



UNAM IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“Depresión, Conflictos Familiares y Adicción en una muestra de
Adolescentes Tabasqueños”**

TESIS APLICADA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**MARÍA ISABEL ROBLES RODRÍGUEZ
MARIE ANN DANIEL MEJÍA**

DIRECTORA: **DRA. NORMA COFFIN CABRERA**
DICTAMINADORES: **DR. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ**
**LIC. MA. DE LOURDES JIMÉNEZ
RENTERÍA**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO, MARZO DE 2009



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.

ÍNDICE

• Resumen4
• Introducción.....	.5
• Capitulo 1 “Adolescencia”	
1.1. Definición de Adolescencia.....	13
1.2. Componentes Biológicos de la Adolescencia.....	15
1.3. Componentes Psicológicos de la Adolescencia.....	17
• Capitulo 2 “El Adolescente y sus Conflictos Familiares”	
2.1 Definición de Conflictos Familiares.....	23
2.2. La familia del Adolescente Mexicano.....	23
2.3. Efectos Psicológicos de los Problemas Familiares.....	25
• Capitulo 3 Depresión	
3.1. Antecedentes de la Depresión.....	28
3.2. Etiología de la Depresión.....	30
3.3. Clasificación y Síntomas.....	35
3.4. Enfoque Psiquiátrico y Psicológico de la Depresión.....	42
3.5. Depresión y Género.....	43
• Capítulo 4 Adicciones	
4.1 Antecedentes y prevalencia de la Adicción.....	46
4.2 Definición de Adicción.....	46
4.3 Tipos de drogas y efectos.....	.47
4.4 Adolescencia y adicción.....	48
• Capítulo 5 Método	
5.1 Objetivo General.....	51
5.1.1 Objetivos Específicos.....	51
5.2 Participantes.....	51
5.3 Instrumentos.....	51
5.4 Definición de las Variables.....	52

5.5 Procedimiento.....	52
5.5.1 Diseño de Estudio.....	52
• Capítulo 6 Resultados.....	55
• Capítulo 7 Conclusiones y Discusión.....	69
• Referencias.....	74
• Anexo 1.....	.80
• Anexo 2.....	88
• Anexo 3.....	91

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de transición del ser humano en donde se presentan cambios físicos y psicológicos. Para algunos autores este es un periodo de crisis en donde se va de la alegría a la tristeza en respuesta al cambio drástico de ser niño y la etapa adulta. En esta etapa el adolescente enfrenta diversas dificultades en su ámbito familiar, social y cultural, entre ellas la depresión, adicción y conflictos familiares, las cuales son las variables de interés del presente estudio, en el que el objetivo perseguido fue analizar la relación que existe entre la depresión, la adicción y los conflictos familiares en una muestra de 402 adolescentes escolarizados, de ambos sexos, que habitan en algunas comunidades rurales y urbanas del Estado de Tabasco. Se aplicó la Lista de chequeo de Silva(1993), la adaptación de la Escala FES de Moos y la adaptación de Jurado al BDI de Beck. Se encontró correlación entre las tres variables estudiadas, además se halló que los hombres presentan mayor incidencia de depresión severa; las mujeres perciben conflictos familiares severos y la presencia de estas dos variables se presentan más en la zona rural y en el 1° grado. Además el 48% de hombres y mujeres son consumidores de drogas legales (alcohol y cigarrillos) e ilegales (sustancias inhalables), consumiendo más los adolescentes que habitan en zona urbana y que cursan el segundo grado de secundaria.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia puede ser una época de alegría irreprimible, así como de una tristeza y una pérdida aparentemente inconsolables; de una inclinación por los grupos y por la soledad; de altruismo y egoísmo; de curiosidad insaciable y aburrimiento; de confianza y duda en uno mismo. Pero, sobre todo, la adolescencia es un periodo de cambios rápidos: físicos, sexuales e intelectuales dentro del adolescente; y de cambios ambientales en la naturaleza de las exigencias externas que la sociedad impone en sus miembros en desarrollo. En ninguna otra época, desde los dos años de edad en adelante, el individuo experimenta tantos cambios como en el periodo cercano a la pubertad. No es sorprendente ver a tantos adolescentes que se enfrentan a una imagen física en cambio constante, reflejada por el espejo, los cuales se dan cuenta de sus nuevos y algunas veces extraños sentimientos y pensamientos, preguntarse “quien es esa persona” (Conger, 1980).

Entre los cambios durante este estadio, el adolescente se enfrenta a diversas crisis que afectan su estado de ánimo; una de ellas es la depresión, que como lo definen Llaberia y Lorente (1990), es un conjunto de síntomas que interfieren en la capacidad de los sujetos para dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes les resultaban placenteras.

Los jóvenes, como lo afirma Blum (2000), son uno de los grupos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, debido a los procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta.

De acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, citadas por Ministerio de Salud, 1998), la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retardo mental, la epilepsia, demencias y la esquizofrenia. Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia e ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernad, 2000).

Cassano y Fava (2002), resaltan la relación entre depresión y salud pública, mencionando los hallazgos de diversos autores en cuanto a las consecuencias del trastorno depresivo mayor, entre las cuales se encuentran el incremento de la mortalidad, la disminución de la actividad productiva, el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud, el incremento de los comportamientos agresivos, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios y el consumo de drogas,

Los datos más recientes sobre suicidio en el estado de Tabasco indican que en el año 2005, se presentó una incidencia de suicidios de 196 habitantes anualmente, por causa multifactoriales como son: disgustos familiares o amorosos, crisis económica, enfermedades mortales y mentales.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI 2005), sobre mortalidad en el estado de Tabasco, el cual se encuentra entre los más altos índices de mortalidad de México, con 4.4 anual por 1 000 habitantes.

La depresión adolescente ha sido asociada con aumento del riesgo de abuso de sustancias y suicidio. La presencia de depresión, consumo de sustancias y bajo rendimiento académico puede llegar a ser simultánea, debido a que son problemáticas comórbidas (Diego, Field & Sanders, 2003), y se conoce que la probabilidad de presentación de conductas de riesgo en jóvenes aumenta cuando se presentan otras conductas de riesgo previas (Arias, 2000).

En el estudio realizado por Field, Diego y Sanders (2001), se encontró una relación entre la presencia de depresión y bajo rendimiento académico. Específicamente se encontró que los adolescentes deprimidos dedican menos tiempo a hacer las tareas, tienen calificaciones bajas.

La escuela es un agente socializador prioritario; en ella tienen el primer contacto con sus pares y con figuras de autoridad distintas de los padres, y al mismo tiempo es el entorno en que el sujeto tiene oportunidad de conseguir el reconocimiento social de sus primeros logros (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002). Villatoro, Medina, Hernández, Fleiz, Amador y Bermúdez (2005) escriben que las investigaciones sobre consumo de drogas en escuelas se realizan en México desde 1976 y han permitido mantener una observación constante del comportamiento del consumo en esta población. Además dichos autores aportan que los estudios de esta naturaleza han permitido conocer qué nuevas drogas están utilizando los adolescentes y el modo en que diversos aspectos de su situación social y personal influyen en la decisión de consumir dichas sustancias.

Dias (2002) opina que la adolescencia es, además de un período de desarrollo, un periodo de crisis en cuanto a independencia y autodescubrimiento debido a las singulares tareas de acomodamiento a una imagen corporal cambiante, la creación de una identidad madura, la separación, la autonomía y la individualización respecto de la familia y el establecimiento de los cimientos de la

responsabilidad de las relaciones con uno mismo; por lo que los adolescentes pueden sentirse asediados por una ociosa tentación de evitar el proceso y escapar mediante conductas auto destructivas. Una de ellas es el consumo de sustancias que retardan la maduración y alteran la mente.

Conger (1980) asevera que son muchos los factores que influyen en cuanto a la decisión de un adolescente sobre el ingerir o no una droga. Una razón por la cual pueden hacerlo es, sencillamente, porque están ahí. Nuestra sociedad se ha convertido, en una “cultura de drogas”: a diferencia del joven promedio de hace cincuenta años, cuyas oportunidades de usarlas se limitaban al alcohol y al tabaco, los adolescentes actuales tienen ante sí un “cuerno de la abundancia”, en lo que a drogas se refiere.

Durante la adolescencia, el joven experimenta diversos cambios y en algunos casos se vuelve rebelde creyendo que todo lo que hace está bien y que a los jóvenes no les pasa nada malo, que no hay riesgos y que todo lo tienen bajo control. Esta actitud se manifiesta en muchas ocasiones en el consumo de drogas y alcohol, las cuales le proporcionan una agradable sensación de placer y bienestar (Curria y Morson 2000, en Lanz, Montiel y Sánchez, 2004).

La adicción, farmacodependencia o drogadicción se puede definir como el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprímible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones con el fin de evitar el malestar producido por la privación de éste. Existen diferentes sustancias capaces de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que producen un estado de dependencia ya sea psíquica, física o ambas. La droga psicoactiva es la sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.).

En muchos estudios se muestra que el uso de drogas se relaciona con el bajo rendimiento académico, con el ausentismo y con el abandono escolar, y sus expectativas respecto a su éxito académico son negativas (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002).

Para evaluar el cambio y lo ocurrido en la población de estudiantes adolescentes del año 2001 al 2003 en el tema de adicciones, fueron aplicados La IV Encuesta Nacional de Adicciones (INPRFM), La Encuesta Nacional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, las encuestas estatales y municipales en población estudiantil de nivel medio (Querétaro; Ríoverde, San Luis Potosí; Sinaloa, Tamaulipas y Ciudad Guzmán, Jalisco), de medio superior (los mismos estados o municipios, sin incluir Ciudad Guzmán, y un estudio de Guanajuato y de educación superior (Ríoverde, SLP).

De estas investigaciones, Villatoro et al (2005), señala los principales resultados: en primer lugar se observó un incremento en el consumo de drogas, especialmente de alcohol, marihuana y metanfetaminas, aunque el índice general de consumo se mantiene estable. En segundo lugar, ha habido cambios en la proporción de hombres y mujeres en los índices de consumo, de tal manera que las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco de las mujeres presentan valores similares a las de los hombres, e incluso en algunas zonas es más elevado el consumo de ellas. En cuanto al consumo de drogas ilegales, aunque es menor, tiende a ser similar. Asimismo, el consumo de drogas médicas, en especial los tranquilizantes, es mayor en este grupo. En tercer lugar, hay variaciones regionales, de manera que el consumo es mayor en las grandes urbes. Sin embargo, las nuevas generaciones se ven más afectadas sin importar el nivel de urbanización del lugar en que viven. En cuarto lugar, ya se ha señalado antes que estar estudiando es un factor protector contra el consumo de drogas, por lo que el consumo es más alto entre los adolescentes que ya no se encuentran estudiando (de acuerdo con datos de la Tercera Encuesta Nacional de Adicciones y del estudio de 100 ciudades y de la ciudad de México del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En quinto lugar, el inicio temprano del consumo de tabaco o alcohol, principalmente antes de los 13 años, incrementa mucho las posibilidades de consumir otras incrementa mucho las probabilidades de consumir otras drogas,

como mariguana, inhalables o cocaína. Esta situación es preocupante pues la bibliografía reporta además que la edad de inicio de estas sustancias es cada vez menor. En sexto lugar, el consumo de drogas no es un factor aislado. Teórica y empíricamente, se ha visto que algunos precursores del consumo de drogas los son también de otras conductas, como tener relaciones sexuales sin protección, incurrir en conductas antisociales o delictivas, o aún intentar suicidarse.

Estudios realizados en el país muestran claramente que la familia y la escuela siguen siendo los dos determinantes más importantes para el consumo de sustancias o su prevención (Villatoro et al 2002). Arrellanez, Díaz, Wagner y Pérez (2004) indican que los datos de su investigación apoyan la noción del uso de drogas como forma inadaptable de afrontamiento; corroboran igualmente su relación con el estrés, la depresión y con factores familiares como el conflicto, la existencia de pautas rígidas, la interacción y la falta de vínculos de apoyo y afectivos.

Otros aspectos que en las investigaciones también se relacionan frecuentemente con la depresión son: el ambiente familiar, las relaciones entre padres e hijos y los recursos de apoyo familiar. Aunque cabe señalar, que en la mayoría de los estudios en los que se evalúan tales relaciones se incluyen otras variables, las cuales generalmente son la ideación suicida y el consumo de drogas.

El estudio de la adolescencia debe incluir todos los factores que afectan al individuo, la cultura a la que pertenece, el ambiente físico y social que le rodea, los aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas y las circunstancias y el momento histórico en que se encuentre el joven. La familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Así mismo, esta unidad debe permitirle a los individuos desarrollar sus habilidades, enseñándoles a superar las limitaciones que existen (Dulanto, 2000b).

En medio de la crisis en la adolescencia, la familia está encargada de regular y proporcionar recursos afectivos al adolescente por medio de normas y valores,

con el objetivo de que éste no sea presa fácil de tomar conductas que afecten a su salud y estado de ánimo. Por ello como lo menciona De la Fuente (1969) algunos jóvenes encuentran en la etapa de la adolescencia grandes dificultades para funcionar íntegramente ante situaciones que exigen responsabilidades sociales, escolares o familiares.

Dentro de las relaciones afectivas se llevan a cabo varios procesos de individuación necesarios para el desarrollo del adolescente, ya que posibilitan diferentes situaciones, en las cuales practican, mejoran y cambian los patrones de interacción aprendidos en la familia.

Asimismo, con respecto a la percepción de los conflictos familiares y su incidencia con el rendimiento escolar, se ha encontrado que mientras las variables escolares resultan débiles y de poca consistencia, las no relacionadas con la escuela, así como las características de los alumnos, son mecanismos importantes para predecir el aprovechamiento (López, 1994).

Dado que en el estado de Tabasco, existen datos elevados sobre las tasas de suicidio, es importante comprender la epidemiología en este estado de los factores que se ven relacionados como la depresión, el consumo de drogas y los conflictos familiares, en adolescentes que asistan a la escuela.

Particularmente hablando del estado seleccionado para la aplicación del presente proyecto las cifras de la Secretaría de Educación Pública nos indican que en el estado de Tabasco se cuenta con un total de 11 878 alumnos (hombres y mujeres) de nivel secundaria, distribuidos en 57 escuelas públicas, estos datos se refieren a Inicio de Cursos del Ciclo Escolar 2006-2007.

Dentro de las relaciones afectivas se llevan a cabo varios procesos de individuación necesarios para el desarrollo del adolescente, ya que posibilitan diferentes situaciones, en las cuales practican, mejoran y cambian los patrones de interacción aprendidos en la familia.

Por lo anterior podemos ver que el adolescente del siglo XXI atraviesa por una crisis dentro y fuera de la familia, lo que nos llevó a realizar un estudio Psicoepidemiológico, el cual en general, permite al investigador obtener una muestra representativa de la población nacional urbana y rural, en diversas poblaciones de niños, adolescentes o adultos, esto con la finalidad de realizar un estudio de la frecuencia y distribución de las enfermedades físicas y mentales en poblaciones humanas, esta también incluye la investigación de las relaciones entre la frecuencia de las enfermedades y diversos factores individuales o ambientales potencialmente causantes de las mismas

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación que existe entre la depresión, la adicción y los conflictos familiares en adolescentes escolarizados, de ambos sexos, que habitan en algunas comunidades rurales y urbanas del Estado de Tabasco.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

“La adolescencia es esencialmente una manifestación de salud que la sociedad debería AFRONTAR pero NO REMEDIAR”

J. W. WINNICOTT

1.1 Definición de Adolescencia

ADOLESCENTE, s. Del latín adolescents (“que está creciendo”), el término aparece en francés en el siglo XIV (Fize, 2007). Este autor identifica que en la antigua Roma solía confundirse con otros términos similares, como “muchacho” o “joven”, pues, el adolescente romano, cuya edad va de 17 a 30 años, corresponde más a un joven adulto que a nuestro adolescente moderno. Continúa anotando que esta confusión respecto del uso del término, perdura a lo largo del Antiguo Régimen, y al igual que en Roma, el término se utilizó para llamar únicamente a los varones; además diversos autores como Marot, Villon o La Bruyère, emplean el término con un sentido despectivo. El término adolescente se encuentra ya en textos de Platón en los diálogos socráticos, *El banquete* y *La república*, de Ovidio en el *Arte de amar*, de Plauto en *Los misioneros*, de Cicerón en los *Tusculanos* o *De senectute*; sin embargo, afirma Fize, el adolescente (tanto la palabra como el “referente”) no se impone sino hasta la segunda mitad del siglo XIX.

Fize (2007), aclara que desde un punto de vista, adolescencia es sinónimo de pubertad, cuando menos, ésta es la definición más usual. Heredada de la medicina y de la biología, esta definición remite a las modificaciones corporales (se habla entonces de la pubertad física) pero también — con las aportaciones de la psicología — a los mecanismos de maduración psíquica y afectiva (se habla en este caso de pubertad mental), haciendo referencia a “Cuerpo nuevo, mente nueva, es el *segundo nacimiento* del que habla Rousseau”.

La adolescencia es el período que transcurre entre la niñez y la edad adulta. Derivada de la palabra latina que significa “crecer hasta la madurez”, en lo que

respecta a la sociedad occidental, la época que va desde los doce o los trece años hasta comienzos de los veinte, su iniciación está precedida por la pubescencia, esa etapa de rápido desarrollo fisiológico durante la cual maduran las funciones reproductoras y los órganos sexuales primarios, su termino se encuentra cuando el sujeto está sexualmente maduro y en condiciones de reproducirse (Papalia, 1999).

En general, se entiende por adolescencia una etapa que abarca desde los finales de la infancia hasta la futura adultez, englobando todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano. La adolescencia puede tener cualquier duración y la intensidad de los procesos que en ello acontecen es variable en todo su trayecto, pudiendo alcanzar hasta 10 años (desde que se inicia) en nuestras sociedades occidentales contemporáneas. Pero sobre todo, hay que señalar que se trata de un proceso psicológico y psicosocial vinculado a la pubertad; por ser ésta su índole se trata de un proceso que varía de persona a persona, de familia a familia y de época histórica a época histórica, era, centuria o década en relación con la siguiente. Es una etapa que está sujeta a cambios y modificaciones continuos, llena de dinamismo, mutable en sí misma. (Ampudia, Baeza, Bielsa, Furest, Gastaminza, Martínez Sais, Molina, Pedreira Massa, Riera, Sabaté, Sarlé, Tomás y Vacas, 2001).

El término “pubertad” define, etimológicamente, la manifestación del vello púbico, y Fize (2007) desde un punto de vista orgánico, lo define como la segunda fase sexual que anuncia la llegada de la madurez sexual, la cual se manifiesta en la mujer con las primeras menstruaciones (generalmente entre los 12 y 13 años), en el varón con las primeras eyaculaciones (de las cuales los interesados no suelen hablar, por lo que resulta más difícil determinar exactamente cuándo ocurren. No obstante se estima que tienen lugar hacia los 13 a 14 años).

La adolescencia no solamente es ese proceso vital que llamamos pubertad (con sus dos vertientes, biológica y psíquica), sino también en este estado social y cultural, caracterizado por una nueva relación con el mundo y con los demás, por nuevos modos de vida entre semejantes (Fize, 2007).

El enfoque histórico sociológico destaca menos “una edad de transición” que en un estado social y cultural, menos el “singular” adolescente que el “plural” generacional. Lo que determina su identificación ya no es tanto la pubertad, sino los aspectos culturales y sociales (Fize, 2007).

Si bien los adolescentes actuales disponen de su propio lenguaje, de su propia realidad cultural, de sus códigos indumentarios específicos, su mundo resulta difícil de aprehender (Fize, 2007).

Buelga (1999), por su parte, menciona que el periodo de la adolescencia, ha sido definido como la fase de transición entre la niñez y la edad adulta, y sin embargo aclara que puede entenderse más que como un estadio concreto, como un cúmulo de circunstancias en las que se encuentra el joven y en el que prevalecen las restricciones. Asimismo, señala la diferencia de las concepciones de adolescencia, según la perspectiva del desarrollo y según la perspectiva del ciclo vital, la cual ubica su desarrollo como proceso a lo largo de la vida.

Datos proporcionados por Santos, Villa-Barragán, García, León, Queza y Tapia (2003) nos mencionan que en el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo. En México la población de este grupo de edad se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual representaba alrededor de 31% de la población total (22% la población adolescente y 9% la población joven).

1.2 Componentes Biológicos de la Adolescencia

Para García (1970) al abordar el concepto biológico de lo que debemos entender por edad o período juvenil, es necesario aclarar que estos períodos o etapas evolutivas en el desarrollo de un ser, no pueden considerarse como elementos existencialistas desvinculados o independientes aunque sea visto ontológicamente o

filogenéticamente o en lo individual. Este razonamiento lo justifica pues desde un punto de vista ontológico, “la juventud” no existe pues como tal período referido a la especie no tenemos puntos existenciales que constituyen en las diversas y sucesivas etapas de la evolución del hombre desde su principio; y es por ello que este autor al referirse al fenómeno juvenil, lo hace como una etapa biológica en el campo de la evolución filogenética e individual, ya que de esta manera se puede tener una conciencia clara de los dos puntos de referencia que nos hacen falta para encontrar la posibilidad de una valoración cronológica: el nacimiento y la muerte.

La confusa secuencia de acontecimientos que producen tanto el crecimiento físico como la madurez sexual está controlada por las hormonas secretadas por glándulas endocrinas, las cuales a su vez comienzan a funcionar debido a las señales emitidas por el hipotálamo, un importante centro de coordinación ubicado en el cerebro. Esto sólo puede ocurrir cuando el hipotálamo ya ha madurado lo suficiente. La señal estimula a la glándula pituitaria, ubicada justo abajo del cerebro.

Es en esta etapa cuando se da el “estirón del adolescente”, el cual se refiere al rápido incremento de peso y estatura que acompaña a la pubertad. Aproximadamente se da a la edad de diez años y medio o hasta los dieciséis años en los niños, y dos años antes, en promedio, en las muchachas. Los cambios en la estatura y el peso van acompañados de cambios en las proporciones físicas del niño. La cabeza, las manos y los pies son los primeros en alcanzar la talla del adulto. Les siguen los brazos y las piernas, los cuales crecen más rápido que el tronco, que es el último en desarrollarse.

Las diferencias sexuales en la forma del cuerpo también se acentúan durante la adolescencia temprana. Las caderas de las niñas se ensanchan pronunciadamente al iniciar la pubertad, es decir en ellas aumenta la grasa corporal; y los muchachos incrementan su masa muscular, la fuerza y requerimiento de calorías.

Puede haber algunas variaciones individuales y perfectamente normales en la secuencia de los acontecimientos que llevan a la madurez sexual a los

adolescentes. Normalmente en los varones comienza el aumento de tamaño en escroto, pene y testículos; la voz se hace más grande a medida que la laringe crece; comienza a aparecer vello en las axilas y en el labio superior; aumenta la producción de espermatozoides y pueden presentarse eyaculaciones durante el sueño. En todos los muchachos adolescentes aumenta el tamaño de la areola.

En las muchachas, el patrón característico es el siguiente: crecimiento primario del busto y redondeamiento de las caderas; aparición incipiente del vello púbico; aumento en el tamaño del útero y la vagina, de los labios y el clítoris; después aparece un bello púbico pigmentado y bien desarrollado; cantidad moderada de vello axilar; mayor desarrollo de los senos; pigmentación de los pezones; aumento en el tamaño de la areola; menarca o inicio de la menstruación. La menarca indica que los ovarios están activos y comienza la capacidad de concebir, comienza aproximadamente alrededor de los 13 años, en la edad del inicio pueden intervenir factores ambientales, hereditarios, de alimentación, de higiene o de condiciones de vida. Hay muchas creencias acerca de la menarca así como diferentes representaciones sociales de este hecho, las diferencias tienen lugar en la familia o hasta en la sociedad.

1.3 Componentes Psicológicos de la Adolescencia

En cada una de las etapas de la vida del ser humano se muestran cambios, algunos bastante visibles como en la pubertad y otros que sólo la persona sufre puede percibirlos (Fierros, 1999).

Jung (1960) citado en Ardila (2007), describe a esta etapa como un período de estrés y de conflictos intrasíquicos. Menninger (1968), Hurlock (1968) y Erickson dicen que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por los conflictos en las relaciones sociales y el control emocional.

La adolescencia es una etapa, período o estado que se presenta con características bien definidas en el gradual desarrollo del hombre, aparece como un

salto importante entre la infancia y la adultez; para algunos autores, la adolescencia se considera como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los problemas de ser en función de sí mismos y en relación con el grupo familiar. La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la adolescencia concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos (Rivero, 2003)

Esta etapa es trascendental y crítica para el desarrollo humano debido a la serie de cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales que conlleva, dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta así mismos, a las demandas familiares y sociales, produciéndoles gran ansiedad, rabia y frustración, sentimientos que aparecen debido a sus características de personalidad y a la falta de apoyo social (Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, González, Amador y Bermudez, 2000)

Para Collado y González (1996) una de las etapas más importantes del ser humano (en tanto los cambios se generan) es la adolescencia, ya que es en ésta en donde el individuo se apropia de nuevos valores, define su identidad, inicia el proceso de independencia y a su vez inicia vínculos amorosos fuera del ámbito familiar, lo cual tiene implicaciones en todas sus áreas.

Papalia (1999) menciona que la madurez cognoscitiva se alcanza cuando una persona es capaz de dominar el pensamiento abstracto o lo que Piaget denominó “operaciones formales”, esto permite que los jóvenes puedan tener flexibilidad para hacer frente a los problemas, que puedan probar hipótesis y puedan practicar el razonamiento hipotético-deductivo, en donde el medio ambiente desempeña una función de gran importancia para el logro de esta etapa de desarrollo cognoscitivo.

Para Inhelder (1958) y Piaget (1969) visualizan el período de la adolescencia como un gran cambio en el funcionamiento intelectual en general (Ardila, 2007).

El egocentrismo de la adolescencia se manifiesta en la creencia del adolescente de que los pensamientos de los demás están centrados en él, tal como él se preocupa por sí mismo, al final se va superando cuando él se da cuenta que las personas que le rodean tienen otras preocupaciones (Papalia, 1999).

William (2007) hace una división de las características del período de la adolescencia las cuales las describe como:

- **Adolescencia temprana:** Va de los 10 a los 14 años, el pensamiento del joven tiende a ser muy concreto, con fines muy inmediatos y la separación de los padres apenas comienza, con una actitud rebelde, pero sin un distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo; generalmente se tiende al grupo de iguales, con un tímido avance hacia el sexo opuesto. Son frecuentes las demostraciones de mal genio, discusiones, muchas veces directas a los padres, estas manifestaciones pueden transformarse, en algunos casos en conducta antisocial o delincente.
- **Adolescencia media:** De los 15 a los 17 años, la separación de la familia comienza a hacerse más real, la búsqueda de amigos es más selectiva y pasa de las actividades en grupo a pareja. El adolescente busca diversas alternativas en cuanto a parejas, reuniones y puntos de vista. En caso surge sintomatología ansiosa o depresiva, la cual es transitoria, así como dudas acerca de su identidad sexual.

Por otro lado según Balcázar (1996), dice que una constante interrogante del ser humano se centra en la descripción que hace de las características de sí mismo. Así, el autoconcepto es una función importante de la personalidad, la motivación, el comportamiento y la salud mental. Puede considerarse que la elaboración de tal término surge de la pregunta ¿Quién soy? Y tiene que ver con la forma como la persona actúa, piensa y siente en relación a sí misma. Tal concepto no solo incluye el conocimiento de lo que es, sino también de lo que quiere ser, lo cual permite a la personalidad del adolescente desarrollarse más adecuadamente dentro de su medio ambiente. El comportamiento humano va cambiando de dirección estimulando por las exigencias sociales, biológicas y emocionales.

Inekeles (1969) afirma que el concepto de socialización se refiere, al proceso mediante el cual los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema tales como: conocimientos, valores, necesidades, motivaciones, etc., las cuales conforman la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en el que viven (Ardila, 2007).

Valle Gómez, Valenzuela y Acasuso (1996) plantean que aunque existen discrepancias respecto a si la adolescencia representa un periodo de crecimiento o tensión y desajuste, se acepta que es una etapa que demanda esfuerzos de adaptación a nuevas necesidades internas y demandas sociales. La mayoría de los adolescentes pasan por un periodo sin presentar problemas importantes, pro aproximadamente 20% tiene un riesgo mayor de padecer alguna forma de desajuste emocional y aunque no se ha encontrado explicaciones definitivas, han descubierto que las mujeres adolescentes son mas vulnerables en sus relaciones sociales y tienen una mayor tendencia al mal humor, depresión, perder el control y a tener menor autoestima.

En lo que respecta a la salud mental, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en adolescentes es mayor al 10% y posiblemente, más alta en regiones urbanas en donde los niños y sus familias están más expuestas a fuentes de estrés psicosocial. Giradi y Andrade (1988) plantean que la importancia de las variables sociodemográficas para la depresión confirma la posición de que las manifestaciones depresivas varían particularmente en función de la edad y el sexo, pero también pueden se consecuencia de la educación.

Los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas; los datos disponibles indican que los problemas mentales están entre los que contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades. Los niños y adolescentes, entre otros, constituyen un grupo que vive en condiciones o circunstancias difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental. Se reporta que la depresión, los intentos suicidas y la ansiedad, se encuentran entre los trastornos más frecuentes. Asimismo, la falta de escolaridad ha

desencadenado factores precipitantes de conductas antisociales (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998)

La mayoría de los niños y adolescentes presentan sentimientos depresivos en algunas ocasiones a lo largo de su vida, sin embargo la mayoría de las veces estos sentimientos no son duraderos y no absorben gran cantidad de sus pensamientos, tiempo ni energía, por lo que el individuo logra sobrepasar la frustración de no ser aceptado en el equipo de fútbol, de no haber obtenido la calificación deseada o de no haber sido tratado por sus compañeros como él lo esperaba (Feldman, 2001)

Balazario Jefe del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de los Centros de Integración Juvenil de México D.F., menciona que una persona deprimida, en particular cuando se trata de adolescentes, suele lamentarse de un inmenso malestar, su perspectiva del futuro parece clausurarse o pierde el sentido. Experimenta temor y preocupación por “eso terrible” que puede ocurrirle, pero no es extraño que se muestre irritable e indiferente con las otras personas, o por las actividades y cosas de la cotidianidad, frecuentemente su pensamiento o actitudes se revisten de pesimismo, adquiriendo posicionamientos de desesperación, desesperanza o desamparo, pero no es extraño que presente disfuncionalidades somáticas.

Los cuadros depresivos y los cambios de humor también sufren una evolución a lo largo de la niñez y la entrada de la adolescencia, la extroversión aumenta con la edad en ambos sexos, pero más en las niñas que en los niños. Así mismo durante la adolescencia, las alteraciones del humor se vuelven más comunes (William, 2007).

Es importante que los cambios físicos y emocionales que viven los adolescentes durante la época de la transición de la niñez a la adultez no son nada sencillos: el buscar independencia y la autonomía, el pensar por sí mismos y aprender a tomar decisiones, el socializar, etc. Por ejemplo cuando las cosas no resultan como ellos esperaban, puede llevarlos fácilmente a deprimirse y a buscar alternativas para enfrentar las situaciones displacenteras, con la finalidad de obtener

fortaleza y una respuesta a sus problemas, uno de estos escapes puede ser el consumo de drogas.

En estos años de crisis de identidad, con frecuencia se acude a algún tipo de adicción, como una respuesta rápida a sus problemas, poniendo en peligro su salud mental y física, sin poder resolver sus problemáticas.

En el sentido psicológico, se considera que se ha llegado a la edad adulta cuando se han cumplido con las siguientes etapas de la adolescencia: descubrimiento de la propia identidad, independencia en el hogar o de los padres, desarrollo de las propias relaciones de amor o amistad (Papalia, 1999).

CAPITULO 2

EL ADOLESCENTE Y SUS CONFLICTOS FAMILIARES

2.1 Definición de Conflictos Familiares

Toda edad tiene su problemática y está es el resultado de contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes y la posibilidad que la cultura brinda en un momento dado para satisfacerla (Sánchez, 2007).

2.2. La familia del Adolescente Mexicano

La familia es uno de los marcos culturales donde se desenvuelve el adolescente, ya que allí es donde aprende, en diversas situaciones familiares, a cumplir con lo que los demás esperan de él. Por lo cual la familia es el principal lugar en el cual el adolescente recibe mayor influencia en su educación (Silva, 1991).

En los adolescentes, la calidad de relación padre/madre-hijo es un elemento fundamental que puede influir en la búsqueda de apoyo familiar, de amigos o de nadie cuando tienen que enfrentarse a conflictos cotidianos. Para los adolescentes es imprescindible separarse de sus padres para explorar y establecer relaciones extrafamiliares maduras que contribuyen 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, esta circunstancia se hace vulnerables a los adolescentes respecto a su entorno social más cercano como recurso de apoyo en la transición familia-amigos (Forteza y Palos, 1995).

En cuanto a los sentimientos de independencia Ardila (2007) afirma que el adolescente se encuentra en la preparación para los roles de un adulto más independiente, el muchacho casi inevitablemente cambia su orientación de la familia hacia los compañeros y luego más ampliamente hacia la sociedad. Los psicólogos

están de acuerdo en que el ser humano progresa de un comportamiento centrado en la familia en los amigos del mismo sexo y de ahí al comportamiento que busca la satisfacción de las necesidades afectivas en personas del mismo sexo, los cuales son proveedores de un grado considerable de seguridad emocional, para que en el futuro se conviertan en prototipos de futuras relaciones interpersonales

El comportamiento moral y la conciencia, entendidos como un conjunto integrado de creencias y actitudes acerca de lo que es bueno o es malo, correcto o incorrecto parte de la educación familiar impartida

Cabe mencionar que la agresión puede ser aprendida mediante la imitación de modelos sociales y familiares, así como por refuerzo social (William, 2007).

Sánchez (2007) realiza una descripción de diversos modelos familiares deformantes que pueden repercutir en la conducta del adolescente, las cuales se muestran a continuación:

- Familia carencial: ocupada, débil, inculta, indiferente y con bajos recursos económicos
- Familia desordenada: inarmónica, llena de compromisos sociales, jugadores
- Familia discordante: divorciada, incompatible, problemas sexuales y ambiciosa
- Familia tiránica: dinámica cerrada, sin oportunidad de participación y tienden a juzgarse duramente sus actos
- Familia anómala: psicopatías, deficientes mentales y con presencia de adicciones
- Familia patológica: presencia de neurosis y psicosis
- Familia nociva: perversa y con problemas en sus relaciones humanas
- Familia corruptora: en el sentido sexo-sentimental, prostitución y vagabundaje
- Familia anti-social: delincuentes y sin habilidades sociales
- Familia explotadora: de menores y extorsión
- Familia de pudientes: ambiciones, lujos excesivos, influyentes

- Familia amoral: sin ética personal, social o religiosa
- Familia desadaptada: tradicionalista y rígidos
- Familia en transculturación: problemas de fronteras, ilegales, matrimonios extranjeros, con culturas diferentes

El autor hace notar que la crisis en la que vive el adolescente es parecida a un tipo de neurosis, el cual lo hace un terreno favorable para cometer actos delictivos, en donde la familia tiene una enorme influencia, por ejemplo: la madre es rechazante, traumática y castradora, en la dinámica familiar hay problemas con la figura de autoridad, tienen bajos valores morales, puede existir alcoholismo o carencia de necesidades básicas.

2.3. Efectos Psicológicos de los Problemas Familiares

López, Búlas, León y Ramírez (2005) mencionan que en el proceso de socialización la familia juega un papel importante, ya que es en el contexto familiar donde se comienza a adquirir las creencias valores y hábitos que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol o drogas. El núcleo familiar posee factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros produciendo una influencia constante durante el proceso de drogodependencia (inicio del consumo, mantenimiento y demanda). Los progenitores ejercen una notable influencia sobre el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva de sus hijos, sus actitudes, valores, mensaje implícitos o explícitos, la manera de relacionarse, de solucionar conflictos o gestionar emociones ejercen un notable impacto sobre el ajuste psicosocial de sus hijos. Las pautas de comportamientos hacia los hijos pueden facilitar o dificultar el ajuste conductual, emocional y social de estos.

Las patologías del adolescente son resultado de las contradicciones familiares, tales como; madres solteras, padres ausentes, hacen que el adolescentes carezca de posibilidades de integrar una imagen masculina/femenina, que integre enmarque su estructura y brinde identidad. Si la familia, escuela o

sociedad no brindaron las bases adecuadas, el joven es mas expuesto a presentar conductas antisociales como una expresión de inadaptación (Sánchez, 2007)

Cuando el adolescente se ve amenazado social, escolar o familiarmente recurre al uso de drogas, para facilitar la autoestima y la confianza en sí mismo, lo que obedece a liberarse de un sentimiento de inseguridad y angustias de un ambiente familiar nocivo (Ayala y Licéaga, 2007)

La apatía y la resignación constituyen reacciones extremas ante una frustración y un estrés prolongados, los adolescentes a menudo optan por el cinismo como medio de protegerse del dolor que les causaría el desengaño de sus esperanzas idealistas. El refugio en la fantasía es una de las tácticas para buscar soluciones fantásticas, las cuales son mucho más agradables que su realidad cotidiana, intentan de esta manera compensar una realidad ambiental imposible de aceptar, creando algo inexistente el cual sea su ideal de vida (William, 2007/

Cuando llega a existir serios conflictos con la autoridad, el adolescente adopta una actitud ambivalente, algunas veces agresiva y demandante, o indiferente, lo que lleva a estados depresivos. Percibe el medio como hostil, las figuras parentales no satisfacen. Hay en ellos una desconfianza básica hacia el adulto y es común que al padre lo vean distante, ausente o débil; en tanto a la madre es generalmente más posesiva y al mismo tiempo rechazante. Como resultado a ello se tiende a tener un espíritu de rebeldía contra los valores de la estructura social (Ayala y Licéaga, 2007).

En esta etapa de la vida humana, el trastorno de ansiedad se expresa y manifiesta en diferentes circunstancias. Estos autores desarrollaron un trabajo en 380 estudiantes de BUP, que básicamente coincide con el publicado por HILL en 1989, donde hacen referencia a la importancia que dan los adolescentes encuestados a la hora de sentir ansiedad desde el 90% de la primera al 50% de la última del siguiente listado.

1. Físico poco atractivo
2. Amistades

3. Ser rechazado por los pares
4. Volverse loco
5. Abandonar el hogar familiar
6. Ausencia de intimidad
7. ¿Merece la pena vivir?
8. Favoritismo paternal
9. Discusiones parentales
10. Ponerse enfermo
11. Ser el centro del mundo.

De estas circunstancias las que tienen que ver con la familia, se entienden ya que de acuerdo con los mismos autores, existen múltiples estudios sociológicos acerca de la juventud española aprecian que los adolescentes actuales continúan más tiempo en la familia, tienen dificultades para marchar de casa. No obstante existe un grupo de chicos y de chicas que hacen de la fuga del hogar parental, la forma de expresar su protesta o su franco conflicto familiar.

Además afirman que en edades tempranas las discusiones parentales empiezan a entenderse como algo de los adultos, como algo ajeno y, en cierta medida, extraño a ellos; y sin embargo existe un cierto malestar por si esas discusiones pueden disolver la familia, pero esa ruptura ya no se vive como algo dramático existiendo la suficiente base cognitiva para integrar la ruptura de las figuras parentales como algo que puede hasta ser beneficioso. (Ampudia, Baeza, Bielsa, Furest, Gastaminza, Martínez Sais, Molina, Pedreira Massa, Riera, Sabaté, Sarlé, Tomás y Vacas, 2001). Cabe mencionar que los adolescentes difieren en sus índices normales de crecimiento y su desarrollo emocional.

CAPITULO 3

DEPRESIÓN

3.1. Antecedentes de la Depresión

La Depresión o Trastorno Depresivo es una de las enfermedades médicas y psicológicas más frecuentes, los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida. En el siglo IV a. de C. Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Durante la edad media filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado de Anatomía de la Melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de estados depresivos (Calderón, 1999).

El empleo del término “depresión” se inició principalmente con los intentos del psiquiatra del siglo XIX Emilio Kraepelin de crear una palabra que tuviera mayor especificidad diagnóstica que “melancolía”. En la actualidad, el término melancolía indica un trastorno depresivo mayor con cambios de la función endógena o vegetativa como alteraciones del sueño, apetito y libido (Juviz, 2000).

Llambria y Lorente (1990) mencionan que la depresión es un conjunto de síntomas que interfieren en la capacidad de los sujetos para dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes les resultaban placenteras.

La Depresión no es exclusiva de cierta edad o género y por tanto, para definirla no deben hacerse exclusiones, muy al contrario se debe encontrar un concepto que permita abarcar la importancia que tiene y describa objetivamente el trastorno. Algunas de las definiciones que menciona Mateu (2000) son:

- Es un trastorno del ánimo que involucra y afecta a todo el organismo: cuerpo, mente y conducta. Afecta los sentimientos, emociones, pensamientos y relaciones con su medio cambiante físico, familiar y social.
- Es un trastorno mental caracterizado por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento
- Es una enfermedad de naturaleza psicológica, matizada como trastorno del estado de ánimo. Se relaciona con una disminución energética de algunos componentes de la persona, energía vital y afectividad
- Freden (1986) habla de la Depresión como un estado de desánimo que dura al menos varios días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo sus actividades cotidianas normales.
- El Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) la describe dentro de los “Trastornos del estado de ánimo” en el cual el sujeto deprimido pierde el interés o la sensación de placer.

Se observa que en su conjunto, las definiciones mencionadas tienen varios elementos en común que ayudan a entender que la depresión es un trastorno, enfermedad o alteración del estado de ánimo que afecta directamente a las sensaciones, emociones y percepciones de la vida en general. Esto conlleva a un “hundimiento”(que es el significado exacto de la depresión, el cual es un concepto que proviene de la palabra latina “depressio”) de las emociones y sensaciones, que tienen como consecuencia no tomar en cuenta nada, perder el interés por las cosas y hasta por la vida.

Esta falta de interés se refleja en todo momento, ya sea en la realización de tareas actuales, tareas cotidianas o en la planeación de actividades futuras, que les resulta difícil por la concepción negativa de sus capacidades y el entorno en general.

3.2. Etiología de la Depresión

Durante años, la depresión ha sido objeto de estudio por varias ciencias como la Medicina y la Psicología, las cuales han tratado de encontrar el origen exacto de ésta, sin embargo aún no existe una respuesta clara, por la falta de acuerdo entre las diversas hipótesis que tratan de esclarecer la causa de la depresión, así como buscar alternativas para la prevención y tratamiento de los jóvenes y adultos que padecen dicho trastorno.

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos de tomar en cuenta algunos factores multifactoriales, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros (Calderón, 1990).

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión, la depresión se caracteriza por la pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés. (Revista de Epidemiología, 2001)

Feldman (2001) menciona que la depresión puede causar trastornos del sueño, ya sea insomnio o bien, dormir demasiado; fatiga, dolor de cabeza, así como pérdida de apetito, o por el contrario, mucho apetito, presentándose entonces un aumento o pérdida drástica de peso, según sea el caso; enorme dificultad para concentrarse, tomar decisiones y desempeñar tareas sencillas.

La depresión puede causar preocupación y ruptura en las relaciones interpersonales, pudiendo derivarse en un desorden donde el individuo siente perder su equilibrio emocional y presentar conductas extrañas.

A continuación se describen algunas de las causas que se han establecido para explicar la etiología de la depresión:

- **Causas Biológicas:** Tendencia genéticamente heredada de estados depresivos, así como un desequilibrio de los químicos cerebrales que afectan a los estados de ánimo del individuo. Dentro de éstas pueden ubicarse los factores genéticos, es decir, algunos tipos de depresión pueden ser heredados, estas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas. Los estudios de Kallman proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante, este autor utilizó el método de pareja de gemelos, encontrando que el 50% de su muestra presentaba psicopatologías concordantes con sus antecesores (Calderón, 1990).
- **Causas Sociales:** No es un misterio que las condiciones sociales influyen directamente en los individuos hasta el punto de alterar su funcionamiento; el elemento causal de tal alteración es el estrés, que es considerado la contribución del medio ambiente social a enfermedades como la depresión por ser un agente nocivo dentro de la interacción del individuo y ambiente social (Blazer, 1984).

Schmidt (1993) enumera algunos de los posibles desencadenantes en este rubro que son: cambio de vivienda, cambio o pérdida del lugar de trabajo, cambio en la estructura familiar, viajes, muertes y decepciones de cualquier tipo.

- **Causas Psicológicas:** Las emociones que se generan por vivir situaciones destructivas, asociadas al estilo de vida y al tipo de relaciones que se establecen en la vida cotidiana. Se había mencionado que dentro de la

Psicología existen varias corrientes que se han dedicado a la búsqueda de causas que desencadenan la depresión; dentro de éstas se encuentra la cognoscitiva-conductual que junto con Beck dieron un nuevo enfoque a este trastorno. Esta postula que la aparición de la depresión se debe a que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Los conceptos negativos pueden ser permanentes o latentes y activados por circunstancias análogas (Beck, Rush, Brian y Emery, 1983). Los autores mencionan que para la comprensión de esta forma de explicación es relevante mencionar los supuestos generales en que se basa esta teoría que son los siguientes:

- a) La percepción y la experiencia, concebidas como procesos activos que incluyen datos tanto de introspección como de inspección.
- b) Las cogniciones que se derivan de una síntesis de estímulos internos y externos.
- c) El modo de evaluar una situación que nace a partir de las cogniciones.
- d) Las cogniciones constituyen el campo fenoménico de una persona, ello refleja la configuración de la persona acerca de sí misma su pasado y futuro.
- e) Los cambios de las estructuras cognoscitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en su conducta (Beck y Cols, 1983, Citado en González, 2002).

A partir de estos supuestos se propone que dentro del modelo cognitivo de la depresión se postulan tres conceptos explicativos los cuales son:

La tríada cognitiva, se encuentra constituida por tres patrones cognitivos:

1. Expectativas negativas acerca de sí mismo; el sujeto se percibe torpe, desgraciado, enfermo y con poca valía. Comúnmente atribuye a sus experiencias negativas, sus defectos morales o físicos, se subestima y critica por no creerse capaz de lograr la alegría y felicidad.
2. Interpretación de sus expectativas de forma negativa; considera que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de derrota o frustración.

3. Expectativas negativas respecto al futuro; al realizar proyectos antepone sus dificultades o sufrimientos, espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

González en 2002 refiere a Beck, mencionando que el resto de signos y síntomas de la depresión como: tristeza, enfado, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación son la consecuencia de los patrones cognoscitivos negativos. También se habla de esquemas; este concepto se utiliza para explicar por qué los sujetos mantienen actitudes que le hacen sufrir, a pesar de la evidencia de que existen elementos positivos en su vida.

El sujeto atiende de forma selectiva a estímulos específicos, los combina y conceptualiza en cada situación. Así un esquema en un patrón cognoscitivo estable sería la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con el que se enfrenta el sujeto, pero cuando se cae en un estado de depresión la conceptualización del sujeto sobre ciertas situaciones se distorsiona y se ajusta a esquemas inadecuados; ello origina la pérdida de gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de retomar a los esquemas adecuados.

Entre más grave vaya siendo la depresión, las personas van perdiendo la capacidad de observar sus pensamientos (negativos) con objetividad, hasta llegar a ser dominados por esquemas negativos, repetitivos y perseverantes (Beck y Cols, 1983) (citado en González, 2002).

Los sujetos depresivos suelen presentar errores en el procesamiento de la información; son errores sistemáticos y mantienen la creencia de los conceptos negativos, generalizando, exagerando, maximizando o minimizando sus limitaciones o logros que tienen en su vida cotidiana.

En cada una de las formas con las que se intenta aclarar las causas de la depresión puede percibirse una preocupación, no sólo por explicar su etiología, sino por contribuir a la formación de procesos que apoyen la recuperación de las personas depresivas. Sí entonces dentro del modelo cognoscitivo se tiene que los

tres conceptos permiten explicar el cómo el sujeto puede ir cambiando las concepciones positivas de sus pensamientos y experiencias y por tanto, permite también buscar la forma correcta de ayudarlo a dejar de percibir el mundo y su vida en forma negativa, con base en sus cogniciones, que sería lo que se conoce como terapia cognoscitiva-conductual de la depresión.

En la actualidad, el estudio de la depresión ha tenido un fuerte impacto por lo cual se ha tomado interés por realizar estudios clínicos epidemiológicos de este mal del siglo XX, uno de ellos es el realizado por Silva (1991), quien trabajó con una muestra de 2516 adolescentes de tres zonas de la República Mexicana: Norte, Sur y Centro; las áreas evaluadas fueron: 1. hábitos de estudio, 2. fobias, 3. depresión, 4. información sexual, 5. conductas adictivas, 6. conductas agresivas, 7. habilidades sociales y 8. percepción de conflictos familiares. Se encontró que las áreas estadísticamente significativas, en la muestra fueron: fobias, depresión y asertividad.

Por su parte, Cavero, Colmenares y Saldívar (1999), realizaron un estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos; el objetivo del trabajo fue estimar la prevalencia de los episodios depresivos y de la distimia, según la C-10, durante la vida y en los últimos 12 meses de la población adulta de 18 a 65 años, de la ciudad de México. Los resultados mostraron que la prevalencia de los trastornos depresivos es del 12%, corroborándose un alto riesgo de recurrencia, ya que el 59% de las personas que ha tenido episodios depresivos. La edad promedio en la que se inicia este tipo de trastorno se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida, mientras que la distimia se inicia, en promedio, a los 31 años. Ambos tipos de trastornos los padecen 2 mujeres por cada hombre. La frecuencia de las discapacidades relacionadas con los trastornos es semejante en ambos géneros, sin embargo, son las mujeres las que más buscan ayuda, especialmente en los casos de distimia. Sólo un poco más de la quinta parte de todas las personas afectadas con trastornos depresivos acudió en busca de ayuda a los médicos y a los profesionales de salud mental. La segunda opción más frecuente fueron los sacerdotes, seguidos por los curanderos, médicos naturistas, etc.

Cabe destacar que el 86% de los episodios depresivos presentaron un síndrome somático que favoreció a que buscaran ayuda de los médicos no psiquiatras.

3.3. Clasificación y Síntomas

Hay diversas clasificaciones que suponen describir a los estados depresivos, tales gamas ha originado una confusión entre los profesionales dedicados al tratamiento y estudio de la depresión, por ello es recomendable ubicarse en una clasificación clásica, como la que se muestra a continuación:

- Depresión Endógena: Este tipo va de lo interno al exterior, es decir, no se produce por acontecimientos externos sino por la vulneración de las percepciones del sujeto. Podría considerarse que no tiene una causa aparente que justifique la manifestación depresiva (Sabanés, 1993).

Las depresiones que corresponden a este rubro son:

- Depresión Bipolar: Anteriormente denominada maniaco-depresiva, ya que se caracteriza por periodos alternos de manía y depresión. Los episodios de manía, donde el sujeto se presenta con gran entusiasmo y energía (gritos, sobreexcitación, hiperactividad, etc.,) puede durar varios meses o días; los episodios depresivos, que siguen a los maniacos, generalmente duran tres veces más que los primeros (Sabanés, 1993). Esta depresión se presenta por lo regular en sujetos con antecedentes familiares de manía o depresión. Además si el sujeto presenta sólo fases maniacas puede considerarse como un depresivo bipolar porque tarde o temprano presentara un episodio depresivo
- Depresión Unipolar: En esta no se presentan episodios maniacos, sino puede ser continua o presentarse en episodios los cuales son siempre del mismo tipo, sin alternancia y con cambios de humor. A diferencia de la bipolar no es necesario contar con antecedentes familiares para padecerla, pero ambas tienen un porcentaje de probabilidad de suicidio (Sabanés, 1993).

- Depresión Somatogena u Orgánica: Esta depresión tiene causa orgánicas demostrables; lo primordial es tratar el trastorno orgánico para que durante el tratamiento médico se atienda la depresión con terapia y si es preciso, proseguir con aquello que la provocó (Sabanés, 1993).

- Depresión Psicogena o Reactiva: Ferrey, Legotes y Bobes (1994) refieren que este tipo de depresión es experimentada por un gran número de personas, puesto que es originada por causas ambientales y como su nombre lo indica, es la respuesta a los hechos del mundo. Como cada persona responde de forma diferente ante los eventos, no podrían enumerarse acontecimientos y asegurar que éstos son los que ocasionan la aparición de la depresión. Colmes y Rahe (citados en Sabanés, 1993) tras efectuar comparaciones de casos específicos que pueden dar una idea de los eventos más comúnmente desencadenantes de la depresión son:

1. Muerte de un cónyuge
2. Divorcio
3. Separación
4. Prisión
5. Muerte de un pariente cercano
6. Enfermedad personal grave
7. Matrimonio
8. Pérdida de empleo
9. Reconciliación con el cónyuge
10. Enfermedad de un pariente cercano
11. Embarazo
12. Jubilación
13. Problemas sexuales
14. Integración en una nueva familia
15. Readaptación de un negocio
16. Muerte de un amigo íntimo
17. Cambio en el tipo de trabajo
18. Cambio en la frecuencia de las discusiones conyugales
19. Un hijo se va de casa

20. Problemas con la familia política
21. Obtener un logro personal
22. Los hijos inician o acaban el colegio
23. Cambio en las condiciones de vida
24. Cambio en la práctica religiosa
25. Cambio en la vida social
26. Cambio en los hábitos de dormir
27. Cambio en la frecuencia de las reuniones familiares
28. Cambio en los hábitos alimenticios

En otras investigaciones también se ha encontrado algunos factores de riesgo para la presencia de un estado depresivo; tal es el caso del estudio realizado por García, Madrigal y Flores (2006), el cual tuvo como objetivo, determinar la prevalencia y factores de riesgo para depresión en la población adolescente de una escuela preparatoria. Se realizó un estudio transversal, en donde el grado de depresión se clasificó por la escala de depresión de Beck, se agrupó por sexo y por dos grupos de edad (14 a 16 años y de 17 a 19 años). En este estudio, la violencia e integración familiar también fueron encuestadas. Los resultados indicaron que la prevalencia total para depresión fue de 18.6% (87 de 468), el 12.4%(58) correspondió al sexo femenino y el 6.2% (29) al sexo masculino. Los factores independientemente asociados a depresión fueron: sexo (OR 2.02, IC95% 1.2-3.4, $p=0.008$), violencia intrafamiliar (OR 6.38, IC95% 3.8-12.2, $p=0.000$) y edad (OR 1.84, IC95% 1.1-3.0, $p=0.018$).

Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (1993) intentaron trabajar con la descripción del trastorno depresivo en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 218 jóvenes, 135 mujeres y 83 hombres de las carreras de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Los resultados arrojaron la presencia significativa de 30% de la presencia de depresión en los jóvenes.

Frente a las manifestaciones clínicas encontradas, se comprueban síntomas inherentes a la depresión, reportados clásicamente por la literatura. Finalmente, se describen algunos eventos estresores específicos para los jóvenes que sumado al

déficit en estrategias de afrontamiento, juegan un papel importante como factores de predisposición y desencadenantes de la depresión en población objeto de estudio.

De esta clasificación cualquiera que sea, responde a la causa que desencadena la depresión y ello permite entender que no existe más o menos tipos de depresión, sino sólo una mayor o menor especificidad en su descripción.

Una vez que se ha descrito la clasificación de la depresión, se deben también describir los elementos que componen los síntomas de la depresión; es importante señalar que cuando los sujetos padecen un trastorno depresivo, no van a presentar los mismos síntomas ni la misma intensidad en ellos, no obstante se ha logrado identificar y establecer un patrón de todos los síntomas que pueden o no presentar los sujetos depresivos, descrito por Sabanes (1993) y para presentarlo se divide a continuación:

- Alteraciones en el estado de ánimo: La principal característica de un estado de ánimo deprimido es la tristeza, que no siempre va acompañada de llanto; los sujetos son incapaces de reaccionar ante eventos placenteros y tampoco pueden relacionarse con el ambiente, ello habla de la pérdida de interés ante cualquier ámbito de la vida diaria, los principales elementos de esta parte son:

- tristeza
- pesimismo
- negatividad
- incapacidad para experimentar placer
- inexpresión de emociones y afectos

- Trastornos del sueño: Un sujeto deprimido va presentando dificultades para dormir pero cuando consigue hacerlo, el sueño se interrumpe dos o tres horas después de haberlo conciliado o despierta antes de lo acostumbrado, sin posibilidad de volverse a dormir. Los elementos que representan la alteración del sueño son:

- Imposibilidad de dormir
- Sueño inquieto y superficial

-Pesadillas de temas catastróficos

-Despertar continuo o prematuro

-Exceso de sueño

- Trastornos del apetito: Algunos sujetos pueden empezar a evitar la comida, su olor les provoca náuseas y buscan entrar lo menos posible a la cocina.

Las alteraciones que se presentan son:

-Anorexia

-Pérdida de peso

-Bulimia

-Incapacidad para disfrutar la comida

- Aspecto externo: Las personas dejan de preocuparse por su arreglo personal y además van adquiriendo una inhibición de los movimientos espontáneos.

Los elementos que la reflejan son:

-Indumentaria descuida

-Mirada triste

-Ausencia de sonrisa

-Lentitud motriz

- Pensamiento y Lenguaje: El curso del pensamiento en los sujetos depresivos es cíclico pues gira en torno a temas pesimistas recurrentes; a veces presentan bloqueos, respuestas tardías o pérdida de objetos:

-Lentitud de hablar

-Escasez de palabras

-Pensamiento circular

-Cavilaciones obsesivamente pesimistas

-Ideas de muerte y suicidio

-Autoreproches

-Sentimientos de culpa

-Vacío

-Ideas

-Alucinaciones

- Trastornos motrices: Los depresivos al igual que va perdiendo la capacidad de comunicarse verbalmente, pierden la capacidad de comunicarse de forma no verbal pues sus movimientos se vuelven inexpresivos, uniformes y pierden gestos característicos, los elementos de esta subdivisión son:

-Pérdida de la capacidad de comunicación psicomotriz

-Retraso y lentitud psicomotriz

-Inquietud o agitación

- Alteraciones de la atención y de la memoria: A menudo los sujetos depresivos se quejan no poder concentrarse o poner atención y mucho menos recordar cosas. Los síntomas de esta parte son:

-Incapacidad para fijar la atención y mantenerla

-Olvidos habituales

-Disminución de la capacidad para huir de los peligros

- Alteraciones sexuales: Esto es un rango claro de los pacientes depresivos:

-Disminución del apetito sexual

-Eyaculación precoz

-Impotencia

-Anorgasmia

- Molestias somáticas: El individuo depresivo siempre esta seriamente preocupado por sus molestias e irradian esta preocupación, que por lo común están constituidas por:

-Fatiga

-Boca seca

-Estreñimiento y diarrea

-Sudoración (en especial por la noche)

-Dolores de cabeza

-Dolores de articulaciones y músculos

-Taquicardia

- Vómito
- Sofoco
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de angustia

Dentro de la depresión se puede presentar un fenómeno llamado cormobilidad, que es la presencia de uno o varios síntomas desencadenados por la presencia de la depresión estos pueden ser: uso y abuso drogas, ideación suicida, baja autoestima, estrés, ansiedad, etc.

Se han realizado estudios de este tipo de fenómenos, como el de Mondragón, Monroy, Medina y Borges (2003) propósito fue reconocer las diferencias entre hombres y mujeres en la ideación suicida relacionada con eventos de vida, depresión y consumo del alcohol, los autores encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la ingesta de alcohol y eventos de vida, destacando el papel de género en relación con la ideación suicida y la depresión.

Otro estudio es el de Balanzario (2003) relacionando la depresión con el uso de drogas evaluando y comparando la presencia de los síntomas de depresión en una muestra de usuarios de drogas hombres y mujeres que asisten a un tratamiento médico. Los resultados, permiten destacar, que al menos la mitad de la población, presentaban alteraciones de depresión clínicamente significativas. Por otra parte, al comparar la presencia de síntomas de depresión entre hombres y mujeres, puede descartarse que en términos relativos se presentan más entre las mujeres, así como (pensamientos recurrentes de pesimismo o muerte e intentos de suicidio).

Al igual Ortiz y Campos (2007) llevo a cabo un estudio correlativo que tenía como objetivo determinar si existe relación entre los niveles de depresión y desesperanza en una muestra de escolares de primaria. Se aplico el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y la Escala de Desesperanza para Niños de Kazdin a un grupo de escolares de 8 a 13 años. Para el inventario de depresión obtuvieron una media de totales de depresión y desesperanza con una r de .430 y un nivel de

significancia de .000. Se concluyo que se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y desesperanza.

También Benjet, Borges, Medina, Bautista y Zambrano (2004), centrándose en una investigación que tuvo como objetivo conocer, la prevalencia de la depresión con inicio temprano, y comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta. Se utilizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que es representativa de la población nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad, se realizó en México, entre 2001 y 2002. Los resultados indican que el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales no reciben tratamiento. Se concluyo que la mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

En los elementos anteriores no pueden considerarse aquéllos que deben presentar forzosamente los sujetos deprimidos, son sólo una recopilación de las características más frecuentes; cabe mencionar que dependiendo del tipo de depresión se acentúan algunos elementos como en las depresiones endógenas donde se puede presentar hipersomnias o un empeoramiento matutino, lo cual no se presentaría tan marcadamente en una depresión reactiva.

3.4. Enfoque Psiquiátrico y Psicológico de la Depresión

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión han rebasado el campo de la psiquiatría; por lo tanto, deben estar al alcance de médicos generales y especialistas de otras ramas de la medicina (Calderón, 1999).

Al hablar de depresión se refiere a una combinación muy compleja de síntomas, definidos por psiquiatras y otros profesionales de la salud como: Una condición en la que el individuo se siente ausente, con una tristeza prolongada y en muchas ocasiones acompañado de pensamientos mórbidos (Feldman, 2001)

Algunas escalas que nos permiten medir la depresión son:

- Escala de Depresión de Hamilton
- Self – Rating Depression Scale - Zung 1965
- Escala de Beck
- Escala de Calderón Narváez

3.5. Depresión y Género

En nuestra sociedad clásicamente se ha supuesto que la depresión es un trastorno que predomina entre el género femenino, sin embargo aun nadie puede asegurar que la depresión sea exclusiva de un solo género.

La depresión es un trastorno psiquiátrico frecuente en niños adolescentes y adultos, la cual no respeta sexo ni edad, sus manifestaciones clínicas pueden variar en función a la etapa de desarrollo y las habilidades cognitivas (Ortiz y Campos, 2007)

Cadore y Winokur (citados en Smith 1984) refieren que la depresión bipolar es un trastorno exclusivo de las mujeres, tal afirmación se basa en una teoría biológica que sostiene que afirma que ese tipo de depresiones debe a una dominancia ligada al cromosoma "X", como la mujer cuenta con dos cromosomas "X" heredados por cada progenitor sería la más propensa a padecerla. Además, los padres pudiesen estar afectados por estar afectados por este desorden únicamente podrían transmitirlos a las hijas.

En cambio Bleichman (1991) afirma que la depresión bipolar afecta a los hombres y a las mujeres por igual, a diferencia de la depresión unipolar que afecta a las mujeres con una frecuencia dos o tres veces mayor que los hombres. Una

explicación tentativa gira entorno a los cambios neurohumorales que sufre la mujer, por ejemplo, los que presentan durante la menstruación, el embarazo, el parto y el posparto.

Existen otros supuestos que vinculan a la depresión con la mujer, pero obedecen a factores socioculturales y psicológicos. Uno de ellos es el rol social que le ha sido asignado a la mujer, un papel marginal, escaso protagonismo representado por un trabajo rutinario dentro del hogar.

Wiessman y Kleerman (citados en Clayton, 1983) realizaron un investigación que buscaba descubrir la relación de la depresión con el género femenino y observaron que mujeres casadas tienden más a la depresión que los hombres casados y las mujeres solas, divorciadas o viudas. Una explicación sería las restricciones que tiene el papel de esposa, el tamaño de la familia, los recursos financieros, el aburrimiento, las discusiones y la falta de apoyo externo.

Los supuestos de Sabanes (1993) que dicen pertenecer a razones socioculturales, pues la educación que se imparte en la sociedad occidental origina que:

- 1) Las mujeres sean más sensibles
- 2) Sean capaces de reconocer estados de ánimo
- 3) Tengan la disposición de aceptar tales estados

Brisocoe (citado en Clayton, 1983) publicó una monografía donde reporta que las mujeres hablan más de síntomas (sentimientos, percepciones y malestares) que padecen un estado de depresión, lo que implicaría quizás que ellas que son más conscientes de las alteraciones que padecen.

En el caso de los hombres lo que puede provocar que un sujeto caiga en una crisis profunda son situaciones como: jubilación, fatiga, renuncia, participación y privación social (Laforest, 1991).

Existen estudios que nos hablan sobre la tasa de depresión comparando hombres y mujeres. Tal es el caso de Cortés, Higuera y Ortiz (2006), cuyo objetivo del estudio fue detectar un trastorno depresivo mayor en adolescentes de la Ciudad

de México, aplicando a una muestra de 441 alumnos de secundaria de ambos sexos, con un rango de edad entre 12 y 17 años, de 1º, 2º y 3º año de secundaria. Se detectaron a 109 alumnos deprimidos representando el 24.71%. De los deprimidos 67 alumnos correspondieron al sexo femenino y 42 al masculino, la mayor cantidad se encontró en el 3º año, con un total de 39 alumnos, se concluyo que el trastorno depresivo mayor se presente cada vez más a edades mas tempranas y con síntomas mas severos.

Datos de centros de integración A.C. de la ciudad de México, nos indican que han realizado estudios comparando la presencia de síntomas de depresión entre hombres y mujeres, encontrando que en cuestión de persistencia e intensidad las que más tendencia a dicho síntomas son las mujeres.

Como se puede observar las creencias o hipótesis que se establecen para atribuir la depresión a uno u otro género, aún no son decisivas y aunque existan bases biológicas de cualquier índole falta mucho por investigar, por lo que nos hace pensar que la depresión no respeta género, edad o status social.

CAPITULO 4

ADICCIONES

4.1 Antecedentes y prevalencia de la Adicción

El hombre aprende dentro de su grupo social cómo comportarse, cómo vivir, cómo y qué comer y beber, cómo vestirse y alimentarse. Aprende la lengua, las costumbres, las creencias. Así también, el hombre aprende a beber cierto tipo de cosas y no otras, dependiendo de su accesibilidad y de las reglas sociales que el grupo imponga a sus miembros (Barruecos, 1994).

4.2 Definición de Adicción

Según Ampudia et al (2001), las conductas adictivas pueden darse sin necesidad de uso de sustancias, como a los videojuegos, computadoras, sexo; con uso de sustancias legales, como al tabaco, al alcohol, a los medicamentos, excitantes o incluso a los alimentos; y también con uso de sustancias ilegales como la heroína, cocaína, opio, marihuana o drogas de síntesis.

En todas estas conductas adictivas los rasgos comunes se miden en orden numérico, o sea las dosis o frecuencia de contactos; y en cantidades económicas como son los gastos en un día.

Conger (1980) define la adicción como el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprímible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de éste.

Para Barruecos, el consumo de ciertas sustancias, no sólo el alcohol sino otras, está determinado por la cultura, y ha sido mediante la investigación antropológica de las costumbres, creencias, tradiciones y formas de vida social de un grupo, que se ha comprobado que en toda sociedad existen reglas que condicionan el consumo del alcohol, ya sean claras y bien establecidas, no así escritas; o nada establecidas promoviendo las situaciones de exceso; y a este respecto el autor afirma que es en la familia donde las

personas internalizan estas reglas culturales de su sociedad, proceso conocido como *enculturación* o *endoculturación*.

4.3 Tipos de drogas y efectos

Existen diferentes sustancias capaces de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que producen un estado de dependencia psíquica, física o ambas. La droga psicoactiva es la sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.).

La marihuana (yerba) es el nombre común de una droga cruda fabricada con la planta *Cannabis sativa*. Un "churro" (cigarro de marihuana) se fabrica con las partículas secas de la planta. Esta marihuana aumenta los efectos físicos y mentales y la posibilidad de problemas de salud para el que la consume.

La cocaína es una droga extraída de las hojas de la coca, planta que crece en Sudamérica. Al igual que las anfetaminas, es un estimulante del sistema nervioso central. La cocaína se aspira o introduce por la nariz, aunque algunos adictos se inyectan o fuman una forma de la droga llamada base libre.

El término estimulante se aplica a varios grupos de drogas que tienden a aumentar la agudeza mental y la actividad física. Las anfetaminas, la cocaína y la cafeína son todas ellas drogas estimulantes.

La adicción a cualquiera de estas drogas repercute física, psicológica y socialmente; e implica dos tipos de dependencia. La dependencia física es el estado de adaptación fisiológica de un organismo que requiere la presencia de una droga para continuar su funcionamiento normal. Esta dependencia es causada predominantemente por los depresores del Sistema Nervioso Central (SCN). La dependencia psicológica es la necesidad emocional y compulsiva de un individuo por consumir una droga para sentirse bien. Este tipo de dependencia es causada

predominantemente por los estimulantes del S.N.C. y los antidepresivos. (Conger, 1980).

4.4 Adolescencia y Adicción

El consumo de sustancias entre la población joven es motivo de gran preocupación. La adolescencia es una etapa especialmente favorable para usar drogas, debido a la curiosidad y a la búsqueda de sensaciones nuevas, como un mecanismo para enfrentarse a los problemas emocionales; por su rebeldía a las autoridades y por el proceso de búsqueda de la propia identidad, frecuentemente el consumo está relacionado con la sensación de invulnerabilidad que acompaña esta etapa. Sin embargo, también es un hecho que no a todos los adolescentes los afecta igualmente este problema (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002).

Este tipo de conductas no es privativo de tal o cual grupo o clase social. Hay diferentes tipos de conductas adictivas y son las que cumplen con los requisitos de dependencia (física o psíquica), tolerancia, incremento de dosis, afectación de las relaciones interpersonales, alteración del funcionamiento de la personalidad y de la conducta social, comorbilidad con algún trastorno psicopatológico y presentación de un tipo de síndrome de abstinencia (Ampudia et al, 2001).

Se puede constatar que algunos adolescentes adictos iniciaron su adicción de forma un tanto coyuntural, el trabajo dirigido por Vega demostró que en algo más de tres de cada cuatro ocasiones es un amigo el introductor en el consumo y que la edad ronda la edad comprendida entre los 11-14 años, en dos tercios de los casos en el cannabis y derivados, y siendo en dos tercios de los casos la edad entre 13-14 años para los opiáceos; esto se confirma en el hecho de que su consumo se hace de forma preferente en grupo sobre el 45% de las ocasiones.

De esta suerte se podría pensar que el comportamiento inicial del adolescente adicto sería una coincidencia entre una espera muy puntual del sujeto, una espera del producto que causa la adicción, y al mismo tiempo una coyuntura

social de oferta y facilitación de esa expresión pulsional. La oferta de conductas adictivas en ocasiones muy atractiva y apoyada en la propia publicidad en medios de comunicación, puede encontrar y de hecho encuentra en la precariedad del adolescente una especie de complicidad para iniciar la adicción.

En efecto, el trabajo dirigido por Vega (1990) señalaba que el uso para sentirse bien (62%), la utilización como evasión (36%) y la propia presión del grupo en mucha menor proporción (22%). Son motivos personales que se aducen para el inicio en las conductas adictivas.

Pero si se supone que son otros los que inician las conductas adictivas los propios jóvenes plantean que la curiosidad (62%), y la presión del grupo 44% adquieren una especial y significativa relevancia, mientras que para continuar en el uso de la dependencia el sentirse bien (78%) y la dependencia con un 44% lejano, son las causas aducidas.

Se debe considerar la accesibilidad y el poder químico de la droga o el enganche de la conducta adictiva desarrollada para que se organice, de forma definitiva, la dependencia de forma sintomática.

Los factores de riesgo representan una aproximación general, pero deben ser constatados en cada caso particular:

Sociales: no exime ningún nivel social. La marginación y un deficiente nivel educativo y cultural favorecen el establecimiento de estas conductas. Quizas el factor de riesgo más importante consiste en la facilidad en el acceso a sustancia o al conocimiento de otras conductas adictivas.

Escolares: el fracaso escolar, tanto el rendimiento como en la asistencia, os problemas de adaptación y conducta en la relación.

Familiares: los antecedentes de conductas adictivas en las figuras parentales (por ejemplo alcoholismo, drogadicción), enfermedad mental en alguno de los padres, existencia de situaciones de violencia familiar, establecimiento disfuncional

de los vínculos (abandono, negligencia de cuidados, hiper hipo-estimulaciones afectivas, represiones, falta de confianza, rupturas familiares traumáticas) (Ampudia, Baeza, Bielsa, Furest, Gastaminza, Martínez Sais, Molina, Pedreira Massa, Riera, Sabaté, Sarlé, Tomás y Vacas, 2001).

En resumen la adolescencia, es una etapa de cambios en las relaciones familiares y sociales, que como ya pudimos ver con anterioridad la personalidad del adolescente esta en formación respondiendo a las demandas y exigencias de su entorno, lo que en ocasiones genera crisis que lo predisponen a la adquisición de conductas adictivas y cambios de animo hasta llegar a la depresión. Por tanto fue importante para nosotros conocer el incidencia de depresión, conflictos familiares y adicción en una muestra rural y urbana, del estado de Tabasco, esto con la finalidad de encontrar relaciones entre variables así como la epidemiología de cada región.

CAPITULO 5

METODO

5.1 Objetivo General

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación que existe entre la depresión, la adicción y los conflictos familiares en adolescentes escolarizados, de ambos sexos, que habitan en algunas comunidades rurales y urbanas del Estado de Tabasco.

5.1.1 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos tenemos:

- Identificar diferencias en los niveles de depresión y percepción de conflictos familiares que reportan los adolescentes: según el género y la región en la que habitan rural-urbana.
- Relación que existe entre la presencia de conflictos familiares y depresión
- Relación que existe entre la presencia de conflictos familiares y adicción

5.2 Participantes

La muestra quedó conformada por estudiantes de secundaria que cursan 1º, 2º y 3º grado, inscritos y de ambos sexos. La selección se realizó aleatoriamente en 4 escuelas secundarias del estado de Tabasco, dos de ellas en zona urbana y dos en zona rural.

5.3 Instrumentos

- 1) Lista de chequeo de Silva (1993), evaluando ocho áreas: Hábitos de estudio, fobias, depresión, información sexual, adicciones, agresión, habilidades sociales y conflictos familiares, de las cuales se tomarán las de adicciones y conflictos familiares. (Ver ANEXO1).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): Este inventario, en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cada ítem

contiene varias frases auto-evaluativas de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses. En cada uno de los enunciados, y por ende en todo el instrumento, la atención se centra en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los síntomas somáticos (Ver ANEXO 2).

- Escala de Clima Social en la Familia del Family Environment Scale (FES): Esta escala elaborada por Moos, Moos y Trickett (1995) evalúa, a través de 10 sub-escalas, las características socio-ambientales de todo tipo de familias enfocándose en las dimensiones de relación, desarrollo y estabilidad. En este estudio, la escala no se aplicó en su totalidad, sino que se seleccionaron los tres primeros reactivos de cada subescala, con lo cual se consideró que permitió obtener información sobre las relaciones interpersonales que mantienen los miembros de la familia, así como acerca del grado de comunicación y libre expresión entre éstos y el nivel de conflicto que caracteriza a la familia. (Ver ANEXO 3).

5.4 Definición de las variables

Depresión: Conjunto de síntomas que interfieren en la capacidad de los sujetos para dormir, comer y disfrutar sus actividades.

Conflictos Familiares: Se refiere a la presencia de conflictos familiares presentes en la relación padres-hijos por parte de los estudiantes.

Adicción: Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de éste

5.5 Procedimiento

5.5.1 Diseño de Estudio

El presente es un estudio de tipo descriptivo, que se efectúa cuando el objetivo a examinar es un problema o tema de investigación en donde se busca aumentar el

grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Sin embargo, las variables que son el objeto de investigación en el presente trabajo, han sido estudiadas como se ha mencionado en la introducción, por ello es importante hacer uso de la Psicoepidemiología, cuyo objetivo es la obtención de una muestra representativa de la población nacional urbana y rural, en diversas poblaciones, en este caso en adolescentes, con la finalidad de realizar un estudio de la frecuencia y distribución de las enfermedades físicas y mentales en poblaciones humanas, ésta también incluye la investigación de las relaciones entre la frecuencia de las enfermedades y diversos factores individuales o ambientales potencialmente causantes de las mismas (Norell, 1994).

Las dimensiones a tomar en cuenta en este tipo de estudios son: el tiempo, el lugar y las personas. La evaluación conductual poblacional está centrada en dos grandes áreas: a) el estudio de las distribuciones de los trastornos y b) la búsqueda de los determinantes de las distribuciones encontradas. En la primera, el análisis de los datos poblacionales determina si la distribución de un trastorno particular varía como consecuencia del lugar geográfico en que ocurre, si a lo largo de los años ha disminuido o aumentado y si las personas que lo padecen poseen características diferentes de las que no lo sufren. En la segunda, la finalidad es interpretar las distribuciones en términos de los posibles factores causales. (Distribución y efecto)

En la investigación psicoepidemiológica, los instrumentos de medición parten de la selección de un conjunto de categorías conductuales definidas con fines de identificación, englobadas en términos genéricos (depresión, habilidades sociales, conflictos familiares, etc).

La psicoepidemiología está dirigida fundamentalmente a identificar los trastornos de conducta que debemos medir con la finalidad de modificarlos, reduciendo la prevalencia o la incidencia de determinado trastorno psicológico. Los medios utilizados están basados en la evaluación directa de las respuestas de los individuos mediante auto reportes.

En este estudio, la obtención de las muestras se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a) Se establecieron los contactos por medio de la Secretaria de Educación Publica y con los directores de las escuelas secundarias de Tabasco (2 urbanas y 2 rurales), para contar con su aprobación para realizar la aplicación.
- b) Una vez obtenido el permiso para la aplicación del instrumento, se selecciono al azar un grupo de cada nivel escolar (1º 2º y 3º), como muestra representativa. A cada uno de los alumnos de los grupos correspondientes se les entrego un cuadernillo con las preguntas y una hoja de respuestas. Antes de que los participantes respondieran el cuestionario se les dio instrucciones para el llenado de la hoja de respuestas. Se les aclaro que la información es absolutamente confidencial y con fines de investigación. Por último se les indicó que podían solicitar ayuda o aclaración de dudas cuando fuese necesario.
- c) Los datos fueron capturados en una base de datos en formato SPSS (12.0), para posteriormente analizar estadísticamente los resultados.

CAPITULO 6

RESULTADOS

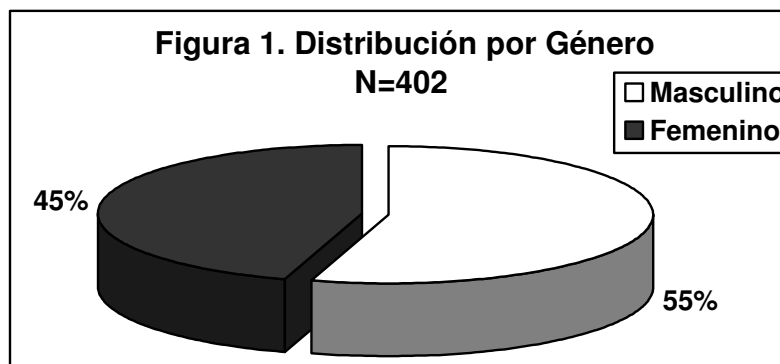
A continuación se presentan los resultados en dos niveles: descriptivo e inferencial.

Análisis descriptivo

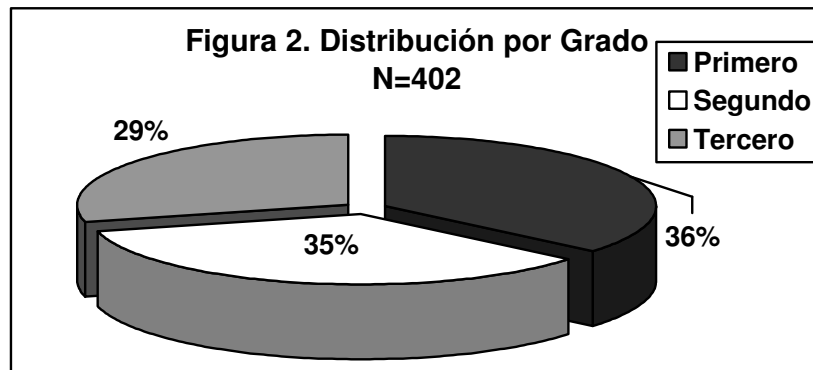
En este apartado se presentará la caracterización de la población, así como la distribución de los estudiantes en los niveles de depresión, adicción y conflictos familiares.

En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 402 estudiantes de los tres grados de secundaria, que habitan zonas rurales y urbanas del Estado de Tabasco. Las edades de los participantes se encontraban entre 11 y 16 años con una media de 13.43 años.

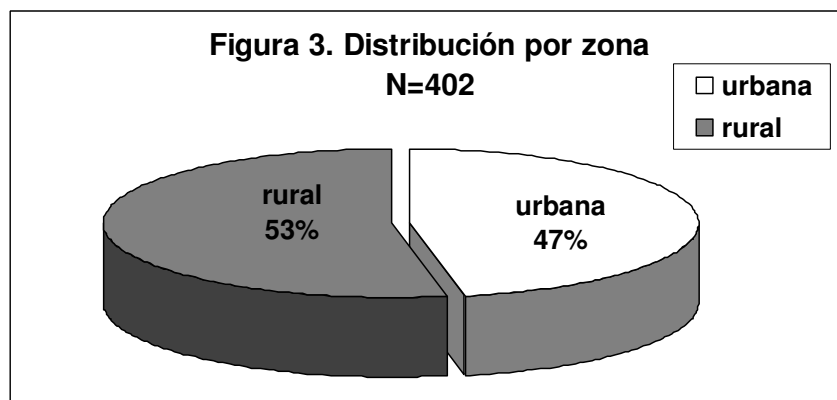
En la figura1 se puede apreciar la distribución por género de los estudiantes del estado de Tabasco.



A continuación, en la figura 2, se presentan los resultados con respecto al número de estudiantes participantes por grado del estado de Tabasco, la cual corresponde al 36% de primer grado, 35% de segundo y 29% de tercer grado.

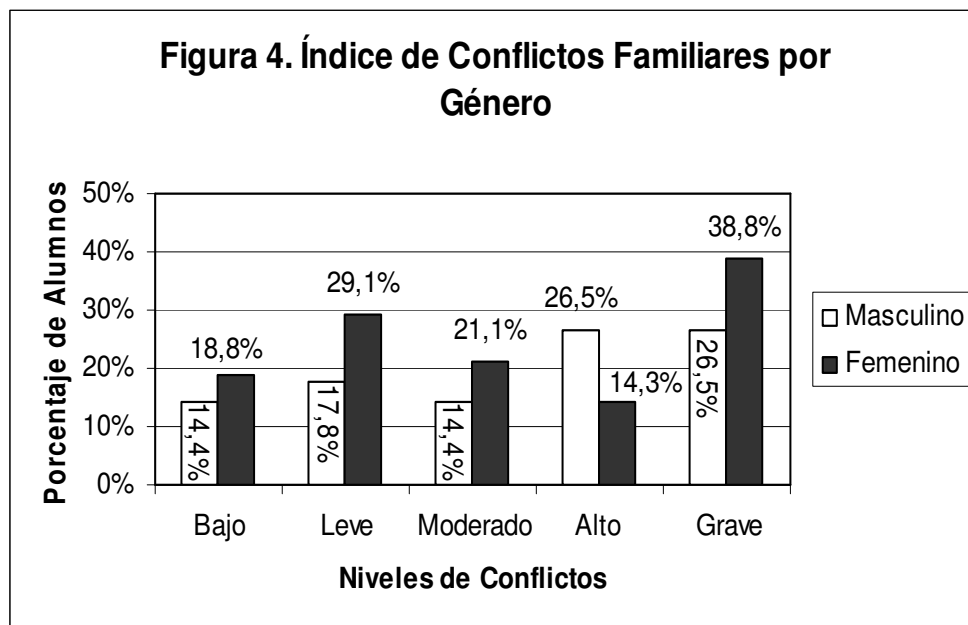


En la Figura 3 se presenta la distribución de la población de acuerdo a la zona (rural o urbana) a la que pertenecen.



A continuación se exponen los resultados de las tres variables de interés que son: percepción de conflictos familiares, depresión y adicción, las cuales se presentan analizadas en relación con el género, la zona de habitación y el grado escolar que cursan los encuestados.

En la variable referente a la percepción de los conflictos familiares, a continuación se exponen las medidas obtenidas por género en el total de la muestra (N=402). Los criterios de corte utilizados para esta variable fueron: Bajo (0-7 puntos), Leve (8-10 puntos), Moderado (11-12 puntos), Alto (13-14 puntos) y Grave (15-17 puntos).

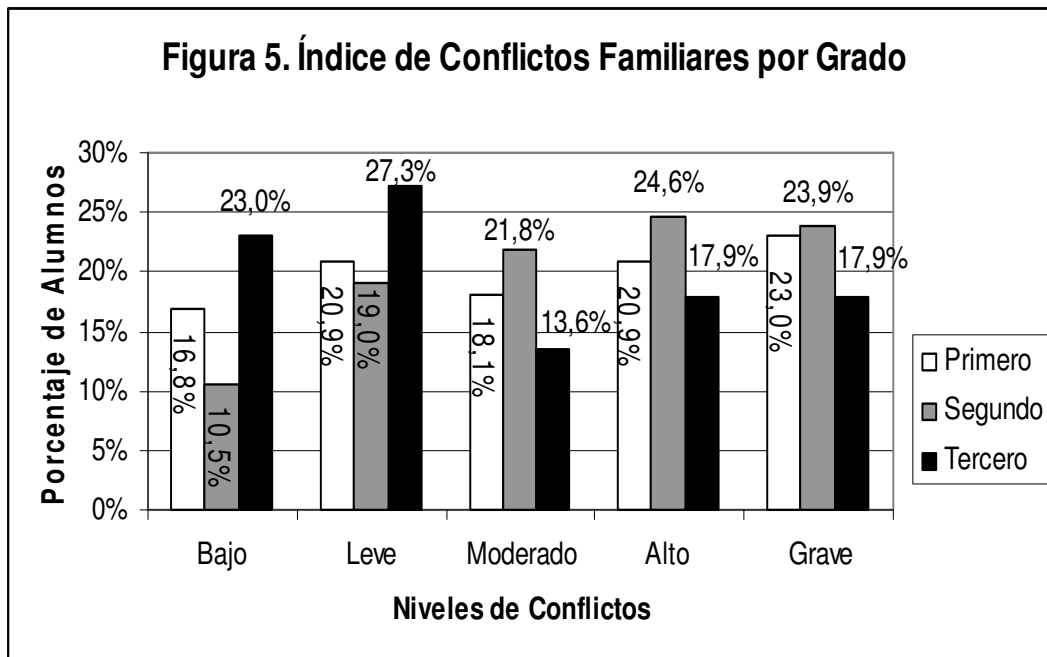


Como se puede observar en la figura 4, la percepción de conflictos familiares en los niveles “bajo”, “leve”, “moderado” y “grave”, se reportan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, mientras que los conflictos familiares en nivel “alto” los reportan en mayor porcentaje los hombres. En general el nivel con mayor porcentaje de alumnos, ya sea hombres o mujeres, que reportan conflictos familiares es el “grave”.

La figura 5 representa la variable de conflictos familiares en relación con el grado escolar.

Los resultados de esta variable por grado indican que los conflictos familiares en los niveles “bajo” y “leve”, tienen una frecuencia más alta en 3º grado, seguida por 1o. y 2er grados, respectivamente. Enseguida los conflictos familiares en nivel “moderado” se registran con mayor frecuencia en 2º grado, seguidos por la presencia en 1º y 3 grado. Se observa para el nivel “alto” y “grave” una presencia mayor en el 2º grado.

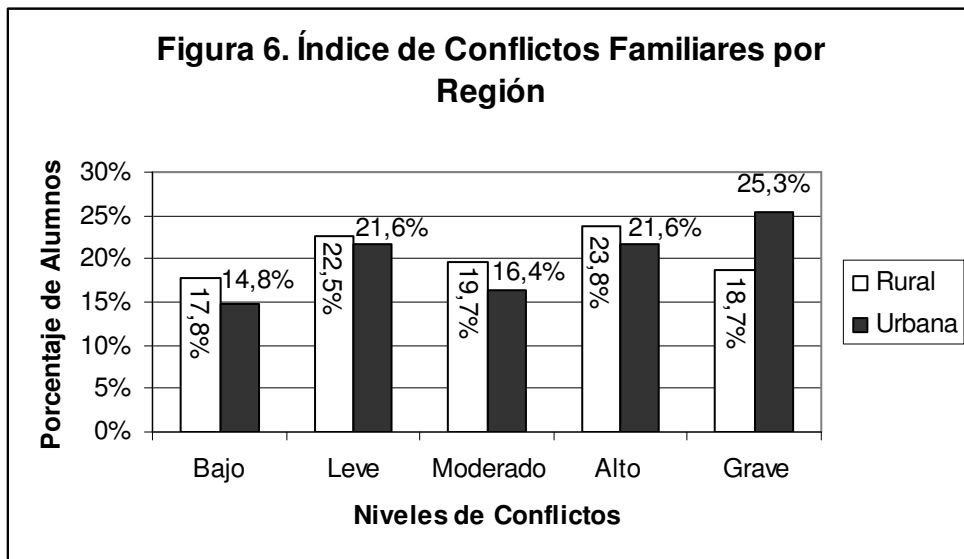
Para los tres grados, los conflictos familiares más reportados son en el nivel “leve”.



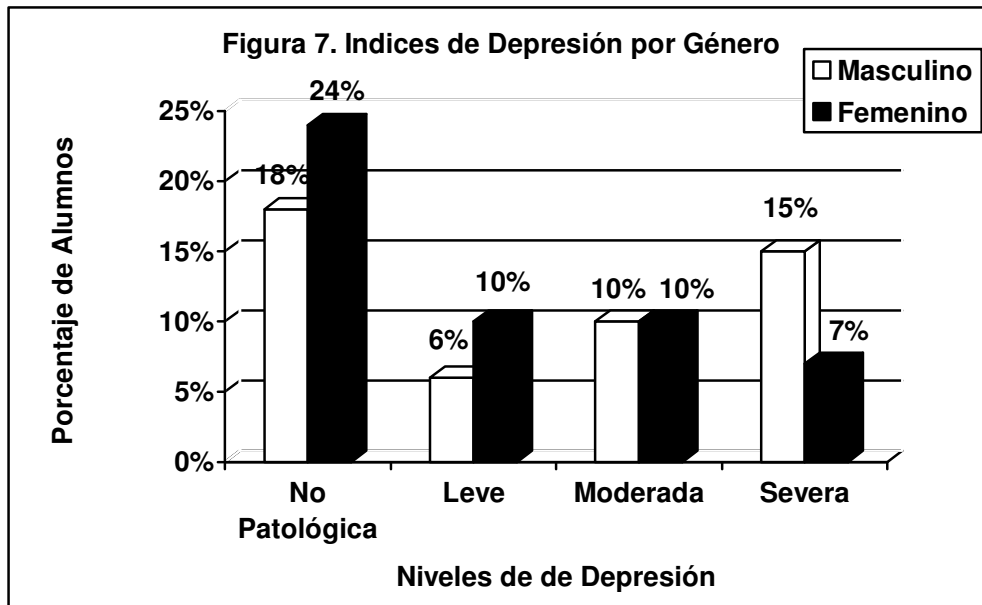
La figura 6 muestra el porcentaje de alumnos que reporta conflictos familiares según el tipo de región en la que habitan.

Se observa que el nivel con mayor porcentaje es el que reporta conflictos familiares moderados y el que se reporta con menor porcentaje es el nivel leve.

También se observa que en los niveles “bajo” “leve” “moderado” y “alto”, la región rural reportan índices mayores; y en cuanto al nivel de percepción “grave”, y por ultimo el nivel “grave” esta más presente en la población urbana.

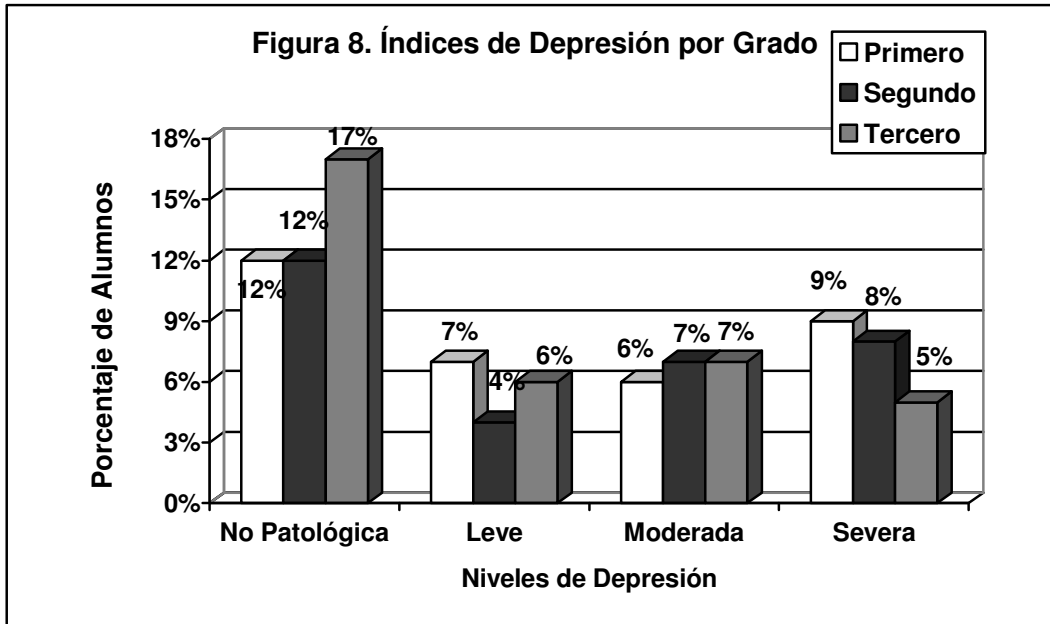


A continuación (véase figura 7), se presentan los resultados de la variable depresión, por género (N= 402):



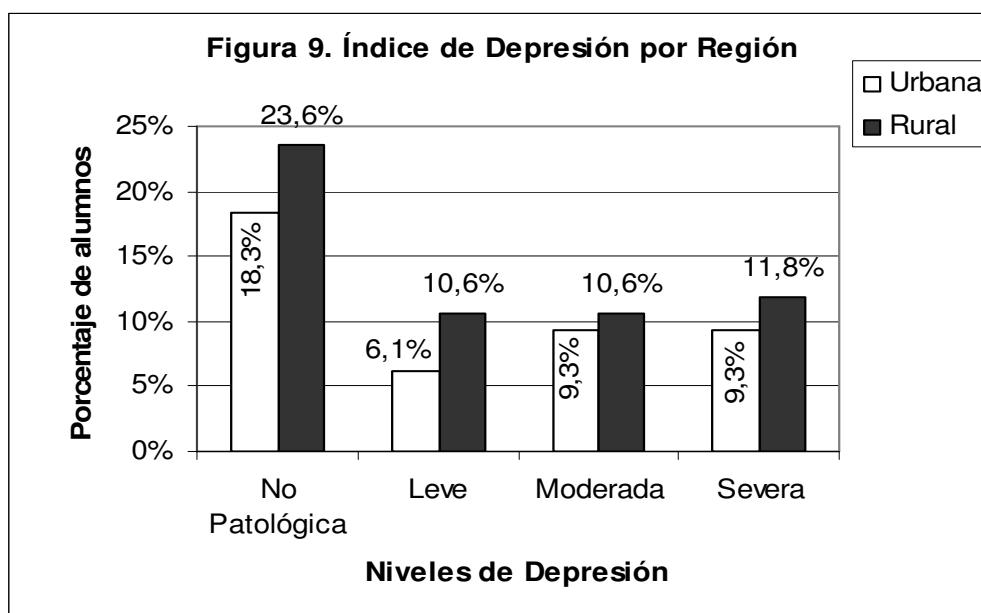
Con base en los cortes de la prueba validada para la población mexicana (Jurado et al..1998), puede observarse que la depresión “no patológica” y “leve” se reportan con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres; el nivel de depresión “moderada” se presenta por igual en ambos géneros. Sin embargo, es en el nivel de depresión “severa” cuando se presenta con mayor frecuencia entre los hombres.

En la siguiente gráfica, se presentan los resultados de la variable medida de depresión por grado (véase figura 8).



En esta figura se puede observar que el nivel de depresión “no patológica” se reporta con mayor frecuencia en el 3º grado, mientras que en 1º grado y 2º no hay diferencia objetiva. La percepción de la depresión “leve” tiene una frecuencia menor en el 2º grado: La presencia de depresión “moderada” se registra con un menor índice en el 1º grado y no hay diferencia el 2º y 3º grado; por último, la depresión severa tiene un nivel mas alto en el 1º grado y desciende en el 3º.

A continuación, en la figura 9, se presentan los resultados de la variable depresión por región (rural y urbana).



En esta gráfica, puede apreciarse que el mayor porcentaje del total de alumnos reportan índices de depresión no patológica, siendo ligeramente mayor el porcentaje en la región rural que en la región urbana. Los índices de depresión leve, moderada y severa muestran mayor prevalencia en la zona rural.

Con respecto a la variable de adicciones, en la tabla 1 se muestra el porcentaje de alumnos del total de la muestra (N=402,) que ha consumido las diferentes drogas del cuestionario según su sexo. En dicha tabla se puede observar que la mayoría de la esta población reporta nunca haber consumido drogas.

Tabla 1. Distribución del consumo de drogas por género en la muestra total (N=402)

	Sexo	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Refresco de cola con pastillas	Masculino	2	9	43
	Femenino	1	4	46
Inhalado algunas sustancias tóxicas	Masculino	3	9	42
	Femenino	1	4	41
Inhalado thinner	Masculino	3	9	42
	Femenino	1	4	41
Inhalado cemento	Masculino	4	6	45
	Femenino	0	4	41
Acostumbra ingerir alcohol	Masculino	2	11	41
	Femenino	2	7	37
Se ha dado cuenta que necesita beber para sentirse bien	Masculino	7	8	39
	Femenino	1	7	38
Fuma cigarillos	Masculino	3	10	41
	Femenino	1	8	37
Ha fumado marihuana	Masculino	2	3	50
	Femenino	0.5	0.5	44
Ha ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica	Masculino	1	5	48
	Femenino	1	3	42
Ha ingerido tranquilizantes sin prescripción médica	Masculino	2	5	47
	Femenino	2	3	41
Ha tomado, usado o probado cocaína	Masculino	1	3	50
	Femenino	1	1	44
Ha usado alguna vez cocaína "crack"	Masculino	2	3	50
	Femenino	0	1	44
Ha consumido tachas	Masculino	2	2	50
	Femenino	0	1	45
Ha tomado o probado alucinógenos como hongos, peyote, LSD, etc.	Masculino	1	3	50
	Femenino	0	2	44
Ha tomado, probado o usado heroína	Masculino	3	2	50
	Femenino	0	1	44
Ha tomado usado o probado sedantes sin que un médico lo recete	Masculino	2	4	48
	Femenino	0	5	41

En general, los porcentajes que se observan con mayor frecuencia para ambos sexos son en los ítems “fumas cigarrillos” y “acostumbras ingerir alcohol”, seguido de las drogas inhalables (thinner, cemento y sustancias tóxicas), y refresco de cola con pastillas. El consumo “algunas veces” en alcohol y tabaco, como drogas de preferencia, es mayor en los hombres. No obstante, para el nivel “frecuentemente” con respecto al consumo de alcohol es igual para ambos sexos.

La tabla 2 nos muestra el porcentaje de alumnos que ha consumido drogas según su grado escolar, en donde podemos observar que la mayoría de la muestra no reporta consumo; en cuanto al consumo de drogas, el reporte más alto lo encontramos nuevamente en el ítem: “Fumas cigarrillos”, en donde quien ha consumido en mayor porcentaje “algunas veces” ha sido el 2º grado; el siguiente ítem con un índice alto hace referencia al consumo de alcohol, en el cual igualmente el 2º grado reportó en la categoría “algunas veces” una frecuencia mayor que 1º y 3º grados.

Tabla 2. Distribución del consumo de drogas según el grado

	Grado	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Refresco de cola con pastillas	Primero	2	6	28
	Segundo	0.5	5	30
	Tercero	0.5	4	24
Inhalado algunas sustancias tóxicas	Primero	2	5	29
	Segundo	2	4	29
	Tercero	0.5	3.5	25
Inhalado thinner	Primero	2	6	28
	Segundo	1	3	31
	Tercero	0	5	24
Inhalado cemento	Primero	2.5	5	29
	Segundo	2.5	2	30
	Tercero	1	1	27
Acostumbra ingerir alcohol	Primero	2	5	28
	Segundo	1	8	26
	Tercero	1	5	24

Se ha dado cuenta que necesita beber para sentirse bien	Primero	4.5	6	25
	Segundo	2.5	6	27
	Tercero	1.5	2.5	25
Fuma cigarillos	Primero	1	5	30
	Segundo	2	9	24
	Tercero	1	5	23
Ha fumado marihuana	Primero	1	1	33
	Segundo	1	1	33
	Tercero	0	1	29
Ha ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica	Primero	1	4	30
	Segundo	2	3	31
	Tercero	0	1	28
Ha ingerido tranquilizantes sin prescripción médica	Primero	1	2	32
	Segundo	2	3	30
	Tercero	0	4	26
Ha tomado, usado o probado cocaína	Primero	0.5	1	34
	Segundo	1.5	1.5	32
	Tercero	0	0.5	29
Ha usado alguna vez cocaína "crack"	Primero	1	1.5	33
	Segundo	1	1	33
	Tercero	0	0.5	29
Ha consumido tachas	Primero	0.5	2	33
	Segundo	1.5	1.5	33
	Tercero	0	0.5	28
Ha probado o tomado alucinógenos como hongos, peyote, LSD.	Primero	1	1.5	33
	Segundo	0.5	2	33
	Tercero	0	1	28
Ha tomado, probado o usado heroína	Primero	1	2	32
	Segundo	2	1	32
	Tercero	0	1	29
Ha tomado usado o probado sedantes sin que un médico lo recete	Primero	1	4	31
	Segundo	1	3	31
	Tercero	0	3	26

En la tabla 3, se observa que el mayor porcentaje de alumnos tanto en la región rural como urbana, no ha probado nunca las diferentes sustancias encuestadas y un porcentaje bajo lo hace frecuentemente. Sin embargo, entre los que lo han hecho “algunas veces”, la frecuencia mayor en ambas zonas, se encuentra en el consumo de cigarrillos y en segundo lugar la ingestión de alcohol, no obstante en la zona urbana se refleja un porcentaje mayor que en la zona rural en estos ítems.

Tabla 3. Distribución del consumo de drogas según la región

	Región	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Refresco de cola con pastillas	Urbana	2.6	12.2	82
	Rural	2.8	15.5	80.8
Inhalado algunas sustancias tóxicas	Urbana	3.7	12.2	84.1
	Rural	4.2	11.3	84.5
Inhalado thinner	Urbana	2.6	17.5	79.4
	Rural	3.3	9.4	85.9
Inhalado cemento	Urbana	3.2	11.1	83.1
	Rural	5.2	7	86.4
Acostumbra ingerir alcohol	Urbana	4.8	19	75.1
	Rural	3.8	17.4	78.4
Se ha dado cuenta que necesita beber para sentirse bien	Urbana	7.4	13.2	78.8
	Rural	8.9	16	74.6
Fuma cigarrillos	Urbana	5.8	21.7	71.4
	Rural	3.3	14.6	80.3
Ha fumado marihuana	Urbana	2.1	4.2	92.1
	Rural	3.3	3.8	93
Ha ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica	Urbana	3.2	5.8	90.5
	Rural	1.4	9.4	87.8
Ha ingerido tranquilizantes sin prescripción médica	Urbana	4.2	6.9	86.8
	Rural	2.8	9.9	86.4
Ha tomado, usado o probado cocaína	Urbana	2.6	2.6	94.2
	Rural	1.4	4.2	93
Ha usado alguna vez cocaína "crack"	Urbana	1.6	3.2	94.7
	Rural	2.8	3.3	93.4
Ha consumido tachas	Urbana	2.1	4.2	92.1
	Rural	2.3	2.8	93.9

Ha tomado o probado alucinógenos como hongos, peyote, LSD, etc.	Urbana	1.6	5.3	92.6
	Rural	2.3	3.8	93
Ha tomado, probado o usado heroína	Urbana	3.7	4.2	91
	Rural	2.8	3.8	93.4
Ha tomado usado o probado sedantes sin que un médico lo recete	Urbana	2.6	8.5	88.9
	Rural	2.3	10.3	86.9

Análisis Inferencial

Para saber si existe correlación entre las variables de estudio se realizó el índice de correlación “r de Pearson” con lo que se pudo observar que existe correlación entre la percepción de conflictos familiares y la depresión ($r = .416$; $p < 0.01$).

Asimismo, con la finalidad de conocer la correlación entre la percepción de conflictos familiares y la adicción (consumidores y no consumidores) se ejecutó la misma prueba, en donde encontramos que existe relación entre estas dos variables ($r = -.188$; $p < 0.01$). De la misma manera, se encontró relación entre adicción (consumidores y no consumidores) y depresión ($r = .218$; $p < 0.01$).

Por otra parte, se utilizó el estadístico t de Student para grupos no relacionados, esto con la finalidad de probar si hay diferencias significativas entre los niveles de las variables depresión y la percepción de conflictos familiares, según el género y la región.

Con el análisis antes mencionado se obtuvieron los siguientes valores: para la variable depresión con respecto a la región, se observa que no existe una diferencia significativa entre estas variables ($t_{(243)} = .171$; $p > .05$) y en esta misma variable, con respecto al género, se encontró que sí hay diferencias significativas, lo que indica que el sexo femenino reporta mayor índice de depresión ($t_{(231)} = 2.644$; $p < .05$).

En cuanto a la variable percepción de conflictos familiares con respecto a la región, se observa que tampoco es significativa ($t_{(400)} = -1.481$; $p > .05$) y en esta misma variable, con respecto al género, se encontró la existencia de una diferencia

significativa; es decir, el género masculino percibe en un índice mayor los conflictos familiares ($t_{(380)} = -1.380$; $p < .01$).

En la variable de adicción, con respecto a la región, se observa que hay una diferencia significativa entre la muestra rural y la muestra urbana ($t_{(352)} = -1.766$; $p < .05$); asimismo, como puede observarse en la tabla 3, en la zona urbana es mayor el consumo de cigarrillos y alcohol como consumo frecuente; en la zona rural predomina el consumo de inhalables, y alcohol “para sentirse bien”; en esta misma variable, con respecto al género, se encontró que igualmente es significativa ($t_{(369)} = 1.362$; $p < .05$).

CAPITULO 7

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación que existe entre la depresión, la adicción y los conflictos familiares en adolescentes escolarizados, de ambos sexos, que habitan en algunas comunidades rurales y urbanas del Estado de Tabasco.

Los hallazgos demuestran la correlación existente entre las tres variables estudiadas; y además al analizarlas por separado encontramos datos significativos. Tal es el caso de la variable “Depresión” en la cual el sexo femenino reportó mayor presencia de depresión “No patológica” y “Leve” mientras que el sexo masculino reportó depresión en un nivel “Severo”. El estudio de la depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con diversos factores mediante los cuales se pretenden elaborar explicaciones acerca del mismo (Milne y Lancaster, 2001). Entre las variables que han sido asociadas con el trastorno depresivo se encuentra el género, esto en tanto que los datos aportados por una gran variedad de estudios confirman que la prevalencia de la sintomatología depresiva es mayor en las mujeres que en los varones. Un ejemplo de ello es la investigación llevada a cabo por Cantoral, Méndez y Nazar (2005), investigadores que pretendieron indagar la frecuencia y condiciones socioculturales y económicas que explican la depresión en adolescentes; en particular las diferencias explicativas de la depresión en mujeres y varones. Las autoras hallaron que la prevalencia de la sintomatología depresiva se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres en comparación con los varones. Siete de cada diez de ellas se encontraban deprimidas (73.1%) respecto a cinco de cada diez chicos (54.1%), dichas diferencias resultaron estadísticamente significativas. También encontraron diferencias entre hombres y mujeres depresivas en función de la edad. Entre los varones, los más afectados fueron aquellos que tenían 12 y 13 años de edad (72.7%), mientras que en las adolescentes de 13 y 14 años (80.3%) se identificaron los mayores índices de depresión. La depresión es un fenómeno que día a día va creciendo, haciéndose presente en nuestro trabajo, hogar, escuela, sin respetar sexo o edad. Se estima que en el mundo hay 340, 000,

000 personas con depresión y las proyecciones para el año 2020 muestran que los trastornos psiquiátricos y neurológicos podrían incrementarse de un 10% a un 15% debido a la calidad y los estilos de vida dentro y fuera de la familia (Nease, Klinkman y Volk, 2002).

Para la variable "Conflictos Familiares" sí se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo, en donde el hombre percibe niveles "Altos" a diferencia de la mujer que los percibe en grados "Bajos, Leve, Moderado y Graves". Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia. Así, se ha encontrado que aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas figuras contribuyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes (Flour & Buchanan, 2003).

Entre las dos regiones analizadas no se encontraron diferencias significativas, para las variables "Depresión" y "Conflictos familiares"; sin embargo en la zona rural se encontró una mayor presencia en niveles "Bajos, Leves, Moderado y Alto", lo que nos indica que la zona urbana es la que presenta menor incidencia en cuanto a presencia pero no en gravedad, puesto que se encontró que en esta zona hay mas conflictos familiares en un nivel "Grave". En cuanto al grado, para estas variables, en donde se reporta en niveles altos es el primer grado en general.

En lo referente a la variable "Adicción", se encontró que el 44% de la población estudiada "Nunca" ha consumido ninguna droga, mientras el 48% de la misma ha sido consumidor entre "Alguna vez" y "Frecuentemente". Las drogas de mayor preferencia son el alcohol, los cigarrillos, las inhalables (cemento, thinner y sustancias tóxicas), además de refresco de cola con pastillas. Se encontró que no hay diferencia en el sexo de los consumidores frecuentes, lo que significa que son hombres y mujeres por igual los que consumen frecuentemente las drogas mencionadas.

Estos datos concuerdan con la reciente investigación de Villatoro et al (2005), que señala cambios en la proporción de hombres y mujeres en los índices de consumo, de tal manera que las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco de las mujeres presentan valores similares a las de los hombres; también identifica la variación de consumo respecto a la región en que se ubican los adolescentes y lo refiere como “variaciones regionales” donde el consumo mayor está en la zona urbana, aunque sugiere que las nuevas generaciones se verán más afectadas sin importar el nivel de urbanización del lugar en que viven, lo cual en este estudio no se observa aún, sino que se mantienen en un nivel similar en lo referente al consumo de alcohol y cigarrillos. Estos autores también identificaron una situación preocupante que es la edad de inicio de consumo a los 13 años, con lo que coinciden los resultados de la presente investigación pues el grado que reporta mayor consumo es el segundo, donde las edades están entre 13 y 14 lo cual ven como una variable que incrementa mucho las probabilidades de consumir otras drogas, como marihuana, inhalables o cocaína, además que la bibliografía reporta que la edad de inicio de estas sustancias es cada vez menor.

Un hallazgo relevante en esta variable es que en la región y el grado escolar predominante, difiere al de las dos variables anteriores, y es que en la región urbana es donde se reporta mayor presencia de consumo, lo que nos hace predecir que en esta región existe un mayor acceso y distribución de drogas tanto legales como ilegales dirigido a la población adolescente. De la misma forma, en el segundo grado de secundaria se reporta mayor consumo.

Aunque identificamos la no relación entre las variables, el presente estudio nos brindó la oportunidad de aportar a la investigación de corte epidemiológico datos relevantes sobre la incidencia de estas variables en la población escolarizada tabasqueña. Silva (1991), menciona que el interés fundamental de la epidemiología se centra en los trastornos que se presentan en poblaciones o grupos sociales, siendo ésta una metodología muy flexible, para utilizarse en gran cantidad de disciplinas científicas, ya que los aspectos técnicos de la observación, registro y la recopilación de datos, del procesamiento y la medición de la frecuencia en las

poblaciones son idénticas en cada uno de los campos en que se interesa es el epidemiólogo. Como consecuencia de esta flexibilidad, la epidemiología se ha visto influida también por disciplinas a las que apoya, por ejemplo la orientación conductual ha propiciado que en los últimos años los epidemiólogos adopten definiciones conductuales en la identificación de personas que tienen un determinado trastorno (Yule, 1981).

A pesar de la adopción de definiciones conductuales en México, la investigación epidemiológica de los trastornos psicológicos desde una aproximación conductual ha sido muy escasa. Los procedimientos básicos de todo estudio epidemiológico comprende la medición de la frecuencia, la severidad y la demanda que una comunidad hace para la solución de un problema, por lo que el epidemiólogo debe estar capacitado para identificar, registrar y cuantificar el problema. Con lo anterior identificamos que nuestra labor como profesionales en el campo de la investigación psicológica fue exitosa, puesto que encontramos datos importantes que nos permiten buscar soluciones y propuestas a nivel de prevención y tratamiento de los hallazgos encontrados en esa población.

Una de las razones por las que se eligió trabajar con adolescentes escolarizados fue por lo mencionado por Silva, (1991) en donde percibe que la escuela ha adquirido un papel rector fundamental en la orientación y educación del adolescente. Esto se hace evidente al considerar la reducción del tiempo de convivencia que los padres tienen, ya que la cantidad de horas que éstos pasan con sus hijos es casi igualado por el tiempo que el adolescente pasa en la escuela, de esta manera es necesario reconocer a esta institución como un medio más, entre otros, para prevenir y solucionar los problemas psicológicos que aquejan al adolescentes (Coffin, 2006).

El rango de edad fue elegido tomando en cuenta los datos arrojados por la La Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ), que señala que entre los 12 y los 14 años de edad no acuden a la escuela 11.6% de adolescentes; de los 15 a los 19 años de edad no acuden 41.3%, y que al llegar a los 19 años de edad más de 75% de jóvenes ha abandonado la escuela por motivos económicos y falta de acceso en su localidad, principalmente. El promedio de *escolaridad* en México es actualmente de

7.7 grados, cerca de tres veces más que en 1960. La desigualdad en los niveles de escolaridad alcanzados entre la población joven que reside en localidades rurales respecto a la que reside en las ciudades es de 6.5 y 9.2 años, respectivamente.

En México 97% de las y los adolescentes saben leer y escribir, la población general ha incrementado su nivel de instrucción y la brecha entre hombres y mujeres es nula, no así entre adolescentes indígenas entre los cuales el analfabetismo puede llegar a 9% en las mujeres. (Santos, Villa-Barragán, García, León, Queza y Tapia, 2003)

Con lo anterior, sugerimos que se continúe con esta labor de investigación epidemiológica en diferentes estados de la República, dado que la naturaleza de las variables en investigación hace posible su evolución así como la relación entre ellas y otros factores causales los cuales podrían ocasionar daños severos a la población adolescente. Un factor no analizado en este estudio es la comparación con la población no escolarizada que si se ha retomado en otros estudios y se ha encontrado que estar estudiando es un factor protector contra el consumo de drogas, por lo que el consumo es más alto entre los adolescentes que ya no se encuentran estudiando (de acuerdo con datos de la Tercera Encuesta Nacional de Adicciones y del estudio de 100 ciudades y de la ciudad de México del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

También se sugiere buscar soluciones preventivas, que tomando en cuenta la presente investigación, colabore en la detección y atención de estos focos de alarma en la juventud mexicana.

REFERENCIAS

- Ampudia, M.S; Baeza, F; Bielsa, A; Furest, S; Gastaminza, X; Martínez Sais, M.E; Molina, M; Pedreira Massa, J.L; Riera, D; Sabaté, N; Sarlé, M; Tomás, J y Vacas, R. (2001). Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. España: Alertes, S.A.
- Ardila, N. (2007) Factores críticos de la adolescencia. *Adolescencia Revista de Psicología*
- Arellanez, J.L., Díaz, D.B., Wagner, F. y Pérez, V. (2004). Factores Psicosociales Asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 27(3): 54-65.
- Ariete, A. y Bemporad, J. (1981) *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires: Paidós. 60-119.
- Ayala, N. y Licéaga, B. (2007) Consideraciones desde el punto de vista psicológico acerca de los jóvenes fármaco dependientes. *Adolescencia. Revista de Psicología*.
- Balanzario, M. (2003). Depresión y consumo de drogas. *Anuario de Investigación en Adicciones*. 4(1). 5-13.
- Beck, A. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Beck, A., Rush, A., Brian, F., y Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. España. Desclee de Brouwer.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. México: McGraw-Hill.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora M., Bautista, J., y Zambrano, E. (2004). The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican Nacional Addictions Survey. *Psychological Medicine*. 34(5), 881-88.
- Berenson, S., Tiburcio, M. y Medina-Mora, M.E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*. 28(6):33-40.

- Bernal, H., & Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3), 251-259.
- Blazer, G. (1984) *Síndromes depresivos*. Barcelona: Doyma.
- Bleichman, E. (1991) *La depresión en la mujer*. España: Temas de hoy.
- Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. Mexico: Mc Graw Hill. 656-672.
- Buelga, V, S y Lila, M.M. 8 (1999) *Adolescencia, Familia y Conducta Antisocial*. España: C.S.V.
- Caballero, R., Madrigal, E., Hidalgo, A. y Villaseñor, A. (1994). El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*. 22(4): 1-13.
- Calderón, G. (1990) *Depresión*. México: Trillas.
- Calderón, N.G. (1985). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. México. Trillas.
- Cantoral, G., Méndez, M. y Nazar, A. (2005). *Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género*. En red: www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and publichealth: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Caravero, J., Colmenares, E., y Saldívar, G. (1999). Estudio clónico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*. 22(2). 7-16.
- Centros de integración juvenil A.C. Dirección de Investigación y Enseñanza. Mario Carlos Balazario Lorrenzana. Jefe del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica. Tlaxcala ·208. Col. Hipódromo Condesa. Delegación Cuauhtemoc. México, D.F.
- Clayton, P. (1983) Gender and depresión. En August, J. *The origins of Depresión: Current concepts and Approaches*. Alemania: ProffGmbH&co. pp. 77-89.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones. 1998. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2000.0. En Santos, J., Villa-Barragán J., García M., León L., Quezada S. y Tapia R. (2003) *La transición*

epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública. Mex* 2003;45 supl 1:S140-S152.

- Conger, J. (1980) *Adolescencia. Generación presionada*. México: DIMSA.
- Cortés, J., Higuera, F., y Ortiz, S. (2006). Detección de trastorno depresivo mayor en estudiantes de secundaria. *Psiquis. México*. 15(2). 44-48.
- Craig, J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice may Hispanoamericana
- De la Fuente, R. (1959). *Psicología médica*. México: Fondo de cultura económica.
- Dias, P. J. (2002) Abuso de sustancias en los adolescentes. Asesoramiento en la consulta. *Revista de Toxicomanías*. 33: 3-24.
- DSM IV (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Feldman F. (2001). Un grito de ayuda: la relación entre depresión y drogas. *Liber-addictus*. (47), 18-20.
- Ferrey, G., Legotes, G., y Bobes, J. (1994) *Psicopatología*. París: Masson. 67-75.
- Fierros, E. (1999). *El perfil del adolescente mexicano*” México: F.E.S.I. Tesis de maestría.
- Fize, M. (2007). Los adolescentes. México. Fondo de Cultura Económica.
- Freden, L. (1986) *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Forteza, C. y Palos, P. (1995) La relación de los hijos progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. Vol. 18. No. 4. Diciembre.
- García y García de la Torre, J.M. (1970) Problemática Sociobiológica de la juventud. México: Científico-México
- Giradi y Andrade (1988).
- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental* 4 (18), 41-48.

- Gonzalez, S. (2002) *Variables de autoeficacia asociados con la depresión en adultos mayores*. México: F.E.S.I. Tesis de Licenciatura.
- Henri E., Bernand, P. y Brisset, C. (1980). *Tratado de psiquiatría*. México: Masson.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck Para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental* 21 (3), 26-31.
- Juviz, W. (2000) *Psiquiatría Clínica*. México: Manual Moderno. 549-558.
- Kazdin, E. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Knox, E. (1981) *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*. México. Siglo veintiuno.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la depresión*. Barcelona: Herder. Lawrence, C. (1977). *Psiquiatría clínica moderna*. México: La Prensa Mexicana.
- Llaberia, D. y Lorente, P. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. España
- López, F., Búlas, M., León, R. y Ramírez, I. (2005) Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*. Vol. 17 (3), 241-248.
- Mackinnon, R. (1998). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión*. Barcelona: Masson.
- Mateu, R. (2000) *¿Qué es la depresión?*. (En red) Disponible en: www.arrakis.es
- Medina-Mora, M.E. (2005). Las contribuciones del Doctor de la Fuente en el campo de las adicciones. *Salud Mental*. 28(6):1-8.
- Milne, L. y Lancaster, S. (2001). Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*. 142 (36), 207-223.
- Ministerio de Salud (1998). *Resolución Número 02358de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora., y Borges, G. (2003). Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencia: un enfoque de género. *Revista Mexicana de Psicología*. 20(2), 225-235.
- Moreno, C., Del Barrio, M. y Mestre, M. (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *Iber Psicología* 1 10, pp. 15-28.
- Moss, B. y Trickett, E. (1995). *Escalas de clima social*. Madrid: TEA.

- Nease, D. y Malouin, J. (2003) Depresión screening: a practical strategy. *The journal of family practice*. 118-126.
- Norell, S. (1994) Diseño de estudios epidemiológicos. México. Siglo veintiuno editores.
- Novell, S. (1994). *Diseño de estudios epidemiológicos*. México: Siglo XXI.
- Ortiz, R. y Campos, G. (2007) Correlación entre los niveles de depresión y desesperanza en una muestra de escolares de una escuela primaria pública federal de la ciudad de México. *Psiquis*. 15 (1), 3-7.
- Papalia, D. (1999) *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill.
- Pasch, K.E., Komro, K., Perry, C.L., Hearst, M.D. & Farbakhsh, K. (2007). Outdoor alcohol advertising near schools: What does it advertise and how is it related to intentions and use of alcohol.
- Ritcher, P., Alvarado, L. y Fend, H. (1997). Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 7, en red: <http://www.sociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/index.html>
- Rivero, C. (2003) Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia. En: <http://www.herrerros.com.ar/melanco/rivero.htm>
- Ruano, P. R; Serra, D. E (2001) Sucesos Vitales y Tensiones en Familias con Hijos Adolescentes. *Estudios Pedagógicos*. 27, 55-64
- Sabanes, F. (1993) *La Depresión*. España: Temas de hoy. 30-147.
- Sánchez, J. (2007) Adolescencia y trastorno antisocial de la personalidad. *Adolescencia*. Revista de Psicología
- Santos, J., Villa-Barragán J., García M., León L., Quezada S. y Tapia R. (2003) La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública*. 45
- Segatore y Grangelo P. (1998). *Diccionario Médico Teide*. Barcelona: Teide.
- Silva, A. (1991). Evaluación de los problemas psicológicos en adolescentes a través de métodos epidemiológicos. *Revista Sonorense de Psicología*. 5(2). 97-110.
- Schraml, Walter. (1975). *Psicología clínica*. España: Herder.
- Schmidt, G. (1993) *Como prevenir y tratar la depresión*. Barcelona: Elfos. 17-21.
- Smith., F. (1984) *Psicología. Fronteras de la conducta*. México: Trillas.

- Valdés, C. A; Muñoz, B. J y Druet, D. N (2003) Principales problemas que enfrentan los padres de familia con sus hijos de bachillerato. *Nueva época*. 7 (14), 103-112.
 - Van Der Vorst, H., Engels, R., Dekovic, M., Meeus, W. & Vermulst, A. (2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescents' alcohol use: a longitudinal person-environment study. *Addiction*. 102:1064-1075.
 - Vázquez, P. et.al. Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. *Episteme 1*, en red: <http://www.uvmnet.edu/investigación/episteme/numero1-04>.
 - Villatoro, J., Alcántar, M., Medina, M., Fleiz, C., González, C., Amador, N. y Bermúdez, P. (2000) El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿dos problemas entrelazados? Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Proyecto # 4320.
 - Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Hernández, M., Fleiz, C.M., Amador, N.G. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*. 28. (5). Febrero. 38-51.
 - Walter, (1975). *Psiquiatría Clínica*. México: Mc Graw-Hill.
- http://www.setab.gob.mx/servicios_educativos/estadistica/pdf/cifras/municipal/cifrascomalcalco.pdf
- Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*. 25(1): 43-54.
 - William A. (2007) El adolescente y su conducta social. *Adolescencia*. Revista de Psicología.
 - http://www.setab.gob.mx/servicios_educativos/estadistica/pdf/cifras/municipal/cifrascomalcalco.pdf
 - Yule, W. (1981). The epidemiology of child psychopathology. En B. B. Lahey, y Espaxis.

ANEXO 1

Lista de chequeo de Silva (1993)

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en diferentes lugares de tu ciudad. Lee con cuidado el cuadernillo y anota tus respuestas en las Hojas de Respuesta. Por favor, no hagas anotaciones en el cuadernillo.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son **estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada**. Es por esto que no preguntamos tu nombre y te pedimos que no lo anotes en ninguna hoja. Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a ti también te guste.

Con este cuestionario pretendemos saber qué es lo que piensan los jóvenes de tu edad, por lo que te pedimos que lo contestes con la mayor sinceridad posible, pues de lo contrario éste no tendrá validez. Para garantizar el anonimato de tu información, insistimos en que no es necesario que pongas tu nombre.

Asimismo, es totalmente voluntaria tu participación.

INSTRUCCIONES

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para tí sea la mejor. En **todas** las preguntas **deberás elegir sólo una opción**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en las líneas correspondientes.

De las alternativas que se te dan, escoge la que más se acerque a tu manera de pensar, marcando con una X o el número que corresponda en las Hojas de Respuestas.

EJEMPLO.

- a) ¿Acostumbas cocinar tus propios alimentos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) nunca 1 ② 3

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

8. ¿Con quién vives?
1) Padres hermanos 2) Hermanos 3) Familiares 4) Otros
9. ¿El estado civil de tus padres es?
1) Casados 2) Unión libre 3) Divorciados 4) Viudo (a)
10. ¿Cuántos hermanos tienes? _____
11. ¿Qué lugar ocupas por edad entre tus hermanos?
En orden descendente (del mayor al menor):
1) El primero 2) El segundo 3) El tercero 4) Otro ¿Cuál?
12. ¿Quién sostiene los gastos de tu casa?
1) Tu padre 2) Tu madre 3) Ambos 4) Otros
13. ¿Qué religión profesas?
1) Católica 2) Protestante 3) Mormona 4) Otra, ¿Cuál?

HÁBITOS DE ESTUDIO

14. ¿Realizas tus tareas y trabajos que te asignan en la escuela?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
15. ¿En dónde estudias?
1) En el camión 2) En la casa 3) En la biblioteca 4) En el parque
16. ¿Cuando estudias, lo haces?
1) Acostado 2) Recostado 3) Sentado 4) Otros, ¿Cuál?
17. ¿Tienes dificultad para expresar tus pensamientos por escrito?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
18. ¿Tu asistencia a clases es?
1) Constante 2) Irregular 3) Otro
19. ¿Cuándo acostumbras estudiar?
1) Antes de examen 2) Sólo cuando me dicen que lo haga 3) Diario
4) Otro, ¿Cuál?
20. ¿Cuando estás estudiando, ¿realizas alguna otra actividad?
1) Comer 2) Oír música 3) Ver televisión 4) Solo estudio
21. ¿Cómo acostumbras estudiar?
1) Memorizando 2) Leyendo muchas veces lo mismo 3) Razonando
4) Otro, ¿Cuál?

22. Durante las clases:

- 1) Tomas apuntes 2) Memorizas 3) Otro, ¿Cuál?

23. ¿Cuándo vas a presentar un examen, en qué materiales estudias?

- 1) Tus apuntes 2) Libros sobre la materia 3) Apuntes y libros sobre la materia
4) No estudio

FOBIAS

24. ¿Te causa temor estar cerca de aguas profundas?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

25. ¿Tienes miedo a algún animal en especial?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

26. ¿Si permaneces mucho tiempo en un lugar cerrado, sientes miedo?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

27. ¿Te causa miedo ser tocado por otros?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

28. ¿Cuando estás en el último piso de un edificio muy alto, sientes miedo?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

29. ¿Te causa temor enfrentarte a situaciones novedosas ó indefinidas?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

30. ¿Tienes temor a estar solo?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

31. ¿Cuando vas a presentar algún examen académico, sientes miedo?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

32. ¿Cuando asistes a un lugar donde hay mucha gente, cómo te sientes?

- 1) Bien 2) Mal 3) Te es indiferente

33. ¿Si permaneces mucho tiempo en lugares abiertos, te sientes?

- 1) Bien 2) Mal 3) Te es indiferente

ESTADO DE ÁNIMO

34. ¿Cuando estás deprimido buscas a alguien que te levante el ánimo?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

35. ¿Sientes que el futuro carece de interés?

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

36. ¿Te sientes sola(o)?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
37. ¿Piensas que la vida carece de interés?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
38. ¿Piensas que nadie cuida de ti?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
39. ¿Has sentido que vas a tener un ataque de pánico?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
40. ¿Te sientes decepcionado cuando la gente no hace lo que tú quieres?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
41. ¿Tienes accesos de llanto o deseos de llorar?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
42. ¿No puedes dormir en las noches?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
43. ¿Has deseado poner fin a tu vida?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

INFORMACIÓN SEXUAL

44. ¿Sabes qué es la masturbación?
1) Autoestimulación 2) Eyacular 3) Llegar al orgasmo
45. Menciona al menos tres ejemplos del aparato reproductor masculino
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
46. ¿Lees libros que traten temas sobre el sexo en forma seria y no los textos pornográficos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
47. Menciona al menos tres órganos del aparato reproductor femenino
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
48. ¿Consideras que el sexo es una función?
1) Fisiológica natural 2) Pecaminosa 3) Inmoral
49. ¿La eyaculación del hombre tiene como función?
1) Placer y reproducción 2) La competencia 3) La superioridad

50. ¿La ovulación en la mujer tiene como función?
1) La reproducción 2) La competencia 3) La superioridad

51. Menciona al menos tres anticonceptivos que conozcas
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

52. ¿Tus padres te dan informes sobre sexualidad?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

53. ¿Cuando tienes dudas acerca de cuestiones sexuales con quién las consultas?
1) Padres o algún familiar 2) Maestros 3) Amigos o conocidos 4) No le pregunto a nadie

DROGAS

54. ¿Has tomado refrescos de cola con pastillas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

55. ¿Has inhalado alguna sustancia tóxica?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

56. ¿Has inhalado thinner?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

57. ¿Has inhalado cemento?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

58. ¿Acostumbras ingerir alcohol?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

59. ¿Te has dado cuenta que necesitas beber para sentirte bien?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

60. ¿Fumas cigarrillos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

61. ¿Has fumado marihuana?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

62. ¿Has ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

63. ¿Has tomado, usado ó probado cocaína?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

64. ¿Has usado alguna vez cocaína "crack"?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

65. ¿Has consumido "tachas"?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
66. ¿Has tomado ó probado alucinógenos, como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
67. ¿Has tomado, usado ó probado heroína?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
68. ¿Has ingerido tranquilizantes sin prescripción médica?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
69. ¿Has tomado, usado ó probado sedantes, sin que un médico te lo recetara?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

AGRESIÓN

70. ¿Has tenido problemas con la policía?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
71. ¿Has formado grupos para agredir?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
72. ¿Has agredido a alguien por venganza?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
73. ¿Has agredido a personas solas?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
74. ¿Te han llamado la atención por tomar cosas ajenas?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
75. ¿Has agredido en grupo a otros grupos?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
76. ¿Has utilizado algún tipo de armas cuando agredes?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
77. ¿Has agredido en grupo a personas solas?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
78. ¿Has agredido tú solo a otras personas?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
79. ¿Has tenido problemas legales por agredir?
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunc

HABILIDADES SOCIALES

80. ¿Sientes que estás equivocado?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
81. ¿Estás siempre dispuesto(a) a expresar tu opinión?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
82. ¿Te pones nervioso(a) al presentarte en público?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
83. ¿Qué haces cuando estás con tus amigos?
1) Te dedicas a escuchar 2) Dejas que te hagan bromas 3) Te integras
84. ¿Cuando te hacen un cumplido sabes qué decir?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
85. ¿Te cuesta trabajo entablar una conversación con alguien?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
86. ¿Si la petición inicial de algo que tu quieres es rechazada, la pides para una ocasión posterior?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
87. ¿Te gusta hacer amigos cuando vas a lugares nuevos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
88. ¿Si un amigo te hace una petición que consideras no razonable, eres capaz de negarte a hacerla?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
89. ¿Cuando sientes que un amigo te esta ofendiendo se lo haces saber?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

FAMILIA

90. ¿Cuando estás discutiendo con tus padres te dejan decir lo que piensas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
91. ¿Cuando comes con tus padres, estos se la pasan discutiendo?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
92. ¿Tus padres te subestiman o te hacen menos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
93. ¿Tus padres son autoritarios y dominantes cuando hablas con ellos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

94. ¿Cuando estás en problemas tus padres te ayudan?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
95. ¿Generalmente cuando tus padres te castigan están siendo justos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
96. ¿Tus padres y tú realizan actividades juntos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
97. ¿Tus padres y tú tienen grandes discusiones por cosas insignificantes?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
98. ¿Las pláticas que tienen tus padres y tú son improductivas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
99. ¿Cuando discutes con tus padres, ellos te ofenden con palabras inadecuadas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

ANEXO 2

BDI BECK

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones que miden niveles de depresión, por favor léelas cuidadosamente. Escoge una oración de cada grupo que describa la manera en que te sentiste la semana pasada inclusive el día de hoy. Encierra en un círculo en la hoja de respuestas sólo la oración que más se acerca a la forma en que te sentiste. Asegúrate de leer todas las oraciones de cada grupo.

Pregunta 1

- 0. Yo no me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

Pregunta 2

- 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1. Me siento descorazonado por mi futuro.
- 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
- 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3

- 0. Yo no me siento como un fracasado.
- 1. Siento que he fracasado mas que las personas en general.
- 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
- 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

Pregunta 4

- 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
- 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

Pregunta 5

- 0.- En realidad no me siento culpable
- 1.- Me siento culpable una gran parte del tiempo.
- 2.- Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- 3.- Me siento culpable todo el tiempo.

Pregunta 6

- 0.- Yo no me siento que esté siendo castigado.
- 1.- Siento que podría ser castigado
- 2.- Espero ser castigado.
- 3.- Siento que he sido castigado.

Pregunta 7

- 0.- Yo no me siento desilusionado de mi mismo.
- 1.- Estoy desilusionado de mí mismo.
- 2.- Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio.

Pregunta 8

- 0. Yo no me siento peor que otras personas.
- 1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores.
- 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

Pregunta 9

- 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
- 1. Tengo Pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
- 2. Me gustaría suicidarme.
- 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

Pregunta 10

- 0. Yo no lloro más de lo usual.
- 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
- 2. Actualmente lloro todo el tiempo.
- 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

Pregunta 11

- 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
- 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado todo el tiempo.
- 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

Pregunta 12

- 0. Yo no he perdido el interés por la gente.
- 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
- 2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
- 3. He perdido todo el interés en la gente.

Pregunta 13

- 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
- 1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
- 2. Tengo más dificultad en tomar las decisiones que antes.
- 3. Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14

- 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
- 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
- 2.- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo.
- 3.- Creo que me veo feo (a).

Pregunta 15

- 0.- Puedo trabajar tan bien como antes
- 1.- Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2.- Tengo que obligarme para hacer algo
- 3.- Yo no puedo realizar ningún trabajo

Pregunta 16

- 0.- Puedo dormir tan bien como antes.
- 1.- Ya no puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
- 2.- Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 3.- Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

Pregunta 17

- 0.- Yo no me canso más de lo habitual.
- 1.- me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
- 2.- Con cualquier cosa que haga me cano.
- 3.- Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

Pregunta 18

- 0.- Mi apetito no es peor de lo habitual.
- 1.- Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- 2.- Mi apetito esta muy mal ahora.
- 3.- No tengo apetito de nada.

Pregunta 19^a

- 0.- Yo no he perdido mucho peso últimamente.
- 1.- He perdido más de dos Kilogramos.
- 2.- He perdido más de cinco Kilogramos.
- 3.- He perdido más de ocho Kilogramos.

Pregunta 19b.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos

- 1.- Si
- 2.- No

Pregunta 20

- 0.- Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
- 1.- Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestares estomacales o constipación.
- 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 otra cosa.

Pregunta 21

- 0.- Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1.- Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
- 2.- Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3.- He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 3

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

ESCALA DE MOSS (FES)

INSTRUCCIONES

En la siguiente hoja, hay 27 afirmaciones acerca de la familia. Usted debe decidir cual de estas afirmaciones son verdad en su familia y cuales son falsas.

Verdadera.- ponga un círculo en **V** cuando piense que la afirmación es verdadera o casi verdadera acerca de su familia.

Falsa.- ponga un círculo en la **F** cuando piense que la afirmación es falsa o casi falsa acerca de su familia.

Quizá piense que algunas de las afirmaciones son verdaderas para algunos miembros de la familia y falsa para otros. Ponga un círculo en la **V** si la afirmación es verdadera para la mayor parte de lo miembros. Ponga un círculo en la **F** si la afirmación es falsa para la mayor parte de los miembros. Si los miembros se encuentran divididos, decida cual es su impresión general y conteste de acuerdo con ella. Recuerde que quisiéramos saber lo que su familia le parece a usted. Por lo tanto, no trate de pensar o imaginar la forma en que otras personas ven a su familia, anote su propia impresión general sobre su familia en cada afirmación.

Las respuestas dadas por usted serán estrictamente confidenciales y servirán con fines estadísticos. Para cualquier duda u aclaración puede preguntar, con entera confianza, a quien aplica el cuestionario. Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza conteste con la verdad.

- | | | |
|---|------------|---------|
| 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros. | 1verdadero | 2 falso |
| 2.- Los miembros de la familia a menudo se guardan sus sentimientos para sí mismos. | 1verdadero | 2 falso |
| 3.- Peleamos mucho en nuestra familia. | 1verdadero | 2 falso |
| 4.- Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos "pasando el rato". | 1verdadero | 2 falso |

- | | | |
|--|------------|---------|
| 5.- En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos. | 1verdadero | 2 falso |
| 6.- En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados. | 1verdadero | 2 falso |
| 7.-En casa nos esforzamos mucho en lo que hacemos. | 1verdadero | 2 falso |
| 8.- En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo mundo. | 1verdadero | 2 falso |
| 9.- En casa a veces nos enfadamos tanto, que golpeamos o rompemos cosas. | 1verdadero | 2 falso |
| 10.- Existe un sentimiento de unión y cohesión en nuestra familia. | 1verdadero | 2 falso |
| 11.- En mi casa comentamos nuestros problemas personales. | 1verdadero | 2 falso |
| 12.- Los miembros de mi familia casi nunca mostramos enfado. | 1verdadero | 2 falso |
| 13.- Rara vez nos ofrecemos voluntariamente a hacer algo en casa. | 1verdadero | 2 falso |
| 14.- Si se nos antoja hacer algo al momento simplemente lo hacemos sin pensarlo mucho. | 1verdadero | 2 falso |
| 15.- Los miembros de la familia frecuentemente nos criticamos unos a otros. | 1verdadero | 2 falso |
| 16.- Las personas de mi familia nos apoyamos De verdad unos a otros. | 1verdadero | 2 falso |
| 17.- En mi familia cuando uno se queja siempre Hay otro que se siente afectado. | 1verdadero | 2 falso |
| 18.- En mi familia a veces nos peleamos a golpes. | 1verdadero | 2 falso |
| 19.- Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia. | 1verdadero | 2 falso |
| 20.- En mi familia se habla abiertamente del dinero y de las deudas. | 1verdadero | 2 falso |

- 21.- Si hay un desacuerdo en nuestra familia nos
esforzamos en poner las cosas en claro y
mantener la paz. 1verdadero 2 falso
- 22.- Realmente nos llevamos bien unos con otros. 1verdadero 2 falso
- 23.- En mi familia generalmente somos cuidadosos
Acerca de lo que decimos unos de otros. 1verdadero 2 falso
- 24.-
- 25.- En mi familia se concede mucha atención y
tiempo a cada uno de sus miembros. 1verdadero 2 falso
- 26.- En mi familia expresamos nuestras opiniones
de modo frecuente y espontáneo. 1verdadero 2 falso
- 27.- En mi familia creemos que no se llega a
ningún lado levantando la voz. 1verdadero 2 falso