrañables enseñanzas y saber que siempre contare con su invaluable apoyo.

Ing. Marco Antonio Rodríguez, Dr. Jorge Pavón, Dra. Adriana Torres, Lic. Víctor Hugo Duarte, Elizabeth y Edith: Por su grandiosa amistad y por todos los momentos buenos y malos que hemos pasado pero siempre unidos.

Dra. Ana Luisa Sosa y a la Psic. Gabriela Miranda Tenorio: Por su invaluable amistad, conocimientos y apoyo.

Dr. Renato, Dr. Álvaro, Lic. Hamburgo, Lorena Chiu e Indira: Por compartir conmigo esta nueva meta a ustedes con cariño.

**“El cambio es inevitable,
el Progreso es opcional”.**

Anónimo

DEPRESIÓN ADOLESCENTE

INDÍCE

INTRODUCCIÓN	1
Cap. 1. Adolescencia	4
Antecedentes	4
1. Adolescencia	4
1.1 ¿Cuándo empieza y termina la adolescencia?.....	4
1.2 Visión Psicoanalítica sobre la adolescencia.....	6
12.1 Sigmund Freud.....	6
1.2.2 Anna Freud.....	9
1.3 Visión Psicosocial sobre la adolescencia.....	11
1.3.1 Erik Erikson.....	11
1.4 Autoconcepto y autoestima	17
1.5 Concepto de amistad.....	18
1.6 Formación de amistades.....	19
1.7 Autopercepción	22
1.8 Identidad.....	23
1.9 Soledad.....	25
1.10 Noviazgo.....	27
1.10.1 Sexualidad adolescente.....	29
1.10.2 Amor, apetito sexual y aventura amorosa.....	31
1.10.3 Relaciones transicionales.....	33
1.10.4 Amor romántico	34
1.11 La Familia.....	38

Cap. 2 Depresión	46
2.1 Definición.....	50
2.2 Bases neuroquímicas y neuroanatómicas.....	50
2.3 Síntomas posibles.....	55
2.3.1 Personalidad depresiva.....	60
2.4 Algunas causas de la depresión	63
2.4.1 Genéticas.....	66
2.4.2. Psicológicas	68
2.4.3. Melaine Klein	69
2.5 Pérdida del objeto.....	71
2.6 Cuadro clínico.....	72
2.7 Psicoterapia para adolescentes.....	74
2.8 Medición de la depresión	75
2.8.1 Inventario de Depresión de Aaron T. Beck.....	78
Cap.3 Proceso metodológico	88
3.1 Planteamiento del Problema.....	88
3.2. Objetivos.....	88
3.2.1 Objetivo General.....	88
3.2.2 Objetivo específico.....	88
3.3 Hipótesis	88
3.4 Justificación	91
3.5 Variables	92
3.6 Método	93

Resultados Y Discusión.....	95
Conclusión	112
Bibliohemorografía	115
Anexo "A".....	121
Anexo "B".....	126
Anexo	132

Introducción

La depresión es, en la actualidad, uno de los padecimientos que con mayor frecuencia afecta a la población en general, pero, en especial, a los adolescentes.

Es tan antigua, sin embargo, como la misma humanidad, la depresión ha acompañado al hombre tanto en su desarrollo artístico y filosófico como en el científico y tecnológico. Precisamente con este último, paradigma el entendimiento de la depresión como enfermedad se ha ampliado con los hallazgos de las neurociencias y los avances en la farmacología.

En efecto, el desarrollo neurocientífico ha descubierto algunos mecanismos referente a la fisiopatología de la depresión, además ha puesto en evidencia algunas alteraciones estructurales y funcionales en los neuro-sistemas implicados. Algunos factores causales de la enfermedad no se han identificado en su totalidad.

El presente trabajo pretende dar a conocer algunas causas que se relacionan con la depresión en adolescentes hospitalizados (servicio de urgencias pediatría, servicio de pediatría y servicio de gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; en un periodo comprendido del 2 de Junio al 11 de Agosto del 2006, así como el validar una prueba para medir el grado de depresión adolescente.

La depresión del adolescente puede ser multifactorial, y las mujeres demostraron sufrir mayor depresión comparadas con los varones; además a los 14 años de edad se encontró que es un periodo difícil porque busca su identidad y comienza a participar en las dinámicas sociales, además, influye la estructura familiar en la que esta inmiscuido el adolescente.

Consideramos que el instrumento utilizado demostró ser de utilidad por poseer instrucciones claras y precisas, pero, sobre todo es comprensible para el adolescente, además puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en los adolescentes "normales".

Capítulo 1

Adolescencia

Antecedentes

1. Adolescencia

La palabra adolescencia viene del latín *adolescere*, que significa “crecer” o “madurar” (citado en Kimmel Douglas; Irving B. Weiner, 1998 p. 3). Este concepto, tal como lo conocemos en la actualidad, parece que surgió en América a finales del siglo XIX (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998). Además es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí (Grinder 1984) y comprende aproximadamente entre los 10 y 20 años de edad (Morris Charles; Albert A. Maiso 2001; Papalia Diane E. 2005), es decir, cuando una persona pasa de la niñez a la edad adulta. En esta etapa suceden no sólo cambios físicos de un cuerpo en maduración, sino también muchos cambios cognoscitivos y socioemocionales (Morris Charles; Albert A. Maiso 2001). Sin embargo, el significado de la adolescencia y las edades en que se empieza y termina son diferentes de una parte del mundo a otra, al igual que nuestras ideas difieren de unos a otros en los distintos periodos históricos (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

Además, otra definición de adolescencia mencionada en (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003) se refiere a la interrupción de la tranquilidad del crecimiento, el fin de la infancia.

1.1 ¿Cuándo empieza y termina la Adolescencia?

“Nuestros jóvenes de ahora aman el lujo, tienen pésimos modales y desdeñan la autoridad, muestran poco respeto por sus superiores y pierden el tiempo en grupo yendo de un lado para el otro, y están siempre dispuestos a contradecir a sus padres y a tiranizar a sus maestros” este párrafo su autor es nada menos que Sócrates (siglo IV a. C) (citado en (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003 p 20). Con esto quiero decir que los adolescentes son siempre los mismos; lo que cambia es únicamente el contexto en que nos toca vivir.

Según la Organización Mundial de la salud, *adolescentes* son todos los individuos comprendidos entre los 10 y los 19 años, definiendo como primera adolescencia (o adolescencia temprana) de los 10 a los 14 años, y como segunda (o adolescencia tardía) de los 15 a los 19 años (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

La adolescencia, es la etapa entre la niñez y la edad adulta, empieza con cambios en el cuerpo durante la pubertad, pero se refiere en realidad a las manifestaciones tanto físicas y emocionales, así como los cambios psíquicos que se dan en esta etapa.

Durante esta fase, que en ocasiones suele llamarse de transición, se consolidan una serie de elementos de la identidad del individuo, y se solidifica la personalidad. También a esta etapa de la vida se le denomina como la segunda oportunidad, porque durante el tránsito que el individuo hace por ésta, revisa de manera inevitable, muchas de las vivencias anteriores. Esto ocurre de manera imperceptible a través de las ideas, las experiencias, las pasiones y los desengaños; es por ello que algunos adolescentes encuentran dificultad para integrar sus ideas, como para unificar de manera armónica sus deseos, planes y resultados (Szydlo David y Cecilia Beristáin 2005).

En primer lugar, el inicio de la adolescencia tiende a definirse principalmente por la edad biológica del individuo. Esta se puede medir a través de los signos biológicos como por ejemplo; el número de dientes que han salido (conocido como madurez dental) o el desarrollo de los huesos de la mano, de la muñeca o de otras partes del cuerpo (conocido como madurez esquelética). Dado que todos los individuos experimentamos dichos acontecimientos biológicos, siendo posible crear una escala de desarrollo de la que se puede deducir la edad biológica. Otras medidas de la edad biológica se pueden reflejar por el desarrollo del vello púbico, de los pechos en las chicas o de los genitales en los chicos; los cuales se pueden relacionar con los cambios hormonales, siendo estos marcadores precisos en el inicio de la adolescencia que la edad cronológica (Kimmel Douglas ; Irving B. Weiner 1998).

En segundo lugar el final de la adolescencia se define con más facilidad a partir de la edad social de la persona (citado en Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998, p 3).

La madurez social de un individuo es un concepto similar al de la edad biológica. Algunos centros educativos han definido con claridad el inicio de la adolescencia, pero la edad varía mucho; por ejemplo, las escuelas fijan el comienzo en el momento en que se abandona la enseñanza elemental; en algunas comunidades eso sucede cuando se culmina el sexto grado, pero, en otras cuando se ha finalizado la educación secundaria (12, 13 y 14 años de edad respectivamente).

En algunos grupos religiosos como es el caso de la ceremonia judía del *bar-mitzvah* marcan el inicio de la adolescencia o bien en el caso de de la confirmación cristiana en torno de los 13 años de edad.

La familia, como institución, también establece el inicio de la adolescencia cuando se permite a los jóvenes salir con personas del género opuesto, las restricciones sobre la hora de volver a casa se ven con mayor flexibilidad, se conceden nuevas libertades y se espera de los jóvenes una mayor responsabilidad (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner, 1998). Obviamente, esas medidas de madurez socialmente definidas no son determinantes o muy precisas en el comienzo de la adolescencia.

Es algo difícil determinar cuando finaliza la adolescencia en función de la edad biológica, sin embargo, el gobierno (el senado) han establecido las definiciones sociales del comienzo de la edad adulta y por tanto, han proporcionado una definición del límite superior de la edad social de la adolescencia; es decir, la edad en la que uno puede contraer nupcias legalmente sin consentimiento de los padres, implicarse en privado en cualquier forma de conducta sexual con una pareja que consienta en ello, conducir un coche, beber alcohol, votar. Todas estas acciones constituyen definiciones del comienzo de la edad adulta (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

Todos los adolescentes del mundo enfrentan duelos y quebrantos que pueden solucionarlos con los apoyos respetuosos de los adultos (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

1.2 Visión psicoanalítica sobre la Adolescencia

1.2.1 Sigmund Freud

Era un médico vienés (1856-1939) que se interesó por la neurología, fue creador de la teoría psicoanalítica. Su hija Anna, aplicó la teoría de Freud a los adolescentes (Rice Philip F. 1999).

La teoría expuesta por Freud, denominada teoría psicoanalítica, resalta la importancia de las experiencias de la niñez temprana y las motivaciones inconscientes que influyen sobre la conducta.

Freud, no se implicó en gran medida en las teorías sobre la adolescencia, porque consideraba que los primeros años de vida del niño eran los formativos. Sin embargo, abordó brevemente la adolescencia en su libro *Theory of Sexuality* en el que describe dicho tiempo como un periodo de excitación sexual, ansiedad y en ocasiones con perturbación de la personalidad.

La pubertad de acuerdo con Freud es la culminación de una serie de cambios destinados a terminar con la vida sexual infantil, dando lugar a la forma normal (Rice Philip F. 1999). Además creía que la vida de los adolescentes está llena de tensiones y conflictos. Para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente inconsciente (Santrock John W. 2003).

A esta etapa Freud la denominó Etapa Genital, porque es durante ella que los impulsos sexuales dan lugar a la búsqueda de otras personas como objetos sexuales para descargar la tensión sexual; dicho proceso de "encontrar un objeto" llega a su término. Junto con la maduración de los órganos sexuales externos e internos, surge un fuerte deseo por resolver la tensión sexual que se produce. Esta resolución demanda un objeto de amor, por consiguiente, teorizó Freud, los adolescentes se sienten arrastrados por alguien del sexo opuesto que puede resolver tales tensiones (Rice Philip F. 1999).

Freud destacó dos elementos importantes en el objeto sexual del adolescente, con algunas diferencias entre hombres y mujeres.

1.- Físico y sensual. En los hombres, el propósito está construido por el deseo de producir efectos sexuales, acompañados de placer físico. En cambio con las mujeres, el deseo de satisfacción física y la descarga de tensión sexual está presente también; pero sin la descarga de efectos físicos. Este deseo en las mujeres fue históricamente más reprimido que en los hombres, por lo que las inhibiciones hacia la sexualidad (vergüenza, repugnancia, etc.) se desarrollaban antes y más intensamente en chicas que en chicos. Aunque esta tendencia de inhibición en la mujer continúa hoy en día, se ha producido un gran cambio dado que los investigadores continúan confirmando una mayor igualdad en el deseo sexual para hombres y mujeres.

2.- Este elemento del propósito sexual del adolescente es psíquico; es el componente afectivo, que es más pronunciado en las mujeres y que es similar a la expresión de la sexualidad en los niños, es decir, el adolescente desea satisfacción emocional al igual que descarga física. Esta necesidad de afecto es especialmente común entre las mujeres, pero satisfacer esta necesidad es una meta importante de cualquier acto sexual en el adolescente (Rice Philip F. 1999).

El deseo combinado de verdadero afecto y de descarga de tensión sexual son las necesidades subyacentes que motivan a los individuos a buscar fuera un objeto de amor.

Una parte importante del proceso de maduración en la adolescencia es la pérdida de los lazos emocionales infantiles con los padres. Durante el proceso de desarrollo, los impulsos sexuales de los niños estaban dirigidos hacia los padres, siendo el hijo atraído por su madre y la hija atraída por su padre. Freud también se refiere de una situación edípica en la adolescencia, cuando el chico puede enamorarse de su madre y desear sustituir a su padre (por ejemplo, desarrolla el complejo de Edipo) y una chica puede enamorarse de su padre y desear ocupar el lugar de su madre (por ejemplo, ella desarrolla un complejo de Edipo (Electra)) (Rice Philip F. 1999).

A medida que superan y repudian sus fantasías incestuosas, los adolescentes también completan "uno de los logros físicos de la pubertad más penosos....la ruptura con la autoridad paterna". Esto se produce retirando el afecto hacia sus padres y transfiriéndolo a sus iguales. Esta pérdida emocional ha sido denominada como "lamento por la separación" (Rice, 1999). Los teóricos posteriores se refieren al proceso de individuación, que implica una diferenciación de la conducta de un individuo, sus sentimientos y pensamientos de los de sus padres. Al mismo tiempo, la relación padres-hijo cambia hacia una mayor cooperación, igualdad y reciprocidad a medida que el hijo se hace una persona autónoma dentro del contexto de la familia (citado en Rice Philip F.1999).

Freud asumía que el proceso de elección de objeto durante la adolescencia debía encontrar su vía en el sexo opuesto. Existe una necesidad de formar relaciones de amistad heterosexuales a medida que uno se separa de los apegos homosexuales de la niñez. Freud no vio ningún perjuicio en las amistades sentimentales con otros del mismo sexo, siempre que no llevaran a un cambio en la orientación sexual y en la elección del objeto sexual.

Aunque son frecuentes las inversiones en los roles sociales y en objeto sexual, Freud, contempló estos cambios como desviación de la vida sexual normal, que debía de evitarse si es posible (Rice Philip F.1999).

Freud pensó que los impulsos sexuales y los instintos agresivos son los determinantes primordiales de la conducta. El individuo está motivado por el principio del placer, es decir, el individuo esta motivado por conseguir al máximo el placer y evitar el dolor, independientemente de las consecuencias (Rice Philip F. 1999).

1.2.2 Anna Freud

Hija de Sigmund Freud (1895-1982), ella se interesó más por el período de la adolescencia que su padre. Trabajó más sobre el proceso de desarrollo del adolescente y los cambios en la estructura psíquica en la pubertad (Rice Philip F. 1999).

La adolescencia fue caracterizada por Anna Freud como un periodo de conflicto interno, de desequilibrio psíquico, de conducta errática. Los adolescentes son, por un lado, egoístas, contemplándose a sí mismos como el único objeto de interés y el centro del universo; pero, por otro lado, son también capaces del sacrificio y la devoción. Forman relaciones de amor apasionado, sólo para romperlos drásticamente.

En ocasiones desean una implicación social completa y participación en grupo y otras veces desean soledad. Oscilan entre la sumisión ciega hasta la rebelión en contra de la autoridad. Son egoístas y tienen una mente materialista pero también están llenos de un gran idealismo. Son moderados (ascéticos) e indulgentes, desconsiderados con los demás y suspicaces. Nadan entre el optimismo y el pesimismo, entre el entusiasmo infatigable, la pereza y la apatía (Rice Philip F. 1999).

Las razones para la conducta conflictiva son el desequilibrio psíquico y el conflicto interno que acompañan a la maduración sexual en la pubertad (citado en Rice, 1999). En la pubertad, el cambio más obvio es un aumento en los impulsos instintivos, esto es debido en parte a la maduración sexual, con el consiguiente interés por los genitales y el aumento en los impulsos sexuales.

Además se intensifican los impulsos agresivos, el hambre se vuelve voracidad, y la desobediencia puede estallar en conducta criminal. Los intereses orales y anales, ocultos durante largo tiempo, aparecen. Los hábitos de limpieza dejan paso a la suciedad y al desorden. La modestia y la simpatía se sustituyen por el exhibicionismo y la brutalidad. Por lo que Anna Freud comparó dichas fuerzas instintivas en la pubertad con la infancia temprana. La sexualidad de la infancia temprana y la agresión rebelde "resucitan" en la pubertad (Rice Philip F. 1999).

Los impulsos para satisfacer los deseos, de acuerdo con el principio del placer, denominados por el ello, aumentan en la adolescencia.

Anna Freud, entendía al yo como la suma de los procesos mentales que tienen la función de salvaguardar la función mental (el yo es el poder evaluador, razonador del individuo).

Por el superyo Anna Freud, entendía el yo-ideal y la conciencia que proviene de la adopción de los valores sociales del progenitor del mismo sexo.

El cuidadoso equilibrio conseguido entre estas estructuras psíquicas durante la latencia es destruido, y una guerra abierta se produce entre el ello y el superyo. El yo, que previamente había sido capaz de imponer una tregua, tiene muchos más problemas para mantener la paz ahora, como los de un padre con un carácter débil cuando se enfrenta con dos hijos pendencieros de carácter fuerte. Si el yo se alía completamente con el ello "no quedara rastro alguno del antiguo carácter del individuo y la entrada en la vida adulta estará marcada por un derroche de gratificación nada cohibida de los instintos".

Pero si el yo se pone completamente del lado del superyo, el carácter del individuo en la latencia se hará de manifiesto de una vez para siempre. Los impulsos del ello quedarán confinados dentro de unos límites estrechos prescritos por el individuo, pero se necesitara un constante gasto de energía psíquica implicado en actividades cargadas de gran intensidad emocional, en mecanismos de defensa, en simpatía emocional para mantener a raya estos impulsos (Rice Philip F. 1999).

Además Anna Freud, describe como el yo emplea discriminadamente todos los métodos de defensa (mecanismos de defensa) para ganar la batalla. El yo reprime, desplaza, deniega y contraría los impulsos y los pone en contra de sí mismo; produce fobias y síntomas histéricos y genera ansiedad por medio del pensamiento y la conducta obsesiva (Rice Philip F.1999). Por lo anteriormente mencionado desarrolló la idea que los mecanismos de defensa son la clave para entender la adaptación adolescente. Ella consideraba que los problemas de la adolescencia no se resuelven entendiendo al ello, o las fuerzas instintivas, sino profundizando en la existencia "de objetos afectivos" en el pasado del adolescente. Esta autora sostiene que el apego a esos objetos, que generalmente coinciden con los padres, se mantiene desde la primera infancia, atenuándose o inhibiéndose durante la fase de latencia. Durante la adolescencia, estos impulsos pregenitales se pueden reactivar o, lo que es peor, impulsos genitales recién adquiridos (adolescentes) se pueden combinar con los impulsos que se desarrollaron durante los primeros años de la infancia (Santrock, John W 2003).

Hay dos últimos aspectos sobre los mecanismos de defensa que son de importancia (citados en Santrock, John W 2003).

- 1) Estos mecanismos son inconscientes; los adolescentes no se dan cuenta que están utilizando un mecanismo de defensa para proteger a su Yo y mitigar la ansiedad.
- 2) Cuando utilizan con moderación y de forma temporal, los mecanismos de defensa no son necesariamente patológicos o nocivos.

Anna Freud creía, sin embargo, que la armonía entre el yo, y el superyo era posible, y ocurre finalmente en la mayoría de los adolescentes. Dicho equilibrio se consigue si el superyo se desarrolla suficientemente durante el período de latencia-pero inhibe demasiado los instintos, lo que causaría un sentimiento de culpa y una ansiedad extrema-y si el yo es suficientemente fuerte y sabio para mediar en el conflicto (citado en Rice Philip F. 1999).

1.3 Visión psicosocial sobre la Adolescencia

1.3.1 Erik Erikson

Erik Erikson (1902-1994) reconoció la aportación de Freud, pero consideraba que no supo ver algunas dimensiones importantes del desarrollo humano (Santrock, John W 2003), esto en base a los hallazgos de la sociopsicología y la antropología modernas(citados por Rice Philip F. 1999; Kimmel Douglas; Irving B. Weiner, 1998). Para Freud, la motivación primaria del comportamiento humano era de carácter sexual, para Erikson era de carácter social y reflejaba el deseo de afiliarse con otras personas (Santrock, John W 2003).

Además este autor propone que es un propio de la naturaleza humana pasar por una serie de etapas, escalas, rasgos (citado en Ledford J. Bischof 2002) psicosociales durante el crecimiento del individuo, las cuales están determinadas genéticamente, no obstante la cultura en la que el crecimiento ocurre. El medio social, sin embargo, ejerce un efecto significativo en la aparición y la naturaleza de la crisis de cada etapa, e influye en el éxito con el cual el niño y el adolescente pueden dominarlas (Cueli José, Reidl Lucy, Martí Carmen, Latirgue Teresa y Michaca Pedro; 2001).

En la teoría de Erikson, existen ocho etapas del desarrollo humano; en cada etapa, el individuo tiene que superar una tarea psicosocial. La confrontación con cada tarea produce conflicto, con dos resultados posibles. Si el conflicto se resuelve con éxito, se construye una cualidad positiva en la personalidad y se produce desarrollo; pero, si el conflicto o crisis persiste o se resuelve de forma no satisfactoria, el yo resulta dañado, y una cualidad negativa se incorpora dentro de él (citados por Rice Philip F. 1999; Kimmel Douglas; Irving B. Weiner, 1998; Santrock, John W 2003), es decir, esa crisis no es una catástrofe, sino puntos de inflexión de mayor vulnerabilidad y mayor potencial. Cuanto más eficazmente resuelva estas crisis un individuo, más saludable será su desarrollo (Santrock, John W 2003)

La resolución positiva de la tarea, cada una con su polo negativo, está expuesta a continuación para cada período (citadas en Ledford J. Bischof 2002 p 622):

Primera edad
Infancia temprana
(desde el nacimiento hasta un año)
(corolario a la etapa freudiana de sensación oral)

Confianza Fundamental

contra

Desconfianza

Resulta del afecto y de satisfacer
Necesidades; reconocimiento mutuo.

Resulta de un abuso constante, de
abandono, privación de amor;
destete prematuro o violento;
aislamiento autista.

Segunda edad
Infancia última
(desde uno hasta los tres años)
(corolario a la etapa freudiana anal-muscular)

Autonomía

contra

Vergüenza y Duda

El niño ve al yo como una persona
con derecho propio, separado de
los padres, pero aún dependiente.

Se siente inadecuado, duda del yo,
restringe las habilidades fundamen-
tales para el aprendizaje, como cami-
nar, hablar; desea "ocultar" sus defici-
encias.

Tercera edad
Niñez temprana
(desde los cuatro hasta los cinco años)
(corolario a la etapa freudiana genital-locomotora)

Iniciativa

contra

Culpa

Imaginación vivaz; prueba vigorosamente la realidad; imita a los adultos; prevé roles.

Carece de espontaneidad; celos infantiles; "complejo de castración" Desconfiado; evasivo; inhibe papeles.

Cuarta edad
Niñez media
(desde los seis años hasta los once años)
(corolario a la etapa freudiana genital-locomotora)

Industria

contra

Inferioridad

Tiene sentido del deber y del logro; desarrolla capacidades intelectuales y sociales; intenta tareas verdaderas; sitúa la fantasía y el juego en mejor perspectiva; aprende a manejar herramientas; se identifica con la tarea.

Hábitos de trabajo deficientes; evita competencias fuertes; se siente condenado a la mediocridad; conserva la serenidad ante las tormentas de la pubertad; puede conformarse a una conducta esclavizada; sentido de la futilidad.

Quinta edad
Pubertad y adolescencia
(desde los doce hasta los veinte años)

Indentidad del Ego

contra

Confusión del rol

Perspectiva temporal
Seguro de sí
Ensaya roles
Busca aprender
Polarización sexual
Sigue al líder
Se compromete ideológicamente

Confusión del tiempo
Consciente de sí
Se fija en ciertos roles
Se paraliza ante un trabajo
Confusión bisexual
Confusión ante la autoridad
Confusión ante los valores

Sexta edad
Juventud

Intimidad

contra

Aislamiento

Capacidad de entregar el yo a Otros; le es posible la "verdadera Genitalidad"; *Lieben und Arbeiten*: "amar y trabajar"; "mutualidad de orgasmo genital".

Evita la intimidad; tiene "problemas de carácter", conducta promiscua; repudia; aísla; destruye fuerzas supuestamente - Peligrosas.

Séptima edad
Madurez

Fecundidad

contra

Estancamiento

Productivo y creador para el yo y para otros; orgullo y placer en la paternidad; enriquece la vida; establece y guía a la nueva generación.

Egocéntrico; no productivo; invalidez prematura; excesivo amor a si mismo empobrecimiento personal; - autoindulgencia.

Octava edad
Edad adulta última

Integridad

contra

Desesperación

Aprecia la continuidad del pasado, Presente y futuro; acepta el ciclo Vital y el estilo de vida; ha aprendido a cooperar con las cosas inevitables de la vida; "se siente completo indiviso o sin fragmentar; totalidad" "la muerte pierde su aguijón".

El tiempo es demasiado corto; no halla sentido a la existencia humana ha perdido la fe en sí y en los otros;- desea una nueva oportunidad de vivir con más ventajas; no comprende el - orden del mundo o el sentido espiritual; "teme a la muerte".

Erikson considera que completar cualquier etapa no garantiza automáticamente el éxito y, específicamente, que el individuo puede retroceder aun después de haber pasado con éxito por una etapa temprana (Ledford J. Bischof 2002).

Erikson destacó que la adolescencia es una crisis normativa, una fase normal de conflicto incrementado, caracterizada por una fluctuación en la fuerza del yo. Durante este tiempo, el individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar los peligros de la confusión de funciones y la difusión de la identidad (Rice, 1999 y Kimmel, 1998).

Además, creía que durante la adolescencia debe haber una integración de todos los elementos de identidad convergentes y una resolución de conflicto, por lo que la dividió en siete partes fundamentales:

- 1) *Perspectiva temporal a confusión en el tiempo*; ganar un sentido del tiempo y de la continuidad en la vida es crítico para el adolescente, que debe de coordinar el pasado y el futuro para poder formar algún concepto acerca del tiempo que le lleva a la gente conseguir sus proyectos de vida. En un sentido real del tiempo, éste no se desarrolla hasta relativamente tarde en la adolescencia, es decir, hasta los 15 ó 16 años.
- 2) *Seguridad en uno mismo frente a avergonzarse de uno mismo*; este conflicto implica el desarrollo de la confianza en uno mismo basada en las experiencias pasadas, de forma que una persona cree en si misma y siente que hay una probabilidad razonable de conseguir los objetivos del futuro. Los adolescentes pasan un periodo en el que aumenta el conocimiento de si mismos, especialmente en relación con la imagen física que tienen de sí mismos y las relaciones sociales. Cuando el desarrollo se produce normal, los adolescentes adquieren confianza en su capacidad para afrontar el presente y en la anticipación de un éxito futuro.
- 3) *Experimentación de funciones frente a fijación de funciones*; los adolescentes tienen la oportunidad de probar las diferentes funciones que pueden ejercer en la sociedad, es decir, pueden experimentar muchas identidades diferentes, características de la personalidad, formas de hablar y de actuar, ideas, metas o tipos de relaciones. La identidad proviene de las oportunidades para tal experimentación. Sin embargo, en aquellos que han desarrollado demasiada inhibición y culpas internas, que han perdido iniciativa, o bien que han experimentado prematuramente una fijación de la función no encontrarán realmente quiénes son.

- 4) *Aprendizaje frente a estancamiento en el trabajo*; el adolescente tiene una oportunidad de explorar y probar diferentes ocupaciones antes de decidirse por un empleo. La elección de trabajo juega un papel primordial porque es la determinación de la identidad de la persona.
- 5) *Polarización sexual frente a confusión bisexual*; los adolescentes continúan intentado definir qué significa ser "masculino" o "femenino". Erikson creía que es importante que los adolescentes desarrollen una identificación clara con un sexo o con el otro como la base de la intimidad heterosexual futura y como la fase para una identidad firme; además, destacó que las comunidades que funcionan adecuadamente, los hombres y las mujeres deben desear asumir sus "roles apropiados", necesario para una polarización sexual.
- 6) *Líder y seguidor frente a confusión de autoridad*, a medida que los adolescentes expanden sus horizontes sociales en la escuela y el trabajo, en los grupos sociales y nuevos amigos, iniciaron el aprendizaje de la toma de responsabilidades de liderazgo, así como el de seguir a otros; al mismo tiempo, descubren que existen exigencias de competencia en sus fidelidades.
El estado, la escuela, el trabajo, la pareja, los padres y los amigos, todos tienen sus exigencias por lo que el adolescente experimenta confusión en relación con la autoridad.
- 7) *Compromiso ideológico frente a confusión de valores*; la construcción de una ideología guía a otros aspectos de la conducta, a lo que se refiere Erikson es a esta lucha como "la búsqueda de la fidelidad", es decir, los individuos necesitan algo en que creer o a quien seguir.

Si estos siete conflictos es capaz de resolver; emerge una identidad firme, la crisis esta superada cuando él o ella ya no tienen que cuestionarse a cada momento por su identidad, cuando ha subordinado su identidad de su niñez y ha encontrado una nueva autoidentificación. Erikson sabía que encontrar una identidad satisfactoria es mucho más difícil durante un periodo de cambio social rápido porque la generación mayor no es capaz de proporcionar modelos de funciones adecuadas para la generación más joven (Rice Philip F. 1999).

Sin embargo, cuando el adolescente fracasa en la búsqueda de la identidad experimentará inseguridad, difusión y confusión de roles; tal individuo puede caer en una preocupación o una actividad autodestructiva, esto es, tenderá a preocuparse por las opiniones de otros o inclinarse hacia el otro extremo y no importándole en absoluto lo que otros piensan. Puede evitar o por el contrario caer en las drogas o el alcohol para descargar la ansiedad que le genera su difusión de roles.

Por ejemplo la difusión del yo y la confusión en la personalidad puede ser observada en delincuentes crónicos y la desorganización de la personalidad es la psicótica (citado en Rice Philip F. 1999, p 38).

1.4 Autoconcepto y Autoestima

Durante la adolescencia la autoestima se desarrolla principalmente en el contexto de las relaciones con los pares, en particular los del mismo sexo, es decir, la autoestima masculina está ligada a la lucha por el logro individual, mientras que la femenina depende más de las conexiones con los otros (Papalia Diane E. 2005).

La importancia de la autoestima del adolescente cuando ésta es baja esta vinculada con algunos factores tales como la depresión, la drogadicción, la delincuencia, el suicidio y el bajo rendimiento escolar (Lefrancois Guy 2004)

Cabe mencionar que los adolescentes que llegan a tener amigos muy allegados poseen alta autoestima, se consideran competentes y tienen un mejor desempeño escolar; en cambio los que son conflictivos en sus relaciones obtienen bajos puntajes en todos estos aspectos (Papalia Diane E. 2005).

Se puede decir que el autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí misma y que comprende varias dimensiones y depende tangencialmente del medio social y cultural en el que el adolescente se desenvuelva (La Rosa Jorge; Rolando Díaz-Loving 1988).

Cooley menciona que el autoconcepto es aprendido a través de la relación que un individuo tiene con su medio social (citado La Rosa Jorge; Rolando Díaz-Loving 1988)

1.5 Concepto de amistad

La amistad en la adolescencia es muy importante que en cualquier otra época de la vida, quizá porque los adolescentes luchan por diferenciarse de los padres y, en consecuencia, necesitan el apoyo de otras personas que se hallan en las mismas circunstancias (Papalia Diane E. 2002).

La amistad implica una relación entre individuos que se agradan unos a otros, asimismo durante esta etapa de la vida existen tres rasgos distintivos de las amistades los cuales son (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998):

1. Los adolescentes consideran a sus amistades como relaciones íntimas y de apoyo comparado con los niños pequeños.
2. La lealtad y la fidelidad es algo crítico.
3. Existe menos competencia pero comparten más de igual con los amigos.

La amistad es concebida como una relación interpersonal voluntaria en la que sus miembros-socialmente hablando-, poseen una inherente simetría que les permite cultivar intimidad, confianza, honestidad, respeto y afecto; a su vez permite que cada persona se sienta libre de expresarse tal como es en realidad y pueda negociar las reglas de la relación como las considere pertinente. Por lo tanto los amigos son libres de crear su propia cultura, es decir, comparten un mismo lenguaje, símbolos y costumbres que les hacen cómplices, además de ser confidentes, respetan la privacidad del otro y se ayudan en momentos de necesidad (Sánchez Aragón Rozzana 2001).

La amistad es también una relación donde además de las cogniciones como el deseo de conocer más a fondo a la persona, la solidaridad y la valoración definen la esencia de este tipo de relación, además de crear un vínculo de cariño y de confianza (citado en Sánchez Aragón Rozzana, 2001, p123).

Al mismo tiempo, los amigos pueden ser una ayuda muy importante en el momento en que se tiene que establecer la propia identidad. Un amigo en este sentido es una persona con quien uno puede hablar abiertamente de sus temores, sin el temor adicional de ser rechazado (Mckinney John Paul, Irma E. Fitzgerald y Ellen A. Strommon 1982).

1.6 Formación de amistades

La amistad se inicia en el umbral de la simpatía, la confianza, la convivencia y la mutua compenetración; así mismo implica benevolencia, es decir, procura el bien del otro por lo que es como persona.

Asimismo, suele ser objetiva; valora al otro de manera justa y fundada en el conocimiento. Aunque tienda a una comunión afectiva y espiritual, es multiforme y abierta, y acepta la presencia de los demás. Admite la separación de los amigos sin provocar traumas ni desesperación (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

La amistad es una clase de compromiso que el adolescente realiza frecuentemente substituyendo los modelos parentales rechazados, con modelos que en realidad son todavía figuras paternas o maternas idealizadas, no es más que una manera de tomar sus distancias respecto a los antiguos objetos de amor.

La identificación con un ser semejante a uno mismo, conociendo los mismos problemas, las mismas dudas, las mismas rebeldías, los mismos entusiasmos, la posibilidad de volver a encontrarse en él y de compartir con él sentimientos demasiado pesados, siendo de importancia primordial y que van a desempeñar un papel considerable en la evolución de la crisis adolescente (Reymond-Rivier Berthe 1980; Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

Para que una amistad se desarrolle, el contacto cotidiano es algo muy importante aunque en la actualidad los medios de comunicación como el correo electrónico favorezcan que los adolescentes formen amistades en ausencia de contacto cara a cara (citado en Sánchez Aragón Rozzana, 2001, p 114).

Existe continuidad entre la infancia intermedia y la adolescencia; ambos grupos de edad piensan que la base de la amistad reside en la ayuda, la interacción y los gustos mutuos (Papalia Diane E. 2006; Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998); además compiten menos y comparten más. Estos cambios que se acaban de describir son porque existe un desarrollo cognoscitivo, además de que pueden expresar con mayor facilidad sus pensamientos y sentimientos con los amigos (Papalia Diane E. 2006).

Constan ciertos datos de investigaciones que apoyan la idea de que un amigo es aquel o aquella que se parece a uno, en las características de personalidad y no aquel o aquella que es diferente (citado en Mckinney et.al. 1982, p 135). Hay ciertas semejanzas entre las personas que suelen convertirse en base para la amistad; como sería el caso de la edad, el sexo, el vivir en el mismo vecindario o el mismo complejo de vivienda proporciona una base para la formación de la amistad (citado en Mckinney et.al. 1982). Cabe mencionar que el carácter exclusivo del hijo adolescente suele inquietar a los progenitores, sobre todo si el amigo(a) no son de su gusto (y son raras veces ya que son escogidos justamente por la razón de su pertenencia a un medio diferente, incluso diferente al del sujeto) (Reymond-Rivier Berthe 1980).

También se ha demostrado que la mayor estabilidad de la amistad que se da con la edad se relaciona con el nivel mental; este tipo de estudio comparado fue realizado en niños "especiales" o con alguna deficiencia mental con las amistades de niños normales (citado en Mckinney et.al. 1982).

El género también afecta la amistad, es decir, el apoyo emocional y las confidencias son parte esencial en las relaciones femeninas a lo largo de la vida (citado en Papalia Diane E. 2006, p175; Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998). En general los hombres tienden a tener más amigos que las mujeres, pero la amistad masculina no son tan estrechas como el de las mujeres.

Referente a la intimidad en las relaciones de amistad las mujeres adolescentes son más susceptibles que los varones de tener intimidad, además las adolescentes dedican más tiempo a hablar más con sus amistades y platicar acerca de asuntos personales íntimos, mientras que los chicos prefieren hacer cosas o realizar alguna actividad pero mantienen fuera de sus conversaciones sus problemas e inquietudes personales (Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998; Sánchez Aragón Rozzana 2001).

Aunque los padres de los adolescentes sienten que han perdido cierta influencia que mantenían en la selección de los amigos de sus hijos, todavía la ejercen pero de manera indiscreta (Papalia Diane E. 2002).

Tener amigos se considera un importante logro social, un indicador de destrezas interpersonales y una señal de buena adaptación tanto en los jóvenes como en los adultos. Con lo que respecta a la adaptación, las investigaciones confirman que los adolescentes con algún trastorno psicológico llegan a tener menos amistades; pero sucede todo lo contrario con los adolescentes que sacan provecho de las relaciones amistosas de apoyo, es decir, presentan una mayor autoestima, van mejor en cuanto a calificaciones y presentan menos problemas emocionales que con aquellos que carecen de este tipo de relaciones de amistad (citado en Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998, p 292).

Crandall, Schiffenhauer y Harvey (1996) (citado en Sánchez Aragón Rozzan 2001 , p115) han observado que la gente forma amistades con aquellos similares a ellos en características como la edad, sexo, nivel educativo, raza, estado civil y religión; lo que garantiza reforzamiento a la propia individualidad.

De acuerdo con Duck (1994) existen dos formas de mantener una amistad, mediante el uso de estrategias implícitas y explícitas las cuales son

≈ Estrategias implícitas: Son aquellas donde los hombres prefieren realizar actividades con sus amigos por ejemplo practicar algún deporte, mientras que las mujeres prefieren platicar.

≈ Estrategias explícitas: Son aquellas que la gente usa para mantener sus relaciones, es decir, empleando el apoyo, compartiendo, siendo positivo y tratando de hacer la interacción mas placentera, las tarjetas, cartas o llamadas como una manera de mantener contacto.

La conformidad tiende a aumentar al llegar la adolescencia, esto suele estar relacionado con el deseo de ser querido y de no ser rechazado, además es un intento por no parecer distinto de los demás (Mckinney et.al. 1982).

La traición de un amigo (a) puede representar para el adolescente una experiencia trastornadora y difícil; no solamente se da un golpe a sus exigencias sino también a sus necesidades intensas de afecto y de ternura. La separación y la rotura de la amistad, por desgarradora que pueda llegar a ser, se encuentra un remedio: el amigo (a) serán pronto sustituidos. Pero, a diferencia que cuando el adolescente se empieza a tomar conciencia de lo que es y de lo que quiere ser y se afirma de una manera cada vez personal, es decir, a partir del momento que deja de identificarse más que consigo mismo; sus relaciones amigables van a ser más estables entonces el amigo será visto tal como es y amado por lo que es (Reymond-Rivier Berthe 1980).

Por lo tanto a esta edad, el amigo desempeña el papel de sostén del Yo, mejor dicho; es otro Yo, un Yo idealizado muchas veces y que devuelve al sujeto una imagen tranquilizadora de si mismo, en esto se funda la relación y de ahí proviene el desorden de la relación cuando se rompe (Reymond-Rivier Berthe 1980).

1.7 Autopercepción

Este es un aspecto importante porque nos da la idea de que somos individuos únicos y que además poseemos un Yo, que es relativamente consistente a través de diversas situaciones, también se llega a desarrollar en la etapa de la adolescencia; es decir, las ideas que un individuo tiene sobre sí mismo parecen reflejar el desarrollo de las capacidades cognitivas (citado en Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998, p 169).

Por una parte, el contenido de las autodescripciones evoluciona hacia concepciones más abstractas y diferenciadas de uno mismo como persona. Por otra parte, los adolescentes llegan a ser mas conscientes y a preocuparse más de su Yo real o falso y de la incoherencia de uno mismo en las diferentes situaciones sociales; como por ejemplo, la interacción con los compañeros o con los padres (kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998).

1.8 Identidad

La confusión que existe en esta etapa de la vida, aparte si le agregamos el comportamiento caótico del adolescente es a causa de la búsqueda de su propia identidad. Pero no todo es malo sino que también surge la virtud de la fidelidad (lealtad a toda prueba, confianza o sentimientos de entrega al ser amado, a los amigos o a los compañeros). La fidelidad también entraña identificarse con una serie de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una búsqueda creativa o un grupo étnico. La autoidentificación se logra cuando los jóvenes escogen valores o personas para serles leales, antes de aceptar los que provienen de los padres (Papalia Diane E, 2002; Papalia Diane E. 2005).

De acuerdo con Erikson, la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad, para convertirse en un adulto que puede cumplir un importante rol en la vida. Para este proceso de construcción de identidad, el Yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad (Papalia Diane E, 2002; Papalia Diane E. 2005). En el cual el adolescente, ejemplificara su identidad esto con respecto a sus relaciones sociales, la política, la escolaridad y el progreso de una carrera (Lefrancois Guy 2004, Papalia, Diane E, 2002; Papalia Diane E. 2005).

La formación de la identidad ni comienza ni termina con la adolescencia, (Rice Philip F.1999 y Papalia Diane E. 2002) pero en esta última adquiere mayor importancia, es decir, consiste en que el individuo esté razonablemente seguro del tipo de persona que es, de aquello en lo que cree, y de qué quiere hacer con su vida.

Formar una identidad supone que el individuo alcance una visión integrada de sus aptitudes y capacidades, de sus valores y preferencias, y de sus formas de reaccionar ante las demás personas además de ser percibido por ellas (Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998). Es un proceso que dura toda la vida, ampliamente inconsciente para el individuo; sus raíces se remontan a la niñez, a la experiencia de reciprocidad entre padres e hijos.

Cuando los niños consiguen su primer objeto amado, comienzan a encontrar la autorrealización acompañada del reconocimiento mutuo. La formación de su identidad continúa a través de un proceso de selección y de asimilación de las identificaciones de la niñez, que a su vez dependen de la identificación de los padres, los iguales y la sociedad tengan de ellos como personas importantes (Rice Philip F. 1999).

Además durante la infancia era muy importante confiar en los otros, en especial en los padres; ahora en la adolescencia es importante ser confiable en uno mismo, es decir, los adolescentes transfieren la confianza de los padres a otras personas, como mentores y seres amados, que pueden ayudar a guiarlos en la vida (Papalia Diane E. 2002).

La comunidad moldea y da reconocimiento a los nuevos individuos que emergen. En sus sucesivas el niño comienza pronto a construir expectativas, de cómo le gustaría ser de mayor y de cómo se sentiría siendo menor, unas expectativas que provienen en parte de una identidad de sí mismo, verificadas paso a paso por experiencias decisivas de ajuste psicosocial. Así la formación de identidad emerge como una configuración envolvente gradualmente establecida por medio de las sucesivas elaboraciones del yo a través de la niñez (Rice Philip F. 1999).

Los adolescentes son atraídos por aquellos que tienen su estatus de identidad similar a ellos (citado en Rice Philip F. 1999).

También el desarrollo de la identidad participa en el desarrollo de las relaciones amorosas; la intimidad altera la identidad, además ayuda a la gente a crecer (Rice Philip F. 1999, p 38; Papalia Diane E. 2005).

Establecer una identidad requiere que el individuo se esfuerce, por evaluar los recursos y las responsabilidades personales así como el aprender y como utilizarlas para obtener un concepto más claro de quién es y qué quiere llegar a ser. Los adolescentes que se implican activamente en la exploración de su identidad tienen tendencia a mostrar un patrón de personalidad caracterizada por inseguridad, confusión, pensamiento perturbado e impulsividad (citado en Rice Philip F. 1999, p 39; Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

1.9 Soledad

Existen diversas definiciones para la soledad en términos psicológicos; como sentimiento, como mecanismo adaptativo, como estado afectivo, como inhabilidad personal, o bien como experiencia displacentera resultante de una deficiencia social, entre otros (citado en Montero, 1993). Tal variedad de definiciones han sido agrupadas de acuerdo a Peplau y Perlman (1982), en tres categorías que conceptualizan a la soledad:

- a) Como resultado de las deficiencias en las relaciones interpersonales
- b) Como una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social y
- c) Como una experiencia estresante y displacentera.

Por lo anterior se puede deducir que los niveles de más altos de soledad se suelen dar durante la adolescencia y la juventud (citado en Santrock John W 2003 p263). Algunos adolescentes se sienten solos porque tienen una intensa necesidad de intimidad pero todavía no han desarrollado las habilidades sociales a la madurez relacional necesarias para satisfacer esas necesidades. Pueden sentirse aislados y experimentar la sensación de que no tienen a nadie a quien acudir para colmar su deseo de intimidad (Santrock John W. 2003).

Entonces, la soledad es una experiencia desagradable y angustiada en la que las relaciones sociales del individuo, no llegan a satisfacer sus necesidades de compañerismo. Ahora bien la soledad es una experiencia subjetiva, y las teorías básicas sobre la soledad subrayan que si el alcance de la vida social de una persona es o no satisfactorio depende de las necesidades que siente de tener compañía e intimidad, cabe recordar que la soledad no está forzosamente ligada al hecho de estar físicamente solo, es decir, una persona que está insatisfecha con sus relaciones que tiene con los demás puede sentirse sola en medio de la multitud (Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998).

Rokach (citado en Montero María y López Lena 1993), identificó tres factores asociados a la soledad:

- A. Autoalineación
- B. Aislamiento interpersonal
- C. Agonía

También identificó cuatro componentes asociados con formas de afrontamiento a la soledad:

- I. Distrés fisiológico y conductual
- II. Auto-depreciación
- III. Desapego social autogenerado
- IV. Inmovilización

Al respecto existe una carencia de información sobre la incidencia y repercusiones en las poblaciones mexicanas, dónde existe una tendencia hacia el gregarismo familiar y donde las relaciones afectivas se establecen de manera cotidiana.

En esos momentos pasajeros de soledad situacional, los adolescentes se alinean y se vuelven espectadores pasivos cuyo mundo les pasa de largo sin hacerles caso; solos e ignorados, contemplan con envidia cómo sus compañeros de clase realizan las actividades sin ellos, causándoles ansiedad.

Dado que los adolescentes están buscando nuevos tipos de relaciones, en los grupos de compañeros al tiempo que van dejando los lazos de la infancia con sus padres, se vuelven especialmente susceptibles de experimentar la soledad, pero, también son capaces de adaptarse rápidamente a las nuevas situaciones (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

La soledad se relaciona con el sexo de un individuo, su historia de apego, su autoestima y sus habilidades sociales. Y los adolescentes que se sienten solos no están integrados en el sistema de iguales y es posible que no tengan amistades íntimas (Santrock John W 2003).

1.10 Noviazgo

Entre los adolescentes salir en pareja se considera normalmente como una oportunidad grata de compañía o el preludio de una relación amorosa. La idea de tener un novio y de que los demás lo saben es a menudo más emocionante que el propio hecho de tener pareja.

Además, cuando los adolescentes son aún socialmente inexpertos, muchas de las formas en que las parejas de novios interactúan se basan más en estrategias para evitar la torpeza que en discusiones directas sobre lo que ambos prefieren hacer (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

Algunos adolescentes tienen su primer novio antes de ingresar al bachillerato y otros han empezado a salir en pareja antes de concluir la secundaria. No obstante, los hechos no dejan lugar a dudas de que la conducta de salir con novios está determinada ante todo por las normas culturales, no por el desarrollo biológico, y que las diferencias en la maduración física ejercen pocos efectos en la edad a la que los adolescentes empiezan a tener pareja (citado en Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998 p 321).

El patrón tradicional según el cual los chicos proponen salir y las chicas aceptan o no, todavía es la práctica predominante en nuestra sociedad, y tanto la pregunta como la respuesta pueden conllevar algunas decisiones difíciles. Un chico que duda de si proponerle salir a una chica en concreto puede sorprenderse sopesando las ventajas de conseguir la cita y los inconvenientes de ser rechazado.

Cuanto más atractiva y popular sea la chica, más contento estará si ella acepta, pero también es más probable que tenga la decepcionante experiencia de ser rechazado, pero, si la chica no es especialmente atractiva y popular, él tendrá más posibilidades de conseguir una cita, sin embargo, el hecho de que ella acepte no le resultará tan gratificante.

Además el enamoramiento altera la condición vital, hipoteca el comportamiento e incluso el discernimiento. Lo que piensa, opina o hace el elegido adquiere decisiva importancia. Uno es lo que el otro quiere que sea, y viceversa. Los estudios, la familia y los amigos pasan a segundo plano, porque toda la vida se centran en el otro, a quien se encuentra formidable y sin defectos; es decir, mientras está enamorado y correspondido, el adolescente se siente pleno, feliz ante la presencia o el solo pensamiento de la persona amada (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

Pero, cuando el enamorado no se aburre, tiene la risa fácil, da gusto ver a la pareja. No obstante, esta etapa de frenesí tiende a durar poco; cuando el estado semihinóptico se esfuma pueden llegar a ocurrir dos cosas: o el enamoramiento termina tan súbitamente como empezó, o se consolida un amor más sereno y racional. En el primer caso, casi nunca coinciden las dos partes; el que se desenamora antes sufre menos, mientras el otro se siente decepcionado y vacío; le parece que la vida deja de tener sentido y, ya sea para llamar la atención del que se ha ido, o porque en verdad no puede superar la separación, puede llegar a albergar ideas de suicidio (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

Uno de los motivos principales de quebranto en el enamoramiento es la manera tan distinta en que lo viven respectivamente los chicos y las chicas.

Elas maduran sexualmente antes que los chicos y, como consecuencia, son más precoces para el enamoramiento. La chica no considera al chico como un medio para satisfacer su sexualidad, sino como un camino que la lleva a confirmar su feminidad. Su enamoramiento es sobre todo de tipo emocional y demanda igualdad de trato e interpreta el impulso sexual masculino como algo humillante, que la rebaja a un mero objeto sustituible y desechable.

Ellos tienen más experiencia en el contacto físico-sexual que ellas. En el chico interviene un factor biológico; se enamora para satisfacer su impulso sexual y liberar la tensión que éste le produce. No comprende que la chica espere de él una relación profunda o un compromiso duradero.

El enamoramiento responde a factores inconscientes. Según Carl Gustav Jung (citado en Izquierdo Moreno Ciriaco 2003 p 105). Todos albergamos en lo más profundo de nuestra personalidad la imagen o en el arquetipo de ambos sexos. Cuando el *anima* (lo femenino) o el *animus* (lo masculino) buscan integrarse en la vida real y lo logran, se desencadena entonces esa fuerza arrebatadora a la que llamamos enamoramiento. Por eso se dice que el amor es ciego, porque al reflejarse en la imagen ideal que malogrado tomar cuerpo, la persona ve exclusivamente el objeto de anhelo.

Una forma común de evolución de la sexualidad es la constitución de una pareja. Si las circunstancias han llevado a dos adolescentes a volverse novios en una relación prolongada y estable, pueden ejercer su sexualidad de manera más o menos completa, que conlleva a madurar la conducta sexual de la pareja, siempre y cuando tenga las siguientes características:

- ∞ Relación duradera y con fuertes lazos afectivos
- ∞ Darse cuenta de las posibles consecuencias de la sexualidad
- ∞ Mostrar públicamente su relación y asumir responsabilidades
- ∞ Compartir los aspectos positivos y negativos de la relación
- ∞ Aceptar los lazos familiares y la dependencia de su familia de origen en cada miembro de la pareja.
- ∞ Aceptar las presiones sociales a las que se ve expuesta toda pareja joven

Si la pareja adolescente esta dispuesta a asumir las incidencias de la sexualidad, lo más probable es que madure y adquiera una intimidad e intensidad propias del apasionamiento adulto, más que la inestabilidad adolescente. Sin embargo todo esto depende del tipo de familia, escuela y grupo de donde este inmerso, así como de las presiones sociales y del temperamento de cada miembro de la pareja. Algunas relaciones maduran, otras se rompen y otras se unen pero se terminan separando periódicamente (Guido Macías-Valadez Tamayo 2000 y Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

1.10.1 Sexualidad adolescente

Los sentimientos sexuales crecen en intensidad después de la pubertad, lo que refleja la mayor cantidad de hormonas sexuales que circulan por el cuerpo tanto en los hombres como en las mujeres. En esta etapa son típicas las fantasías sexuales, los ensueños y las exploraciones tentativas de conducta sexual con otros, así como las fantasías románticas, los sentimientos de estar enamorado, escribir poesía, sentirse incómodo o atraído por las escenas amorosas de las películas o querer estar cerca de la persona sexualmente atractiva.

La sexualidad adolescente surge como resultado de estas experiencias, las cuales se basan en experiencias de la infancia, y refleja también las influencias de las hormonas y de otros factores. El patrón de sexualidad adolescente es específico: no existen dos personas que tengan exactamente los mismos sentimientos e intereses sexuales (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

Una de las variables que ha sido considerada de relevancia en el contexto de las relaciones sexuales y en el uso de anticonceptivos en la adolescencia, ha sido la estructura y relación familiar del adolescente; en esta última la educación de los hijos es la aceptación, el cariño y el apoyo de los padres los cuales se relacionan positivamente con el desarrollo sano de los hijos (citado en Pick Susan; Rolando Díaz-Loving; Sofía Rivera Aragón, Mirta Flores Galaz y Patricia Andrade Palos 1987).

Mientras más temprana fue la primera experiencia sexual de la madre, más temprana es la iniciación sexual de la hija. Se ha reportado por ejemplo, que adolescentes provenientes de hogares en los que esta sólo la madre y no el padre, empiezan a tener relaciones sexuales antes que aquellas que se han desarrollado en un hogar integrado. Así mismo, mientras más hermanos haya en el hogar, mayor es la probabilidad de que una hermana mayor sea sexualmente activa, siendo un modelo para las hermanas menores (citado en Pick et.al. 1987), es decir, la hermana mayor que durante la adolescencia quedo embarazada existe la probabilidad sea más alta de pasar por una situación semejantes las demás hermanas.

Con respecto a la relación de la adolescente con el padre, en la cultura mexicana, juega un papel menor, debido probablemente a la cantidad de tiempo que esta ausente dentro de una familia tradicionalmente conformada; pero, como menciona Díaz-Guerrero la imagen paterna impone las reglas y normas del correcto comportamiento, incluido el sexual y anticonceptivo en la que se pueda comprometerse la adolescente. Sin embargo, si tiene una impresión negativa de la figura paterna, puede no obedecer o dejar de llevar a cabo las reglas sexuales y anticonceptivas que el padre propugne (citado en Pick et.al. 1987).

Una buena interacción con la madre, así como comunicación se relacionan con la no práctica del sexo y con el uso de métodos anticonceptivos los cuales requieren de un alto grado de motivación por parte de la adolescente (Pick et.al. 1987).

Con respecto a los factores familiares que se relacionan con el tener o no relaciones sexuales, algunos estudios muestran que los adolescentes tienden con mayor frecuencia a tener relaciones sexuales premaritales si sienten que tienen una comunicación escasa con sus padres y si sienten que reciben poco apoyo de ellos (citado en Pick et.al. 1987, p 3)

Así mismo, Jessor y Jessor encontraron que mientras más cerca sentían las adolescentes su relación con la familia, y mientras mayor era la semejanza que percibían entre sus propios valores y de sus padres, menor era la posibilidad de que empezaran a tener relaciones sexuales tempranas (citado en Pick, 1987 et.al. p 3).

La virginidad ha sido identificada como una de las premisas socioculturales más importantes para los mexicanos y el hecho de que las adolescentes tengan relaciones sexuales rompe con dicha norma, lo cual afecta negativamente la relación con los padres (Pick et.al. 1987).

1.10.2 Amor, apetito sexual y aventura amorosa

“Amor” es una palabra cargada de múltiples sentidos, por lo que existen tantas definiciones sobre el amor como lo describen José Ortega y Gasset (1927) en donde mencionan que el amor es sentirse encantado por otro ser que nos produce una ilusión íntegra y el sentirnos absorbidos por ella hasta la raíz de nuestra persona, como si nos hubieran arrancado de nuestro propio fondo vital (citado en Retana Franco, Blanca Estela y Rozzana Sánchez Aragón 2005).

Otros autores consideran al amor como el elemento más poderoso e importante de las relaciones de pareja (citado en Retana et.al. 2005, p 128) y además contribuye a ordenar la vida humana porque la virtud es el orden del amor (Izquierdo Moreno Ciriaco 2003).

Pero para Gaja (1995), es un sentimiento de agrado hacia otra persona que se manifiesta por la comprensión, la complicidad, el entendimiento, la pasión es decir, por habilidades de convivencia. Cabe mencionar que para Díaz-Loving (1999); Rubin (1970) y Sánchez (1995) es solamente un constructo central en el estudio de la pareja romántica.

Para Fromm los componentes principales del amor son la solicitud, la responsabilidad, el respeto, el conocimiento y la libertad. El amor no es solamente un sentimiento, unas sensaciones, es una elección, una promesa, un compromiso, un acto de voluntad (Lutte Gérard 1991).

Como actitud, el amor se refiere a la evaluación de conductas o sentimientos experimentados a partir de la interacción y conocimiento de la otra persona (citado en Retana et.al. 2005, p 129).

Una relación entre dos personas (en este caso adolescentes) es una colaboración, en la que cada individuo se siente aceptado y afirmado por otro individuo a quien se valora y en quien se confía. En este sentido de la aceptación permite a las personas compartir muchos de sus sentimientos, dudas e incertidumbres. Esto puede reducir enormemente el miedo a ser diferente o a que dentro de uno haya algo que "no funcione". (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

El amor refleja también las transformaciones cognoscitivas, la capacidad mayor de conocerse y de conocerse y de conocer a los otros, el proceso de autonomización e individuación que se realiza durante la adolescencia. Es el tiempo en que, probablemente por primera vez en su existencia, el joven se da cuenta de su soledad existencial y de su individualidad única. El amor puede responder a una necesidad de unión total en la que la unicidad de la persona del amante y del amado no se borra sino que se exalta. La conquista de la autonomía permite que se establezca una relación paritaria. El amor posibilita así al adolescente emanciparse de sus padres y considerarse igual a los adultos.

El desarrollo moral, la capacidad de ponerse en el lugar de los otros, explican también por qué el adolescente es capaz de amar de modo responsable.

La cultura proporciona a los adolescentes los modelos de comportamiento amoroso que les permiten aventurarse en un terreno desconocido: los padres, los amigos, la televisión, el cine, son factores importantes de la educación sentimental. Las primeras aventuras amorosas a menudo van precedidas de discusiones con los amigos y de la observación de jóvenes que conocen esta experiencia (Lutte Gérard 1991).

Yale (2000) (citado en Retana et.al. 2005, p 133), indica que existen diferencias notables en el comportamiento amoroso a lo largo del ciclo de la vital; en la infancia, las relaciones interpersonales suelen comenzar siendo ansiosas y egocéntricas, y van paulatinamente tornándose más seguras y constructivas a medida que se acerca la preadolescencia. Así, hombres y mujeres, al comienzo de la adolescencia, comienzan a mostrar un creciente interés por el sexo opuesto, y poco a poco van construyendo grupos de amigos de carácter mixto y es cuando el adolescente continua socializándose en las normas socioculturales del amor romántico, y pronto empieza a sentir atracción romántica, al tiempo que se incrementa notablemente su atracción sexual hacia ciertas personas.

Con frecuencia, los sentimientos primerizos sobre la sexualidad, la masturbación, el interés en revistas sobre sexo, los arrebatos amorosos, la curiosidad por la normalidad del propio cuerpo y el ritmo que sigue en su maduración física se pueden discutir y compartir con alguien parecido, lo que reduce la ansiedad y los temores a ser anormal o bien diferente (Kimmel Douglas e Irving B. Weiner 1998).

La idealización de la pareja es algo común en la adolescencia. El chico encuentra la novia soñada, síntesis de todas las virtudes y la cual ama tiernamente. La chica ha encontrado al hombre ideal que le profesa un amor caballeroso y casto; los sentimientos están anclados en la fantasía que en la vida cotidiana; es común que las relaciones de pareja terminen en ruptura ante las expectativas que, obviamente, no se cumplen en la realidad (Reymond-Rivier Berthe 1980; Guido Macías-Valadez Tamayo 2000).

Sin embargo, importa más en este tipo de sentimientos el tiempo gastado en fantasear el encuentro, que el hecho mismo. La elaboración fantásica llega a niveles excesivos, y él o la adolescente esta más enamorado de la novela que ha tejido que del individuo a quien el amor esta destinado. Cabe mencionar, que estos sentimientos son un ensayo general para la época del apasionamiento amoroso, de la futura relación de pareja y de las amistades duraderas.

Además, estos sentimientos son la base de la transición a la lealtad, la abnegación y el amor al prójimo; y cuando el adolescente cambie, puede canalizarlos a una pareja, a un amigo, o hacia instituciones humanitarias (Guido Macías-Valadez Tamayo 2000).

Además el amor contribuye también al desarrollo de la personalidad del adolescente. Da el sentimiento de vivir, de una vida nueva, más plena, más intensa. Permite conocerse mejor, darse cuenta de sus potencialidades y también hace que se supere la inseguridad de la adolescencia y mejora las relaciones interpersonales (Lutte Gérard 1991).

1.10.3 Relaciones transicionales

Goethals y Klos (citado en Kimmel Douglas ; Irving B. Weiner 1998 p 367) propusieron un término útil "relaciones transicionales", según estos autores son experiencias necesarias para ayudar al desarrollo el joven desde un punto a otro en los cambios de las relaciones sexuales íntimas.

Generalmente una relación transicional, acaba cuando ha aportado su contribución al desarrollo de ambos miembros de la pareja; si se continúa más allá de este punto, quizá empiece a inhibir el desarrollo.

Muchos adolescentes experimentan varias de estas relaciones transicionales entre el momento en que surgen los sentimientos sexuales y el momento en que se empieza a desarrollar una relación afectiva de apoyo mutuo. Con frecuencia, estas relaciones transicionales proporcionan información sobre uno mismo y por tanto, se centran más en los propios sentimientos o en el afecto de uno mismo, sobre los demás que en la otra persona, reflejando el egocentrismo de la adolescencia.

Erikson sostenía que un individuo no puede llegar a tener auténtica intimidad con otro hasta que alcanza un sentido bastante sólido de su propia identidad. En las relaciones transicionales, especialmente durante la adolescencia pueden servir, para afianzar la identidad del individuo como persona sexual. Sólo más adelante la atención cambia y se centra en comprender la identidad específica de la otra persona, lo que proporciona una oportunidad para la aparición de verdadera intimidad (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998).

1.10.4 Amor romántico

La mayoría de las personas se enamoran por primera vez durante la adolescencia, este tipo de amor es diferente del amor que el niño siente hacia sus padres, del amor cotidiano en un matrimonio duradero, o del amor de un padre hacia un hijo o bien hacia un nieto. Con mucha frecuencia, el amor romántico del adolescente es una especie de "enamoramiento del amor" combinando con la necesidad evolutiva de descubrir la propia identidad desde el interior de una relación íntima que incluye atracción sexual.

El despertar del amor está evidentemente ligado con el instinto sexual el cual acarrea cambios profundos dentro de la vida afectiva y progresivamente de toda la personalidad.

Lo anteriormente mencionado tiene su base en la amistad adolescente, ya que en dicho proceso se desarrolla primero la ternura, disociada aún de este proceso de amor que ahora bien es el instinto y cuya intensificación lleva normalmente al adolescente volverse al otro sexo; el amor se vuelve entonces el gran asunto de la vida, con sus emociones y sus

tormentos, pero sobre todo su romanticismo. Pues casi todos los adolescentes empiezan por soñar en un amor ideal, depurado de todo elemento carnal, un amor que adornan con los colores brillantes de la imaginación y del sueño, a cuya mirada la realidad aparece muy vacía y sin brillo.

Dentro de lo imaginario es donde el adolescente y aún más la mujer de esta etapa van a saciar primero su necesidad de amar y de ser amadas, así pueden entregarse sin peligro a los ardores de la pasión amorosa, compensar, atribuyéndose todas las gracias, todas las seducciones, todas las virtudes del héroe o de la heroína de novela, no se descarta el temor ante esta experiencia que es cubierta por angustia ante los primeros llamamientos de la sexualidad (Reymond-Rivier Berthe 1980)

A lo que H. Deutsch tendió a demostrar que las imaginaciones sentimentales y novelescas, en la mujer adolescente, en las cuales ella se complace mucho más tiempo que el hombre adolescente, esto es necesario para el desarrollo de su vida afectiva y espiritual acerca de su feminidad (Reymond-Rivier Berthe 1980).

En relación con lo mencionado se puede decir, que tanto hombres como mujeres difieren en cuanto a la relación entre el amor y el sexo; es decir, los hombres tienden a separar en mayor medida que las mujeres los deseos y conductas sexuales de los sentimientos y comportamientos sexuales, o sea, éstas tienden a concebir como más vinculadas las relaciones sexuales con las amorosas de lo que lo hacen aquellos. Otra respuesta es que los hombres tienden a desempeñar un rol instrumental, es decir, son las conductas asertivas, directas, físicas, analíticas, centradas en la tarea y las mujeres un rol expresivo en las relaciones amorosas y sexuales entienda este tipo de conducta como afectiva, emocional, verbales, intimidad, centradas en las relaciones personales (Retana et.al. 2005)

El amor pasional (algunas veces llamado "amor obsesivo, capricho, amor enfermizo o enamoramiento") es un poderoso estado emocional definido como: "un estado de ansia intensa por la unión con el otro. El amor apasional es un estado complejo funcional que incluye evaluaciones o apreciaciones, sentimientos subjetivos, expresiones, procesos de patrones fisiológicos, tendencias de acción y comportamientos instrumentales. El amor reciproco (unión con el otro) esta asociado con satisfacción y éxtasis. El amor no correspondido (separación) con vacío, ansiedad y desesperación" (citado en Hatfield Elaine; Richard L. Rapson 2000, p 181).

Según Stenberg propuso un modelo que causo mucho interés; su enfoque se centraba en tres componentes del amor siendo; intimidad, pasión y compromiso; al combinarse estos tres componentes dan como resultado siete diferentes tipos de amor (ver esquema 1 en anexos), es decir, el amor romántico combina la intimidad y la pasión esto es porque el cariño junto con la atracción física o bien otro elemento se tiene que los amantes románticos se sientan arrastrados uno hacia el otro tanto físicamente como emocionalmente. Sin embargo, cabe señalar, que el compromiso no es una parte necesaria del amor romántico.

Hendrick y Hendrick señalaron la distinción entre decir "te quiero", que puede ser "una señal promisorio de que la relación durará" a diferencia de "estoy enamorado", que implica una variedad de reacciones emocionales, tanto positivas como negativas. Sus investigaciones han conducido a la idea de que el amor es una actitud o una serie de creencias que alguien tiene sobre otra persona. Así pues, puede haber diferentes e individuales acerca sobre los estilos de amor (citado en Kimmel Douglas ; Irving B. Weiner 1998 p 370). Además estos mismos autores sugieren que el tipo amoroso predominante durante esta etapa de la adolescencia es el estilo de "manía", dependiente, celoso y con demandas excesivas (citado en Retana et.al. 2005 p 133).

Berscheid, sugirió que el amor erótico es, de hecho, "el aproximadamente el 90% del deseo sexual no satisfecho todavía". En cambio De Rougemont, sostenía que la imagen predominante del amor nos lleva a buscar afectos apasionados que, a su vez satisfechos, siembran las semillas de su propia destrucción; y por otra parte sugería que "estar enamorado no es necesariamente amar". Estar enamorado es un estado; amar, es un acto, por ejemplo el mandamiento "ama a tu prójimo como a ti mismo" dispone que ayudemos activamente al prójimo.

El amor romántico, es especialmente importante en la etapa de la adolescencia, esto debido a que el adolescente se inclina a centrarse en sentimientos personales y a generalizarlos hasta construir un principio universal; así, para un adolescente, los sentimientos del amor reflejan el amor esencial, y el principio abstracto de amar a otro como a uno mismo quedando reducido al sentimiento de la aventura amorosa.

Por otra parte, Maslow definió dos tipos de amor (citado en Kimmel Douglas; Irving B. Weiner, 1998, p371):

♥ **Amor-B** es el generoso, terapéutico y místico, no es posesivo, no disminuye después de haber sido satisfecho, y no resulta viciado a causa de la ansiedad o la hostilidad, porque es un amor hacia la otra persona, y da una autoimagen, autoaceptación, un sentimiento de merecimiento del amor y merecimiento de respeto lo que permite crecer; se basa no solamente en el amor sentimental o romántico sino también en la decisión de amar, lo que conlleva siempre a tener un compromiso de asumir las consecuencias de dicha decisión ya sean buenas o malas.

♥ **Amor-D**, este implica amar al otro para compensar una deficiencia dentro de uno mismo; es un amor egoísta y una necesidad de amor.

El amor romántico puede ser una experiencia intensa y maravillosa, tanto para los hombres como para las mujeres ya que este sentimiento es una fuente importante de satisfacción. El amor crece cuando los amantes están separados y el sentimiento florece en forma de fantasías de lo que uno siente sobre la imagen del amante ausente.

Esto origina expectativas elevadas acerca de lo que la relación amorosa debería implicar, por lo que a menudo conduce al desengaño cuando la relación real incorpora las tareas de la vida cotidiana, que no siempre son tan románticas. Según Sullivan puede incluir celos intensos, los cuales son muy molestos y desagradables (citado en Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998, p 371).

Regan y Berscheid encontraron que la mayoría de la gente joven asume que a pesar de que el amor platónico existe, uno no puede estar enamorado de alguien a menos que se sienta sexualmente atraído por el que se ama. Incluso para la mayoría de la gente joven, estar enamorado significa desear al otro sexualmente (citado en Hatfield Elaine; Richard L. Rapson 2000, p. 182; Reymond-Rivier Berthe 1980).

1.11 La Familia

El papel de la familia en la vida de un individuo ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas como sería el caso particular de la psicología; en la cual se hace notar su papel como agente socializador y la manera en que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento (Villatoro Velásquez Jorge A.; Andrade Palos Patricia; Fleiz baustista Clara; Medina-Mora Icaza María Elena; reyes Lagunas Isabel; Rivera Guevara Edith; 1997).

Por familia se entiende por un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en lo que se considera su hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mutua protección. Ackerman define la familia de la siguiente manera (citado en Dulanto Gutiérrez Enrique 2000 p 239): *".....la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio .Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales. Estos valores fluyen en todas las direcciones dentro de la esfera familiar"*.

En cualquier estudio que se refiera a la familia queda claro que: la familia es el centro primario de la socialización infantil y juvenil. Del modo intrafamiliar puesto en acción por medio del ejemplo de la vida, los consejos y la educación verbal realizados por mediante la interacción entre los padres e hijos, así como las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar, con otros grupos dependerá gran parte del éxito de la misión socializadora de la familia (Dulanto Gutiérrez Enrique 2000).

La familia en sí es una sociedad privada, pero al estar formada por niños, jóvenes y adultos con diferentes características de personalidad y diversos momentos del desarrollo biológicos obliga o debería obligarla a reconocerla como una unidad plural, dado que cada uno de los integrantes o miembros es una persona con características biológicas, psíquicas y espirituales individuales, las cuales tienen un dinamismo existencial particular. Dichas características marcan las interacciones sociales, es decir, "el ser social" de aprender a funcionar en una comunidad, el cómo establecer una relación humana y saber situarse ante los demás, también se llegan a desarrollar actitudes que faciliten resolver problemas existenciales será modelada por la familia; así mismo la familia ayudara a los niños y jóvenes a desarrollar sus capacidades individuales (citados en Lutte Gérard 1991; Dulanto Gutiérrez Enrique 2000).

Soller y Callan (citado en Villatoro et.al 1997; Horrocks, Jonh 2001) hicieron una revisión de la influencia de la vida del adolescente y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa tienden, a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante para su bienestar.

La muerte del padre o de la madre, o de ambos, es un acontecimiento traumático que a menudo provoca cambios dramáticos en la existencia de los adolescentes. Algunos rechazan la muerte, no hablan de ella, no piensan en ella, a veces tienen la impresión de que el padre o madre muerto está de viaje y algún día volverá. Pero los problemas siguen en el inconsciente.

Algunos adolescentes tienen sentimientos de culpabilidad hacia el padre o madre desaparecida(o), a veces presentan resentimiento hacia el superviviente, a quien, en momentos de conflicto, desearían ver muerto en lugar del otro. Habitualmente el adolescente idealiza al desaparecido (a) y cree que su presencia le habría facilitado la existencia, hasta el punto a veces de sentir resentimiento contra el padre ausente como si fuera responsable de no vivir todavía. En otros casos, se considera culpable a Dios y este sentimiento puede provocar o acelerar el paso al ateísmo.

La desaparición de uno de los padres puede provocar una depresión, llevar al adolescente a aislarse, a mantener fantasmas de suicidio, a ser incapaz de aprovechar los momentos de alegría. Otras veces también este acontecimiento incita al adolescente a asumir el papel del padre desaparecido y marca el comienzo de una nueva fase en su vida. Algo semejante se ha podido observar en el adolescente cuando uno de los padres enferma gravemente, ante el divorcio o el abandono de la familia, pueden provocar reacciones parecidas a las que se observan ante el proceso de muerte; el adolescente se siente abandonado, intenta comprender el sentido de esta experiencia, se pregunta cuáles son sus responsabilidades, puede llegar a sentirse culpable (Lutte Gérard 1991).

Ackerman (Dulanto Gutiérrez Enrique 2000), propone que las finalidades humanas son esenciales para las cuales se han establecido para la familia y son:

1. Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y protección ante los peligros externos; funciones que realizan mejor bajo condiciones de unión y cooperación social.
2. Provisión social que es la matriz de los afectos de las relaciones sociales familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad de las fuerzas psíquicas para enfrentar las experiencias nuevas.
4. Moldeamiento de los papeles sexuales, lo cual prepara el camino para la maduración y relación sexual.

Para Erich Fromm, señala a la familia como la oportunidad que brinda a sus integrantes de satisfacer el requerimiento de vinculación, identidad, arraigo (pertenencia), trascendencia y de una estructura (marco de referencia) que vincule y oriente.

Cabe señalar que la familia para los hijos es el núcleo en donde se contemplan los primeros triunfos como fracasos de relación y además encuentran su primer intento de socialización (Dulanto Gutiérrez Enrique 2000).

La familia que planea brindarle a su miembro adolescente el máximo de autonomía e independencia en cuanto es capaz de aceptarlas, actúa de la mejor manera para asegurar la madurez de concepto y suavizar las "dificultades" del periodo de la adolescencia. A un cuando un adolescente en su búsqueda de independencia adopte la apariencia de un adulto, conviene recordar que todavía es un niño, aunque a menudo, será un gran insulto decirlo. Como niño, es importante que para lograr un desarrollo apropiado, tenga un sentido de seguridad, de pertenencia, y de ser querido. Su hogar y sus padres están allí si necesita ayuda; están detrás de él y le ofrecen apoyo, seguridad y protección cuando así lo requiera. Esa es la importante función psicológica del hogar. Pero al brindar ese apoyo, los padres deberán tener cuidado de ofrecerlo con sutileza y oportunidad (Horrocks John E. 2001).

Ahora bien en un hogar rechazante indiferente o en el rechazante activo, el adolescente suele estar ansioso de marcharse a la primera oportunidad y a menudo adoptará medidas extremas en sus esfuerzos por lograrlo, éstas van desde escapar (en especial en el caso de las niñas) para contraer matrimonios prematuros o poco aconsejables basados en la convicción de que casi cualquier hogar será mejor que el que tienen (Horrocks Jonh E. 2001).

Con lo que respecta a la relación familiar, esta suele apoyar y proporciona a los adolescentes una base segura para que puedan explorar posibilidades, sin preocuparse de fracasar en los sucesivos intentos. Además las relaciones familiares están vinculadas en el establecimiento para una formación de identidad, para dicho proceso se consideran los siguientes modelos familiares (Kimmel Douglas; Irving B. Weiner 1998):

- a) Familias autoritarias; los padres recomiendan a sus hijos que no expresen opiniones relativas a su propia conducta y casi nunca les permiten participar en las decisiones sobre lo que deben hacer, familias de este tipo, en las que se alienta al adolescente a que participe en discusiones acerca de su propia conducta, aunque suelen ser los padres los que normalmente toman o aprueban las decisiones finales. Los padres autoritarios, están bien situados para ayudar a su hijo adolescente a progresar hacia el logro de la identidad. Su actitud de apoyo, de aceptación y responsabilidad. Pero, eso si, la dominancia no fomenta la seguridad a la hora de tener en cuenta alternativas. Los hijos llegan a estar acostumbrados a poner entredicho cómo son las cosas y adoptar acciones independientes, sabiendo al mismo tiempo que pueden confiar en sus padres para buscar la ayuda o el consejo cuando lo necesiten.
- b) Familias permisivas; son los padres que relativamente toman pocas decisiones por sus hijos adolescentes y además les conceden casi toda la responsabilidad en el control de su vida. Cabe mencionar que los adolescentes provenientes de este tipo de familia, carecen de una base segura de operaciones que el vínculo familiar puede proporcionar; así como temerosos, inquietos ante la idea de explorar un territorio desconocido. Los padres permisivos sueltan por completo a sus hijos para que ellos sean quienes tomen sus propias decisiones, pero raramente los orientan para elegir bien o mal ante sus errores. Como consecuencia de este tipo de padres el adolescente tiende a rehuir a la consideración de alternativas, así como sintiéndose inseguros sobre lo que han de hacer.

Además para que una familia pueda progresar como grupo y, al mismo tiempo, permita el desarrollo individual de sus componentes es necesario que se mantenga como unidad, con un programa abierto al aprendizaje y al ensayo de mecanismos que le ayuden no solo a crear una homeostasis individual, sino a permanecer en ese equilibrio dentro de la comunidad y a la vez enriquezca y se renueve la experiencia.

A todo lo anterior Chagoya (citado en Dulanto Gutiérrez Enrique 2000) denomina la dinámica familiar como: *“una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, y hacen que ésta, como unidad, funciones bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse de cada miembro de la familia ante los otros producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad, ansiedad o depresión”*.

Como es de esperarse las dinámicas familiares no son las mismas en todas las familias. Así, la de una formada por una pareja con recién nacidos será diferente de aquella que ampara a éstos y a preescolares. Es distinta la constituida tan sólo por niños escolares de aquélla con preadolescentes, o la formada únicamente con adolescentes, cuando inclusive se contempla ya la realización de los primeros matrimonios. Finalmente, serán muy diferentes las dinámicas entre familias con gran número de hijos y aquéllas con pocos niños, y es escasa diferencia de edades entre los hijos.

Desde luego, la dinámica familiar no sólo está matizada por el número de componentes, sino por el nivel cultural y económico al que pertenecen. Así, las familias de obreros y campesinos, que en su larga prole se encuentra desde adolescentes hasta recién nacidos, son entre sí distintos y todavía matizados por regionalismos; más aún, éstas diferirán grandemente de las urbanas, y entre estas últimas existen también variaciones según el estrato al que pertenezcan (Dulanto Gutiérrez Enrique 2000).

Actualmente los grupos familiares tienen un mayor número con hijos con escolaridad superior a la de sus padres (no significa que sean más inteligentes, tengan mayor madurez o “sabiduría” que sus padres). Así mismo, éstos jóvenes cuentan con una mayor determinación que sus progenitores para desarrollarse aun en un medio en el que existen valores alternativos y medios sociales, que pueden ser diferentes a los de su familia, y suelen hacer más caso a los mensajes que proporcionan los medios de comunicación que a los que sus padres puedan ofrecerles.

Durante la etapa de la adolescencia, tiene una gran importancia el método y sentido de la comunicación, ya que estos son los medios que facilitan el encuentro del camino de las expectativas, la responsabilidad, y con ello se proporciona la autentica libertad, pero en ocasiones esta suele ser interrumpida lo que pudiera tener resultados algo desfavorables referentes a la comunicación, es decir, que día con día ésta misma se tornará más breve y de menor calidad entre los padres e hijos aún entre hermanos. Provocando un entorpecimiento y en ocasiones llegando a dañar y aniquila la función familiar (Dulanto Gutiérrez Enrique 2000).

En tanto que se tengan hijos adolescentes la función de los padres será la de continuar siendo padres. No amigos ni profesores. La palabra amigo y profesor significa y obliga a otras funciones. Se puede comprender y entender a los hijos, pero no ser su "amigo" puesto que la distancia que debe existir para realizar la función de padre y madre lo demanda; la función de informar, ayudar a encontrar vocación, promover la instrucción no convierte a los padres en profesores: en obstinados vigilantes del cumplimiento escolar de los hijos o en impositores de conocimientos, teorías y verdades según su sentir y entender (Dulanto Gutiérrez Enrique 2000).

Alvy refiere (citado en Dulanto Gutiérrez Enrique 2000 p 248) cinco funciones fundamentales de los padres de adolescentes, las cuales son semejantes a las propuestas por Ackerman:

1. Proveer recursos básicos para la subsistencia
2. Cuidar el hogar
3. Proteger a los jóvenes
4. Orientar y promover el desarrollo físico y psicosocial de los jóvenes
5. Promover y defender socialmente un espacio para el desarrollo de los jóvenes.

Aunque ambos padres son necesarios idealmente para el adolescente en desarrollo. La opinión tradicional es que la madre ejerce mayor influencia, tal vez debido a la mayor cantidad de tiempo que pasa con el adolescente (citados en Lutte Gérard 1991; Horrocks Jonh E. 2001); es pues con ella con quien surgen más fácilmente los conflictos.

Pero, investigaciones realizadas parecen indicar que la influencia inmediata del padre sobre sus hijos y el efecto de su influencia sobre la conducta y actitudes futuras de éstos son al menos tan grandes como los de la madre, y algunos investigadores informan que la influencia del padre es inclusive más importante (Horrocks Jonh E. 2001). A menudo se percibe al padre como más autoritario y parece más difícil confiarse a él, aunque garantice una mayor seguridad. En algunas ocasiones, es el padre el más disponible para sus hijos, juega con ellos, sigue el curso de sus estudios, se preocupa de su educación y de sus problemas. No es raro que la madre desempeñe el papel de mediadora entre el padre y los adolescentes haciéndose cómplice de su libertad. También se puede llegar a tener la ausencia del padre (Lutte Gérard 1991).

Capítulo 2 Depresión

Como punto de partida es necesario mencionar la contribución de Sigmund Freud acerca de la depresión en su obra "Duelo y Melancolía"; en donde afirma que "la melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y disminución del amor propio o autoestima. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo" (citado en Sigmund Freud, 1981, p 2091 y citado en López 2004 p 55).

También Freud sugirió que la ira de los pacientes deprimidos se dirigía hacia su interior debido a la identificación con el objeto perdido, y que la introyección era la única vía que tenía el "yo" para renunciar al objeto (citado en López Rodríguez Jaime, Marco Antonio López Butrón, Blanca Estela Vargas Terrez y Valerio Villamil Salcedo 2004 p 55).

La melancolía en la Grecia clásica significaba normalmente un desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y depresión, se utilizaba ocasionalmente en el lenguaje popular "para denotar una conducta loca o nerviosa" (citado en Jackson Stanley, 1986, p 16). A su vez, este término venía del griego que posteriormente fue traducido al latín (*melaina cholé*) que significaba como atra bilis y a las lenguas vernáculas como bilis negra. Esta bilis negra también se le conocía como humor melancólico, uno de los cuatro humores de la teoría humoral, se pensaba que era el factor principal de la melancolía.

Posteriormente en el siglo XVI *Melancholie* y comienzos del siglo XVIII *melancholy* ambos términos se hicieron comunes al transformarlos al idioma inglés como equivalentes de melancolía para nombrar a una enfermedad, como para denominar cualquier estado de tristeza, aflicción o desesperación; ya que los términos anteriores se utilizaban para denominar a la propia bilis negra.

Durante los siglos XVII y XVIII el término melancolía parece haberse ido restringiendo gradualmente de nuevo a su significado de enfermedad, mientras que *melancholy* continuó siendo sinónimo de melancolía, a la vez que el término popular de uso extendido y difuso, no diferente al actual del término depresión (Jackson Stanley, 1986).

Ante la melancolía, disminuye el funcionamiento yoico frente a la pérdida de un objeto de amor; puesto los reproches que se hace el Yo corresponden a una realidad al objeto perdido (proyección) que han sido vueltos contra él propio Yo (interiorización) (Rojtenberg Sergio L. 2001). Además el objeto perdido es emocional, más que real (Gabbard Glen O 2006).

Ahora bien, el término depresión derivado del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), y con los significados que vienen de estos términos latinos de empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna, venido a menos, entro en uso en el ingles, durante el siglo XVII se llegaron a dar casos aislados en el que se llegó a utilizar para significar "depresión del espíritu o aflicción" (citado en Jackson Stanley 1986, p 17).

En 1764 Robert Whytt relaciona "depresión mental" con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. A mediados del siglo XIX el término depresión, se le da otro sentido un poco más formal desde el punto de vista médico ya que Wilhelm Griesinger introdujo el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía.

Posteriormente Griesinger, Daniel Hack Tuke en su Diccionario de Medicina Psicológica en 1892, anotaban la expresión *mental depresión* como sinónimo de melancolía y definían la depresión nerviosa como un término que se aplicaba a veces a una inclinación morbosa o melancólica de duración temporal (citado en Jackson Stanley 1986 p 17-18)

Ahora bien los términos melancolía y depresión se han venido refiriendo durante más de dos milenios a toda una serie de diferentes estados de aflicción, además no se consideraba como algo patológico, es decir, no era una enfermedad; en otras ocasiones podía referirse a un temperamento o un tipo de carácter con un determinado tono y una determinada disposición emocional, al igual no se consideraban patológicos.

La experiencia de estar melancólico o deprimido refleja estar desanimado, triste o desesperanzado; estados éstos han llegado afectar a los seres humanos, además no necesariamente es una enfermedad mental o un estado patológico; solo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pudiendo llegar a verse como patológicos e incluso entonces, estos estados afectivos tendrán que ir acompañados de otros síntomas para que sean calificados como tales (Jackson Stanley 1986).

La depresión es una perturbación compleja, es un síndrome, con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afecta al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales (Rojtenberg Sergio L 2001).

Cabe decir, que el término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza el cual está relacionado con una situación displacentera o bien como un estado de ánimo pasajero o estable.

La depresión puede ser desencadenada por diferentes eventos, que pueden ser biológicos, como el que subyace a la depleción de catecolaminas, o bien por algunas enfermedades como el Parkinson o accidentes cerebrovasculares. También la génesis de muchos episodios se encuentra vinculada a eventos estresantes (Rojtenberg Sergio L 2001).

La depresión como enfermedad que pertenece al grupo de los trastornos afectivos, en el que están incluidas desde las más reactivas, psicológicas o neuróticas hasta las más endógenas (www.odontocat.com).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y para el 2020, sino es que no antes, estará ocupando el segundo lugar. Pero la depresión se asocia comórbidamente con trastornos del sueño (Muñoz Ricardo F 2005, Rojtenberg Sergio L, 2001; Ariete Silvano y Jules Bemporad 1990). Así mismo la depresión es uno de los trastornos más comunes y la causa número uno de discapacidad a nivel mundial (citado en Muñoz Ricardo F. 2005).

Se ha calculado que en la población general mexicana del 10 al 25% son mujeres y un 5 al 12% son varones los cuales suelen padecerla alguna vez en su vida pero actualmente su incidencia en la población adulta es del 5-9% en las mujeres y del 2 al 3% son varones (citado en López et.al.2004, p 54).

La depresión se ha enseñado en especial con las mujeres, ya que estas suelen padecerla de 2 a 3 veces más que los varones, además de ser una población más vulnerable en especial durante la adolescencia, también durante el puerperio (hasta después del nacimiento) y la

perimenopausia (López et.al.2004, Rojtenberg Sergio L 2001, Ariete Silvano y Jules Bemporad, 1990). Las razones para que existan estas diferencias podrían ser los factores hormonales, los diferentes factores psicosociales en el caso de las mujeres y por modelos conductuales de indefensión aprendida, en los varones (citado en López et.al. 2004 p 55).

La enfermedad de la depresión ha sido estudiada pero, existe un modelo actual en el cual se ha denominado diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky (Rojtenberg, Sergio L (2001). Depresiones y Antidepresivos. Argentina: Médica Panamericana) este modelo integra factores ambientales, genéticos y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales y las repercusiones a nivel de sistema nervioso central así como el sistema noradrenérgico el cual responde en forma hiperactiva ante el estrés y torna vulnerables a los individuos ante los trastornos de ansiedad y depresión.

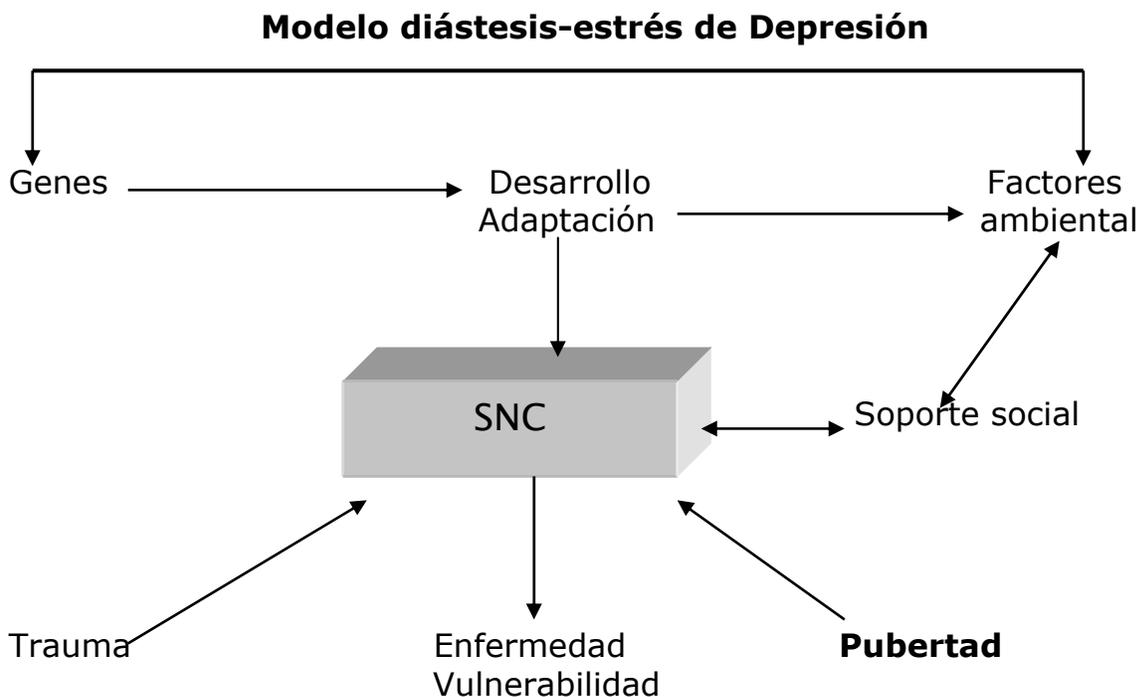


Figura 1. La figura muestra el modelo de diástesis-estrés acerca de la depresión (Tomado de Rojtenberg, Sergio L. (2001)).

2.1 Definición

Etimológicamente, depresión proviene del latín *depressio*: hundimiento; en el cual el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud. La primera descripción la realizó Hipócrates, quien acuñó el término *melancolía* (*mélanos: negra-cholis: bilis*) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad.

Se define depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras; se ven seriamente afectadas, además con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional que pueden durar varias semanas o meses (Rojtenberg Sergio L (2001); Páez X, L;Hernández ;T. Baptista 2003).

2.2 Bases neuroquímicas y neuroanatómicas

Bases neuroquímicas

Existe evidencia que los niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, son neurotransmisores que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión (citado en Guadarrama Leyla, Alfonso Escobar; Limei Zhang 2006).

La serotonina ejerce acción en la conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y en el ciclo sueño-vigilia, también está presente en los organismo unicelulares y en todos los cordados ya que interviene también en procesos de transmisión sináptica (Rojtenberg Sergio L 2001). La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del *rafé*, principalmente en el noveno núcleo del *rafé*, el cual esta localizado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral (citado en Guadarrama et.al. 2006).

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA mueve a otros aminoácidos como son: tirosina (TIR), valina (VAL), leucina (LEU) e isoleucina (L) a través de la barrera hematoencefálica; el triptófano debe de competir con estos y entre otros aminoácidos para el transporte en el cerebro.

Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo.

Se han realizado estudios bioquímicos, en donde se ha demostrado que mediante la dosificación del ácido 5-hidroxiindolacético (HIAA) en el líquido cefalorraquídeo, se demuestra que hay una disminución de este, en especial en pacientes con depresión con alto riesgo de suicidio, esto a causa de una disminución de la actividad del sistema serotoninérgico tanto a nivel presináptico como postsináptico en este tipo de pacientes (Rojtenberg Sergio L. 2001).

Una vez estando dentro del cuerpo celular neuronal se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina como se describe en la figura:

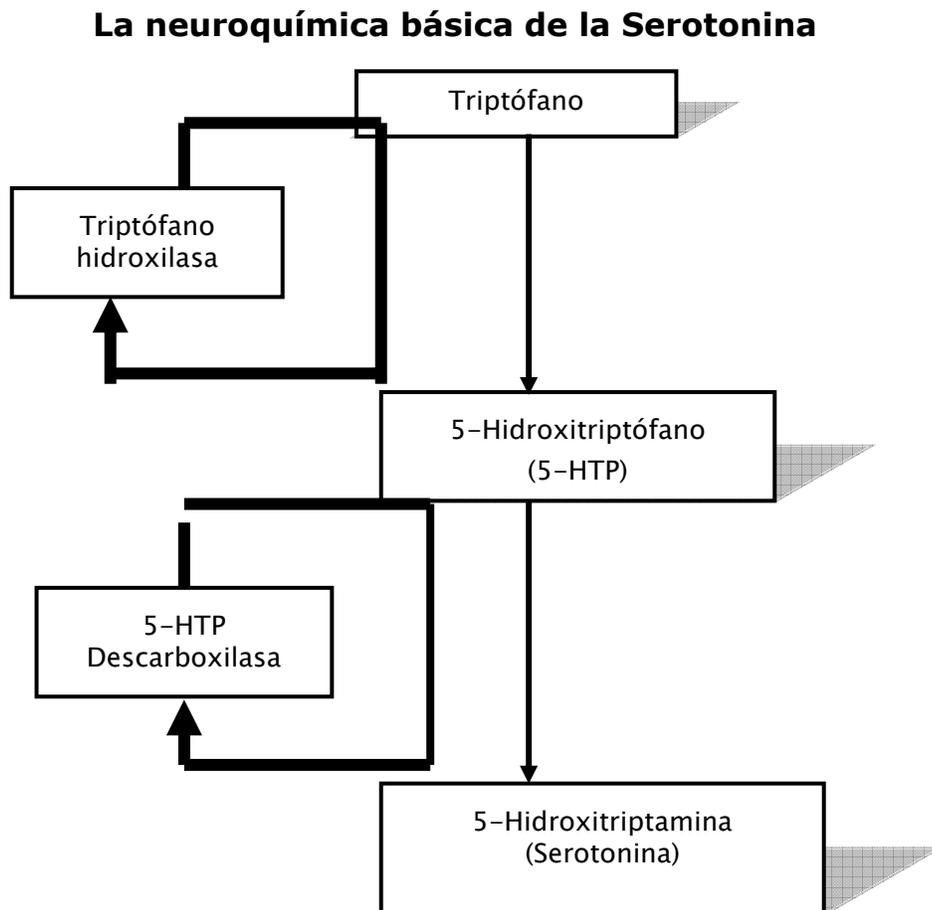


Figura 2. La figura muestra el modelo neuroquímico que sigue el aminoácido de la Serotonina (Tomado de Guadarrama Leyla, Alfonso Escobar, Limei Zhang Leyla (2006)).

Es el *Locus Coeruleus* (LC) que genera noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen a la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El LC forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta en la actividad del sueño-vigilia y en episodios de estrés, en los cuales los niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar al organismo lo necesario para sobrevivir (citado en Guadarrama, 2006).

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar esta actividad entre la noradrenalina y la sinapsis (citado en Guadarrama et.al. 2006).

El aminoácido tirosina es el precursor indispensable para la síntesis de la noradrenalina (NA). La tirosina es primero convertida a DOPA (dihidroxifenilalanina) por la tirosina-hidroxilasa. La DOPA es convertida a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa.

La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la *pars compacta* del *Locus níger*; y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencéfalo; de aquí se origina la vía que existe entre la sustancia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el *nucleus accumbens* del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical) (citado en Guadarrama et.al. 2006). Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisiaria), aunque esta última solamente participa en la síntesis de prolactina.

La dopamina es principalmente un neurotransmisor que actúa como inhibitorio, además participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y por la misma síntesis que la noradrenalina (Guadarrama et.al. 2006).

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias en su conjunto son fundamentales para un buen funcionamiento cerebral.

La siguiente figura ilustra la interacción de los tres neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión (ver figura 3 en anexos).

Es tan importante la interacción de estos neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que ha denominado la "hipótesis de las monoaminas en la depresión", que se ha utilizado para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).

En su forma original esta hipótesis propuso que la depresión era causada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era causada por el exceso funcional de éstas; y que los agentes antidepresivos ejercían su efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica por medio del incremento de los niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas (Guadarrama et.al 2006).

Los trastornos asociados al trastorno del sueño son asociados en los individuos depresivos. La dificultad para conciliar el sueño provocando un escaso efecto reparador del mismo, además si le agregamos los despertares frecuentes esto provoca que se agrave y se complique el cuadro depresivo. Esta problemática se ha llegado a desarrollar una serie de teorías etiopatogénicas que intentan explicar esta relación, como es la hipótesis de la "fase avanzada" en la cual se sugiere que el oscilador circadiano es el que controla el sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR), la temperatura y la secreción del cortisol (citado en Lorenzo J. L., M. J. Barbanoj, 2000); la otra hipótesis, propone que el sueño es regulado por dos procesos: uno es homeostático y el otro es circadiano, en el individuo que esta depresivo el proceso homeostático sería deficiente; y por último la teoría "del equilibrio acetilcolina/monoamina" la cual se basa en la evidencia de que el sueño MOR es potenciado por la actividad colinérgica a través de la formación reticular pontina medial e inhibido por la acción aminérgica (serotonina y noradrenalina). Si bien estas hipótesis y teoría tratan de explicar por si solas todas las interacciones entre la fisiopatología de la depresión y el sueño pero lo que esta claro es la existencia de una interrelación biológica entre ambos (Lorenzo J. L., M. J. Barbanoj, 2000).

Por lo tanto cualquiera que sea la combinación bioquímica que exista los pacientes experimentan la depresión, psicológicamente como una alteración de la autoestima en el contexto de las relaciones interpersonales fallidas (Gabbard Glen O. 2002).

Actualmente con los nuevos avances de la patología psiquiátrica, queda entendido que el ambiente modifica la expresión de los genes y que los genes a su vez modifican las circunstancias ambientales. La depresión tiene un componente genético, es decir, entre más joven sea el individuo que la padece aunado a los acontecimientos vitales adversos, van a ser posible que esa disposición genética se manifieste en un cuadro clínico. Es muy probable que el primer episodio de depresión induzca cambios a nivel neuroquímico, que a su vez implicarían una mayor vulnerabilidad ante los factores estresantes, y una menor capacidad de adaptación y respuesta al estrés. De esta forma, situaciones dolorosas de la vida que antes se superaban, se convierten en un reto insuperable, poniéndose en marcha la sintomatología depresiva (ver figura 4) (Castellanos Barca G; Hidalgo Vicario M.I.; Redondo Romero A. M. 2004).

Susceptibilidad a la depresión en los adolescentes

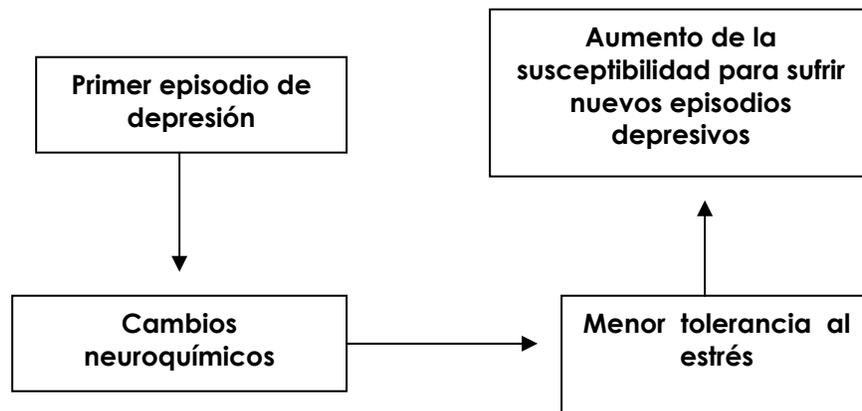


Figura 4. La figura muestra un cuadro depresivo en donde se demuestra que el cambio neuroquímico puede generar otros episodios depresivos (tomado de Castellanos Barca G; Hidalgo Vicario M.I.; Redondo Romero A. M. 2004 p. 400)

2.3 Síntomas posibles

En la adolescencia, se pone de manifiesto la vulnerabilidad específica del sexo femenino a la depresión es probable que se deba a la interacción de los factores genéticos, neuroendocrinos y psicosociales ya que la depresión en las mujeres es multifactorial. Cabe señalar que la depresión durante la adolescencia constituye un ámbito de estudio relativamente nuevo (Greden John F. 2003).

Las frecuentes alteraciones del ánimo que se expresan durante la adolescencia dan cuenta de la dura prueba que debe atravesar la precaria estabilidad narcisista del Yo de los jóvenes (Rojtenberg Sergio L 2001; Greden John F. 2003).

La frecuente identificación que se hace entre depresión y ánimo triste señala una posible característica común de los trastornos depresivos (Hernangómez Criado Laura 2000).

Los pacientes llegan a manifestar:

- a) Irritabilidad (en especial niños y adolescentes), son "incapaces de tener ningún sentimiento".
- b) Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar, es decir, ausencia frecuente de emociones positivas.

De cualquier manera lo más frecuente es ánimo triste y anhedonia que se pueden llegar a dar simultáneamente (Hernangómez Criado Laura 2000 y Greden John F. 2003).

Algunos de los síntomas posibles en una depresión son:

- ↻ Anímicos (alteraciones en el estado de ánimo) como el abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza y en ocasiones irritabilidad, baja autoestima acompañada de autorreproche y culpa (Gabbard Glen O. 2002).
- ↻ Motivacionales (alteraciones en la motivación), Anhedonia (incapacidad de disfrutar), apatía e indiferencia.

↻ Cognitivos (alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento) este aspecto influye en la valoración negativa de uno mismo (baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa) del entorno y del futuro; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones; pensamientos o ideas de autodaño o suicidio, culpabilidad (Hernangómez Criado Laura 2000; Guadarrama et.al. 2006).

↻ Físicos (alteraciones en las funciones biológicas) que pueden ser alteraciones en el sueño y alimentación (Hernangómez, Criado Laura 2000; Guadarrama et.al. 2006), fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y deseo sexual.

↻ Interpersonales (alteraciones en relaciones con los demás) influye en el deterioro de las relaciones con los otros, aislamiento, a veces excesiva dependencia de las personas más próximas.

↻ Conductuales (alteraciones en la conducta externa); es decir, reducción general de la actividad; enlentecimiento generalizado de los movimientos, el habla, los gestos, etc que un extremo puede llegar al mutismo e inactividad casi totales; y en otras ocasiones aparece lo contrario una sensación de "no poder parar".

Se debe tomar en cuenta en no confundir la depresión con las reacciones que normalmente se tienen ante acontecimientos negativos o estresantes, es decir, la tristeza o desánimo que sentimos al perder un ser querido o ante un fracaso académico o laboral no tienen por qué ser una depresión, a no ser que impliquen una intensidad o duración excesiva (Hernangómez Criado Laura 2000; Greden John F 2003).

La ansiedad, que se llega a confundir con la depresión por presentarse frecuentemente a la vez, frente a la sensación de pérdida y la ausencia de emociones positivas habituales en la depresión, la ansiedad y angustia se relacionan con el temor, la preocupación e inseguridad producidos generalmente por el sentimiento de peligro o amenaza.

La depresión no debe confundirse tampoco con otros trastornos en los que el problema fundamental no es el ánimo triste o la incapacidad para disfrutar de las cosas, como los problemas del sueño, de alimentación, sexuales, etc. (Hernangómez Criado Laura 2000).

Retomando la dificultad que se tiene para dar el diagnóstico psicopatológico y sindrómico que se puede ofrecer, acerca de la depresión y la ansiedad, se debe de tomar en cuenta criterios de diagnóstico diferencial tales como se muestra en la siguiente tabla (Ballús C. 1996):

Tabla 1: Diagnóstico diferencial entre Ansiedad y Depresión

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
*Hostilidad-agresividad	*Autoacusación-desamparo
*Nerviosismo-intranquilidad	*Inhibición-vacío
*Llanto que consuela	*Desventura
*Temor con esperanza	*Pesimismo
*Crisis de angustia	*Ideas de muerte-suicidio
*Empeoramiento por las tardes	*Mejoría por las tardes
*Fobias varias	*Disminuyen: peso, apetito y libido
*Antes de los 30 años	*Después de los 30 años
*Insomnio de primeras horas	*Despertar prematuramente
*Proyección de futuro	*Proyección al pasado-deseesperanza
*Mejora con ansiolíticos	*Mejora con antidepresivos

Akiskal y cols. (1984)(citado en Ballus C 1996), establecen un "espectro ansioso-depresivo" según el que pueden agruparse dichos síndromes en cuatro grupos siguientes:

- a) Sujetos con crisis de angustia (pánico) y ausencia de síntomas de depresión
- b) Sujetos con depresión primaria(endógenos) y escasos síntomas de ansiedad
- c) Pacientes con pánico y depresión(primaria)
- d) Episodios asilados de pánico en depresivos

Es más probable que las chicas adolescentes refieran síntomas físicos como cefaleas y tentativas suicidas, aunque dichas tentativas son menos letales, pero sin embargo cuando el adolescente que cursa con depresión y ansiedad este cometerá más intentos suicidas. La negación de la depresión, muy común entre los adolescentes, es más frecuente en los chicos que en las chicas adolescentes.

Los adolescentes deprimidos tienen problemas para congeniar con sus familias y compañeros. Los síntomas neurovegetativos más destacables son el: insomnio y la anorexia aunque no se descarta que en algunos adolescentes deprimidos refieren síntomas atípicos como la hipersomnia y la disminución del apetito; pero los síntomas más comunes son el dolor estomacal, síntomas obsesivos, ansiedad y cefaleas este último síntoma se asocia con mayor frecuencia a trastornos de interiorización como son la depresión y ansiedad esto sucede en las chicas y a trastornos de exteriorización como el trastorno disocial en los chicos (Greden John F .2003).

Por lo tanto las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desórdenes depresivos son:

- Estado de ánimo triste o talante bajo
- Anhedonia (incapacidad para disfrutar o sentir emociones positivas)
- Energía reducida

El papel de los factores físicos o biológicos en la patogénesis de la depresión se ha sospechado desde la antigüedad. Sin embargo, sólo en la mitad tardía del siglo XX la tecnología y la metodología para estudiar estos procesos en los desórdenes del talante (Guadarrama et.al. 2006).

La depresión NO es:

- ✚ Momentos de malestar cotidianos
- ✚ Estados de ánimo triste transitorios con los que reaccionamos ante acontecimientos negativos
- ✚ Épocas de tristeza o "desgana" en las que podemos seguir llevando una vida "normal"

- ✚ Ansiedad (temor, preocupación, inseguridad con síntomas físicos de ahogo, palpitaciones, etc.)
- ✚ Otros trastornos mentales como es el trastorno del sueño por ejemplo el insomnio, el de alimentación ejemplo la anorexia nerviosa, demencias, esquizofrenia, entre otros; en los que el problema fundamental NO es el estado de ánimo o la anhedonia (Hernangómez Criado Laura 2000).

Es importante conocer la clasificación de la depresión sobre un arco en el que ocupan un extremos las depresiones más orgánicas (somatogénesis) y el otro aquellas de mayor determinismo psicológico (psicogénesis), ubicándose sobre si mismo, ahora bien las distintas formas de depresión tanto orgánicas, sintomáticas, esquizoafectiva, bipolar, unipolar, involutivas, neuróticas, por agotamiento y reactivas. Asimismo, atendiendo a las distintas formas de presentación de dichos elementos, por lo general presentes en toda depresión ya mencionados con anterioridad, es de utilidad clínica la consideración de la siguiente figura 5 (Ballús C.1996).

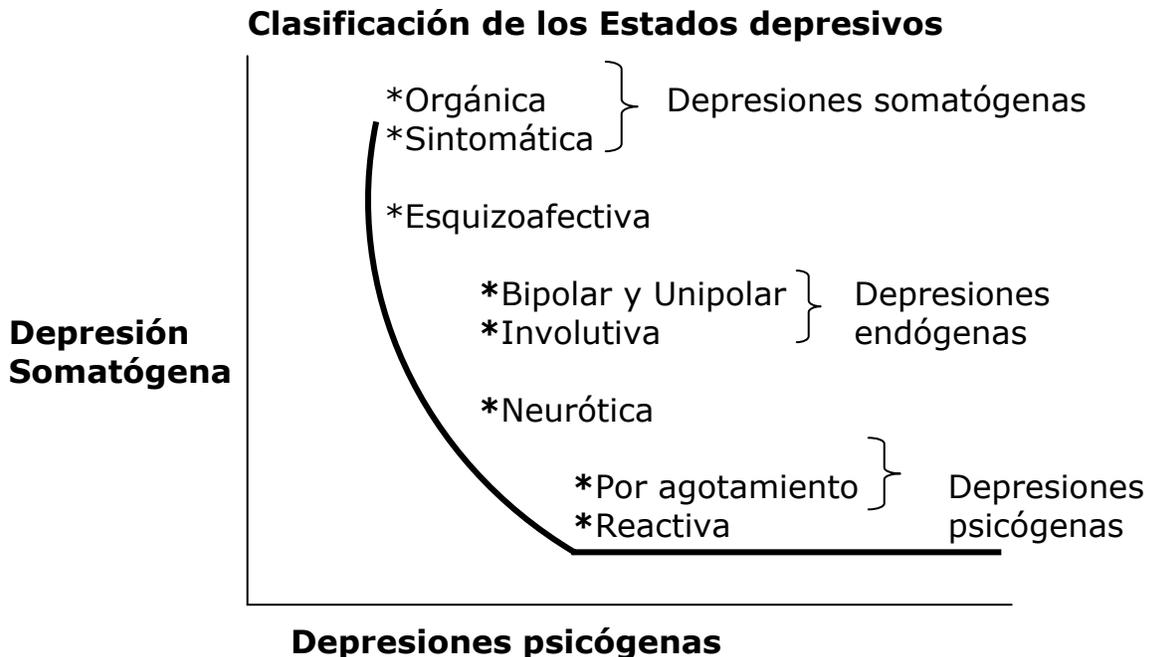


Fig. 5. La figura muestra la clasificación nosológica de los estados depresivos (adaptada por Kielhoz.)(Citada en Ballus C. 1996)

2.3.1 Personalidad depresiva

La relación entre la personalidad y la depresión ha sido un tema que ha interesado a lo largo de toda la historia de la psiquiatría; desde la antigüedad hasta nuestros días se ha descrito un tipo de personalidad o temperamento depresivo. Las denominaciones que esta personalidad ha recibido han sido muy variadas, desde "carácter depresivo" hasta "depresión caracterológica", pasando entre otras, por "temperamento distímico" y "psicopatía depresiva" (Roca Bennasar Miguel 2003).

Durante el siglo XIX Esquirol, afirmaba que las depresiones aparecen en personalidades escrupulosas y ansiosas. Abraham consideraba que la persona que padecía depresión, aun cuando fuera asintomática, tenía una personalidad desajustada. Por su parte Kraepelin (citado en Roca Bennasar Miguel 2003, p 659) sugería que la personalidad premórbida existente en los trastornos afectivos era un estado crónico y subclínico de ellos e identificaba tres tipos de estructura de personalidad distintas, que correspondían a las enfermedades depresivas, maníaca y maniaco depresiva.

En 1921, escribió Esquirol, que el temperamento depresivo se caracterizaba por la tristeza, la pesadumbre, el abatimiento, la desesperación, la seriedad, la tendencia a culparse y a la autocrítica, así como a tener poca autoestima y escasa confianza (citado en Roca Bennasar Miguel 2003, p 659).

Kielholz, destacaba en ellos rasgos como la rigidez y la preocupación excesiva. En las últimas décadas, se han definido tipos de personalidad determinados que se asocian a trastornos afectivos concretos. Así, Winokur (citado en Roca Bennasar Miguel 2003, p 660), describió el trastorno del espectro depresivo, y menciona que en la depresión sería secundaria a trastornos de la personalidad y a una historia familiar de abuso de alcohol y conductas sociopáticas.

Tellenbach (citado en Roca Bennasar Miguel 2003, p 660), consideraba el término "personalidad melancólica", que describía una estructura de personalidad caracterizada por la escrupulosidad, la preocupación excesiva por el orden, la minuciosidad, el perfeccionismo, la responsabilidad, la autoexigencia, la autocrítica, la rigidez, la falta de espontaneidad y la tendencia a culparse.

Dentro de la psiquiatría alemana destacan aportaciones de autores como Kraepelin, Kretschmer y Schneider (citado en Roca, 2003 Bennasar Miguel p 661), el primero propone el nombre de psicosis maniaco depresiva para designar la enfermedad periódica y circular, y considera, que los trastornos con evidencia de alteración del estado de ánimo, cualquiera que sea el efecto predominante (irritabilidad, depresión o manía), son una variante del mismo deterioro básico. Por su parte, Kretschmer denomina personalidad cicloide a un patrón del temperamento que combina cualidades maníacas y depresivas y subdivide los rasgos relevantes de la personalidad en tres grupos:

1. Sería característico de sujetos ciclotímicos e integra características como la sociabilidad, amabilidad y la capacidad de adaptación.
2. Lo integran los sujetos con temperamento hipertímico definidos como alegres, expansivos, vivos y temperamentales.
3. Lo forman los sujetos con carácter hipotímico, es decir, personas introvertidas, tranquilas, serias y amables.

Schneider confiere el término a la personalidad depresiva "psicópatas depresivos", en función de las características que éstos presenten, habría distintos tipos: unos son activos y tienen un gran sentido del deber, otros ven el sufrimiento como un mérito y dedican la mayor parte de su tiempo a cavilar y reflexionar sobre las dificultades de la vida terrenal; y el otro grupo se muestra frío, desconfiado e irritable en las relaciones interpersonales. Pero todos ellos coinciden en tener una visión pesimista de la vida, son inseguros y obsesivos (Roca Bennasar Miguel 2003).

La corriente psicoanalítica de la primera mitad del siglo XX considera que las personas con una estructura de personalidad depresiva son negativistas, pesimistas y serias en la relación consigo y con los demás. Este estilote relación es marcado por pérdidas objetales tempranas o por frustraciones en las que la rabia por el objeto frustrante se reprime y redirige hacia uno mismo (Roca Bennasar Miguel 2003).

Abraham (citado en Roca Bennasar Miguel 2003, p. 668) afirma que la personalidad depresiva es el resultado de dirigir los impulsos agresivos hacia uno mismo. Considera que las personas con esta personalidad se parecían a los neuróticos obsesivos por sus rasgos marcadamente anales, pero se diferencian, de éstos por los elevados niveles de dependencia oral.

Blatt (citado en Roca Bennasar Miguel 2003), identificaba tendencias obsesivo-compulsivas en los depresivos y describía la depresión analítica caracterizada por una fuerte dependencia, miedo al abandono y sentimientos de desesperanza y debilidad, y la depresión introyectiva, en la que los sujetos que la padecían se sentían indignos, antipáticos y culpables.

Kernberg (citado en Roca Bennasar Miguel 2003, p. 673), formula una detallada taxonomía de los trastornos de la personalidad, que incluye la personalidad masoquista-depresiva, caracterizada por la correlación de tres factores, los cuales hacen que las personas con una personalidad depresiva padezcan dicha enfermedad:

1. Un superego severo
2. Dependencia de apoyo y aprobación de los demás
3. Dificultad para expresar la agresión

Además Kernberg defiende que los sujetos con un trastorno depresivo de la personalidad a veces adoptan actitudes contradependientes, esto para evitar los sentimientos de frustración que les causa no ver satisfechas sus necesidades de dependencia. En este sentido, estos individuos se diferencian netamente de los que padecen un trastorno de la personalidad por dependencia.

Los sujetos con un trastorno depresivo de la personalidad, no tienen a exteriorizar los conflictos entrando en un círculo de autoreproches continuos. Estas características no suelen provocar rechazo en su entorno; en cambio, quienes padecen un trastorno autodestructivo de la personalidad sí tienden a exteriorizarlos, agrediendo a los demás y generando rechazo hacia si por parte de su entorno (Roca Bennasar Miguel 2003).

Las tres diferencias principales entre los trastornos depresivos y límite de la personalidad son:

1. Reacciones recurrentes de cólera
2. Carácter inestable de las relaciones interpersonales
3. Marcada impulsividad hacia los demás

El adolescente con patología depresiva se presenta desganado, apático, con disminución de la autoestima, marcada ambivalencia, reproches y autoreproches y pérdidas vividas como una herida narcisista. En general se debe a una pérdida de objeto o una herida narcisista y con conflictos asociados con la vergüenza y la culpa. Se debe de considerar que estas características no siempre aparecen en todos los individuos (Rojtenberg Sergio L.2001). Cierta tipo de personalidad tiende a desarrollar la depresión tales como la personalidad dependiente, la obsesiva compulsiva y la histriónica (citado en López Rodríguez Jaime, Marco Antonio López Butrón, Blanca Estela Vargas Terrez y Valerio Villamil Salcedo, 2004 p 55).

2.4 Algunas causas de la depresión

¿Es básicamente la depresión un trastorno biológico o una respuesta al estrés psicosocial con incapacidad del individuo para afrontarla?

Los factores biológicos están involucrados en la correlación de la depresión, es decir, se refieren a alteraciones de las aminos biogénicas como la serotonina y la noradrenalina que están involucradas en los trastornos del estado de ánimo (citado en López et.al. 2004 p 55).

Ahora bien si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico (Calderón Narváez Guillermo 1999).

Al inicio de la adolescencia, la prevalencia de depresión es superior en las mujeres que en los hombres. Normalmente la proporción mujer-hombre es de 4:1 esto dependiendo de la comunidad que residan los individuos (Greden John F 2003).

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro patológico. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o del segundo influirá en el tipo de depresión que desarrolle el enfermo (Calderón Narváez Guillermo 1999). La opinión generalizada es que ambos conceptos son aceptables, de ser así se deben de considerar dos formas básicas de depresión; exógena y endógena.

- ✧ La depresión exógena o reactiva, obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria, enfermedad invalidante entre otras).

- ✧ La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica como ocurre con la psicosis bipolar (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva) (Guadarrama et.al. 2006). Aparecen al menos cuatro de los siguientes síntomas y durante más de dos semanas: alteración del apetito, del sueño, de la actividad psicomotora, del funcionamiento cognitivo, de la energía física, pérdida de la sensación de placer, sentimientos de culpa e ideación suicida. Pueden aparecer también síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Son frecuentes los antecedentes personales de episodios depresivos similares (50%) o de otras características, así como de ansiedad o angustia. Igualmente es frecuente encontrar antecedentes familiares de depresiones mayores, trastornos bipolares o alcoholismo; y antecedentes biográficos de ambientes familiares caóticos o pérdidas parentales tempranas (www.odontocat.com).

En la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo afectado, dicho valor afectivo, varía de individuo a individuo, es la variable que introduce la diferencia en la respuesta (Guadarrama et.al. 2006).

Por lo que en otras palabras, el estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y éste no pueda separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son contaminantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Guadarrama et.al. 2006). Por lo tanto, se puede inferir que la llamada depresión exógena depende de ambos factores, la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y, por ende, en la función cerebral (citado en Guadarrama et.al. 2006).

Puesto que las diferencias sexuales es la prevalencia de la depresión, aparecen aproximadamente a los 12 años de edad, al inicio de la pubertad, se deduce que estas diferencias están asociadas a cambios biológicos y psicosociales e inclusive al inicio de la menstruación (citado en Greden John F 2003, p 21). Sin embargo, no está claro cómo afectan las hormonas gonadales en la evolución de la depresión en las chicas adolescentes.

Se supone que los estrógenos intervienen en numerosos sistemas de neurotransmisores implicados en la regulación afectiva, tales como la serotonina, la Noradrenalina (NA) y la hormona liberadora de corticotropina y están muy vinculados a los procesos metabólicos de la serotonina y los glucocorticoides que intervienen en el estrés. Estos datos corroboran la idea de que las hormonas gonadales desempeñan un papel etiológico en la depresión al inicio de la adolescencia (Greden John F, 2003).

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- ✘ Factores genéticos
- ✘ Factores químicos; alteraciones de neurotransmisores
- ✘ Factores psicosociales como; experiencias adversas en la infancia: dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.

En la mayoría de los pacientes, los episodios depresivos, surgen de la combinación de factores tales como; ambientales, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica (Calderón Narváez Guillermo 1999; Guadarrama et.al. 2006).

Referente a los aspectos psicosociales se suelen presentar complicaciones las cuales están asociadas a la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, bajo rendimiento académico y posiblemente a embarazos durante la adolescencia (Greden John F 2003).

Cabe mencionar que no todos los adolescentes pasan por dichos episodios tan traumantes descritos con anterioridad. Para ciertos, adolescentes, esta etapa de su vida es una época no solo apacible, sino además muy gratificante. Sin embargo la cultura impone fuertes tensiones al adolescente, debido a las inhibiciones sexuales, las limitaciones de su libertad, la exigencia de triunfos sociales y académicos y la indefinición de su rol en la sociedad, de esto no es raro que el chico o la chica lleguen a sufrir los mencionados trastornos (Ariete Silvano; Jules Bemporad 1990).

2.4.1 Causas Genéticas

Se ha reportado el riesgo de morbilidad en parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) el cual esta incrementándose en todos los estudios que se han realizado, y es independiente de los efectos del ambiente o educación (Guadarrama et.al. 2006; López et.al. 2004). Los estudios con hijos adoptados también han aportado datos que confirman la idea de que existe un componente genético básico para la heredabilidad de la depresión; los estudios con gemelos monocigóticos han demostrado que la concordancia para el trastorno depresivo es del 50% y entre los gemelos dicigóticos es del 10-25% (citado en López et.al 2004 p 55). Marcadores genéticos potenciales (citado en Guadarrama et.al. 2006) para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11,18 y 21.

En un estudio reciente se efectuaron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión.

Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron mas síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Dicho estudio epidemiológico provee la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo (Guadarrama et.al. 2006).

Finalmente, hay datos que indican, al menos aparentemente, que no solo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento (Calderón Narváez Guillermo 1999).

Prescott y cols (citado en Greden John F 2003 p 21-22) estudiaron gemelos del mismo sexo y gemelos de sexo opuesto y observaron que la depresión se hereda de igualmente en los hombres y mujeres, y que los factores de vulnerabilidad genética parecen ser diferentes en ambos sexos. Las hormonas gonadales pueden influir en diferentes maneras que tienen los hombres y las mujeres de reaccionar ante el estrés. Es posible que las chicas adolescentes sean mas susceptibles que los chicos a los conflictos familiares, probablemente por una falta de relaciones estrechas en el seno familiar y un estilo disfuncional de los progenitores.

Además la llegada de la madurez física, la insatisfacción con el peso, y la mayor presión evolutiva relacionada con la sexualidad pueden ser variables que influyen en el inicio de la depresión, en esta etapa del desarrollo (Greden John F 2003).

Investigaciones, realizadas al respecto parecen demostrar que si un enfermo deprimido responde bien al tratamiento con triciclicos, con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), con otros fármacos antidepresivos, junto con psicoterapia (Greden John F 2003) y con sus familiares deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamento (Calderón Narváez Guillermo 1999) y por convención, la depresión leve se ha tratado sólo con psicoterapia (Greden John F 2003)

2.4.2 Causas Psicológicas

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión; los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo; los cuales estos no pueden ser heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia (Calderón Narváez Guillermo 1999; Guadarrama et.al. 2006). Ver tabla 2.

Tabla 2. Causas psicológicas de la depresión

Determinantes: Mala Integración de la Personalidad en la etapa Formativa
Desencadenantes: a) Pérdida de un ser querido b) Pérdida de una situación económica c) Pérdida de poder d) Pérdida de la salud: <ul style="list-style-type: none">▪ Enfermedades con peligro de muerte▪ Enfermedades que originan incapacidad física▪ Enfermedades que determinan alteraciones estéticas▪ Enfermedades que afectan la autoestima(impotencia)

Las causas determinantes, se tiene la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y de que, para entender la neurosis del paciente, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia (citado en Calderón Narváez Guillermo 1999, p. 33).

Porque durante la infancia se presentan algunos trastornos como son; ambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas, las circunstancias especiales que han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, tensiones familiares, incluyendo matrimoniales o sexuales.

En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

Las causas desencadenantes, con frecuencia se encontrarán la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia, que es la fuente más común de los trastornos psiconeuróticos (Calderón Narváez Guillermo 1999).

2.4.3 Melanie Klein

Klein postula dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina "posiciones".

1.- Posición esquizo-paranoide, caracterizada por la peculiar percepción de objetos parciales, en lugar de objetos totales de la realidad. Por ejemplo, durante esta etapa el lactante concibe el pecho como independiente de la madre. Además el "buen" pecho nutricional es percibido como un objeto diferente del pecho "malo" no nutricional. De este modo, el bebé resuelve el problema de la ambivalencia "disociando" el objeto total en objetos parciales buenos y malos que no pertenecen a la misma persona (Ariete Silvano; Jules Bemporad 1990).

2.- Esta etapa la denomino "posición depresiva", y surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando las facultades cognitivas del bebé han madurado lo suficiente como para permitirle empezar a percibir los objetos totales de la realidad que lo circunda. En este periodo el bebé reconoce que tanto el pecho bueno y malo pertenecen a la misma persona, su madre, y debe de entrar en conflicto de que las figuras externas son al mismo tiempo fuentes de placer y displacer (Arieti Silvano; Jules Bemporad 1990).

En este momento el bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos; de ahí que el principal temor que experimenta se denomine ansiedad "depresiva", es decir, el temor del bebé de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar (objetos buenos) (Arieti Silvano; Jules Bemporad 1990).

El bebé puede adoptar diversas actitudes frente a la posición depresiva, es decir, puede mostrarse deprimido o inhibido al temor de que cualquier acción destruya a los objetos buenos (Arieti Silvano; Jules Bemporad 1990).

Klein (1940, citado por Arieti, 1990) intentó correlacionar su enfoque con los síntomas clínicos de la depresión, proponiendo que en la "lucha interior" de los objetos internos, la depresión se experimenta cuando el yo se identifica con los sufrimientos de los objetos buenos, sometidos a los ataques de los objetos malos y del ello. Vincula también los padecimientos del depresivo adulto con la culpa y el remordimiento que en su infancia experimentó debido al conflicto entre el amor y el odio incontrolables hacia sus objetos buenos. El factor que más predispone a la melancolía es la incapacidad del yo del niño de constituir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de "maldad" que no se proyecta en el afuera, sino que queda incorporada a la imagen del sí-mismo (Ariete Silvano; Jules Bemporad 1990).

Melaine Klein contribuyó al estudio de la depresión al poner el acento en el temor a la acción debido a la eventual pérdida de objetos amados, la no incorporación de objetos buenos en los primeros meses de vida y el importante papel de la culpa y la hostilidad, más que una transformación libidinal (Ariete Silvano Jules Bemporad 1990).

2.5 Pérdida del Objeto

En la depresión neurótica el electo "pérdida" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima o ser inminente y amenazadora. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos (citado en Calderón Narváez Guillermo 1999, p. 34).

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que la soportan sin inmutarse (Calderón Narváez Guillermo 1999).

La adolescencia es la etapa de la vida en que el individuo deja de ser niño para ser adulto; sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia pueden originarle un periodo de turbulencia emocional.

El adolescente "normal" suele padecer alteraciones emocionales y ligeros cambios de la personalidad, a menos que, por represión, no haya podido resolver los problemas propios de esta etapa. Cuando esta situación se presenta puede provocar trastornos de la personalidad durante la edad adulta (Calderón Narváez Guillermo 1999).

La pérdida del objeto durante la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le originan depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío. Por fortuna, estos trastornos son transitorios, pues al llegar a la edad adulta el individuo vuelve a establecer relaciones cordiales con las personas que lo rodean, pudiéndose afirmar que la adolescencia es una enfermedad que afortunadamente desaparece con los años.

Pero, existen factores, que influyen en el desarrollo normal del adolescente, originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio. Estos factores son:

- ↳ Ambivalencia en relación con el logro de su independencia y el

- ↳ Inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros

Lograr la propia identidad es una de las metas del adolescente. Al querer probar ante sí mismo y ante el mundo que es un individuo autónomo, el adolescente provoca con frecuencia reacciones antisociales, autodestructivas y extravagantes; y cuando intenta demostrarse que es "su propio jefe", el adolescente entra en conflicto con sus progenitores o con las autoridades de la comunidad. Las discusiones en casa, la vagancia, la tenencia a consumir alcohol u otra droga, y el fracaso en las labores escolares son ejemplos claros de este proceder (Calderón Narváez Guillermo 1999).

Existen algunos datos en donde indican que el suceso más implicado en el desarrollo posterior de la depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los once años de edad y que el factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de esta condición es la pérdida de la pareja (citado en López et.al. 2004 p 55).

2.6 Cuadro clínico

La depresión se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y el sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo. Al vivir de esta manera, el tiempo se torna interminable; es una oscura y angustiosa pesadilla de la que se quiere despertar. Esta frase ya empieza a significar la dimensión temporal del padecer psíquico, los trastornos del sueño y las fantasías de suicidas (Rojtenberg Sergio L. 2001).

a) Formas de inicio

Un síntoma cardinal del comienzo son las perturbaciones del dormir, es decir, el insomnio de conciliación así como el despertar temprano.

Además el individuo percibe una progresiva tendencia a la reclusión y al encierro, sin ganas de salir y refiere dificultades cada vez mayores y progresivas para experimentar placer; cabe mencionar que se siente abatido, no sabe por qué se siente de esa manera, no encuentra razón o cual es la causa que desencadene su estado o éste no guarda relación con la intensidad del cuadro.

También se acompaña con pérdida del apetito, generalmente hiporexia o anorexia así como dificultades en las relaciones sexuales (disminución del deseo, disfunción eréctil en el varón o hiporgasmia o anorgasmia en las mujeres), se van haciéndose manifiestas. En cuanto a su irritabilidad, fastidio y las vivencias paranoides como la hipocondríaca estarían relacionadas con la proyección del malestar "mental" en el medio social en el cuerpo, respectivamente (Rojtenberg Sergio L. 2001; www.odontocat.com)

b) Presentación

Rostro; se denota una marcada hipomimia y pobreza gestual, presenta el ceño fruncido, con una característica en forma de "omega" en la frente; en la depresión melancólica. El rictus facial con las comisuras labiales apuntando hacia abajo, e inclusive el brillo de los ojos aparece disminuido. Puede que exprese llanto, más si hay ansiedad, pero, en la forma inhibida las lágrimas afloran sin llanto evidente, como por rebalsamiento.

Postura y Presencia; de los individuos es negligente, indiferente, evidenciando y refiriendo desgano y falta de iniciativa; la mirada orientada hacia abajo; ensimismamiento; los hombros caídos; la espalda encorvada, el desaliño, que puede ir desde un relativo desaseo hasta un estado de total abandono.

Discurso; es lento y forzado, como si se arrastrase con sus palabras; desvitalizado y egocéntrico, con prevalecía de tonos graves; las frases son cortas y con intervalos prolongados entre ellas así como monotonía en la voz (Rojtenberg Sergio L. 2001).

Conducta; los movimientos están retardados (actividad psicomotora) y por ellos parecen torpes, quejas de que no puede hacer nada esto a causa de la inhibición y también de no poder disfrutar nada. Entonces al no poder disfrutar de las buenas experiencias y sentir, por su particular estado afectivo amplificado a lo displacentero, insatisfacción así como la sensación de que no hay salida y el desamparo se van incrementándose.

E inclusive la familia puede mal interpretar la inhibición como vagancia o falta de voluntad, y hacer al paciente objeto de acusaciones y reproches o decirle que debe poner voluntad, con lo cual su autoestima se deteriora más.

Pensamiento; también está retardado, con un contenido ideatorio prevalente, según el caso, de disminución de la autoestima, auto reproches o ideas de ruina. Además los procesos de atención y memoria (procesos cognoscitivos) se denotan disminuidos salvo cuando se habla de su padecer (Rojtenberg Sergio L. 2001). El adolescente vive en un mundo del todo o nada; da hechos triviales una trascendencia desmedida y reacciona de manera dramática y terminante, todo tiene para él un matiz de irrevocabilidad y a veces de desesperación (Ariete Silvano; Jules Bemporad, 1990)

Expresiones somáticas de la depresión; son habitualmente las cefaleas y algias epigástricas con perturbaciones en el funcionamiento del aparato digestivo (Rojtenberg Sergio L 2001).

2.7 Psicoterapia para adolescentes

La terapia psicoanalítica, propiamente dicha, puede tener sus indicaciones en ciertos casos en los que se sospechen o se haya evidenciado, una problemática profunda capaz de expresarse, entre otras vías, a través de alteraciones del "estado de ánimo" (Ballús, 1996).

En los últimos años se ha discutido el papel de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, y se ha propuesto como primera línea de tratamiento y como parte de un tratamiento integral (citado en López et.al. 2004 p 55).

Debido a los cambios de transición, búsqueda de su identidad, personalidad, revisión de sus experiencias, pasiones y los desengaños; son algunos de los factores que los adolescentes encuentran difícil en esta etapa, porque, además se asocian y se pueden desarrollar problemas emocionales que se pueden manifestar en su conducta escolar, con los amigos, o bien estando con su familia o e inclusive con su comunidad a la que él pertenece. Estos problemas y conflictos con el medio exterior, muchas veces reflejan situaciones internas relacionadas con los sentimientos que emergen en esta etapa, así como sus deseos, cada vez mayores de independencia.

Por lo anterior los adolescentes que llegan a manifestar una mayor conflictiva emocional, requieren de una valoración para definir la extensión del problema y la posible necesidad de una psicoterapia; esto

hace que los adolescentes necesiten de un terapeuta que les ayude a ordenar sus vidas invadidas, por esta forma tan normal y a la vez incomprensible que es la adolescencia; esto con la finalidad de promover el crecimiento psicológico del individuo (Szydlo David; Cecilia Beristáin, 2005).

No se debe de olvidar que los adolescentes, aunque quisieran creer lo contrario, todavía dependen de sus padres de muchas maneras, como afectivamente y económicamente, entre otras. Esto hace evidente el por qué los padres juegan un papel primordial en el tratamiento psicoterapéutico de sus hijos.

El apoyo de los progenitores al hijo adolescente se inicia desde la aceptación de que existe un problema y la decisión de acudir al especialista.

Al evaluar el psicólogo el problema con el adolescente, tenderá a considerar los factores importantes, es decir, la posibilidad de problemas médicos, estabilidad familiar, las relaciones interpersonales y la personalidad del paciente incluyendo su mundo interno (Szydlo David; Cecilia Beristáin, 2005).

2.8 Medición de la Depresión

Existen métodos para evaluar la depresión, uno de ellos es la entrevista y otro es la auto-aplicación de pruebas. Obviamente, el clínico utiliza y combina los métodos e instrumentos de acuerdo con las condiciones del caso y los propósitos de la evaluación, como por ejemplo la Escala de Hamilton (aplicada en una entrevista) y el Inventario de Beck (auto aplicado) estos con la finalidad para una ayuda diagnóstica de los síntomas depresivos.

Sin embargo, la primera escala de depresión de la que se tiene noticia fue la descrita por Kempft en 1915 y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (personal Data Sheet).

Actualmente se cuenta con una numerosa variedad de escalas para medir la depresión; sin embargo la mayoría son extranjeras, siendo por ello poco útiles en nuestro país, ya que no todas cuentan con una adaptación para la población mexicana (Reyes Ramírez Vanesa; Rodríguez Canales Gabriela 2005)

Algunas escalas que han sido utilizadas son:

- Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones Neuróticas. Klerman (1979)
- Escala de Autovaloración de Zerssen, para la detección de la depresión post parto.
- Inventario de Depresión de Aaron T. Beck (IDB) en 1978.
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
- Children 's Depression Scale
- Children Depressive Rating Scale-Revised (CDRS-R) (Escala de puntuación de la depresión en la infancia-revisada) (citado en Reyes y Rodríguez, 2005). Inspirada en la escala de depresión del adulto de Hamilton. Consta de 17 ítems, 14 precisados sobre el discurso del niño, 3 referidos al plano no verbal.
Cada ítem se puntúa de 1 a 7; significando 1 un comportamiento normal, 3 una patología leve y 5 o más una psicopatología severa. Algunos ítems como los referidos a sueño, alimentación y los aspectos verbales puntúan de 1 a 5. Una puntuación final de 40 a 60 caracteriza un estado depresivo moderado o ligero; superior a 60 estima un estado depresivo severo.
- CODE-DD (Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders).
- Crandell Cognitions Inventory
- Depression Adjective Check List (DACL)
- Geriatric Depression Scale
- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
- Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)

- Mini-mental State Examination
- MMPI D Scale
- Self-rating Depression Scale (SDS), Zung, 1969
- SCL-90
- Children Depression Inventory (CDI) (cuestionario para depresión para niños) (citado en Reyes y Rodríguez, 2005). Es una adaptación del cuestionario de Beck de la depresión (BDI). Consta de 27 ítems, a cada uno de los cuales corresponden tres frases, numeradas de 0 a 2. El niño debe de escoger la que mejor se adecue a su estado afectivo en los últimos días. Se aplica a niños y adolescentes de 7 a 17 años.
- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (Cuestionario Infantil para los trastornos afectivos y la esquizofrenia)
- Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA) (Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes).
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria de la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastorno. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez.
- Escala de Montgomery-Åsberg (MADRS) para Depresión (es una prueba que tiene validez y confiabilidad en México). Esta compuesta por sólo 10 rubros y cada uno se califica en un rango de 7 puntos. Se basa, en parte, en los síntomas reportados por el paciente (lo que facilita el uso, además de que sus autores tomaron la precaución de demostrar que sus rubros individuales eran sensibles al cambio de severidad del trastorno depresivo). La calificación debe de basarse en una entrevista clínica. El evaluador debe de

decidir si la calificación se ubica en pasos definidos de la escala (0, 2, 4, 6) o entre ellos (1, 3, 5). Puede ser utilizada para cualquier intervalo de tiempo entre las calificaciones, ya sea semanal (citado en Guía Diagnóstica y Terapéutica p 6 y 7).

- ☐ Escala de Carroll, este es un cuestionario autoaplicable muy sencillo de contestar por el propio sujeto ya que las alternativas de respuestas se limitan a señalar la presencia o la ausencia del síntoma. La escala fue desarrollada en Inglaterra en 1981 y desde entonces su uso se ha extendido a numerosos países. Por escrito se le pide al paciente que marque en las columnas de la derecha "SI" o "NO" de acuerdo al estado de ánimo que haya prevalecido en la última semana (citado en Guía Diagnóstica y Terapéutica p 13).

Los instrumentos que no aparecen con su cita, es debido a que no se tiene acceso a la fuente original.

2.8.1 Inventario de Depresión de Aaron T. Beck

De acuerdo con lo investigado por Méndez (1995) a principios de los años 60`s Aaron T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania (citado en Reyes y Rodríguez, 2005).

El instrumento fue diseñado para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos, adolescentes y adultos, no para comprobar ninguna teoría de la depresión; sin embargo, tomando las debidas precauciones puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en personas "normales".

En 1978, Beck publicó la versión revisada, en la cual uno de los cambios viene a ser el que ya puede ser un instrumento autoaplicable, ya que trae las instrucciones perfectamente claras al principio del inventario, por lo que no es necesario que el aplicador esté con el entrevistado. No obstante, es de suma importancia el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas calificadas para hacerlo.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta; se debe tomar mucho cuidado con el reactivo No 19, que se refiere a la pérdida de peso, ya que si la persona indica que si esta tratando de bajar de peso, su valor será de "0" (citado en Reyes y Rodríguez, 2005).

Beck (1967) identificó cuatro clases de síntomas, indicando también que cada síntoma puede tener distintos grados de intensidad, y los más leves son sin duda similares a los observados en personas normales que se sienten tristes.

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas, el rango de depresión es:

PUNTUACIONES	RANGO
De 0 a 9	Depresión Mínima
De 10 a 16	Depresión Leve
De 17 a 29	Depresión Moderada
De 30 a 63	Depresión Severa

Las puntuaciones mayores a 15 puntos ya deben ser tratadas como depresivas.

Las actitudes y síntomas valuados en la Escala por reactivos son:

1. Estado de ánimo
2. Pesimismo
3. Sentimiento de fracaso
4. Insatisfacción personal
5. Culpa
6. castigo
7. Auto-disgusto
8. Auto-acusación
9. Ideas suicidas
10. Llanto
11. Irritabilidad
12. Desinterés social
13. Indecisión
14. Cambio en la imagen corporal
15. Dificultad laboral
16. Insomnio
17. Fatiga

18. Pérdida del apetito
19. Pérdida de peso
20. Preocupación somática
21. Pérdida de la libido

Los primeros 14 apartados, se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos, que pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

Los síntomas que se reconocen entonces son:

- ❑ **Síntomas afectivos:** Ánimo abatido, auto-desagrado, insatisfacción, indiferencia afectiva, accesos de llanto y pérdida del sentido del humor.
- ❑ **Síntomas motivacionales:** Pérdida de las motivaciones, deseos de evasión, escape y aislamiento y pensamientos suicidas.
- ❑ **Síntomas cognoscitivos:** Baja valoración de si mismo, pesimismo, autoacusación y autocrítica, indecisión y autoimagen distorsionada.
- ❑ **Síntomas físicos y neurovegetativos:** Pérdida del apetito, trastornos del sueño, pérdida de la libido y fatiga (citado en Reyes y Rodríguez, 2005).

En el trabajo de Santamaría (2005; citado en Reyes y Rodríguez, 2005), se establece una clasificación de acuerdo a la intensidad de los síntomas.

Síntomas Afectivos:

Ánimo abatido

- a) **Leve:** El paciente informa que se siente abatido o triste, sentimientos que fluctúa en el transcurso del día.
- b) **Moderada:** La disforia tiende a ser más pronunciada y persistente y varía en el transcurso del día, a menudo es peor durante la mañana y tiende a disminuir a medida que avanza el día.
- c) **Severa:** El paciente suele decir que se siente sin esperanza o desdichado algo que no puede soportar.

Auto-desagrado

- a) **Leve:** El paciente declara que se siente decepcionado de si mismo
- b) **Moderada:** El sentimiento de autodesagrado es más intenso y puede transformarse en disgusto consigo mismo.
- c) **Severa:** El sentimiento puede progresar hasta el punto de que el paciente se odie a si mismo.

Insatisfacción: Este sentimiento es tan penetrante en los pacientes deprimidos que muchos de ellos lo consideran la manifestación principal de su enfermedad.

- a) **Leve:** El paciente se queja de que ha perdido algo de la alegría de vivir. Es característico que las actividades que implican responsabilidad le satisfacen menos que antes.
- b) **Moderada:** El paciente se siente aburrido gran parte del tiempo
- c) **Severa:** El paciente no encuentra ningún placer en actividades que antes le agradaban, e incluso puede llegar a sentir aversión por ellas.

Accesos de llanto: Son frecuentes en los pacientes con depresión.

- a) **Leve:** Aumenta la tendencia a sollozar o llorar. Los estímulos que antes no causaban llanto pueden hacerlo ahora.
- b) **Moderada:** Durante la entrevista con el psicólogo, el paciente puede llorar al mencionar sus problemas, aunque se trate de un hombre que no ha llorado en su niñez.
- c) **Severa:** El paciente que antes lloraba con facilidad, puede encontrar que ahora ya no puede llorar aunque lo desee hacerlo. Puede sollozar pero no tiene lágrimas.

Pérdida del sentido del humor: Es frecuente que los pacientes con depresión informen que han perdido el sentido del humor, siendo el problema que el paciente no responde al humorismo de manera habitual.

- a) **Leve:** Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no los satisface como antes. Es normal que éstos ya no les causen gracia y ya no son tolerantes a las bromas de sus amigos.
- b) **Moderada:** El paciente ya no es capaz de ver el lado gracioso de las cosas y tiende a tomar todo muy en serio.
- c) **Severa:** El paciente no responde de ninguna forma a las bromas de otras personas, tendiendo a reaccionar agresiva y hostilmente, sintiéndose lastimado o disgustado.

Síntomas Motivacionales

Pérdida de motivación: Es una de las características sobresalientes de la depresión. Al paciente puede parecerle difícil ponerse en movimiento para realizar incluso las tareas más elementales e importantes como comer, evacuar o tomar de medicamentos para aliviar las molestias. La base del problema parece ser que, aunque el paciente sabe que debe hacer las cosas, no siente ningún estímulo para hacerlo.

- a) Leve: El paciente descubre que ya no tiene el deseo espontáneo de realizar determinadas actividades, especialmente las que no le proporcionan ninguna satisfacción inmediata.
- b) Moderada: La pérdida de deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales del paciente.
- c) Severa: Es frecuente una completa parálisis de la voluntad. El paciente no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida.

Deseos de evasión, escape y aislamiento: Es el deseo de escapar de la rutina de las actividades cotidianas. El individuo con depresión considera sus deberes como aburridos, sin sentido o pesados y desea escapar hacia una actividad que le ofrezca tranquilidad y refugio.

- a) Leve: El paciente experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes.
- b) Moderada: Los deseos de evasión son más intensos extendiéndose a una gama mucho más amplia de las actividades cotidianas del paciente.
- c) Severa: el deseo de evasión o escape se manifiesta por un marcado retraimiento, siendo una forma de escape común el suicidio.

Pensamientos suicidas: Puede ser experimentado como un deseo pasivo, como un deseo activo, como un deseo repetitivo o como una fantasía.

- a) Leve: A menudo estos pacientes toman una forma pasiva. Aunque el paciente asegure que no haría nada para acelerar su muerte, puede encontrar atractiva la idea de morir.
- b) Moderada: Los deseos suicidas son más directos y frecuentes. Existe un riesgo definido que el paciente intente suicidarse, ya sea de una manera pasiva o premeditada.
- c) Severa: Los deseos de suicidio son más intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse.

Síntomas Cognoscitivos

Baja valoración de sí mismo: La autodevaluación forma parte del patrón que sigue el paciente deprimido para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, fuerza, atractivo personal, popularidad o fortuna.

- a) Leve: El paciente reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o como defecto propio.
- b) Moderada: La mayoría de los pensamientos del paciente gira alrededor de su sensación de deficiencia, sólo ve fracasos en su pasado y presente. Exagera el grado de importancia de cualquier error, el paciente religioso tiende también a cavilar sobre sus pecados.
- c) Severa: Las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo. Se considera a sí mismo inservible, inepto y un completo fracaso, afirmando que es una carga para su familia.

Pesimismo: Los sentimientos de desesperanza antes mencionados están estrechamente relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro.

- a) Leve: El paciente tiende a esperar un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas.
- b) Moderada: Considera que su futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar.
- c) Severa: Ve el futuro sombrío y sin esperanza, creyendo que ninguno de sus problemas tiene solución.

Autoacusación y Autocrítica: Estas parecen estar relacionadas con su concepto egocéntrico de la causalidad y su tendencia a criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias.

- a) Leve: El paciente tiende a culparse a sí mismo cuando no llega a satisfacer plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas.
- b) Moderada: El paciente tiende a autocriticarse severamente por cualquier aspecto de su personalidad o de su conducta que considere inferior a lo normal.
- c) Severa: El paciente es aún más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas. Se ve así mismo como un criminal, e interpreta diversos hechos externos como signos de reprobación pública.

Indecisión: La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que suelen ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente. Incluso para él mismo. Presenta dos facetas: el paciente teme que va a tomar la decisión equivocada, le falta motivación suficiente para realizar todas las operaciones mentales requeridas para llegar a una conclusión. Las decisiones cotidianas se convierten en verdaderos problemas para ellos.

- a) **Leve:** Un paciente que normalmente podía tomar decisiones inmediatas, nota que las decisiones no las toma tan fácilmente como antes.
- b) **Moderada:** La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas muy triviales, como qué ropa ponerse, qué camino seguir hasta la casa u oficina, etc.
- c) **Severa:** Generalmente los pacientes deprimidos creen que son incapaces para tomar una decisión y por lo mismo ni siquiera lo intentan.

Autoimagen distorsionada: A menudo el paciente deprimido tiene una imagen distorsionada de su aspecto físico, en especial las mujeres.

- a) **Leve:** El paciente empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico.
- b) **Moderada:** Aumenta la preocupación por el aspecto físico. El paciente cree que su aspecto ha sufrido un cambio desde que empezó la depresión, aunque no tenga una prueba objetiva de esta idea.
- c) **Severa:** La idea de la falta de atractivo personal se hace más fija. El paciente cree que su aspecto es repulsivo.

Síntomas Físicos y Neurovegetativos

Pérdida del apetito: En muchos casos es el primer signo de una depresión incipiente, y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión empieza a ceder.

- a) **Leve:** El paciente puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes. También es algo menor su deseo de comer.
- b) **Moderada:** El deseo de comer puede faltar casi por completo, y el paciente puede omitir una comida casi sin darse cuenta.
- c) **Severa:** El paciente puede tener que obligarse, o ser obligado a comer llegando tal vez a sentir aversión por la comida. Después de varias semanas de depresión inmensa, la pérdida del peso corporal puede ser considerable.

Trastornos del sueño: La dificultad para dormir puede ser uno de los síntomas más notables de la depresión, aunque también se presenta como una gran proporción de enfermos no deprimidos. Puede presentarse tanto insomnio como hipersomnio, siendo mucho más frecuente el primero.

- a) **Leve:** El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a una media hora antes de lo habitual.
- b) **Moderada:** El paciente se despierta una o dos horas antes de lo habitual, informando con frecuencia que su sueño no es reparador.
- c) **Severa:** Con frecuencia el paciente se despierta después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volver a dormir. En algunos casos los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche "pensando".

Pérdida de la libido: Se presenta alguna disminución del interés por el sexo.

- a) **Leve:** Hay generalmente una disminución del deseo sexual espontáneo y de la respuesta a estímulos sexuales. Sin embargo en algunos casos de depresión leve el deseo sexual parece estar aumentado.
- b) **Moderada:** El deseo sexual está marcadamente disminuido y sólo responde a estímulos externos
- c) **Severa:** Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión por el sexo, llegando incluso a no tener respuesta alguna.

Fatiga: Se presenta un aumento en el cansancio. Está tiende a presentar variabilidad en el transcurso de día, paralela al abatimiento del estado de ánimo y a la actitud pesimista. Se puede acompañar de retardo psicomotor.

- a) **Leve:** El paciente nota que ahora se cansa más fácilmente que antes.
- b) **Moderada:** Generalmente el paciente se siente cansado desde que despierta y casi cualquier actividad parece acentuar su cansancio. El reposo, la tranquilidad y las distracciones no parecen aliviar esa sensación y de hecho pueden agravarla.
- c) **Severa:** El paciente se queja de estar demasiado cansado para hacer algo.

Además citando a Reyes y Rodríguez (2005), dicen que Beck también menciona que existen delirios que acompañan a la depresión y que estos pueden ser de varios tipos: delirio de insignificancia, delirios somáticos, delirios de pobreza y delirio de haber cometido un pecado imperdonable y de estar esperando o recibiendo algún castigo.

El instrumento esta diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria.

Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación, aire y sin distractores.

Su duración no debe pasar de 15 minutos, la aplicación también puede ser oral.

Capítulo 3

Proceso Metodológico

3.1 Planteamiento del Problema

Los adolescentes se sienten tristes o desanimados frecuentemente; en algunos de ellos estos sentimientos no se van y la vida se vuelve incompresible. Los adolescentes pueden no darse cuenta que tienen síntomas de una probable depresión que es tratable.

En el Hospital Juárez de México, S. S.A. se determinaron los niveles de la depresión en una población de adolescentes, así mismo se trató de validar una prueba psicológica (Inventario De Beck modificado (IDBM)) para este tipo de población.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Conocer los niveles de depresión en adolescentes hospitalizados (servicio de urgencias pediatría, servicio de pediatría y servicio de gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; en un periodo comprendido del 2 de Junio al 11 de Agosto del 2006.

3.2.2 Objetivo específico

Determinar, evaluar y adaptar (desde un punto de vista conceptual ya que muchos conceptos que se manejaron en la prueba se trabajaron con sinónimos para una mayor comprensión de la prueba y para el nivel educativo de los participantes), una prueba psicológica (IDBM) para medir niveles de depresión en una población de adolescentes que comprende las edades de 13 a 18 años de edad.

3.3 Hipótesis

Hipótesis verdadera (H_1)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. Por lo que existen diferencias en los niveles de depresión en los diferentes grupos por género.

Hipótesis nula (H₂)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. Por lo que no existen diferencias en los niveles de depresión en los diferentes grupos por género.

Hipótesis verdadera (H₃)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. De acuerdo con el nivel de escolaridad de los padres existen diferencias en la depresión del adolescente.

Hipótesis verdadera (H₄)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. De acuerdo con el nivel de escolaridad de los padres no existen diferencias en la depresión del adolescente.

Hipótesis verdadera (H₅)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. Entonces, existen diferencias en la depresión dependiendo el número que ocupe dentro de los hermanos.

Hipótesis verdadera (H₆)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. Entonces, no existen diferencias en la depresión dependiendo el número que ocupe dentro de los hermanos.

Hipótesis verdadera (H₇)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. Por lo que existe depresión dependiendo del número que ocupa (número de hijo) la persona que participo en el trabajo.

Hipótesis verdadera (H₈)

Se ha reportado que la depresión en los adolescentes de sexo femenino es más común comparada con el de los varones. Entonces las diferencias en los niveles de depresión de las adolescentes hospitalizadas (servicio de urgencias pediatría, Pediatría y Gineco-obstetricia) y de consulta externa del servicio de psicología; estarán incrementados, comparados con el grupo de los varones. Por lo que no existe depresión dependiendo del número que ocupa (número de hijo) la persona que participo en el trabajo.

3.4 Justificación

La depresión se describe como estados de ánimo de tristeza o melancolía acompañados de pérdida de interés por las cosas en general. Comprende desde las actividades laborales y académicas hasta las lúdicas y cotidianas, es decir, todas las actividades que configuran la vida diaria (Del Barrio, 2004).

En México el INEGI reportó que en el 2001 se suicidaron 3,089 jóvenes entre 15 y 29 años de edad. Aunque la Secretaria de Salud informó que el índice de suicidios se incremento en un 60% en la población de adolescentes en los últimos 10 años. Cabe mencionar que el suicidio puede prevenirse si hay signos claros de identificación temprana de depresión que consta de tres fases: 1a.- depresión, 2ª.- ideación, 3ª.- intento.

Todos acompañados de importantes cambios en patrones de conducta, por ejemplo; regala objetos y en ocasiones suele avisar de sus intenciones.

Además es frecuente que el adolescente tenga otros problemas como son el fracaso escolar, experiencias negativas familiares y sociales lo que origina cambios conductuales característicos de la depresión y déficit de atención.

Cabe mencionar que las investigadoras Emilia Lucio G y Silvia Morales rechazan el mito que la desilusión amorosa sea una causa fundamental de la depresión en un grupo de 13 a 18 años de edad. Ellas mencionan que lo que más afecta a los adolescentes son los problemas familiares, porque los adolescentes son muy sensibles al estrés y el malestar de los padres (www.bine.org.mx).

Si consideramos los problemas de acceso a los servicios de salud y la pobreza de los habitantes de nuestro país, lo que se relaciona directamente con la depresión, las cifras de incidencia tal vez se vean incrementadas, por el estrato socio-económico toda vez que los pacientes con depresión no siempre tienen los recursos para el tratamiento psicológico adecuado.

Aún cuando existen numerosos tratamientos con éxito para el manejo de la depresión, el número de pacientes con esta enfermedad es socialmente significativo.

Ante esta perspectiva, la utilización y el desarrollo de nuevas formas de tratamiento y detección acordes con la situación social y económica del paciente merecen ser apoyadas, para tratar de disminuir, de forma parcial, los problemas relacionados con este padecimiento.

Si logramos demostrar la utilidad de nuestra prueba, estaremos ante la oportunidad de ofrecer una herramienta importante para la detección de la depresión en adolescente.

3.5 Variables

Definición Conceptual

Variable Independiente: Sexo, edad del adolescente.

Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los seres humanos.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento, periodo de vida.

Variable Dependiente: Depresión

Depresión: Estado patológico de sufrimiento psíquico señalado por un abatimiento de ánimo.

Definición Operacional

Variable Independiente: Sexo, edad del adolescente

Sexo: Adolescentes hombres y mujeres

Edad: Rango de 13-18 años de edad en los adolescentes.

Variable Dependiente: Resultados obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck Modificado (IDBM).

3.6 Método

En el presente trabajo se evaluaron 100 pacientes adolescentes que acudieron al Hospital Juárez de México del sexo masculino y femenino con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años de edad. La muestra de sujetos se recabó en el periodo comprendido del 2 de Junio al 11 de Agosto del 2006 (la muestra final fue de 79 mujeres y 21 varones) n=100 sujetos. En los servicios de Urgencias Pediatría, Terapia ambulatoria oncológica pediátrica, Pediatría y Gineco-Obstetricia. Se utilizó el siguiente instrumento (basado en el Inventario de Beck para adultos debido a que una de sus características es que es de fácil comprensión para los sujetos, sencillo en su aplicación, así como en su evaluación). Por lo que esta prueba se diseñó para valorar un cuadro depresivo adolescente y para determinar si existen síntomas de depresión en adolescentes "normales".

Para dar un diagnóstico se utilizó la siguiente referencia numérica:

PUNTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
0-9	NO hay depresión
10-18	Ligeramente
19-29	Moderada
30-63	Grave

En esta etapa el instrumento se aplicó de manera individual, con el objeto de evitar la contaminación entre sujetos, también se les aplicó una breve historia clínica para poder garantizar la representatividad de su información al momento de contestar el cuestionario (IDBM).

Cabe mencionar que antes de ser aplicada la prueba IDBM a los (as) pacientes se les realizó una breve entrevista psicológica.

Tipo de estudio:

El tipo de estudio que se utilizó es del tipo no probabilístico así como de tipo transversal, ya que participaron individuos hombres y mujeres de las mismas edades.

Para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico de correlación de Pearson.

Criterios de inclusión:

*Adolescentes del sexo femenino y masculino que tengan una edad entre 13-18 años.

*Pacientes del Hospital Juárez de México que están en Consulta externa y Hospitalizados (Servicio de Pediatría, Urgencias Pediatría, Servicio de terapia ambulatoria oncológica pediátrica y el Servicio de Gineco-obstetricia).

Criterios de exclusión:

*Adolescentes menores de 13 años o mayores de 18 años de edad.

*Que no estén tomando algún ansiolítico o antidepresivo.

*Adolescentes con alguna enfermedad orgánica o psiquiátrica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente trabajo se determinó, evaluó y se adaptó (ver anexo A versión original y versión B con adaptación conceptual) una prueba psicológica para medir depresión en adolescentes (IDBM) cuyo rango de edades comprende de 13 a 18 años de edad.

Dichos resultados se muestran en las tablas comprendidas de la 3 a la 8. Además se muestra la correlación de Pearson para cada grupo estudiado teniendo que hasta ahora, la depresión adolescente, es polimorfa. Por eso, los criterios de reconocimiento varían de un autor a otro (Lebovici, Vol. III). Aunado a esto la aplicación que se da en la actualidad a la palabra "depresión". Sin duda es un vocablo-concepto ampliamente utilizado y muy difundido dentro del lenguaje cotidiano, sin embargo, no bajo la misma connotación semántica. Esto se debe, en parte, a la participación de los medios de comunicación (Berlanga, 1999).

Los sujetos que fueron seleccionados eran pacientes del Hospital Juárez de México que asistieron a consulta externa del servicio de psicología, así como a los servicios de Urgencias pediatría (por alguna urgencia o bien consulta y de los cuales algunos ingresaban al servicio de pediatría para su hospitalización y tratamiento); además también se contó con el servicio de Terapia ambulatoria Oncológica Pediátrica y de Gineco-Obstetricia. Dichos pacientes no estaban tomando algún medicamento antidepresivo o ansiolítico así como alguna enfermedad orgánica mental o psiquiátrica. La razón de haber seleccionado un intervalo breve obedece a que en un hospital no psiquiátrico y el movimiento de pacientes es mucho más dinámico así como las estancias hospitalarias son cortas.

Con lo anteriormente mencionado se tiene que en nuestra prueba (IDBM) se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 16% de los pacientes, obtuvieron puntajes de 0 a 9, es decir, sin Depresión.
- En la clasificación de Depresión leve o ligera hubo un 40%
- En la clasificación de Depresión moderada hubo un 30%
- En la clasificación de Depresión Severa o grave un 14%

Entonces de acuerdo a los puntajes obtenidos el 84% de nuestra población estudiada (tanto varones como mujeres) mostró tener características referentes al afecto (depresión), es decir, un 40% mostró una depresión ligera, el 30% fue depresión moderada y el 14% obtuvo una depresión grave. Con lo que se demuestra la sensibilidad de la prueba así como su comprensión de la misma que tiene para detectar dicha enfermedad o trastorno afectivo, desde un fase inicial como avanzada o bien para descartar dicha enfermedad.

Las circunstancias del estilo de vida contemporáneo pueden haber contribuido al incremento de la depresión, de ahí que se obtuviera un 84%, algunas de tales circunstancias pueden ser: cambios en la estructura familiar y la desintegración del modelo de la familia preexistente (Castellano et.al 2004) o bien la enfermedad que estaban cursando en esos instantes.

Como es sabido, la depresión se describe como estados de ánimo de tristeza o melancolía acompañados de pérdida de interés por las cosas en general, que comprende desde las actividades laborales y académicas hasta las lúdicas y cotidianas, es decir todas las actividades que configuran la vida diaria. Se trata de una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y que les impide disfrutar de la vida, por lo tanto se trata de un trastorno afectivo que implica a factores orgánicos, motores, emocionales, cognitivos y sociales (Berlanga, 1999 y Del Barrio, 2004).

De acuerdo con nuestros datos obtenidos, las mujeres adolescentes manifiestan mayor riesgo de sufrir depresión que los varones adolescentes 79% comparado con los varones 21% (ver tablas 4 y 5). Ahora bien, si se desea realizar la comparación en una escala de fase ligera se tiene que los varones están en un 11% y las mujeres en un 28%. Estas diferencias de género en esta etapa del desarrollo, es la causa de los cambios biológicos así como del incremento de las presiones sociales. Esto es bien cierto, ya que durante la adolescencia los problemas de identificación, autoestima y autoeficacia suelen ser los desencadenantes de los síntomas depresivos, y los cuales están bastante por encima de los problemas familiares (citado en Del Barrio y Castellano et.al 2004). Es probable que en la explicación intervengan factores genéticos y ambientales, así por razones educativas y sociales, las mujeres reaccionan ante el estrés de la vida con ansiedad y depresión, mientras que los varones lo hacen con agresividad y violencia (Castellano et.al 2004).

Desde el punto de vista social, la agresividad masculina se acepta y es bien tolerada mejor que la femenina. El que un varón se comporte de forma violenta se ve casi como algo natural, pero no así el que lo haga una mujer. Por otra parte, la agresividad y la violencia entran en contradicción con uno de los valores y tal vez también característica biológica que desde niñas interiorizan las mujeres: el valor del cuidado y protección de los otros, incompatible con todo acto de agresión (Castellano et.al 2004).

Lo anterior esta aunado con la edad de los adolescentes, la investigación realizada muestra diferencias significativas en el intervalo de edad que va de los 13 a los 16 años. La incidencia se equipara entre los 14 y 16 años y se acrecienta a los 14 años y decrece en la categoría de 17 ó 18 años. Por lo que se muestra un periodo difícil a los 14 años, donde se produce una mayor ocurrencia a padecer síntomas depresivos (tablas 3, 4 y5).

Los síntomas y manifestaciones de la depresión varían en función de la edad, el desarrollo cognoscitivo y emocional del adolescente así como la capacidad verbal para expresar sus emociones y sentimientos (Castellano et.al 2004), probablemente la causa de estas diferencias significativas es el tránsito de la infancia a la adolescencia lo cual no es fácil porque la sociedad comienza a pedirle al joven cada vez más habilidades sociales, más destreza en lo físico, en lo psíquico y una mayor capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias que ésta viviendo y que tiene que resolver él solo (Castellano et.al 2004).

No obstante, lo anterior se puede sustentar que el adolescente de 14 años este pasando una etapa en donde se confunde y se decepciona con facilidad; está en la edad donde se preocupa por su autoimagen, su corporalidad y sexualidad, y vive plenamente el conflicto de independencia-dependencia y, si fuera poco, surgen los primeros sentimientos amorosos con cierta entidad, es decir, menos imaginativos pero más reales. De lo anterior sería el porque nuestros adolescentes tengan niveles de depresión evidentes.

Pero, en cambio conforme crece y se desarrolla el ser humano, los niveles de depresión van disminuyendo (16-18 años), probablemente el adolescente es más adulto que niño, actúa con seguridad-aparente o real, además ya es capaz de hacer elecciones personales duraderas y sus personalidad esta casi formada (Castellanos et.al 2004).

Como nos reportan las tablas 3,4 y 5 los niveles de depresión es vivida por todos los adolescentes aunque en algunos sea más ostensible que en otros. Lo cual probablemente se encuentre relacionado con la comunicación con sus padres, cuando existe comunicación entre los progenitores y los hijos adolescentes se puede decir que se llegan a acuerdos con las pautas que son socialmente deseables y con los deseos parentales, de haber generado un orden y evitar el caos; además la comunicación se da desde antes de la adolescencia, es decir, en la infancia. Pero, cuando decimos que "hay padres que no se comunican con sus hijos" lo que sucede en realidad es que dicha comunicación no es de la calidad esperada, pero hay comunicación, aunque ésta sea de mala calidad.

Lo que conlleva que el adolescente ante la familia este en "un mundo privado" y los resultados serán la experimentación de la droga, y/o en el inicio precoz de las relaciones sexuales sin protección. Cabe mencionar que si los padres no han establecido relaciones de confianza anticipatoriamente con los hijos en la niñez, entonces suele ser demasiado tarde para hacerlo cuando ha llegado la adolescencia (Castellano et.al 2004).

Los adolescentes son seres humanos altamente comunicativos y comunicacionales es decir; "son propagandistas de su presencia en este mundo" por ejemplo sus vestimentas y actitudes corporales "llaman la atención" (citado en Castellanos et.al 2004, p 45). También los padres pueden llegar a establecer barreras que impidan una buena comunicación con los hijos como por ejemplo:

1. La conducta de los padres hace que los hijos sientan que su opinión no vale nada, es decir, que no tiene importancia.
2. Las opiniones de los adolescentes no merecen ser escuchadas "son tonterías".
3. La conducta parental enseña que mientras menos se diga a los otros, mejor.

A todo esto también influye las relaciones con los padres el cual es importante en el desarrollo del adolescente porque actúan como modelos que permanecen a lo largo de la vida, influyendo sobre la construcción de nuevas relaciones (Santrock John W. 2003) La calidad de la relación padre/madre-hijo es un elemento fundamental que puede influir en la búsqueda de apoyo familiar (gráficos 7 y 8) no importando

la escolaridad que hayan alcanzado sus progenitores, además buscan también el apoyo de los amigos cuando debe de enfrentarse a conflictos cotidianos. En esta etapa de la vida, la incipiente identidad infantil es insuficiente, por lo que los adolescentes tratan de suplirla con una identidad propia construida con base en su identificación con sus contemporáneos; así los adolescentes se introducen al mundo de los adultos con una identidad que se va fijando paulatinamente (citado en González-Forteza, 1999).

Para los adolescentes es imprescindible separarse de sus padres para explorar y establecer relaciones extrafamiliares maduras que contribuyan al fortalecimiento de su identidad psicosexual, incluso como una demanda biológica con un fuerte matiz cultural. También para los padres, en ocasiones esta separación es problemática porque constituye una experiencia que demanda reacomodos del "equilibrio perdido" en el sistema familiar infantil (González-Forteza, 1999).

Pero, cuando falta uno de los padres, (ver tabla 8) en nuestra investigación el ausente fue el padre por razones de separación, ya sea divorcio, o viudez, las familias pasan por situaciones difíciles cargadas por tensión emocional; produciéndose una baja del autocontrol personal y una disminución del estado de alerta, que provoca poca atención de los padres hacia las demandas de los hijos. Todo ello puede comportar, en los progenitores, reacciones incontroladas y desmesuradas o abandono de su rol de educadores (citado en Del Barrio, 2004). En algunas ocasiones en las clases económicamente bajas carente de padre puede ser un hijo varón, designado por la madre, quien sea el responsable, ya que por lo general el padre obliga a una hija o trae "una madre sustituta" sea ésta su pareja o no.

En cualquiera de las formas cuando a un hijo (a) se le asigna un papel sustituto de autoridad parental, de no ser una función vigilada y apoyada, se daña el proceso de desarrollo psicosocial del menor, pues éste cancela muchas funciones de carácter personal y social (deporte, escuela, fiestas, etc.) para cumplir su cometido. Además aprende prematuramente a "actuar, sentir, hablar y ordenar como adulto" sin realmente serlo. Como consecuencia, no es bien recibido entre los pares y en ocasiones es rechazado. Para no sentirse mal entre los pares opta por sólo relacionarse con adultos.

Más tarde aquellos hermanos a los que atendió, tampoco le reconocerán (justificadamente) sus pretensiones de adulto sobre ellos. Entonces su vida queda alterada por este proceder (Dulanto Gutiérrez, 2000).

Nuestros resultados reportan que no influye el número de hijo que ocupa dentro del ambiente familiar, porque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, entonces no hay correlación entre el número de hijo y el diagnóstico obtenido (ver tabla 6).

Además cabe mencionar que en nuestra población femenina un 58% fueron madres (ver tabla 9). El hecho de quedarse embarazada durante esta etapa supone riesgos para la salud tanto para el hijo como de la madre. Los hijos de las madres adolescentes tienen posibilidades de nacer con bajo peso (menos de 2.5 Kg)-un factor de riesgo para la mortalidad infantil y para los problemas neurológicos y las enfermedades infantiles (citado en Santrock John W. 2003 p 305 y 306). Además las madres adolescentes suelen, dejar los estudios.

Aunque muchas madres adolescentes retoman los estudios posteriormente, generalmente, no alcanzan el nivel educativo de aquellas mujeres que posponen la maternidad. También este grupo de mujeres, sus prácticas de crianza son menos adecuadas y tienen expectativas menos realistas sobre el desarrollo de los bebés que las madres de más edad (Santrock John W. 2003)

Los padres adolescentes tienen más probabilidades de tener trabajos mal pagados u ocupar puestos de menor prestigio comparados con aquellos varones que atrasan su paternidad (Santrock John W. 2003) y así mismo, el nivel educativo es bajo y con mayor número de hijos que aquellos padres que posponen la paternidad hasta que tienen veinte años o más. Una de las causas de estas dificultades es que muchos padres adolescentes reaccionan ante el hecho de haber dejado embarazada a sus novias abandonando los estudios (citado en Santrock John W. 2003 p 307). En cuanto dejan los estudios, pasan a ocupar puestos de trabajo mal remunerados. Los padres adolescentes se dicen así mismos "Debes ser un buen padre.

Lo mínimo que puedes hacer es conseguir trabajo y traer algún sustento a casa" (Santrock John W. 2003).

Ahora bien la depresión se vincula directamente a la calidad de las interacciones familiares por ejemplo, cuando hay alcoholismo por parte de la madre hay riñas y peleas entre los miembros de la familia esto se acompaña de frialdad afectiva produciéndose un distanciamiento entre los padres e hijos que genera problemas conductuales y al mismo tiempo de sintomatología depresiva (citado en Del Barrio et.al 2004).

Esto indica que las adolescentes que manifestaron estados depresivos como el sentirse trise, con ganas de llorar, etc. eran las que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente, por lo que no preferían el apoyo familiar, y las que presentaron ideación suicida tendían a sentir que su padre no se interesaba por sus relaciones sociales y preferían no buscar ayuda cuando tenían algún problema (González-Forteza, 1999).

Existe otro tipo de padres opuestos a los anteriores, los cuales renuncian a su función de protección a los hijos adolescentes, al considerar que no tienen motivo de intervención alguna sobre ellos, toda vez que éstos han asumido una maduración corporal y sexual que los convierten en : "todo un hombre o mujer, que ya sabe lo que hace". No siempre en este caso son los hijos los que buscan una total independencia, sino los padres, quienes por comodidad deciden dejar a los hijos en una situación, que según ellos, les confiere una total libertad.

Los hijos sensatos de este tipo de padres al necesitar protección acaban por buscarla en adultos ajenos al núcleo familiar, sean estos familiares cercanos o extraños con lo que pueden entrar en conductas de riesgos; como delitos juveniles con armas de fuego, accidentes automovilísticos, promiscuidad sexual, embarazos no deseados, adicciones, abandono del estudio desde edades tempranas, carencia de identidad y aprender a vivir sin compromiso y sin voluntad. Otros jóvenes aprovechan la oportunidad que les dan en su casa para desvincularse totalmente de ella y ensayar con su propio criterio y con responsabilidad o irresponsabilidad la vida (Dulanto Gutiérrez, 2000).

Otro punto acerca de las parejas reconstruidas son los sentimientos de los adolescentes, dicha situación coincide con su momento de experimentar deseos y fantasías sexuales, de cuestionar su identidad psicosexual y de sentirse fuertemente atraídos hacia el otro sexo. La intensidad de la vivencia con sus padres puede ocasionar con facilidad un comportamiento de evasión (acting out) a partir de sus impulsos, muchas veces de carácter destructivo, como en el caso de conductas promiscuas y embarazos precoces (Dulanto Gutiérrez, 2000).

Cabe mencionar que en el presente estudio y las diferentes investigaciones (citado en Del Barrio, 2004) se comprueban la vinculación entre la depresión e interacciones sociales de baja calidad. Los adolescentes que no cuentan con recursos suficientes para establecer buenas relaciones con el entorno tienden a manifestar síntomas depresivos con bastante facilidad. Y sucede todo lo contrario con los adolescentes que están expuestos a nuevas experiencias, con capacidad de autorregularse y autocontrolarse, capaces de establecer planes para conseguir los objetivos propuestos y propensos a fomentar la interacción social, manifestaran mayor fortaleza ante la emisión de la sintomatología depresiva.

Otros de los factores que se deben de tomar en cuenta para que los adolescentes hayan manifestado depresión fue su categoría especial para producir estrés psicológico dentro del hospital, es decir, se deben de considerar los siguientes puntos:

- ⌘ El hospital hace que el paciente tome conciencia de su rol de enfermo.
- ⌘ La separación de su medio habitual, tanto social como familiar.
- ⌘ El sometimiento a exploraciones dolorosas que además pueden traspasar los límites territoriales de la intimidad (como sería el caso de las pacientes del servicio de gineco-obstetricia), muchas veces realizadas sin la suficiente información.
- ⌘ El descubrimiento de que sus proyectos de vida se han detenido bruscamente.
- ⌘ Se establecen relaciones de camaradería o aversión con los compañeros de habitación.
- ⌘ La evolución de estos compañeros influye en el ánimo de los demás de tal manera que el desenlace falta de uno de ellos puede traer consecuencias depresivas en los otros.

Con los puntos anteriormente mencionados se contemplan factores y situaciones potencialmente depresógenos, como son (Ledesma, 1989):

- ✧ El temor al hospital y a la hospitalización
- ✧ Angustia ante el presunto diagnóstico
- ✧ Miedo al dolor
- ✧ Miedo a la muerte, tan presente en el ambiente

Hay que retomar o resaltar la influencia del marco hospitalario, en la frecuente aparición de cuadros depresivos en pacientes de larga estancia en el hospital, de ahí que las estancias cortas y de rápidas movilizaciones son un buen antídoto para evitar la depresión (Ledesma, 1989).

Dentro de nuestro estudio también estuvieron pacientes con cáncer (leucemia) los cuales, no todos los pacientes, desarrollaron manifestaciones depresivas, lo que se puede atribuir a dos procesos:

- a) En primer lugar a la anestesia preceptiva que se presenta en este tipo de pacientes o bien una fase de negación dilatada que los mantiene en la no aceptación de su enfermedad, a veces evidente.
- b) El paciente con cáncer presenta una personalidad depresiva o al menos predepresiva, con sus componentes de responsabilidad, meticulosidad, ordenalidad, pobreza de vida afectiva, desesperanza e introyección de conflictos. Con este tipo de personalidad se tiende a alterar los mecanismos de defensa inmunológicos y endocrinológicos, facilitando la acción de agentes cancerígenos, tanto a nivel físico como químicos (Ledesma, 1989).

Pensamos que las siguientes consideraciones son importantes para ser tomadas en cuenta para aquellos profesionales que atienden a los adolescentes (Dulanto, 2000):

1. Durante la adolescencia, la mayoría de los individuos vive un desequilibrio psicológico nulo o escaso y que la adquisición de madurez es un proceso gradual, y sin grandes sacudidas, es decir, la mayoría de los adolescentes no tiene una adolescencia difícil.
2. Los adolescentes no pasan por un periodo de gran emotividad en comparación con su niñez.
3. Los adolescentes no perciben la pubertad como un suceso negativo.
4. La adolescencia no es un periodo de alto riesgo de suicidio ya que adquieren la "capacidad de ponerse en los zapatos de otro" y, especialmente las mujeres desarrollan la capacidad de sentir empatía y practicar el altruismo.

EDADES DE LOS ADOLESCENTES
Tabla 3

DEPRESIÓN				
EDAD	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
13	2	5	3	0
14	1	6	2	1
15	3	5	4	5
16	3	12	7	2
17	1	11	7	3
18	6	1	7	3

TOTAL DE PACIENTES 100

EDADES DE LOS ADOLESCENTES (VARONES)
Tabla 4

DEPRESIÓN				
EDAD	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
13	1	1	0	0
14	1	6	0	0
15	0	2	1	2
16	1	2	3	0
17	0	0	0	0
18	0	0	0	0

TOTAL DE PACIENTES 21

EDADES DE LOS ADOLESCENTES (MUJERES)
Tabla 5

DEPRESIÓN				
EDAD	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
13	1	4	3	0
14	0	0	1	1
15	1	3	3	3
16	4	9	4	2
17	1	11	8	3
18	7	1	6	3

TOTAL DE PACIENTES 79

NÚMERO DE HIJO QUE OCUPA EL ADOLESCENTE
Tabla 6

DEPRESIÓN				
NUM DE HIJO	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
Hijo único	2	2	2	1
1	4	7	7	5
2	3	16	6	1
3	2	7	12	3
4	3	2	1	1
5	0	1	0	0
6	0	1	1	1
7	2	2	0	2
8	0	2	0	0
9	0	0	1	0

TOTAL DE PACIENTES 100

ESCOLARIDAD DE LAS MAMÁS DE LOS ADOLESCENTES
Tabla 7

DEPRESIÓN				
ESCOLARIDAD MAMÁ	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
Analfabeta	1	1	0	3
Letrada	0	1	3	1
Primaria	3	13	9	5
Primaria NO concluida	1	4	7	3
Secundaria	4	5	7	1
Secundaria NO concluida	1	4	1	0
Preparatoria	1	3	1	0
Preparatoria NO concluida	1	3	0	0
Licenciatura	1	2	0	0
Licenciatura NO concluida	0	1	0	0
Carrera técnica	3	2	2	0
No sabe	0	1	0	1

TOTAL DE PACIENTES 100

ESCOLARIDAD DE LOS PAPÁS DE LOS ADOLESCENTES
Tabla 8

DEPRESIÓN				
ESCOLARIDAD PAPÁ	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
Analfabeta	1	1	1	2
Letrado	1	2	1	0
Primaria	1	7	5	6
Primaria NO concluida	1	3	4	2
Secundaria	2	14	7	1
Secundaria NO concluida	0	2	3	1
Preparatoria	5	2	3	0
Preparatoria NO concluida	2	4	2	0
Licenciatura	0	2	0	0
Licenciatura NO concluida	0	0	0	0
Carrera técnica	1	1	1	0
No sabe	0	0	0	1
Ausente	2	2	3	1

TOTAL DE PACIENTES 100

INCIDENCIA DE ADOLESCENTES MUJERES EMBARAZADAS
RELACIONADO CON SU Dx DE DEPRESIÓN
Tabla 9

DEPRESIÓN				
EDAD	AUSENTE	LIGERA	MODERADA	GRAVE
13		1		
15	2	3	2	1
16	3	8	2	
17	1	11	6	2
18	6	1	6	3
TOTAL	12	24	16	6

TOTAL DE PACIENTES 58

NIVEL EDUCATIVO DE ADOLESCENTES MUJERES
Tabla 9

NIVEL EDUCATIVO	SEXO	EDAD	NUM. DE SUJETOS
Primaria	Femenino	15	1
Primaria	Femenino	16	1
Primaria	Femenino	17	3
Primaria	Femenino	18	4
Primaria no concluida	Femenino	14	1
Primaria no concluida	Femenino	18	1
Secundaria	Femenino	13	6
Secundaria	Femenino	15	3
Secundaria	Femenino	16	3
Secundaria	Femenino	17	3
Secundaria	Femenino	18	6
Secundaria no concluida	Femenino	13	2
Secundaria no concluida	Femenino	14	1
Secundaria no concluida	Femenino	15	5
Secundaria no concluida	Femenino	16	9
Secundaria no concluida	Femenino	17	6
Secundaria no concluida	Femenino	18	1
Bachillerato no concluido	Femenino	15	2
Bachillerato no concluido	Femenino	17	2
Bachillerato no concluido	Femenino	16	3
Bachillerato no concluido	Femenino	17	8
Bachillerato no concluido	Femenino	18	1
Bachillerato técnico	Femenino	15	1
Bachillerato técnico	Femenino	16	1
Bachillerato técnico	Femenino	18	2
Carrera técnica	Femenino	16	1
Universidad	Femenino	18	1
Letrada	Femenino	17	1

NIVEL EDUCATIVO DE ADOLESCENTES VARONES
Tabla 10

NIVEL EDUCATIVO	SEXO	EDAD	NUM. DE SUJETOS
Primaria no concluida	Masculino	14	1
Primaria no concluida	Masculino	15	1 (se considera analfabeto)
Secundaria	Masculino	15	1
Secundaria	Masculino	16	4
Secundaria no concluida	Masculino	13	1
Secundaria no concluida	Masculino	14	7
Secundaria no concluida	Masculino	15	2
Secundaria no concluida	Masculino	16	1
Bachillerato no concluido	Masculino	16	1
Sin estudios	Masculino	15	1

CORRELACIÓN DE PEARSON

EDAD DE LOS ADOLESCENTES EN 100 Y SU Dx

$$a = 15.876$$

$$b = 0.0006$$

$$r = 0.003$$

EDAD DE LAS ADOLESCENTES Y SU Dx

$$a = 16.451$$

$$b = -0.013$$

$$r = -0.084$$

de individuos = 79

EDAD DE LOS ADOLESCENTES Y SU Dx

$$a = 14.012$$

$$b = 0.0399$$

$$r = 0.358$$

de individuos = 21

a y b= se refieren a un cálculo de la ecuación de regresión (ref. Dawson-Saunders beth y G. Trapo Robert 1997. Bioestadística médica, Manual Moderno)

CORRELACIÓN DE PEARSON

NÚMERO DE HIJO DE ACUERDO CON SU Dx

Hijo único	Primer hijo	Segundo hijo	Tercer hijo
a=4.871 b=-0.050 r= -0.263 # = 7	a= 11.658 b= 0.017 r= 0.026 # = 23	a=16.584 b= -0.193 r= -0.159 # = 26	a=10.796 b= 0.082 r= 0.092 #= 24
Cuarto hijo	Quinto hijo	Sexto hijo	Séptimo hijo
a= 2.820 b= 0.075 r= 0.412 # = 7	a= b= r= # = 1	a= 0.538 b= 0.052 r= 0.995 # = 3	a= 2.487 b= 0.057 r= 0.366 #= 6
Octavo hijo	Noveno hijo		
a= -14 b= 1 r= 1 # = 2	a= b= r= # = 1		

se refiere al número de individuos en dicha categoría

Dx DE LAS ADOLESCENTES DE ACUERDO CON SU EDAD

13 años	14 años	15 años	16 años
a= 9.460 b= -0.293 r= -0.817 # = 8	a= 3 b= -0.041 r= -1 # = 2 # = 2	a= 7.667 b= -0.057 r= -0.1667 #= 18	a= 14.173 b= -0.271 r= -0.455
17 años	18 años		
a= 10.297 b= 0.158 r= 0.0786 # = 22	a= 6.104 b= 0.083 r= 0.333 # = 17		

Dx DE LOS ADOLESCENTES DE ACUERDO CON SU EDAD

13 años	14 años	15 años	16 años
a= 1	a= 6.344	a= 4.937	a= 1.889
b= 0.083	b= -0.119	b= -0.076	b= 0.0903
r= 1	r= -0.223	r= -0.592	r= 0.308
# = 2	# = 8	# = 5	# = 6

se refiere al número de individuos en dicha categoría

ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE ACUERDO CON EL Dx

Letrada	Analfabeta	Primaria No concluida
a= 2.157	a= 0.991	a= 9.309
b= 0.035	b= 0.091	b= 0.345
r= 0.197	r= 0.738	r= 0.347
# = 5	# = 6	# = 16
Primaria	Secundaria No concluida	Secundaria
a= 9.309	a= 6.191	a= 10.009
b= 0.345	b= -0.169	b= -0.094
r= 0.347	r= -0.714	r= -0.173
# = 31	# = 6	# = 16
Carrera técnica	Preparatoria Incompleta	Preparatoria
a= 4.644	a= 1.470	a= 4.446
b= -0.044	b= 0.074	b= -0.122
r= -0.173	r= 0.228	r= -0.606
# = 7	# = 4	# = 5
Licenciatura Incompleta	Licenciatura	
a=	a= 5	
b=	b= -0.25	
r=	r= -1	
# = 1	# = 3	

se refiere al número de individuos en dicha categoría

ESCOLARIDAD DEL PADRE DE ACUERDO CON EL Dx

Letrado	Analfabeta	Primaria No concluida
a= 2.897	a=	a= 4.091
b= 0.108	b=	b= 0.062
r= 0.535	r=	r= 0.192
# = 9	# = 1	# = 10
Primaria	Secundaria No concluida	Secundaria
a= 7.368	a= -0.602	a= 16.645
b= 0.181	b= 0.091	b= -0.301
r= 0.260	r= 0.371	r= -0.349
# = 21	# = 3	# = 21
Carrera técnica	Preparatoria Incompleta	Preparatoria
a= 3.615	a= 0.286	a= 3.671
b= -0.099	b= 0.303	b= 0.146
r= -0.637	r= 0.616	r= 0.430
# = 4	# = 8	# = 10
Licenciatura	Ausente	
a= -0.921	a= 1.838	
b= 0.236	b= 0.181	
r= 0.596	r= 0.634	
# = 3	# = 10	

se refiere al número de individuos en dicha categoría

Conclusión

Con estos datos podemos concluir que la edad de la adolescencia es el tiempo en que el ser humano busca su identidad y empieza a participar en la dinámica social de una manera activa e independiente. Además se mueve el adolescente en una dinámica de ambivalencias y dualidades por ejemplo; los altibajos emocionales (Castellano et.al 2004). Por lo que nuestra prueba para detectar o prevenir depresión en adolescentes es de utilidad porque más del 82% del total de la muestra presenta depresión. Además se acepta la hipótesis nula porque el diagnóstico que se reporta entre la edad del adolescente (varón o mujer), el número de hijo que ocupa dentro de la familia y la escolaridad que tienen los progenitores de acuerdo con la correlación de Pearson es de cero, por lo que no interfieren los factores anteriores con la depresión.

Consideramos que la depresión en adolescentes puede ser multifactorial, y las mujeres adolescentes se mostraron más propensas a sufrir mayor depresión que los varones (se cumplieron nuestros objetivos). Esta variable unida a la edad constituye un periodo especialmente difícil. También influye la estructura familiar, ya que la familia de tipo monoparental aparece como un factor de riesgo así como la reconstruida cuando no existe la comunicación frente a la familia completa. Cabe señalar a este respecto, que la ausencia de alguno de los progenitores por razones de separación, divorcio o viudez, provoca que las familias atraviesen por situaciones difíciles no exentas de la tensión emocional que conlleva a estados de alerta y a aminorar la atención de los padres hacia las necesidades del hijo. Por lo que se puede desarrollar síntomas depresivos. O bien las adolescentes hijas de matrimonios divorciados son más propensas a dejar la enseñanza secundaria o la universidad que sus homólogos de sexo masculino. Los adolescentes de ambos sexos cuyos padres se han divorciado tienen las mismas probabilidades de convertirse en padres adolescentes, pero el hecho de haber crecido en una familia monoparental repercute más negativamente sobre las mujeres (Santrock John W. 2003).

Y cuando existe la congruencia armónica entre las funciones del padre y la madre, el establecimiento de lazos afectivos que contribuyan y faciliten la comunicación con los hijos adolescentes, permitiría que éstos no desarrollen tan fácilmente los síntomas depresivos.

Por lo tanto la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (en esta última exista el riesgo de embarazo no deseado en esta etapa de la vida, porque estas mujeres adolescentes no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que las obliga a tomar la decisión de unirse en pareja) (Rangel José Luis; Valerio L., J. Patiño.; García M. 2004).

Probablemente algunos aspectos que pueden iniciar un proceso depresivo es lo que propone Castellanos Barca y et.al de acuerdo a su medio y sus características como individuo en el que vive, la calidad emocional de la unión con los padres, la capacidad para comprender e interpretar la realidad, calidad de la comunicación e interacción familiar, antecedentes de enfermedades médicas, así como el caso de la muerte de uno de los padres o hermanos; la separación y divorcio de los progenitores, sobre todo si está cargado de conflictos; la inestabilidad y deestructuración de la familia; el rechazo o el maltrato de los compañeros son algunos factores que puede ocasionar que el adolescente para que surja la enfermedad depresiva (Castellanos et.al 2004). Y si a esto le incluimos el temor que causa el ser paciente hospitalizado, la angustia ante un diagnostico que no se esperaba, el miedo al dolor y el dejar la actividad cotidiana por unos instantes estos factores también influyen en el estrés del adolescente (Ledesma Jimeno A; Melero Marcos L. 1989) y de ahí que se obtengan puntuaciones elevadas en la prueba (IDBM).

Además en México es mucho menos habitual que las familias de clase baja vayan más allá de la secundaria como se demuestra en la tabla 9 y 10 (Wayne H. Hutzman; Diaz-Guerrero Rogelio; John d. Swartz 1975).

De acuerdo con el modelo depresivo que propone Castellanos Barca G et.al podría ser otra manera de poder abordar a la depresión, es decir, desde un enfoque biológico.

Por lo tanto estudiar a la depresión desde un enfoque multidimensional ayudaría a una mejor comprensión de dicha enfermedad.

Bibliohemerografía

Ariete, S. y Bemporad J. (1990). Psicoterapia de la Depresión. México, Paidós, p 48-51 y 116-383.

Ballús, C. (1996). La depresión en el contexto de la clínica médica. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna., 23, 7,203-208,

Berlanga, Carlos. (1999). El Trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica. Salud Mental, V. 22, No 4, Agosto.

Calderón, Narváez Guillermo, (1999). Depresión. Trillas, México, p 29-49.

Castellano Barca G., Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M (2004). Medicina de la adolescencia. Ergon, Madrid, p 33-36, 42-49, 176-179, 398-402.

Cueli José, Reidl Lucy, Martí Carmen, Lartigue Teresa y Michaca Pedro (2001). Teorías de la Personalidad. Trillas, México, p173-199.

Del Barrio, Ma Victoria, Ma Vicenta Mestre, Ana Ma Tur y Paula Samper. La Depresión Infanto-Juvenil. 2004. El efecto de los factores emocionales comportamentales y sociodemográficos. Rev. de Psicol. Gral. y Aplic ,57 (1), 5-20.

Dulanto, Gutiérrez Enrique (2000). El adolescente. McGraw-Hill, México, p 218-253, 254-265, 278-289, 1312-1317.

Freud, Sigmund (1998). Obras Completas Vol. 14, Amorrortu, Argentina, p 237-256.

Gabbard, Glen O (2002). Psiquiatría Psicodinámica en Práctica Clínica. Médica Panamericana, 3ª ed, México, p222-226.

González-Forteza Catalina y Patricia Andrade Palos. (1999). 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 V 18, No 4, Diciembre.

Guadarrama Leyla, Alfonso Escobar, Limei Zhang. (2006) Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev. Fac. Med UNAM; Vol. 49 No 2 Marzo-Abril.

Guía diagnóstica y terapéutica para episodios y trastornos depresivos. Perfiles Depresivos.

Guido, Macías-Valadez Tamayo (2000). Ser adolescente. México, Trillas, p166-167.

Greden, John F. (2003). Tratamiento de la Depresión Recidivante. España, Ars Médica, p19-25.

Grinder, Robert E. (1984). Psicología de la Adolescencia. México, Limusa, 579 p.

Hatfield Elaine y Richard L. Rapson. Amor apasional y Deseo sexual: Perspectivas históricas y transculturales. Revista Psicológica Social y Personalidad; 1988, Vol. XVI, Núm. 2 pp. 179-197.

Hernangómez, Criado Laura (2000). ¿Por qué estoy Triste? Guía para conocer y afrontar la depresión. Málaga, ALJIBE, p 13-19.

Horrocks, Jonh E. (2001). Psicología de la Adolescencia. México, Trillas, p383-397.

Izquierdo Moreno Ciriaco (2003). El mundo de los Adolescentes. México, Trillas, p14-25, 97-111, 113-137.

Jackson, Stanley (1986). Historia de la Melancolía y la Depresión. Madrid (España), Turner, p15-19.

Kimmel, Douglas e Irving B. Weiner (1998). La adolescencia: Una transición del desarrollo. México, Ariel Psicología, p169, 290-307,320-333, 349-351, 365-371 y 397-409.

La Rosa Jorge y Rolando Díaz-Loving. (1988) Diferencial Semántico del Autoconcepto en estudiantes. Revista Psicológica Social y Personalidad; Vol. 4, Núm. 1 pp. 39-57.

Lebovici, Serge. Tratado de psiquiatría del Niño y Adolescente. Vol. III.

Ledesma, Jimeno A y Melero Marcos L. (1989). Estudio sobre las depresiones. Salamanca, p 43-56, 75-79.

Ledford J. Bischof (2002). Interpretación de las teorías de la Personalidad. México, Trillas, p620-626.

Lefrancois, Guy (2004). El ciclo de la vida. México, Internacional Thompson, 6ª ed, p 340-341.

López Rodríguez Jaime, Marco Antonio López Butrón, Blanca Estela Vargas Terrez y Valerio Villamil Salcedo. (2004) Estudio doble ciego con antidepresivo, Psicoterapia breve y Placebo en pacientes con depresión moderada. Salud Mental, Vol. 27, No 5, Octubre.

Lorenzo J. L., M. J. Barbanoj. (2000). Selectividad monoaminérgica de los antidepresivos y sueño: implicación neurofisiológica de la depresión. Rev. Neurol; 30(2):191-194.

Lutte, Gérard (1991). Liberar la Adolescencia. Barcelona, Herder, p145167, 245-265, 267-288.

Mckinney John Paul, Irma E. Fitzgerald y Ellen A. Strommon (1982). Psicología del Desarrollo, edad adolescente. México, Manual Moderno, p 134-139.

Montero María y López Lena. Significado Psicológico de la Soledad en la Adolescencia. Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. IX, No 1, 1993 p 1-11.

Morris, Charles y Albert A. Maiso (2001). Psicología. México, 10a ed, Prentice Hall, p 413

Muñoz F. Ricardo. (2005). La Depresión y la Salud de Nuestros Pueblos. Salud Mental. Vol.28 No.4, agosto. p 1-9

Páez X, L: Hernández y T. Baptista. (2003) Avances en la terapéutica molecular de la depresión. Rev. Neurol; 37(5):459-470.

Papalia, Diane E. (2002). Fundamentos del Desarrollo Humano. México, McGraw-Hill, p 163-175.

Papalia, Diane E. (2005). Desarrollo Humano. México, McGraw-Hill, 9ª ed., p 427-473.

Pick, Susan; Rolando Díaz-Loving; Sofía Rivera Aragón, Mirta Flores Galaz y Patricia Andrade Palos. (1987). ¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la Ciudad de México? Revista Psicológica Social y Personalidad, Vol. 3, Núm. 1 p. 1-15.

Rangel, José Luis, Valerio L., J. Patiño., M. García. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 47. No 1. Enero-Febrero.

Retana Franco, Blanca Estela y Rozzana Sánchez Aragón. (2005). Construcción y Validación de una escala para medir adicción al Amor en Adolescentes. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 10, No 1, Enero-Junio.

Reymond-Rivier Berthe (1980). El Desarrollo Social del Niño y el Adolescente. Barcelona, Herder, p195-218.

Reyes Ramírez Vanesa y Rodríguez Canales Gabriela (2005). Estudio Comparativo de la Depresión. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal.

Rice, Philip F. (1999). Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. España, Prentice-Hall, p32-55

Roca, Bennasar Miguel (2003). Trastornos de la Personalidad. Barcelona, Ars Médica, Soc Española de Psiquiatría, p659-675.

Rojtenberg, Sergio L (2001). Depresiones y Antidepresivos. Argentina, edit. Médica Panamericana, p1-13, 63-71, 155-160.

Sánchez Aragón Rozzana. (2001). El significado de la Amistad: ¿Qué espero y qué quiero dar? Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. XVII, No 2, p 113-127.

Szydlo, David y Cecilia Beristáin (2005). El valor de la Psicoterapia. México, Trillas, p245-250.

Villatoro Jorge A; Andrade Palos Patricia; Fleiz Baustista Clara; Medina-Mora Icaza María Elena; Reyes lagunas Isabel; Rivera Guevara Edith. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental. Vol 20 No 2 Junio p 21-27.

Wayne H. Hutzman; Díaz Guerrero-Rogelio y John d. Swartz (1975). Desarrollo de la personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos. México, Trillas p 235-245.

<http://www.odontocat.com/ansietat.htm>

<http://www.bine.org.mx>

TEST DE BECK PARA LA DEPRESIÓN

NOMBRE _____ **EDAD** _____

ESCOLARIDAD _____ **OCUPACIÓN** _____

FECHA _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario esta formado por varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea todas las aseveraciones de cada grupo. Paso seguido escoja de cada grupo la aseveración que mejor describa la forma en que se siente ahora, en estos instantes. Haga un círculo alrededor del número correspondiente a la aseveración que haya escogido. No pase por alto ninguna de las afirmaciones antes de decidirse, en cada uno de los grupos.

A. TRISTEZA

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico.
- 2A Estoy triste o melancólico, y no puedo evitarlo.
- 2B Estoy tan triste o tan infeliz, que me resulta doloroso
3. Estoy tan triste o tan infeliz, que no puedo soportarlo

B. PESIMISMO

0. No me siento particularmente pesimista o descorazonado por el futuro.
- 1 Me siento desanimado por el futuro
- 2A Siento que no tengo nada que esperar.
- 2B Siento que nunca me voy a deshacer de mis problemas.
3. Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas no van a mejorar.

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento como un fracasado
1. Siento que he fallado más que la mayoría de las personas.
- 2A Siento que he logrado muy pocas cosas que valgan la pena o que signifiquen algo.
- 2B al mirar la vida pasada todo lo que veo es una cantidad de fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona (padre, madre, esposa)

D. DESCONTENTO

- 0. No estoy particularmente descontento.
- 1A Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1B Ya no disfruto de las cosas que hago como solía hacerlo.
- 2 Ya no obtengo satisfacción, por nada
- 3. Estoy descontento con todo.

E. CULPA

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1A Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
- 2A Me siento bastante culpable.
- 2B Me siento malo o indigno, prácticamente todo el tiempo.
- 3. me siento como si fuera muy malo o no sirviera para nada.

F. ESPECTATIVA DE CASTIGO

- 0. No me siento que estoy siendo castigado
- 1. Tengo un sentimiento de que algo malo me puede llegar a suceder.
- 2. Siento que estoy siendo castigado, o seré castigado
- 3. Siento que merezco ser castigado
- 4. Quiero ser castigado

G. AVERSIÓN POR SI MISMO

- 0. No me siento desilusionado
- 1A Estoy desilusionado de mi mismo
- 1B No me gusto a mi mismo
- 2. Me siento disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio

H. AUTOACUSACIONES

- 0. No me siento ser peor que los demás.
- 1. Me critico por mis debilidades o errores
- 2. Me culpo por mis fallas
- 3. Me culpo por todo lo malo que me sucede

I. IDEAS SUICIDAS

- 0. No tengo ninguna idea de dañarme a mi mismo
- 1. He pensado en hacerme daño, pero no lo llevaría a cabo.
- 2A Siento que sería mejor si estuviera muerto.
- 2B Siento que mi familia estaría mejor si estuviera muerto
- 3. Tengo planes definidos para suicidarme
- 3B. Yo me mataría si pudiera.

J. LLANTO

0. No lloro más de lo usual
1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba
2. Ahora lloro todo el tiempo y no lo puedo controlar
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar aunque desee hacerlo.

K. IRRITABILIDAD

0. No estoy más irritado ahora que de costumbre
1. Me fastidio o me irrito más fácilmente que de costumbre.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Ya no me irrito para nada con las cosas que solían irritarme

L. RETRAIMIENTO SOCIAL

0. No he perdido el interés en la gente
1. Ahora estoy menos interesado en la gente que antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por la gente y tengo pocos sentimientos hacia ellos
3. He perdido todo interés en la gente y no me importa nada de ellos

M. INDECISIÓN

0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
1. Trato de no tener que tomar decisiones.
2. Me resulta muy difícil tomar decisiones.
3. Ya nunca puedo tomar una decisión.

N. CAMBIO EN LA IMAGEN CORPORAL

0. No siento que me vea peor que antes
1. Estoy preocupado porque me estoy viendo viejo o sin atractivo.
2. Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia, que me hacen poco atractivo.
3. Siento que me veo feo o repulsivo.

O. RETARDO EN EL TRABAJO

0. Puedo trabajar tan bien como antes
- 1A Tengo que esforzarme un poco más para empezar algo
- 1B Ya no trabajo tan bien como solía hacerlo
2. A pesar de que me esfuerzo, no logro hacer nada.
3. Ya no puedo hacer ningún trabajo.

P. INSOMNIO

0. Puedo dormir tan bien como antes
1. En la mañana, me despierto más cansado que lo usual.
2. Me despierto una o dos horas antes que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
3. Me despierto muy temprano a diario y no duermo más de cinco horas

Q. AGOTAMIENTO

0. No me canso más de lo común.
1. Me despierto más fácilmente que lo usual.
2. Me cansa hacer cualquier cosa.
3. Me cansa demasiado hacer cualquier cosa.

R. ANOREXIA

0. Mi apetito no es peor que de costumbre
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2. Mi apetito es mucho peor que antes.
3. Ya no tengo apetito nunca.

S. PÉRDIDA DE PESO

0. Últimamente, si es que he perdido peso, ha sido muy poco.
1. No he perdido peso más de 2 kilos y medio
2. No he perdido más de 5 kilos.
3. No he perdido peso más de 7 kilos y medio.

T. PREOCUPACIÓN SOMÁTICA

0. No estoy más preocupado por mi salud que lo usual.
1. Estoy preocupado por quejas o dolores, o indigestión, o estreñimiento.
2. Estoy tan preocupado por lo que siento o por como me siento, que me es difícil pensar en cualquier cosa.
3. Estoy completamente absorto con lo que siento.

U. PÉRDIDA DE LA LIBIDO

0. No percibo cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo que antes.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo
3. Perdí por completo el interés por el sexo.

INVENTARIO DE BECK

SEXO _____ EDAD _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACIÓN _____

EDAD DE TÚ MAMÁ _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACIÓN _____

EDAD DE TÚ PAPÁ _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACIÓN _____

CUÁNTOS HERMANOS SON: _____
NÚMERO QUE OCUPAS: _____

INSTRUCCIONES

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Paso seguido escoja una oración que mejor describa la manera en que Usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EN ESTOS INSTANTES. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que Usted escogió. No pase por alto ninguna de las afirmaciones antes de decidirse, en cada uno de los grupos.

A.

0. **(Nunca) Algunas veces** me siento triste
1. Me siento triste
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3. Estoy tan triste que no puedo soportarlo

B.

1. Me siento descorazonado por el futuro
2. Me siento desanimado por el futuro
3. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
4. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

C.

0. **(Nunca) Me (he sentido) siento** como un fracasado
1. Siento que he **fracasado** más que las personas en general
 2. Al repasar de lo que he vivido, todo lo que veo son **(muchos)** fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

D.

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas **que hago** como solía hacerlo.
1. Ligeramente disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
2. De vez en cuando disfruto de las cosas como solía hacerlo
3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

E.

1. **(Nunca)** Me he sentido culpable
2. Me siento culpable una **(gran)** parte del tiempo
3. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
4. Me siento culpable todo el tiempo

F.

0. **(Nunca)** Me he sentido **(que esté siendo)** castigado
1. Siento que podría ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que he sido castigado

G

0. **(Nunca)** Me he sentido desilusionado
1. Estoy desilusionado de mi mismo
2. Estoy disgustado por mi mismo
3. Me odio

H.

0. **(Nunca me)** He sentido que **(sea) soy** peor que otras personas
1. Me critico por mis debilidades o errores
2. Me culpo por mis fallas
3. Me culpo por todo lo malo que me sucede

I.

0. **(Nunca)** He tenido **la** idea de dañarme a mi mismo
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2. Siento que mi familia estaría mejor si estuviera muerto
3. Me gustaría suicidarme si tuviera oportunidad

J.

0. **(Nunca)** He llorado más de lo usual
1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba
2. Ahora lloro todo el tiempo y no lo puedo controlar**me**
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar aunque desee hacerlo.

K.

0. **(Jamás)** He estado irritado(**ahora**) **mas** que de costumbre
1. Me enojo o irrito más fácilmente **que** antes
 2. Siempre me siento irritado
 3. Ya no me irrito para nada con las cosas que solían irritarme

L.

0. **(Nunca)** el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido la mayor parte de mi interés por la gente y tengo pocos sentimientos hacía ellos
 3. He perdido todo interés en la gente y no me importa nada de ellos

M.

0. **(Siempre)** Tomo decisiones tan bien como lo he estado asiendo hasta ahora.
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. **(Nunca puedo tomar una decisión) Soy capaz de tomar una decisión**

N.

0. Siento que me veo peor que como me veía antes
1. Estoy preocupado (a) de verme viejo (a) o poco atractivo(a)
 2. Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia, que me hacen poco atractivo
 3. Siento que me veo feo(a) o repulsivo(a)

O

0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. **(Ya)** Carezco de apetito

P

0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Me cuesta trabajo dormir tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver(**me**) a dormir
 3. Me despierto muy temprano a diario y no duermo más de cinco horas

Q

0. **(Rara vez)** Me canso más de lo habitual
1. Me canso fácilmente de que lo que solía hacerlo
2. Me cansa hacer cualquier cosa
3. **(Siempre)** Estoy cansado para realizar cualquier **(cosa) actividad**

R

0. Mi apetito es normal **(que lo de costumbre)**
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2. Mi apetito esta muy mal actualmente
3. Actualmente ya no tengo apetito

S

0. Últimamente, si es que he perdido peso, ha sido muy poco
1. He perdido peso más de dos kilogramos
2. He perdido peso más de cinco kilogramos
3. He perdido peso más de ocho kilogramos

T

0. **(No)** Estoy preocupado de mi salud **más** que antes
1. Estoy preocupado por quejas o dolores, o indigestión o estomacales
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna cosa

U

0. **Actualmente el interés por el sexo lo considero que es normal**
1. Estoy menos interesado en el sexo que antes
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo
3. Perdí por completo el interés por el sexo.

Nota: las letras que están en negrillas y cursivas son las adaptaciones a la prueba de depresión. Y lo que esta en negrilla y paréntesis son las palabras que se omitieron en dicha prueba.

En donde cada letra del alfabeto tiene el siguiente significado:

A	TRISTEZA
B	PESIMISMO
C	SENTIMIENTO DE FRACASO
D	DESCONTENTO
E	CULPA
F	ESPECTATIVA DE CASTIGO
G	AVESIÓN POR SI MISMO
H	AUTOACUSACIONES
I	IDEAS SUICIDAS
J	LLANTO
K	IRRITABILIDAD
L	RETRAIMIENTO SOCIAL
M	INDECISIÓN
N	CAMBIO EN LA IMAGÉN CORPORAL
O	RETARDO EN EL TRABAJO
P	INSOMNIO
Q	AGOTAMIENTO
R	ANOREXIA
S	PÉRDIDA DE PESO
T	PREOCUPACIÓN SOMÁTICA
U	PÉRDIDA DE LA LIBIDO

Interacción de los tres neurotransmisores en la Psicopatología de la Depresión

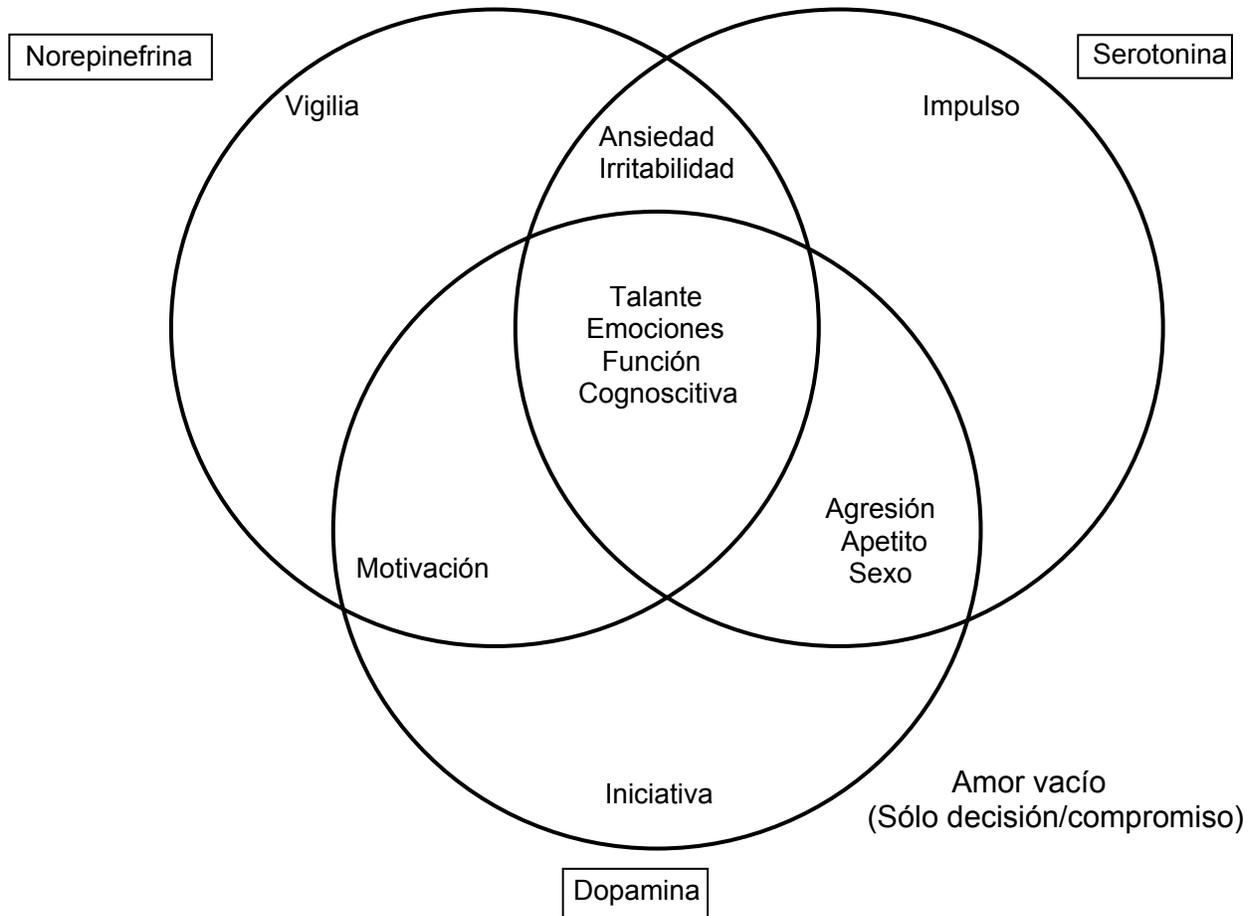


Fig. 3. La figura muestra los neurotransmisores y su posible influencia en la psicopatología de la depresión (Tomado de Guadarrama Leyla, Alfonso Escobar, Limei Zhang)