



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC

DIRECCIÓN GENERAL DE
INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**CONSTRUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO
EXPLORATORIO PARA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE
MEXICANA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

TANIA ESPINOSA GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. VICTOR MANUEL BECERRIL
DOMINGUEZ

REVISORA: DRA. NIDIA FLORES MONTAÑEZ

MÉXICO D.F.

DICIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

Al hombre que con su sonrisa en el alma y en el rostro, me apoyó en mis sueños e ideales, hasta el último aliento que tuvo.

Mi abuelito.

A la mujer que tiene infinidad de logros propios, quien con su sonrisa calma la tempestad de mis miedos, quien día a día me alienta en mis metas con su amor, cuidados y consejos, haciendo de mi la mujer en pie de lucha que soy hoy.

Mi madre.

A mi padre, que antes de conocerme ya me esperaba y desde que lo hizo no ha parado respaldarme, alentarme y guiarme con su ejemplo, quien ha sido mi mayor apoyo emocional y mi ángel de la guarda.

Juan Espinosa.

Agradecimientos

A mis Padres, por esperarme, amarme y soñarme antes de que pudiera nacer, por darme la vida, a ellos que sin su apoyo emocional en todo momento de mi vida y durante mi formación profesional, no habría logrado estar aquí; gracias por ejercer la presión necesaria con el cariño adecuado, para impulsarme, he aquí de regreso, un poquito de tanto amor. Gracias por enseñarme a amar y disfrutar la vida a la par de mostrarme como enfrentarla, ustedes son mi mayor ejemplo, los amo.

A mi tía Mayra, que en todo momento me apoyo sin dejar de presionarme para titularme, para entrar a la maestría, para esforzarme por desear ser una mejor persona cada día, brindándome sus vivencias, enseñanzas y empatía. A Rodrigo y a Karyme que son mi gran tesoro, les tengo que agradecer a mis niños que me devuelven el aliento y la calma con una sonrisa sincera, con un abrazo que no espera nada, con un amor sin medida.

A mi Abuela, que siempre ha estado ahí para mí y para mis padres, por su amor, consejos y oraciones incondicionales.

A la gente hermosa que me dio su apoyo y cariño durante mi formación académica, durante las fiestas y las lágrimas de mi vida, Nurit Mileris, Mariana Hurtado, Nora Quintanilla, Marleny Castellanos; a Mónica Sesma y Sandra Marcos quienes sin conocerme creyeron en mí y me brindaron apoyo con todos sus conocimientos.

A mis compañeras y amigas de la licenciatura que sin ellas no hubiera sido lo mismo, que sin los cafés y las fiestas, trabajos, pláticas, lágrimas y risas, esto no hubiera valido la pena, Monserrat Corona y Sandra Cardoso. A mis compañeros de la Universidad ISEC 2005-2009, por compartir mañanas, tardes y noches de compañerismo, aprendizajes y retos, así mismo quiero agradecer a la Universidad de Negocios ISEC, por la dedicación constante de formar profesionales.

A mis profesores de la Universidad ISEC, que durante cuatro años y medio me formaron como una psicóloga responsable y dedicada, invitándome a crecer, a aprender y sobre todo a continuar. A Víctor Becerril, que con el honor de haber sido su alumna durante algunos semestres, decidió apoyarme y confiar en mí para ser mi director y amigo en este arduo viaje llamado "Tesis Profesional".

A TODOS ELLOS MIL GRACIAS.

**CONSTRUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO EXPLORATORIO
PARA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN POBLACION
ADOLESCENTE MEXICANA**

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Marco Teórico	8
Especificación de la finalidad del cuestionario exploratorio	8
Finalidad del cuestionario exploratorio en términos operacionales	13
Delineación del Rasgo Depresivo Mayor	16
Identificación de Conductas	38
Metodología	56
Elaboración de Reactivos	56
Estructura del cuestionario exploratorio	58
Aplicación al grupo piloto	60
Análisis de Reactivos	63
Reestructuración de la forma final del cuestionario exploratorio	65
Aplicación a la muestra	66
Resultados	68
Confiabilidad	68
Validez	69
Normas	71
Discusión	72
Conclusiones	77
Referencias	78
Índice de anexos	86

RESUMEN

La presente investigación desarrolló, estandarizó, confiabilizó, validó y normalizó un instrumento psicométrico estructurado para la exploración de Rasgos Equivalentes Depresivos a un Episodio Depresivo Mayor (EDM), instrumento auto aplicable, de ejecución típica con 32 reactivos relacionados con sintomatología y rasgos conductuales validados por índice de discriminación y categorizados en términos de frecuencia. Se aplicó a una muestra de escolares del nivel medio superior ($N= 298$), con edades entre 15 y 18 años. Con una confiabilidad por homogeneidad de la estructura interna de la prueba de 0.935 y un coeficiente de validez concurrente de 0.909; las normas se calcularon en percentiles para la población. Se discute la necesidad de diagnóstico y tratamiento oportuno, evitando comorbilidades, además de la clarificación del término.

ABSTRACT

The following research work developed, standardized, checked for reliability, validated, and standardized a psychometric tool structured to examine Depressive Equivalent Traits to a Major Depressive Episode (MDE), self applicable tool of typical execution, with 32 items relating to the behavioral symptoms and traits validated by a discrimination index and categorized in terms of frequency. It was applied to a sample of high school students ($N = 298$), between the ages of 15 and 18. With reliability by homogeneity of the test's internal structure of 0.935, and a concurrent validity coefficient of 0.909, guidelines were calculated in percentage for the population. The study discusses a need for timely diagnosis and treatment, preventing comorbidities, in addition to clarifying the term.

INTRODUCCIÓN

El laboratorio Glaxo Wellcome (s.f.), denomina a la depresión como *la enfermedad del siglo*, considerada así por su alta incidencia, grados de sintomatología e incapacidad que produce además de que es frecuente entre la población en general, pues afecta a todas las edades, sin distinción de sexos; el laboratorio, menciona que se presenta con mayor frecuencia entre los treinta y cincuenta años de edad, sin embargo en los últimos años se ha observado un cambio considerable en este rango de edad, pues niños y jóvenes presentan sintomatología y han sido diagnosticados con depresión.

González y Valdez (2005), refieren que en México entre el 6 y el 8% de la población en general ha sufrido de un trastorno de depresión grave y, que aproximadamente entre el 10 y el 15% de las personas que padecen depresión, se suicidan o al menos lo intentan; en este sentido los reportes estadísticos presentados en el año 2000 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] muestran un incremento tanto en intento de suicidio como en suicidios consumados (p. 257).

Cifras en México en el año 1992, con base en una encuesta a nivel nacional (Medina–Mora y colaboradores, 1992; citados en González & Valdez, 2005), reportan que “el 34% de la población estudiada expresó uno o más síntomas de depresión durante un mes previo a la encuesta, y presentó una sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo al género en un 13%, aproximadamente un 50% mayor en mujeres” (p.258).

En cuanto a la sintomatología, de acuerdo a un comunicado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (WHO/OMS, 2001) un Episodio Depresivo Mayor (EDM) en los adolescentes se caracteriza por sentimientos de tristeza, desánimo persistente, pérdida de la autoestima y falta de interés en actividades usuales, con consecuencias graves como la adquisición de adicciones y el suicidio.

Síntomas que suelen generar, deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social, con conductas notablemente más irritables e inestables, los adolescentes se muestran tristes y con autoestima deficiente, con escasas habilidades sociales y generalmente pesimistas (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Así, la depresión en el adolescente envuelve más problemas interpersonales y de baja estima que la depresión en el adulto, es posible confundir el comportamiento alterado con falta de atención, agresividad, hiperactividad, desórdenes de la alimentación o problemas del sueño, cuando en realidad la enfermedad de fondo es la depresión (Cobo, 2006).

En términos generales, la magnitud del problema de la depresión, se ha discutido por su alta incidencia, en el Distrito Federal por ejemplo, la Asamblea Legislativa alista una nueva iniciativa de ley, después de que especialistas alertaron que el 27% de la población del país requiere tratamiento psiquiátrico; ya que la depresión, la esquizofrenia y las adicciones, disminuyen la calidad de vida o llevan al suicidio, se explica que la iniciativa va dirigida a crear una cultura de prevención desde temprana edad, toda vez que el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes, con un registro de 248 mil intentos al año (Notimex 2010, 15 de Abril).

En relación a la prevención y al diagnóstico, Enríquez, Martín y Riquelme (2008), aseguran que un diagnóstico oportuno de la depresión posibilita ofrecer un manejo terapéutico adecuado e incidirá en una mejor calidad de vida, en el pronóstico y la evolución.

Sin embargo el diagnóstico no resulta fácil, pues el profesional deberá indagar en la historia del paciente, las manifestaciones clínicas, la presencia de síntomas específicos, el tiempo que lleva padeciéndolos y probablemente la realización de estudios de laboratorio que complementen el diagnóstico; la evaluación de la depresión por parte del psicólogo deberá ser ágil, con mucho cuidado en la selección de los instrumentos psicométricos, los cuales según Martín (2001; citado en Enríquez y cols., 2008), deben ser de fácil administración y calificación, con el fin de fomentar la práctica de detección.

MARCO TEÓRICO

ESPECIFICACIÓN DE LA FINALIDAD DEL CUESTIONARIO EXPLORATORIO

De acuerdo al INEGI, en los censos poblacionales de los años 2007 y 2010 se reporta que en México el mayor porcentaje de la población es joven, esto significa que la mayoría tiene entre 19 y 26 años, por ello estudiar su problemática en cualquier ámbito resulta relevante (Encuesta Nacional de Población INEGI, 2007 e INEGI, 2010).

Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz y Zambrano en 2004, en su investigación mencionan que en los últimos 30 años se ha reconocido la depresión como un trastorno que afecta a niños y adolescentes, de hecho el inicio temprano es ya considerado como una forma más severa del trastorno. Y un fundamento importante para el estudio de la depresión con inicio previo a los 18 años, son las limitaciones que conllevan en la etapa adulta, pues los conflictos repercuten en “la formación académica, la vida profesional y la sexual, en la elección de pareja; el inicio temprano genera probabilidad de establecer menos amistades y redes de apoyo, mayor estrés y menos alcances educativos, laborales y por ende económicos” (p. 418).

En cuanto a la detección de síntomas, en pacientes adolescentes, esta ha mostrado ser un reto, debido a que los síntomas depresivos pueden ser similares a conductas normales y hasta esperadas en esta etapa del desarrollo, caracterizada por altibajos en el estado anímico, rendimiento escolar deficiente, relaciones caóticas con familiares y amigos, experimentación con sustancias psicoactivas; conductas y estados de ánimo que pueden alternar en períodos de días e incluso horas (Benjet y cols., 2004).

Se ha puntualizado, que las alteraciones psíquicas y anímicas de esta etapa, proporcionan diagnósticos erróneos o la ausencia del mismo, por ende un tratamiento deficiente; por eso es de gran utilidad para los maestros, los orientadores y los evaluadores conductuales contar con una herramienta para medir rasgos depresivos específicos en los adolescentes y no solamente el uso del ‘ojo clínico’ (Paniagua & García, 2003).

En relación a la evaluación objetiva de rasgos depresivos específicos, González (s.f.), sugiere que el incremento de la problemática, apremia que el médico se habitué a utilizar “preguntas breves de tamizaje durante la consulta después de haber alcanzado un rapport, con lo que llegará a una mejor comprensión del transcurso de la enfermedad y conseguirá atención para sus pacientes” (p.9).

Por su parte la Academia Americana de Pediatría [AAP] recomienda realizar preguntas de rutina sobre depresión en la historia clínica del adolescente, y la Asociación Médica Americana [AMA] aconseja investigar anualmente síntomas de depresión en estas edades; para Paniagua y García (2003) es evidente que los médicos no deben depender sólo de estas preguntas sino evaluar al paciente integralmente.

De acuerdo con los autores citados con anterioridad, en su investigación del 2003, mencionan que dentro de las pruebas de evaluación psicométrica existen varias escalas para la detección de la depresión, pero en México no se cuenta con instrumentos psicométricos apropiados y estandarizados que evalúen rasgos depresivos específicos en adolescentes.

La necesidad de establecer criterios que tengan en cuenta el desarrollo infantil y adolescente para poder hacer un diagnóstico en estas etapas es innegable, pues ciertos criterios del DSM-IV-TR no están redactados adecuadamente para captar las manifestaciones específicas de los trastornos depresivos en niños, adolescentes e incluso en adultos mayores (Domènech-Llaberia, Arianeda, Xifró & Dolors. 2003, p. 579).

Se ha encontrado que la depresión con inicio temprano es decir, durante la infancia y la adolescencia es de especial interés, pues los instrumentos de medición existentes son limitados debido a que buscan sólo la sintomatología de ciertos criterios generales y no lo hacen de una manera específica, y aquellos que lo hacen son extensos, de difícil accesibilidad y aplicación (Benjet y cols., 2004).

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión DSM-IV-TR (APA, 2002), por sus siglas en inglés, se define a los Trastornos del Estado de Ánimo como una alteración del humor, divididos en cuatro categorías con ciertas especificaciones que corresponden a los rasgos y el curso de cada episodio, clasificación que a continuación se menciona.

- I. **Episodios Afectivos** dentro de los que se incluyen Episodio Depresivo Mayor, Episodio Maníaco, Episodio Mixto y Episodio Hipomaníaco.

- II. **Trastornos Depresivos** como lo son: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno depresivo no especificado; criterios que a su vez exigen la presencia o ausencia de los Episodios Afectivos.

- III. **Trastornos Bipolares** que abarcan los tipos: I, II, ciclotímico y no especificados.

- IV. Y otros **Trastornos del Estado de Ánimo** derivados de una enfermedad médica, inducido por sustancias o bien trastornos no especificados.
(APA, 2002, p. 395)

El DSM-IV-TR condiciona cinco criterios para establecer el diagnóstico de un EDM; el primero es la presencia al menos de cinco de los nueve síntomas, siendo indispensable los primeros dos (en el apartado *Definición del DSM-IV-TR para depresión* se retomará la sintomatología de manera amplia), el segundo criterio es que dichos síntomas deben representar un cambio respecto a la actividad previa del sujeto, el tercer criterio puntualiza la presencia de esos síntomas durante un período mínimo de dos semanas consecutivas, el cuarto criterio se refiere a que no sea derivado de una enfermedad, del uso de medicamentos o drogas; el quinto y último criterio es que no se presente comorbilidad con esquizofrenia ni otras (APA, 2002).

Para fines de la presente investigación solo se tomarán en consideración las especificaciones y la sintomatología descrita en la primera categoría, específicamente, el **Episodio Depresivo Mayor (EDM)**, debido a que para establecer el diagnóstico diferencial, se puntualiza claramente el criterio de temporalidad (2 semanas) para fines prácticos del

presente estudio este fue el criterio de selección del trastorno, haciendo una clara diferencia entre Trastorno Depresivo Mayor cuyo criterio de tiempo son las mismas 2 semanas pero con la presencia de más de un EDM y por otro lado en comparación con el Trastorno Distímico, se necesita de un año completo con la manifestación de sintomatología, para establecer un diagnóstico en adolescentes, tiempo que no empataba con la realización de esta investigación.

A través de los años se han establecido diversas definiciones de depresión, y dependiendo de la que se tome como referencia esta influirá en el objetivo de diagnóstico (Glaxo Wellcome, s.f.); por ejemplo, la definición del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2, publicado en Estados Unidos y estandarizado en México por Butcher, Grant, Graham, Tellengen y Kaemmer (1992), varía del DSM-IV-TR y describe a la depresión como el índice de insatisfacción con la propia vida, la falta de motivación, la desesperanza y una moral pobre, incluyen también reactivos relacionados con el abatimiento, la apatía, la sensibilidad excesiva y las quejas físicas.

Domènech-Llaberia y colaboradores (2003) resaltan que el MMPI-2, es un instrumento psicométrico validado y con alta confiabilidad; estandarizado en población mexicana adolescente y adulta, instrumento que busca identificar la presencia de depresión, y se enfoca principalmente en sintomatología relacionada con desesperanza, desmotivación y abatimiento que el sujeto reporta, magnitudes subjetivas, dejando de lado las manifestaciones orgánicas como la alteración en la ingesta de alimento, las irregularidades del sueño, las alteraciones en habilidades psicomotoras, entre otras, síntomas que el DSM-IV-TR pondera de vital consideración para el establecimiento de diagnóstico, discrepancias que resultan ser significativas al momento de establecer un diagnóstico.

Es un hecho que, las diversas definiciones de depresión, impactan al estudio de la misma, Domènech-Llaberia y colaboradores (2003), aseguran que los síntomas depresivos en los niños no son transitorios, sino alteraciones recurrentes que podían tener consecuencias graves.

Consecuencias, que son las razones por la que González (s.f.), recomienda realizar *tamizajes* a todos los pacientes con riesgo de padecer depresión, además de ser necesario mantener actualizados a los médicos de atención primaria, quiénes generalmente tienen el primer contacto con pacientes deprimidos.

Con la finalidad de cubrir las necesidades descritas anteriormente, en el presente estudio se construyó un Cuestionario Exploratorio para Sintomatología Depresiva en Población Adolescente Mexicana (CESD), para apoyar al educador a descubrir las señales de alarma de un posible cuadro depresivo en un adolescente, a través de un sencillo instrumento de rápida aplicación, recabando información sobre los síntomas característicos; sí el diagnóstico resulta positivo, es necesario evaluar a profundidad e identificar posibles comorbilidades como ansiedad, pánico, toxicomanía, entre otros, además de canalizar con el especialista (González, s.f.).

A continuación, en el siguiente apartado, se describe el objetivo en términos operacionales del presente trabajo.

FINALIDAD DEL CUESTIONARIO EXPLORATORIO EN TÉRMINOS OPERACIONALES

El objetivo del presente estudio de la presente investigación, de carácter técnico-metodológico fue la construcción de un instrumento psicométrico de aplicación rápida, que sea objetivo, estandarizado, válido, confiable y normalizado para la exploración de la presencia de Equivalentes Depresivos a un Estado Depresivo Mayor (Rojas, 2008), en población mexicana adolescente de la zona metropolitana.

Por lo que, el instrumento detallado, se desarrolló para tener como características primordiales, ser de fácil accesibilidad, aplicación, calificación y valoración para el personal docente, específicamente para profesores, psicólogos o un departamento de psicopedagogía, para ser administrado en instituciones de educación pública y privada, y que cubriera a la población adolescente mexicana de educación media-superior.

Con el objetivo de detectar síntomas de atención en el estado de ánimo, dado que una reciente investigación de Rojas (2008) se afirma, que todo adolescente deprimido amerita en un principio una evaluación general y ante un resultado positivo a la presencia de un cuadro depresivo, dicha evaluación deberá ampliarse de una manera cuidadosa, posterior a una atención específica y la indicación de un tratamiento apropiado, tomando en cuenta la etiología multifactorial de la depresión, debido a que el diagnóstico oportuno ayuda a la pronta intervención terapéutica y con ello se reduce la probabilidad de un intento suicida o de un suicidio consumado (Benjet y cols., 2004).

A partir de la necesidad de una valoración general para los adolescentes, se definieron los Equivalentes Depresivos a un Estado Depresivo Mayor, como “la sintomatología del adolescente que suele ser poliforma, diferente de la forma clásica hallada en los adultos” (Rojas, 2008 p. 84), sintomatología descrita en nueve factores enlistados a continuación:

Disminución del interés. Caracterizado por la ausencia de la capacidad para sentir placer en actividades preferidas.

Estado de ánimo disfórico. Un estado de ánimo depresivo, el cual en los niños y los adolescentes puede ser irritable o con mal humor, ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.

Cambios de peso y apetito. Pérdida o aumento de peso, sin régimen alimenticio alguno. En los adolescentes, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado, de acuerdo a las tablas nutricionales que marcan el promedio de peso, edad y estatura, dentro del desarrollo físico normal.

Cambios en el sueño. Alteraciones en la morfología, los hábitos y la higiene del sueño¹. Las alteraciones pueden caracterizarse por insomnio, ya sea inicial, medio o tardío; opuestamente a esto aunque menos frecuente puede presentarse hipersomnia.

Cambios psicomotores. Agitación psicomotriz, caracterizada por movimientos corporales estereotipados o incapacidad para permanecer sentado, haciendo paseos, frotándose las manos, pellizcando o arrugando la piel, la ropa, etcétera; o pueden presentarse enlentecimientos psicomotores motores o de lenguaje, como bajo volumen de la voz, menos inflexiones de la voz, nula variedad de contenido o mutismo.

Cambios cognoscitivos. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, con manifestaciones en la capacidad de la memoria o el rendimiento escolar, ya sea inestable o bajo. La frecuente distracción y la baja tolerancia a la frustración pueden estar presentes.

¹: La higiene del sueño, se describe como una serie de hábitos o de conductas que facilitan el comienzo o el mantenimiento del sueño.

Pérdida de energía. El sujeto puede necesitar de un mayor esfuerzo, incluso para hacer las tareas mínimas, en las que se puede dar cierta ineficiencia.

Sentimientos de inutilidad. Sentimientos de minusvalía u odio hacia sí mismo (baja autoestima) o preocupación por sí mismo respecto a sus iguales, así como culpa excesiva.

Pensamientos mórbidos o suicidas. Caracterizados por ser recurrentes acerca de miedo o preocupación por la muerte o la imaginación del suicidio. (Rojas, 2008, p. 84)

La definición operacional de él presente trabajo, fue definida por estos nueve factores específicos, los cuales según Rojas (2008), pueden clasificarse en cuatro categorías de acuerdo a la esfera de manifestación *Estado anímico*, que incluye, estado de ánimo disfórico, disminución del interés y pérdida de energía; *Cambios Orgánicos* como puede ser el peso y el apetito, el sueño o las habilidades psicomotoras o cognoscitivas; *Autoestima baja* caracterizada por sentimientos de inutilidad y *Pensamientos mórbidos o de suicido*.

Sin embargo, en la definición de Rojas y para fines del presente trabajo, se utilizan los mismos criterios del DSM-IV-TR, como el hecho que la sintomatología debe provocar malestar clínicamente significativo, deterioro social, escolar o de la actividad del individuo, la presencia de al menos cinco de los nueve síntomas, siendo indispensables los primeros dos, todos presentes durante un período mínimo de dos semanas.

DELINIACIÓN DEL RASGO DEPRESIVO MAYOR

Una aproximación de la depresión. En los últimos años, se han realizado investigaciones dentro de diversas disciplinas que estudian al hombre, y en cuanto a la depresión aún no existe un concepto aceptado universalmente.

Sin embargo, Rojtenberg (2006), define la depresión como una perturbación compleja, con matices sintomáticos, promovido por múltiples causas que afectan al sujeto por el alto grado de sufrimiento psíquico y por las secuelas personales y/o sociales; es caracterizado por el estado de ánimo decaído, disminución de la capacidad para sentir placer y de la autoestima, con manifestaciones en áreas afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con grandes repercusiones en la calidad de vida.

Según el laboratorio Glaxo Wellcome de México (s.f.), hoy la depresión es considerada *la enfermedad del siglo* sin embargo, el término no es nuevo, la afección del estado anímico se remonta al siglo V a.C., donde Hipócrates lo definió como *melancolía* o *bilis negra* haciendo referencia a la teoría de los humores.

Dentro de la misma línea de investigación pero reformando dicha teoría, Galeno en el año 160 d.C. propone una explicación basada en tres fases o tipos de melancolía: la primera fundamentada en el estancamiento de la bilis negra en la región gástrica provocando hipocondría, la segunda es esa misma bilis negra que se habría convertido en vapor dentro del organismo y se acumularía entonces en el cerebro creando con ello ideas delirantes, y finalmente la distribución incontenible de la bilis negra por todo el cuerpo se considero la causa de la melancolía o estado depresivo (Glaxo Wellcome de México, s.f.).

En palabras del laboratorio mencionado, en el siglo XIX, Kraepelin desarrolla el sistema de clasificación, donde se enlistan diferentes síndromes afectivos con diagnóstico específico de melancolía.

En 1896, en su quinta y última clasificación Kraepelin cambia el término `Melancolía´ por el termino actual de `Depresión´, el cual proviene del latín *deprimere* que significa disminuir o hundirse, por lo que se le ha definido como el “síndrome vital depresivo, que engloba cuatro categorías nosológicas: endógena, exógena, psicógena y somatógena; causantes a su vez de la movilización de una serie de mecanismos neurobiológicos en cascada que asumen el papel de factores patogénicos o siendo agentes causales inmediatos” (Alonso, 2009).

Es hasta 1957, con el descubrimiento de fármacos antidepresivos, cuando toma importancia este trastorno y posterior a 1970 con el desarrollo de la biología molecular, la depresión se convierte en el centro de la investigación psiquiátrica, actualmente es aceptado un origen orgánico y no sólo la voluntad de la persona (Glaxo Wellcome, s.f.).

En relación a ello y de acuerdo a Galimberti (2002), la depresión es una alteración que va desde el tono del humor, con una tristeza profunda hasta la reducción de la propia estima; entonces la depresión puede describirse como un dolor afectivo que se impone contra la voluntad.

La depresión, se manifiesta de distintas maneras, no es simplemente una exacerbación del dolor, sino que cuando el dolor emocional es demasiado grande puede convertirse en depresión, de ese modo, la depresión es una aflicción de gran magnitud no proporcional a las circunstancias (Poliano-Lorente, 1985).

Navarro (1990), por su parte resalta que el equilibrio emocional es de suma importancia para los seres humanos, la intensidad, el rumbo, la calidad y hasta las consecuencias de nuestro comportamiento personal o social se ven afectados por cualquier alteración de los sentimientos y emociones, como sucede en el caso de la depresión.

Prevalencia. Soutullo (2005), afirma que en un año, unos 19 millones de estadounidenses sufren episodios de depresión, de los cuales más dos millones son menores de 15 años.

La depresión, es la principal causa de incapacidad en Estado Unidos, entre las personas de más de cinco años de edad; en el mundo, incluyendo a los países en vías de desarrollo, la depresión presenta, la mayor carga sanitaria si se calcula la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad (Soutullo, 2005).

México, no es la excepción y al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte, en nuestro país la depresión ocupa la tercera posición de morbilidad (Leyva, Hernández & López, 2006).

Los trastornos mentales y las enfermedades neuropsiquiátricas son un problema prioritario en la salud pública a nivel mundial, en relación a ello Medina-Mora (2003), de acuerdo a la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* en México, proporcionan estimaciones de la prevalencia de trastornos mentales, destacando que el 8.4% de la población ha sufrido de un episodio depresivo mayor con un inicio de edad promedio de 24 años, con mayores dificultades en el ámbitos de la vida como educación, empleo y escoger una pareja, lo cual es crucial en esta etapa (Benjet y cols., 2004, p. 418).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2002, reportada por Leyva y colaboradores (2006), aplicada a sujetos de 18 a 65 años; arrojo que el 91% de la población ha cursado algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres, diferenciando 3.3% para EDM y 0.9% en trastorno Distímico.

Un estudio epidemiológico (Agudelo, Buela & Donald, 2007), menciona que en ese sentido, la diferencia entre sexos resulta clara, pues una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del EDM días antes del inicio de la menstruación, incluso se indica que los episodios aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

Estudios de la OMS (WHO/OMS, 2001) muestran con claridad que los trastornos depresivo se presentan con mayor frecuencia en las mujeres en proporciones estimadas de

2:1 a 4:1; tendencia ocasionada a que están expuestas durante épocas vulnerables como lo son la adolescencia, el puerperio y la perimenopausia (Narváez, 2010).

En México, se estima que alrededor del 14% de la población total presenta al menos un EDM a lo largo de su vida, episodio que necesitará tratamiento médico y por lo menos el 50% de estos casos sufrirán un segundo episodio (Glaxo Wellcome, s.f.).

Alguno autores (Bello, 2005; Borges, 2004 y Boschetti-Fentanes, 2004, citados en Leyva y cols., 2006, p. 225), consideran los trastornos mentales como los padecimientos que más carga representan a escala mundial, debido a la mortalidad y a los días vividos con discapacidad, “estimando que para el año 2020 será la depresión el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral, después de las afecciones cardiacas”.

En modelos de investigación también se ha demostrado que la frecuencia es mayor en residentes de zonas urbanas que de zonas rurales; y las personas solteras, viudas, divorciadas o sin pareja tienen un riesgo dos a tres veces mayor que los que tienen una pareja estable (APA, 2002), expertos de la OMS afirman que hasta el 15% de las personas que padecen algún trastorno depresivo presentan intentos de suicidio (WHO/OMS, 2001).

Etiología. De acuerdo a Carlson (1996), existen dos tipos principales de depresión; la exógena, que tiene una causa externa y definida, con un trauma específico, por ejemplo el dolor por la muerte de un ser querido o un divorcio; y la endógena que es una depresión profunda, caracterizada por un estado depresivo no asociado a ninguna causa externa aparente; que se ha relacionado con desajustes en la bioquímica neurológica, predisposición genética o problemas tiroideos (Suárez, 2009).

Calderón (1999), por otro lado, menciona que no hay factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, pues ésta es multifactorial. Sin embargo, con fines didácticos las divide en cuatro grandes esferas: genética, bioquímica, psicológica y ecológica; esferas que finalmente interactúan entre sí y determinan la manifestación o no de una sintomatología depresiva.

Siguiendo con la clasificación de Calderón, dentro de las causas *genéticas* se encuentra el hecho de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica, la cual aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia, genéticamente no sólo existe la posibilidad de heredar la sintomatología, sino también la forma de respuesta al tratamiento; considerando además que los miembros de una familia generalmente están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden incrementar la probabilidad de una depresión.

A partir de múltiples estudios genéticos (Glaxo Wellcome, s.f.), indica la probabilidad, dos a tres veces mayor de padecer trastornos depresivos en quien tiene familiares con estos padecimientos; la frecuencia del EDM o TDM es 1.5 a tres veces más alta en familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general (APA, 2002).

El riesgo de padecer depresión es dos a seis veces mayor en parientes de primer grado, y en aquellos con una historia familiar de trastornos afectivos o alcoholismo, enfermedades crónicas, trastornos de la personalidad o eventos traumáticos (Duran, Mazzotti & Vivar, 1990).

Tomando en consideración que los fármacos antidepresivos han mostrado utilidad para el tratamiento de depresión, Beck (1976) y Rojtenberg (2006), sugieren que la depresión, más que una enfermedad específica, podía ser una *alteración bioquímica*, dentro de un gran espectro en el cual se incluyen múltiples posibilidades de manifestaciones clínicas.

En cuanto a causas, aún no se han identificado hallazgos de laboratorio contundentes que puedan ser diagnósticos, aunque sí se han observado diferencias entre sujetos con EDM comparados con sujetos de control, tanto en Electro Encéfalo Gramas de las alteraciones del sueño como en los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un EDM, en los que se incluyen Noradrenalina, Serotonina, Acetilcolina, Dopamina y Ácido Gammaaminobutírico; medidos en los niveles en la sangre, líquido cefalorraquídeo, la orina y en la actividad de los receptores plaquetarios (Alonso, 2009).

Las *causas psicológicas* marcan una correlación directa hacia los factores emocionales; en 1999 Calderón, las divide en dos causas, la primera definida como causas determinantes, asociadas a una situación o conflicto no resuelto durante la infancia que es una etapa formativa y, la segunda a causas desencadenantes como lo puede ser un duelo, divorcio o muerte de una persona querida, pérdida del empleo, una situación económica desafortunada, enfermedades terminales o incapacitantes, que afecten la autoestima o impliquen alteraciones estéticas, causas que de acuerdo a Calderón con su enfoque psicoanalista, movilizan las defensas de la personalidad y constituyen los síntomas.

La literatura (APA, 2002; Carlson, 1996; Calderón, 1999 y Rojtenberg, 2006) ha planteado en dos vertientes diferentes el origen de la depresión: la parte endógena u orgánica y la otra es la situacional, psicológica o inconsciente, en éste último sentido Cobo retoma ideas de Freud, donde ambas etiologías están ampliamente ligadas.

“Desde una perspectiva psicoanalítica, la depresión es básicamente la elaboración de un duelo, por algo que se tenía y que ya no se tiene, o bien algo que se está viviendo como inalcanzable, que se desea tener y no se ha conseguido” (Cobo 2006, p. 23).

El núcleo de la depresión está generalizado con llanto, tristeza o sintomatología física, con ideas como frustración por un deseo o la consecución de un logro menor, generando en la persona sentimientos de fracaso, inferioridad, culpabilidad e ideación suicida (Boris & Dalton 2007).

Calderón (1999), define las *causas ecológicas* a las modificaciones ambientales que ha causado el hombre, como la contaminación atmosférica debido a concentraciones elevadas de sustancias nocivas en el aire, las noticias alarmantes de guerras y conflictos entre países, la mercadotecnia de prototipos ideales de belleza y el consumismo, ligados al éxito o al polo opuesto que es el fracaso; específicamente en el Distrito Federal los problemas de tránsito son ocasionados por la sobre población y el trazo ortogonal de calles estrechas que eran funcionales en la época Colonial, pero que ahora somete a los capitalinos a un gran estrés por el congestionamiento vial y la falta de estacionamiento.

De esa forma el autor mencionado anteriormente, afirma que el ruido de 50 decibeles (calles tranquilas) son optimas para los oídos humanos, los ruidos de 70 a 90 decibeles (calle ruidosa) originan alteraciones físicas y psíquicas severas, y cuando esta medida es rebasada (aviones de reacción, fabricas metalúrgicas) provocan trastornos graves; las consecuencias psicológicas y orgánicas del estrés ecológico son: insomnio o un sueño no reparador, fatiga intelectual o física, irritabilidad, trastornos cardio-circulatorios (aumento de la frecuencia cardíaca o tensión arterial) y sordera.

Episodio Depresivo Mayor en adolescentes y adultos

Cuadro clínico. Para Calderón (1999), “el cuadro clínico de la depresión, puede presentarse en dos manifestaciones, una con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido, y el otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables” (p. 54).

De acuerdo al DSM-IV-TR el curso de la sintomatología suele desarrollarse a lo largo de días o semanas, justo antes de que comience un EDM completo puede haber un período prodrómico con síntomas de ansiedad y depresión leve (APA, 2002).

González y Valdez (2005), por su parte plantean que “la depresión comienza con una imposibilidad de enfrentar adecuadamente las situaciones de conflicto o problemas de la vida cotidiana, los cuales tiene comúnmente como base alguno de los miedos del ser humano” (p. 258).

Respecto a la depresión el DSM-IV-TR contempla síntomas que son dependientes de la cultura, la edad y el sexo; ya que resultan diferencias en la valoración, la experimentación o la expresión de los síntomas; en relación a la edad, las discrepancias son significativas pero menos observables pues los síntomas centrales son los mismos aunque existen variables en las manifestaciones en niños y en adolescentes, como quejas somáticas, irritabilidad, aislamiento social y comorbilidad con trastornos mentales (APA, 2002).

Definición del DSM-IV-TR para depresión. A partir del impacto incrementado en la salud y las investigaciones realizadas con base en ello, y debido a objeto de estudio del presente trabajo, en este subtema se retoman los criterios para el diagnóstico de un EDM; el DSM-IV-TR (APA, 2002), ha definido a los trastornos del estado de ánimo como una alteración del humor, clasificados en cuatro categorías antes mencionadas.

Considerando la depresión del adolescente como un síndrome clínico que tiene múltiples formas de expresión y cuya presentación, significado, manejo y pronóstico; dependen en gran medida de la estructura de la personalidad en la cual se manifiesta, en este caso la sintomatología del adolescente suele ser poliforma, diferente de la forma clásica hallada en los adultos, denominada equivalentes depresivos (Rojas, 2008, p. 84).

La sintomatología y los criterios definidos para el diagnóstico, resultan generales en su uso, sin embargo en la población adolescente varía debido a las situaciones que viven y a los cambios propios de la edad. Para el diagnóstico de un EDM se condicionan los mismos cinco criterios; el primero es la presencia al menos de cinco de los siguientes nueve síntomas característicos, los cuales deben representar un cambio respecto a la actividad previa del sujeto, estando presentes durante un período mínimo de dos semanas; siendo indispensable los primeros dos de los síntomas enlistados (APA, 2002).

En la Figura 1 se describen las diferencias y las similitudes de la sintomatología de un EDM entre adultos y adolescentes, de lado izquierdo se enlistan los síntomas considerados para establecer un diagnóstico a partir de los 18 años hasta los 99 años, es decir, que abarca a adultos y adultos mayores; de lado derecho se compara la sintomatología equivalente a esos mismos criterios, usada para adolescentes de 12 a 18 años de edad, criterios en los que concuerda Rojas (2008) con el DSM-IV-TR.

Figura 1.

Diferencias y similitudes de síntomas del DSM-IV-TR de un EDM entre adolescentes y adultos.

Síntomas de depresión en adultos DSM – IV – TR	Síntomas específicos de depresión en adolescentes DSM – IV – TR
Un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, descrito por sensaciones de tristeza, vacío, desesperanza, desánimo o con quejas somáticas; en algunos casos pueden ser negados al principio o ser descritos por la observación realizada por otros.	Puede haber un estado de ánimo depresivo, en niños y adolescentes suele ser irritable o con mal humor, ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.
Disminución del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día con cierta estabilidad en el tiempo; refieren el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, haber perdido el interés o haber dejado de disfrutar las actividades que antes consideraban placenteras, frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones.	Caracterizado por la ausencia de la capacidad para sentir placer en actividades preferidas, disminución del interés en actividades diarias e incluso las aficiones.
Pérdida importante de peso sin régimen alimenticio alguno, con posible pérdida del apetito, tienen que esforzarse por comer o por el contrario aumento de peso, 5 % del peso corporal en un mes, generalmente por aumento constante del apetito, especialmente por ciertos alimentos como dulces o hidratos de carbono.	Pérdida o aumento de peso sin régimen alimenticio alguno, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado, de acuerdo a las tablas que marcan el promedio de peso, edad y estatura, dentro del desarrollo físico normal.
Razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento, pues padece insomnio, ya sea inicial (problemas para conciliar el sueño), medio (despertarse durante la noche y no volver a dormirse) o tardío (despertarse demasiado pronto).	Alteraciones en la morfología, hábitos e higiene del sueño, caracterizado por insomnio, ya sea inicial, medio o tardío, es típica la somnolencia diurna excesiva (hipersomnia).
Agitación (incapacidad para permanecer sentado, haciendo paseos, frotándose las manos, pellizcando o arrugando la piel, la ropa, etc.) o enlentecimientos psicomotores de lenguaje o corporales.	Agitación o enlentecimiento psicomotores, es común la alteración en la velocidad del lenguaje, como aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones, nula variedad de contenido o mutismo.
Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o manifestaciones de indecisión, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, con manifestaciones en la capacidad de la memoria o el rendimiento escolar, ya sea inestable o bajo.

Figura 1. (cont.)

Diferencias y similitudes de síntomas del DSM-IV-TR de un EDM entre adultos y adolescentes.

<p>Fatiga o pérdida de energía casi cada día, incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo, puede verse reducida la eficiencia en las tareas.</p>	<p>La fatiga o pérdida de energía, el sujeto puede necesitar de un esfuerzo mayor, incluso para hacer las tareas mínimas, en las que se puede dar cierta ineficiencia.</p>
<p>Sentimientos de inutilidad o culpa que resultan ser excesivos, inapropiados, incluso delirantes, implicando evaluaciones negativas no realistas, preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a errores pasados; suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos tomándolos como pruebas de sus defectos personales, suele presentarse un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades, es frecuente el auto-reproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o personales.</p>	<p>Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, son más comunes los sentimientos de minusvalía u odio hacia sí mismo (baja autoestima) o preocupación por sí mismo, respecto a sus iguales.</p>
<p>Pensamientos recurrentes de muerte desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si la persona muriese, hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes de suicidio.</p>	<p>Pensamientos caracterizados por ser recurrentes, acerca de la imaginación del propio suicidio, sobre las consecuencias del acto planes específicos sobre cómo cometer el suicidio son variables en frecuencia, intensidad y letalidad.</p>

Métodos de diagnóstico utilizados actualmente. Las pruebas de laboratorio que han sido usadas son: el test de supresión con dexametasona, pruebas neuroendocrinas, técnicas funcionales y estructurales de imagen cerebral, potenciales evocados y el Electro Encéfalo Grama (APA, 2002).

Sin embargo para establecer un diagnóstico claro o buscar indicadores de la presencia de síntomas depresivos, existen varios cuestionarios estandarizados (Paniagua & García, 2003). En los siguientes párrafos se mencionan las propiedades psicométricas, las ventajas y las desventajas; de los instrumentos usados en México para población en general e infanto–adolescente, dependiendo de su estandarización, esta diferencia esta explicada en cada uno de los instrumentos descritos a continuación.

Uno de los cuestionarios para medir depresión más usado en México para población en general, es el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI), creado en 1940 por Hathaway y McKinley, es un auto-inventario que incluye distintas escalas, cada una está diseñada para medir un aspecto específico de la personalidad. El objetivo es detectar trastornos de conducta o de personalidad severos, el diseño se construyó con muestras clínicas previamente diagnosticadas con algún trastorno contrastada posteriormente con sujetos normales, razón de los altos índices de confiabilidad en escalas básicas (.66), escalas de contenido (.67) y las suplementarias (.73); con una validez en México de .85 (Torres & Lara, 2009).

La versión original poseía pocas escalas, en la versión reciente se agregaron validez de tipo clínico y de contenido, la escala dos que corresponde a Depresión, fue desarrollada con pacientes psiquiátricos con varias formas de síntomas depresivos, principalmente en personas con reacciones depresivas o en fase depresiva de un trastorno maníaco-depresivo, los reactivos de la escala incluye sentimientos de minusvalía, pesimismo y desesperanza que caracterizan a este cuadro clínico y algunas características básicas de personalidad como hiper-responsabilidad, altas expectativas personales y reprocharse a sí mismo (Universidad de Concepción, 2010).

La versión actual (MMPI-2) cuenta con 567 reactivos y un tiempo aproximado de aplicación de una hora y media, tiempo que representa una desventaja, aunque es posible aplicar únicamente la escala de 57 reactivos para depresión pero la presencia de normas enfocadas a la adolescencia se encuentra sólo en su versión A (Universidad de Concepción, 2010).

Otro instrumento que mide depresión es la *Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión* (HDRS), creada en 1960, es una escala heteroaplicada, diseñada para pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y, valorar avances del tratamiento. Aunque hoy en día también se utiliza como rastreo de síntomas, la escala se completa por el terapeuta con la información obtenida en la entrevista clínica y fuentes secundarias; actualmente consta de 21 reactivos, con tres o cinco posibles respuestas. Los puntos de corte para la clasificación del cuadro clínico son: de cero a siete: no deprimido; de ocho a 13: depresión ligera; 14 a 18: depresión moderada; 19 a 22: depresión severa y más de 23 es considerada depresión muy severa (Purriños, s.f.).

Su versión en español Ramos-Brieva (1986; citado en Purriños, s.f.), comprobó la validez discriminante, fiabilidad y sensibilidad al cambio; siendo alto en poblaciones hospitalizadas y ambulatorias. Si bien, esta escala se usa en México, no cuenta con estandarización para población mexicana (Purriños, s.f.).

La *Escala de Depresión de Zung* (SDS) desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que el componente de mayor importancia estadística es el somático-conductual del trastorno depresivo, sin contemplar como principales indicadores los sentimientos de baja autoestima, las variaciones en el estado de ánimo y la disminución de la capacidad para sentir placer; siendo un solo componente de importancia se convierte en una desventaja de su uso; fue una de las primeras en validarse en nuestro país por Conde, Escibá e Izquierdo (1970) con una confiabilidad alta y una validez promedio, ha tenido una amplia difusión.

El *Cuestionario de Depresión de Radloff o Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión* se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados con la depresión mediante un instrumento que pudiera ser aplicado por entrevistadores legos a poblaciones no hospitalizadas. En realidad no es un instrumento de diagnóstico clínico para evaluar depresión, sino una escala que proporciona indicadores de riesgo a través de la expresión de síntomas depresivos (Radloff, 1977; Salgado de Zinder & Maldonado 1994).

Por su brevedad y sencillez en la aplicación y la corrección, su uso se ha popularizado y hoy es uno de los instrumentos que más se utilizan en el mundo para la evaluación de la depresión, sobre todo con fines de tamizaje en la atención primaria de salud (Tizón, 2003).

Los puntos de corte concuerdan con la propuesta original, así como con estudios de validación; las correlaciones con otros instrumentos proporcionaron evidencia de validez concurrente, los resultados apuntan a la utilidad de la escala para identificar sujetos presuntamente deprimidos, sin embargo no está estandarizado con población adolescente mexicana (Enríquez y cols., 2008).

La *Escala de Depresión Yesavage* se diseñó para medir los planes y los deseos suicidas, siendo su objetivo cuantificar la intención suicida en el momento actual y la actitud ante éste tipo de ideas; aunque la ideación suicida es un factor importante en la depresión no es su totalidad, razón por la que no representa validez para diagnosticar depresión, sin embargo en ocasiones se utiliza para estos fines (Narváez, 2010).

El *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) desarrollado por Beck en 1961 para evaluar intensidad sintomática de la depresión, conteniendo cada reactivo varias fases auto-evaluativas de las cuales el paciente selecciona la que mejor se adapta a su situación, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991; citados en Asociación Española y Centros de reconocimiento de conductores, 2010).

Actualmente es un cuestionario de 21 reactivos que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, su contenido enfatiza el componente cognitivo (esfera que representa cerca del 50% de la puntuación total del cuestionario) y somático-vegetativo de la depresión, con cuatro alternativas de respuesta. Su objetivo es cuantificar la sintomatología pero no proporciona un diagnóstico (Narváez, 2010).

El inventario de Beck cuenta con una estandarización en población infantil y adolescente americana, conocida como *Children Depression Inventory Beck* (ICDB) que de acuerdo a la Asociación Española y Centros de reconocimiento de conductores (2010) la fiabilidad muestra una buena consistencia interna (α de Crombach 0.76-0.95), la fiabilidad oscila alrededor de $r= 0.8$. La validez tiene una correlación con otras escalas, en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96, con una media de 0.72 y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 con una media de 0.6.

La validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en México en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años, con buen rendimiento encontrando: sensibilidad del 100%, especificidad de 99%, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo de uno (punto de corte mayor-igual 13 (Beck, Steer & Brown, 2006).

La *Escala de Depresión para Niños de Kovacs* (CDI) es una evaluación rápida de la sintomatología depresiva en niños de (7 a 15 años), desarrollado por Kovacs; el CDI es un instrumento utilizado y aceptado por los expertos en depresión infantil pues ha demostrado un comportamiento muy sólido, desde el punto de vista psicométrico, y de gran utilidad, puede aplicarse tanto a población general como clínica, en el primer caso sirve para hacer un rastreo y, en el segundo como elemento inicial del diagnóstico en un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos; obteniendo una puntuación general de depresión compuesta por dos escalas: Disforia y Autoestima negativa, siendo una desventaja la ausencia de síntomas somáticos y vegetativos, como pérdida de peso, alteraciones del sueño, etc. (Kovacs, 1992).

La *Escala de Depresión Adolescente de Reynolds (RADS-2)* creada por Reynolds en 1987, es una herramienta para detectar adolescentes con síntomas depresivos significativos en las escuelas; es un resumen-informe de medición de tema libre, que incluye las subescalas que evalúan el nivel actual de una sintomatología depresiva a lo largo de cuatro dimensiones básicas de la depresión: 1. estado de ánimo disfórico, 2. anhedonia/afecto negativo 3. auto-evaluación negativa, 4. quejas somáticas.

La interpretación de estas cuatro subescalas se basa en la naturaleza de la depresión y el dominio del contenido de los reactivos, permite indagar la gravedad clínica de síntomas depresivos y la comparación de las elevaciones en las subescalas da un puntaje de corte clínico derivado empíricamente, que ayuda a identificar a los adolescentes que podrían estar en riesgo de sufrir un trastorno depresivo (Figueras, Amador & Perú, 2008).

La fiabilidad de los datos (consistencia interna y test-retest) se presentan para el total de la Escala de Depresión y las cuatro subescalas; para la validez se incluyó una muestra de 9,000 adolescentes escolarizados sin un diagnóstico y una muestra clínica de 297 adolescentes deprimidos. Las desventajas de la escala Reynolds en su uso, son los criterios del DSM-III usados en su contenido y la falta de estandarización en una muestra mexicana lo suficientemente amplia (Ugarriza & Escurra, 2002).

La *Escala de Depresión Montgomery y Asberg* es un instrumento útil y fiable para detectar o confirmar un síndrome depresivo, “es sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se cursa con intervalos de tiempos diferentes; es una entrevista clínica que abarca preguntas vagas acerca de los síntomas y preguntas detalladas para especificar gravedad” (Narváez, 2010), esta escala evalúa síntomas característicos, sin embargo la entrevista uno a uno representa una desventaja en tiempo si se desea evaluar a una gran muestra poblacional.

La *Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChiPS)* es una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, cuya base se encuentra en los criterios del DSM-IV-TR, creada por Rooney, Friftad, Weller y Weller (2001).

Su objetivo es obtener información eficiente que permita indagar sobre la presencia de 20 trastornos, como: déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad por separación, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, anorexia, bulimia, enuresis, encopréis, esquizofrenia y psicosis; entre otros. Con alta validez y buena confiabilidad para niños y adolescentes entre los seis y los 18 años, es accesible para personas con profesiones conexas a la psicología con conocimientos académicamente fundamentados sobre evaluación y métodos estadísticos (Rooney, Friftad, Weller, & Weller, 2001), su desventaja es la aplicación de tipo individual.

Para adolescentes y para la población en general, la evaluación de los síntomas depresivos es especialmente complicada cuando se suma una enfermedad médica (cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes, etc.) pues algunos de los criterios son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades; es entonces cuando el diagnóstico diferencial se basa en la historia clínica y pruebas de laboratorio (APA, 2002).

En los casos en los que se necesita establecer un diagnóstico diferencial, Rojas (2008), considera que la herramienta fundamental que ayuda a establecer el diagnóstico es la historia clínica psiquiátrica, en el caso de EDM y TDM, es importante debido a la cantidad de factores psicológicos y sociales a considerar que son elementos para entender la amplia problemática del paciente.

Finalmente el DSM-IV-TR, reconsidera que es indispensable la realización de una profunda entrevista clínica para confirmar la presencia de un EDM, pues la información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justifica los síntomas por parte del paciente, por lo que siempre es de utilidad la información de otras fuentes para clarificar el curso del EDM actual o pasado (APA, 2002).

Tratamientos utilizado actualmente. Dependiente a cada postulado se considera un eje fundamental de tratamiento; la corriente basada en los principios neurológicos por ejemplo utiliza la farmacológica antidepresiva, la cual suele asociarse a otros tipos de terapia, con el objetivo de mejorar los resultados, sin embargo en todos los casos de fármaco-terapia se consideran características particulares de cada fármaco antidepresivo ajustándose a las necesidades del paciente (Alonso, 2009).

Los efectos secundarios se relacionan con: náuseas, pérdida del apetito, ansiedad, temblor, sedación, disminución de la libido, cefalea o diarrea entre otros; los tipos se han clasificado en tres según su compuesto y acción (Glaxo Wellcome, s.f.), descritos a continuación:

- *Inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO)* actúan bloqueando la acción de la enzima monoaminoxidasa (MAO), las isoenzimas metabolizan a la dopamina, inhibiendo la acción catalizadora de la MAO, a la mayoría se les llama irreversibles porque ejercen una acción inhibitoria duradera; son usados en el caso con una marcada ansiedad (Katzung, 2007).

- *Antidepresivos Tricíclicos*, impiden la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, están contraindicados en menores de 18 años pues estudios (Katzung, 2007), demuestran que aumenta la ideación suicida. Sus efectos secundarios (sequedad bucal, visión borrosa, cansancio, retención urinaria, aumento de la temperatura, arritmias, hipotensión postural, convulsiones, shock, coma y muerte) aunados a su potencial riesgo de toxicidad cardíaca provocaron su paulatina sustitución por nuevos compuestos.

- *Inhibidores selectivos de recaptura de neurotransmisores* (serotonina, dopamina y noradrenalina), son de última generación; aumentan niveles extracelulares del neurotransmisor inhibiendo su recaptación por la neurona presináptica; con diferentes grados de selectividad para otros transportadores de monoaminas, es destacable que portan advertencia de aumento de pensamientos o acciones suicidas en niños y adolescentes (Preskorn, Stanga & Ross, 2004).

Según González y Valdez (2005) “el tratamiento más usado es la fármaco-terapia combinada con la psicoterapia ya que los resultados positivos son en el 40% de los casos” (p. 258), en especial para los adolescentes con depresión las opciones terapéuticas recomendadas por los especialistas incluyen tratamiento complementario, siendo de vital importancia que éste se acomode a la gravedad de los síntomas.

Los enfoques terapéuticos más utilizados ante depresión, de acuerdo a Agerter, Rasmussen y Sutor (2007), son los siguientes:

- *La terapia conductual*, es un enfoque orientado a modificar las conductas alteradas del paciente utilizando reforzadores positivos y negativos.
- *La psicoterapia de apoyo*, es indicada para pacientes con gran necesidad de ser atendidos y orientados, pretende reforzar seguridad y autoestima.
- *La terapia cognitiva-conductual*, identifica los esquemas fijos del pensamiento irracional con los que habitualmente funciona el sujeto para modificarlos por esquemas racionales de mayor funcionalidad, recomendada como el tratamiento no farmacológico más efectivo para la depresión pues posee la capacidad y las técnicas de enseñar formas de combatir los pensamientos negativos.
- *La psicoterapia dinámica* es de utilidad cuando existen evidentes conflictos no resueltos que ha coadyuvado al desarrollo de la depresión, la resolución del conflicto se realiza llevando al consciente información del inconsciente para después ser aceptada.
- En la *psicoterapia interpersonal*, el objetivo es identificar los focos de conflicto en las relaciones interpersonales del paciente y desarrollar habilidades para mejorarlas.
- *La terapia de familiar* suele ser útil cuando los conflictos familiares contribuyen a la sintomatología o es necesario el apoyo de la familia, para ayudar con los problemas (Agerter y cols., 2007).

Generalmente el EDM y el TDM, responden al tratamiento apropiado y oportuno, incluso puede prevenir episodios posteriores; sin embargo, cerca de la mitad de los adolescentes que experimentan una depresión grave tienen probabilidades de seguir presentando problemas continuos de depresión en una edad adulta por falta de un tratamiento adecuado y oportuno (APA, 2002).

Es necesario tomar en cuenta, que investigaciones de la Asociación Mexicana de Pediatría [AMP] en el año 2011 muestran que la actitud y el ambiente familiar determinan los resultados del tratamiento en un gran porcentaje (AMP, 2011).

La prevención aún no está determinada, pues las causas tampoco son claras en su totalidad, sin embargo Zuckerbrot, Cheung, Jenson y Stein (2007), afirman que “las habilidades de adaptación saludables, las relaciones interpersonales de apoyo, la comunicación abierta y la asesoría periódica pueden ayudar a evitar que la sintomatología común conduzca a largo plazo hacia síntomas depresivos más severos” (p.62).

La posibilidad de que los episodios depresivos se puedan prevenir en adolescentes con fuertes antecedentes familiares con este problema o con múltiples factores de riesgo, son los casos en los que la identificación temprana, el tratamiento rápido, pueden evitar consecuencias graves y prevenir episodios posteriores (Areti & Bemporand, 1993).

Problemática actual de la depresión. En México, como en otros países, la problemática de un EDM, es la falta de atención oportuna y las consecuencias que resultan ser un peligro constante para la vida; la falta de un diagnóstico se debe a que la aproximación a una definición depende, en cierta manera, de la información profesional con la que cuente cada especialista (Paniagua & García, 2003), la generalización de la definición y el tratamiento no definido, la falta de recursos y servicios psicológicos, problemática que se revisará en este apartado.

Los profesionales de la salud que tienen el primer contacto con los pacientes que sufren depresión, siendo generalmente los psicólogos y médicos, los que deberían emplear criterios similares para establecer un diagnóstico, fundamental para un tratamiento adecuado y oportuno; aunque esto no sucede en la práctica, pues de acuerdo a los resultados obtenidos por González y Valdez (2005), los médicos tienden a considerar en un diagnóstico para depresión, los aspectos biológicos y problemas de autoestima, mientras que los psicólogos prestan atención a aspectos afectivos, cognitivos y sociales (p.e. hartazgo de la vida, estrés, cansancio e insatisfacción con la vida).

Siguiendo con los autores anteriormente mencionados, es de interés predominante y urgente que se establezca un trabajo cooperativo entre los profesionistas de la salud, para que la salud biológica, mental y emocional de un paciente sea atendida de una manera integral.

El mayor problema para el estudio de la depresión, es la confusión que existe alrededor del término, tanto del uso que hacen de él los profesionales de la salud pública como el uso coloquial, ya que sirve para dar idea de tristeza, infelicidad o para referirse a sucesos triviales de la vida cotidiana (González & Valdez, 2005, p.258).

En palabras de los mismos autores (2005), se describe que ante criterios no estandarizados, posterior a su introducción en el área de la medicina psiquiátrica, entre 1920 y 1950 la terapia ante la depresión no era del todo definida y certera, por lo que se aplicaba en un enfoque multidisciplinario que incluía terapia psicoanalítica, coma insulínico, farmacología y psicocirugía.

Ante estas curas desesperadas el laboratorio Glaxo Wellcome (s.f.), planteó necesario contar con una definición rigurosa de la depresión, así como con las técnicas de detección y cuantificación del grado de severidad, además de estudios probabilísticos de la población vulnerable. Pichot (1986, citado en González & Valdez, 2005), concuerda con dicha problemática pues la clasificación, la naturaleza y los criterios de la depresión continúan, en ciertos aspectos, siendo ambiguos.

Por lo anterior, los trastornos depresivos son considerados una problemática a nivel mundial, diversos autores (Benjet y cols., 2004; Calderón, 1999 y Enríquez y cols., 2008;), convergen en la premisa de que un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado e interdisciplinario, son la clave en el éxito de la recuperación.

En cuanto al diagnóstico de la depresión, es un hecho que los cuestionarios y las escalas de evaluación representan una herramienta de gran utilidad, sin embargo y sólo por poner un ejemplo, las escuelas secundarias públicas de la Ciudad de México, no cuentan con servicios psicológicos, y dada la multiplicidad de funciones de los maestros, cabría pensar en la pertinencia de la instalación de equipos de salud mental autónomos en los planteles escolares, a fin de fungir como agentes de prevención, canalización y seguimiento de casos detectados (Benjet y cols., 2004).

Así, Benjet y colaboradores, en su investigación del 2004, mencionan que debido a falta de recursos, la propuesta es que los maestros pueden ser capacitados para reconocer los signos y los síntomas de los correlatos de riesgo y para manejar tempranamente los problemas que surjan en el aula.

Dado lo anterior, Gonzales, Ramos, Caballero y Wagner (2003), en su investigación aseguran que resulta de importancia sensibilizar al personal docente en su labor, no sólo académica sino en su potencial como agentes promotores de salud y prevención siendo la escuela una de las principales instituciones para promover el desarrollo cognitivo y emocional de los niños.

La depresión es un fenómeno con valores epidemiológicos en ascenso, escalando en las prioridades de atención de especialistas de la salud, desde 2001 la OMS delineó la urgente necesidad de que los países miembros establecieran acciones para apoyar a individuos y familias dañadas por alguna enfermedad mental, la estrategia planeada presentó a la depresión como la primera de seis afecciones principales que los gobiernos deben resolver con métodos de prevención, tratamiento y rehabilitación integral (Enríquez y cols., 2008).

El ambiente familiar, la herencia genética, la bioquímica cerebral y la etapa adolescente en sí, impacta de manera importante a los jóvenes, como se menciona en este apartado, en México es inminente el diseño, la construcción y la implementación de instrumentos exploratorios para “la detección oportuna de adolescentes con malestar emocional antes de que esto afecte al rendimiento escolar, genere violencia, uso de drogas ilegales o adictivas, conducta delictiva, impulsividad o conducta antisocial y alto riesgo suicida; por ello la prevención y la detección son elementos importantes a considerar dentro del campo de salud mental de los adolescentes” (González y cols., 2003, p. 530).

En el siguiente apartado se discute la problemática de la adolescencia como etapa del desarrollo a la par de las conductas que manifiestan un EDM, comorbilidades y consecuencias.

IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS

La adolescencia como un proceso de cambios. Con base en datos estadísticos, la OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año (Rodríguez, 2003); al ser una población representativa en nuestra sociedad (INEGI, 2010), a lo largo de la historia, autores de distintas disciplinas han definido la adolescencia como un proceso o como una etapa.

Es claro que la adolescencia es un concepto complejo de definir al interdepender de varios factores y principalmente por ser un proceso individual, tal como lo es el ser humano (Papalia, Wendkos & Duskin, 2002).

Por esta complejidad el presente capítulo expone de forma concreta la definición de la adolescencia en términos de cambios que impactan al individuo, haciendo de los adolescentes una población vulnerable; razón por la que se abarcarán más adelante, los problemas comunes a los que se enfrentan los jóvenes en la actualidad, problemas que de cierta manera impiden el desarrollo pleno para la adultez.

El término adolescencia proviene del latín *adolescere* que significa crecer o desarrollarse y es precisamente la etapa en la que se realiza la transición de niño a ser adulto, dicha transición no es fácil, desde el punto de vista psicológico, pues implica un síndrome general de adaptación, debido a que es una situación novedosa que incluye síntomas físicos, psíquicos propios y del entorno cuya percepción puede ser de carácter negativo, etapa plagada de temores, ambivalencias y contradicciones (Bárcenas, 1976).

La OMS define la adolescencia, como la etapa que va entre los 11 y 19 años; considerando dos fases, la adolescencia temprana de 11 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años (Papalia y cols., 2002).

Horrocks (1986), asegura que existe una amplia diferencia entre la pubertad que comienza alrededor de los doce o trece años donde debido a cambios hormonales se alcanza la madurez sexual y capacidad de reproducción, pero la adolescencia puede variar mucho en edad y duración en cada individuo; pues está relacionada con la maduración de la psique del individuo, la adquisición de responsabilidades y las conductas de la edad adulta, las cuales dependen de factores psico-sociales más amplios y complejos, originados en el seno familiar y el entorno.

Papalia y colaboradores (2002), desde un punto de vista práctico, describen los cambios normales del crecimiento y propios de la adolescencia, con tres grandes características:

1. Los cambios ocurren en forma secuencial, es decir, aparecen unas características o cambios antes de que aparezcan otras.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo, en el que influyen diversos factores, como raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente socio-cultural.; cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia.

El síndrome normal de la adolescencia de acuerdo a Cobo (2006), es un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales; mismos que lo obligan a la búsqueda de sí mismo y de su identidad, por ello en esta edad se tiene la necesidad de intelectualizar y fantasear; constantemente, se sufre de crisis de actitudes sociales, religiosas y de sexualidad.

La adolescencia es en si una “transición durante el desarrollo de la niñez y la edad adulta, que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales” (Papalia y cols., 2002, p.431); sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo a la cultura que la defina

La adolescencia es un fenómeno evolutivo, socialmente situado, cultural e históricamente determinado, dándole importancia por la construcción de los sistemas de personalidad, en la cual se da el proceso de consolidación de habilidades y competencias, lo cual le posibilita al adolescente su integración y adaptación al medio ambiente, internalizar pautas culturales y valores, permitiéndole desarrollar y asegurar su propia autonomía frente al medio (Tapia, Fiorentino y Correché, 2003, p.116).

Durante este periodo se manifiestan contradicciones de conducta, pensamiento, fluctuaciones del estado de ánimo y del humor, debido al intento de alcanzar un concepto positivo de sí mismo para obtener aceptación social, identificación y el afecto entre sus pares (Cobo, 2006).

Por su parte, Cadavid, Delgado, y Pichardo (2007), comparan la etapa de la adolescencia con un puente colgante que es inestable, pues se abandona un terreno conocido, con protección y seguridad que brindan los padres, aunque resulta ser una situación ambivalente que es muy deseada, se convierte en un duelo tanto de padres como de hijos; estos replantean su vida, mientras que los padres se desprenden de su objeto cuidado y se muestran preocupados o confundidos al no poder acompañar a sus hijos en este proceso.

De acuerdo con Calderón (1999), la conducta rara y en ocasiones exasperante del adolescente surge de inexpertos esfuerzos para enfrentarse a situaciones difíciles, esfuerzos que resultan sin éxito pues carece de madurez emocional; el adolescente *normal* suele padecer alteraciones emocionales y cambios de la personalidad que son ligeros. Sin embargo, en algunos casos no se logran resolver problemas propios de esta etapa, lo que muchas veces ocasiona conflictos durante la etapa adulta.

Es una edad de cambio en múltiples esferas, pues crecer implica cambiar, “cuando las condiciones interiores y del medio ambiente en el que se desarrolla, son suficientemente buenas, el individuo puede acceder a una identidad estable y a relaciones afianzadas y diferenciadas consigo mismo y con otros” (Rojas, 2008, p.79).

Por lo general al terminar la adolescencia la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización; las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta la capacidad para establecer metas propias, disminuyen los conflictos y aumenta entonces la estabilidad emocional (Papalia y cols., 2002).

Problemas comunes de la adolescencia. La adolescencia es un periodo de divergencias para los jóvenes, quienes tendrán una edad adulta satisfactoria y productiva, sin embargo una minoría incuantificable, enfrentará problemas importantes (Papalia y cols., 2002). Para la OMS (WHO/OMS 2001), la adolescencia, es una etapa de cambio biológico, social y mental, etapa que se caracteriza por actitudes impulsivas, sin reflexión, predominadas por rebeldía e imprudencia, debido a la búsqueda y consolidación de una identidad propia.

Papalia y colaboradores (2002), mencionan durante esta etapa, se atribuye el aumento de emotividad y cambios anímicos de la adolescencia temprana a los cambios hormonales, al género y al temperamento. Desafortunadamente, durante esta etapa, se han vuelto comunes las deficiencias de sueño y nutrición, el consumo y abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, trastornos del estado de ánimo y muerte incluyendo el suicidio, todos ellos representan problemas de salud para la sociedad.

Por ejemplo, muchos adolescentes no duermen las horas necesarias, que son en promedio nueve horas por noche; 40% de los adolescentes de 28 países industrializados manifiestan somnolencia matutina al menos una vez por semana y 22% todos los días,

siendo las pocas horas de sueño, un factor de riesgo de la depresión y el bajo rendimiento escolar (Papalia y cols., 2002).

Aunque la mala alimentación es común en poblaciones que manifiestan síntomas depresivos o que están aisladas económicamente, también se derivan trastornos alimentarios que impactan a la adolescencia con mayor predominancia en sociedades industrializadas (APA, 2002), pues son bombardeados con información en medios masivos de comunicación, que los hace llevar una dieta poco equilibrada o el patrón de belleza los pone en riesgo; trastornos que se han clasificado en anorexia, bulimia y obesidad (Papalia y cols., 2002).

De acuerdo con Tapia y colaboradores (2003, p. 169), los adolescentes “presentan una imagen negativa de su cuerpo, posiblemente como resultado de una continua comparación con el cuerpo social fantaseado, tomando como modelo el que la sociedad define como estético, con un cuerpo esbelto y delgado pero en la mayoría de las veces, inalcanzable”.

Los problemas de conducta, por otro lado hacen referencia a los comportamientos no habituales y mal vistos por la sociedad; sin embargo, cuando se dan en una etapa específica de la vida, en este caso la adolescencia, los problemas se intensifican y presentan con más frecuencia; se vuelven una de las preocupaciones más frecuentes, de acuerdo al Centro de Psicología Mexicana (2009), las conductas de riesgo para los adolescentes son el abuso de sustancias nocivas para la salud (Benkert, 1981).

Según Zapata y colaboradores (2007), el riesgo de salud aumenta cuando las condiciones del entorno son desfavorables, como disfuncionalidad en el ambiente familiar, ya que la `funcionalidad adecuada´ de la familia se traduce en la capacidad para enfrentar y superar cada etapa y crisis del sujeto; opuesto a ello puede derivar en enfermedades de los miembros de la familia.

Respecto a las condiciones desfavorables, Benkert (1981), afirma que los problemas que les crean ansiedad y estrés, son los grandes cambios de humor, disconformidad y

rebelión contra la autoridad, trastornos de la conducta alimentaria, riesgos intelectuales (bajo rendimiento y/o deserción escolar, tiempo libre mal utilizado), uso inadecuado de automóviles, relacionados con alta velocidad e ingesta de alcohol irresponsable, riesgos sexuales, factores sociales y el empleo de recursos para evitar la realidad.

Sintomatología depresiva específica en adolescentes

Depresión en la adolescencia. Durante los años de la adolescencia es común que se presenten alteraciones en el estado de ánimo, que son típicas, esperables y hasta características de esta etapa. Sin embargo, las alteraciones pueden dejar de ser típicas y presentarse como sintomatología depresiva, la cual suele ser una respuesta temporal o no, generada por situaciones externas e internas del propio individuo; en la población adolescente específicamente, el estado de ánimo se altera por factores relacionados a los constantes cambios *per se* de esta etapa (Tapia y cols., 2003).

Según Horrocks (1986), en algunos casos pueden agravarse la sintomatología común y presentarse un EDM o bien un TDM, los que interferirían en el desarrollo pleno del individuo, en la etapa que se considera lo definirá en su paso a la vida adulta.

Volviéndose casi una característica general, debido al proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste, la influencia de las hormonas sexuales que comienzan a secretarse, los conflictos de independencia con los padres, las situaciones triviales para los demás, pero que durante esta etapa marcan `la diferencia entre la vida y la muerte`, como la muerte de un amigo o familiar, la ruptura con el (la) novio(a), no ser aceptado en algún grupo popular o el fracaso escolar; de ahí la dificultad de diagnosticar entre sintomatología depresiva específica y características propias de la adolescencia (Coleman, 1985).

En relación a lo anterior, Cameron (2005), afirma que los trastornos emocionales como la depresión, no son detectados oportunamente en población adolescente, debido a las características propias de este periodo de transición y por la poca asistencia a los Servicios de Salud, además de que con frecuencia aparecen equivalentes como el fracaso

académico, fugas del hogar o escuela, conducta impulsiva, autoagresiones y consumo de drogas, entre los más comunes.

Por ejemplo, Paniagua y García (2003), aseguran que en población adolescente española mayor de 18 años, la depresión se ha identificado como la tercera causa de trastorno psiquiátrico, después del insomnio y Trastorno Distímico (cuya referencia sintomatológica tiene inicios desde los 14 años).

Zapata y colaboradores (2007), refieren que la depresión en la adolescencia “se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad en el que se expresa tristeza, anhedonia (incapacidad para experimentar placer, manifestándose con pérdida de interés, se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros) y falta de capacidad de respuesta; con conductas inadecuadas e inmaduras que lo hacen adoptar conductas hostiles hacia sus padres o hacia sí mismo” (p. 296), trastorno caracterizado por tristeza o agresividad, desánimo y aislamiento social.

Durante la presentación de su libro *Teoría Neurocientífica*, publicada por la Academia Nacional de Medicina, Mansilla considera que el 25% de la población adulta en México sufre algún grado de depresión, y en el caso de menores de 15 años el número es de 35 a 40% y va en aumento, debido a un entorno con problemas familiares y sociales; como es la inseguridad que priva al país y que se observa en noticieros todo el tiempo” (De Alba, 2010, p. 31).

Según Mansilla cada vez es mayor el número de menores de edad que muestran signos de depresión, en mayor o menor grado de severidad, signos que deberían ser notados oportunamente por sus padres, síntomas de excesiva apatía, sedentarismo, marcada reclusión en su habitación o tristeza, pueden ser señal de alerta (De Alba, 2010).

Causas y factores de riesgo. Cobo (2006), asegura que la depresión es el malestar psicológico en adolescentes y en ancianos más frecuente del mundo, asociado ampliamente a la falta de recursos económicos y a las exigencias sociales de la vida moderna, además de las dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y que éstas sean placenteras.

Las causas son polémicas, los factores hereditarios, derivado de enfermedades crónicas, uso de medicamentos, drogas o alcohol, malas situaciones emocionales; incluso cuando todo marcha bien; la etapa adolescente en si es difícil por el estrés del proceso de maduración, por la influencia de las hormonas sexuales, baja autoestima o personalidad perfeccionista ante eventos estresantes (Enríquez y cols., 2008).

Los factores que colocan a los adolescentes como uno de los grupos de más alta vulnerabilidad, suelen ser la desestructuración que caracteriza al núcleo familiar, el concepto de competitividad y el estilo de vida consumista, explicó Manuel Trujillo, en la *Revista del IX Congreso Nacional de Medicina General* en el 2002, estimando que cada generación de adolescentes multiplica su riesgo de depresión (Cobo, 2006, p.28).

En resumen, y de acuerdo a Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Abril (2009) los factores de riesgo con más carga para la prevalencia de un EDM, son el abuso o maltrato infantil, enfermedades crónicas, antecedentes familiares de depresión, habilidades sociales deficientes, acontecimientos estresantes, pérdida de uno de los padres o atención inestable.

El debilitamiento de los vínculos familiares, la acentuación del individualismo, el nivel del egoísmo y la fragmentación de los lazos sociales, han ocasionado un serio riesgo para la salud física y mental de las personas; en la actualidad las grandes ciudades han incrementado el aislamiento social(...) numerosos estudios sobre adolescentes que intentaron suicidarse, encontraron que este comportamiento autodestructivo se halla fuertemente asociado a la tendencia al aislamiento social, y a la baja autoestima (Tapia y cols., 2003, p. 164).

Prevalencia en adolescentes. Estudios (AMP, 2007), refieren que los adolescentes que presentan un riesgo potenciado a deprimirse, son los que manejan una autoestima baja y/o son demasiados autocríticos, que perciben poco control sobre los acontecimientos negativos o ante vivencias estresantes.

De acuerdo a De la Peña, Ulloa y Páez (1999), es una generalidad, que el género femenino tiene el doble de posibilidades de experimentar Trastornos del Estado de Ánimo o Episodios Afectivos que los varones, relación 2:1 que se dispara en la adolescencia, pues durante la infancia no existe esa diferencia.

En diversos estudios epidemiológicos (Calderón, 1999), se describe que en población adolescente el EDM tiene una prevalencia del 0.4 al 8.3%, en poblaciones clínicas se habla de rangos entre 27 y 40%, de acuerdo al sexo se ha encontrado que en niños la frecuencia es similar, sin embargo en adolescentes existe una relación de dos a uno, cuya mayor prevalencia es en mujeres (Paniagua & García, 2003; Leyva y cols. 2006).

Benjet y colaboradores (2004), en su investigación: *la depresión con inicio temprano*, cuyo objetivo principal fue conocer la prevalencia de la depresión con inicio temprano, comparando el inicio natural, la comorbilidad y la latencia, para buscar el tratamiento en población mexicana de 18 a 65 años, encontraron que el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o la adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida.

Sin embargo, Cobo (2006), discute que el trastorno con frecuencia se observa como 'comportamiento normal del adolescente' atribuyéndolo a cambios hormonales; dicha concepción del proceso de desarrollo dificulta el diagnóstico, pues contrario a la idea de comportamiento normal de la adolescencia, la prevalencia del trastorno es alta, ente los 13 y 15 años de edad, aparentando rebeldía para demostrar que son invencibles e invulnerables, aunque se sienten cuestionados y dolidos, mostrando aburrimiento, desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía.

Son típicos los comportamientos agresivos, descalificadores y desafiantes; sin una identidad consolidada y críticos de sí mismos, además de ser sensibles por la poca habilidad en el manejo de las emociones y el despertar de la sexual, pues los cambios físicos no son asimilados tan rápido (Cobo, 2006).

Diagnóstico en adolescentes. Según Paniagua y García (2003), los trastornos emocionales y el humor deprimido transitorio se detectan con alta frecuencia entre los

adolescentes; contrario a la realidad la presencia de un diagnóstico de depresión, en esta edad, fue puesta en duda durante mucho tiempo y desde hace pocas décadas se ha aceptado su diagnóstico en la adolescencia, y se ha asociado con la ideación e intento de suicidio.

Domènech-Llaberia y colaboradores (2003), afirman que el EDM y el TDM afectan a niños desde los seis años de edad, aunque los síntomas suelen pasar desapercibidos debido a que en esta edad difícilmente los niños realizan expresiones verbales de sufrimiento emocional; para los padres y los maestros resulta difícil pensar en depresión y el comportamiento se atribuye a la adaptación a la escuela o actitudes normales de la edad y por ello se les examina poco o no se realiza alguna evaluación al respecto.

Un trastorno verdadero en el estado de ánimo, en los adolescentes a menudo es difícil de diagnosticar, debido a que los adolescentes tienen altibajos en su estado anímico, muy parecidos a la sintomatología de la depresión, alternados en períodos de horas o días, que no representa razón de preocupación para los padres (Paniagua y García, 2003).

Paniagua y García (2003), consideran que existen diversos estudios realizados en población adolescente que investigan la prevalencia de trastornos alimentarios, depresivos, de aprendizaje y conductas violentas; estudios que buscan detectar diversos signos para delimitar patrones o perfiles que pudieran fungir como predictivos de dichas patologías. En este sentido se destacan por el impacto que tienen dichos trastornos en poblaciones vulnerables, ya que al no ser diagnosticados correctamente y oportunamente tienden a perdurar e incrementar su sintomatología, incubando dificultades personales y familiares que pueden mantenerse en la vida adulta.

Para evitarlo se propone una valoración rutinaria de signos de sospecha de padecimiento de los trastornos, esto permitiría diagnósticos e intervenciones que impactarían pronósticos de mejora a corto y largo plazo, la Academia Americana de Pediatría AAP y la AMA recomiendan realizar preguntas de rutina sobre depresión en la historia clínica e investigar anualmente síntomas de depresión (Shaffer & Walisck, 2003).

De acuerdo a Campo, González, Sánchez, Rodríguez, Bareño, y Díaz (2005), “la información de familiares o personal de la escuela con frecuencia puede ayudar a identificar la depresión en los adolescentes” (p.65), se sugiere un entrenamiento básico para los docentes, elevando su capacidad diagnóstica, pues al igual que los padres, los profesores detectan mucho más fácil los comportamientos disruptivos, que los estados mentales que caracterizan a los trastornos depresivos o de ansiedad.

Más allá, del hogar y la escuela, la evaluación necesita ser realizada por un especialista, a través de un examen físico y análisis de sangre para descartar causas médicas o sustancias, que justifiquen los síntomas, la evaluación psiquiátrica documentará antecedentes de tristeza, irritabilidad, pérdida del interés o placer y buscará signos de trastornos psiquiátricos potencialmente coexistentes, como ansiedad, manía o esquizofrenia (Cheung, Zuckerbrot, Jenson & Ghalib, 2007).

Según Paniagua y García (2003), se validan cuestionarios rápidos de dos o cuatro preguntas en atención primaria y por ello recomiendan examinar periódicamente a la población adolescente, en busca de problemas aislados o asociados a la depresión, con la finalidad de establecer diagnósticos oportunos y estrategias de apoyo efectivo para minimizar el impacto de estos problemas durante la adolescencia.

Comorbilidad con otras conductas. Los comportamientos inadecuados más frecuentes se relacionan con incumplimiento de horarios establecidos, actitud desafiante poco común, conducta delictiva (hurto-vandalismo), violencia, patrones de comportamiento exageradamente irresponsable, relaciones caóticas con familiares y amigos, adicción a sustancias legales o ilegales, decremento significativo en el desempeño escolar y las relaciones interpersonales, conducta sexual inapropiada, baja autoestima, sentimientos de soledad–vacío existencial y otros problemas psiquiátricos, como trastornos de ansiedad (Papalia y cols., 2002), a continuación se describen los trastornos comorbidos más frecuentes.

➤ *Problemas académicos* sobresaliendo la disminución o falta de progreso escolar, rechazo a la escuela o inasistencias frecuentes, Trastornos del Aprendizaje (TA). Kazan (1982; citado en Johnson, 2005), estudio la concurrencia de depresión con trastornos del aprendizaje en 100 niños entre nueve y 12 años, encontrando que el 62% de ellos tenían problemas de aprendizaje; en un estudio de la universidad de Ohio, se demostró que en niños con depresión mayor, los TA ocurren casi siete veces más frecuentemente que en otros niños.

Johnson (2005), menciona que la depresión y los trastornos del aprendizaje tiene tres posibles relaciones: 1) la depresión causa o exagera los problemas de aprendizaje; 2) los TA causan o exageran la depresión; 3) una disfunción cerebral puede ser causa de ambos trastornos en algunos niños.

Según Campo y cols. (2005), el Rendimiento Académico (RA) es el resultado de la reunión de muchos factores (variables tanto individuales como del entorno) y no es sólo el reflejo de la capacidad intelectual, con lo que concuerdan estudios de Steinhausen y Metzcek (2000; citado en Campo y cols., 2005), que muestra una relación significativa del RA y el estado emocional, específicamente síntomas de ansiedad y depresión.

➤ *Conductas delictivas o bullying* ya sea víctima o victimario, estar envuelto con frecuencia en peleas o riñas ya sea con amigos, compañeros o familiares es uno de los principales signos de alerta (González y cols., 2003).

Los adolescentes deprimidos también suelen tener problemas con el sistema de justicia, es destacable que a pesar del gran porcentaje de adolescentes que presenta trastornos mentales, como depresión y que están ligada a conductas ilegales, pocas prisiones juveniles o programas alternativos a la prisión, en México, brindan un tratamiento adecuado o complementario (Vera, 2007).

➤ *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): anorexia, bulimia y obesidad.* La anorexia es causa de enfermedad crónica, la mala imagen corporal, a pesar de estar

delgado(a), se mantiene un régimen alimenticio en la que las cantidades ingeridas llegan a insuficientes, estos son los signos principales de alerta (Narváez, 2010).

Por otro lado, en la bulimia una persona consume grandes cantidades de comida en un tiempo relativamente corto (menos de dos horas) y luego es la culpa que siente la que genera una conducta compensatoria, induciéndose el vómito, haciendo ayunos prolongados, tomando laxantes o diuréticos o haciendo ejercicio de una manera excesiva (Narváez, 2010).

En palabras del autor citado anteriormente, muchos adolescentes consumen más calorías de las que gastan y aunado a la falta de actividad física se produce la obesidad, entonces los jóvenes se sienten insatisfechos con su apariencia y esta imagen corporal negativa ocasiona desvalorización de sí mismo y puede derivar en otro tipo de problemas de alimentación, que involucran patrones anormales de consumo alimenticio.

➤ *Adiciones a sustancias psicoactivas*, en cuanto a sustancias, y especialmente en esta población, es indispensable definir si la alteración del estado de ánimo es acompañada por el uso de sustancias, es decir el adolescente está deprimido y a manera de escape las consume o el estado de ánimo depresivo es inducido por los efectos fisiológicos directos de una sustancia como: droga, medicamento o exposición a tóxico como alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, ya sea durante la intoxicación o la abstinencia, con estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (APA, 2002).

En relación a los problemas antes mencionados, De la Peña y colaboradores (1999), aseguran que las causas de la depresión son de carácter biopsicosocial, la comorbilidad, el número de episodios, los nulos deseos por buscar tratamiento y los frecuentes intentos suicidas, son más predominantes en la población en esta etapa de desarrollo.

El mayor hallazgo reportado de Benjet y colaboradores (2004), fue que los inicios tempranos de depresión tienen mayor probabilidad comorbilidad con agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante y toxicomanía, además de la cronicidad de la

depresión que se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno, pues los niños y los adolescente no suelen buscar ayuda por sí mismos y entonces la sintomatología pasa desapercibida.

Es un hecho que la comorbilidad aumenta la severidad del trastorno y deteriora el funcionamiento familiar, social y escolar del adolescente, influyendo también en una menor respuesta al tratamiento; por ello determinar la prevalencia y sus patrones de comorbilidad, permite conocer los factores que inciden en la severidad y en el funcionamiento del individuo y así brindar orientación sobre las mejores opciones terapéuticas para la población adolescentes (De la Peña y cols., 1999, p. 89).

De acuerdo a De la Peña y colaboradores (1999), de marzo de 1997 a enero de 1998, la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría, refirió a pacientes de 13 a 19 años a la Clínica del Adolescente, a los que se les aplicó una entrevista diagnóstica semiestructurada para adolescentes, una escala para evaluar el funcionamiento psicosocial y una escala para depresión en adolescencia, para conocer la severidad de síntomas; como resultados la presencia de TDM como diagnóstico principal (38% modera a grave) y funcionamiento social regular, el 90% de los adolescentes deprimidos presentó por lo menos un diagnóstico comorbido y 10% presentaban más de un trastorno comorbido.

Correlación con el suicidio. “El suicidio es un acto consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte” (González Berenzon & Jiménez, 1999).

Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2005), definen la conducta suicida como la preocupación, el intento o el acto que intencionalmente busca hacerse daño a sí mismo o la muerte, y que hoy en día se ha convertido en un problema de salud pública, aunque aún es difícil de conocer pues siempre la referencia de suicidios consumados es mayor que los intentos reportados.

Por su parte, a nivel macro, Cobo (2006), menciona que “la tasa social de suicidio constituye un buen indicador del estado de una sociedad, el aumento de suicidios suele estar asociado a problemas más generales que afectan a todo el colectivo social” (p. 29).

Las personas nacidas en el último periodo del siglo XX tienen mayor riesgo a desarrollar trastornos del ánimo en una edad temprana, lo que es asociado frecuentemente con la conducta suicida, “el Centro para el Control de Decesos (1991) en Estados Unidos, estimó que alrededor de 300 mil estudiantes de enseñanza superior realizaron un intento de suicidio severo en 1990, siendo el riesgo de repetición del intento suicida particularmente alto en un intervalo corto de tiempo” (Larraguibel y cols., 2005, p.286).

En el trabajo investigativo de González y colaboradores (2003), se aborda la problemática suicida en adolescentes como un proceso multifactorial y dinámico, integrado en ocasiones por diferentes etapas de modo secuencial y en otras por condiciones disruptivas, pero generalmente vinculado al malestar emocional, malestar que se toma en este caso como la depresión o el intento suicida actual, ya que son indicadores que incrementan el riesgo en adolescentes, y el antecedente de suicidio por ser un factor de riesgo para futuros intento o incluso el suicidio consumado (González y cols., 2003).

En el proceso suicida se han identificado varias etapas: “ideación pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución de intento suicida y el suicidio consumado” (González y cols., 2003, p. 424); estas etapas pueden ser o no secuenciales y pasar por una o varias no requiere de pasar por las demás.

La relación entre los “estados emocionales y la conducta psicopatológica en estudiantes de secundaria, es alta además de que la tristeza y la depresión son la mayor fuente de ideación suicida” (p. 147), se identificó la prevalencia de ideación suicida en la población estudiantil de secundaria y de bachillerato, durante los años 90, en el Distrito Federal, donde cerca del 10% manifestó todos los síntomas, 17% pensó en quitarse la vida y el 47% presentó al menos un síntoma de ideación (González y cols., 1999). En estudios de González y colaboradores (2003), se encontró “que la prevalencia de intento suicida en los hombres es de 6.6% y en las mujeres de 16.6%, una relación 3:1,

evidenciando entonces la importancia de atender la incidencia de intentos suicidas actuales en los estudiantes adolescentes” (p. 526).

Se han definido seis factores de riesgo; en cuanto al género, el suicidio es completado en mayor proporción por varones siendo además más violentos, aunque las mujeres suelen intentarlo más; con relación a la edad, tiene mayor incidencia después de los 15 años (Larraguibel y cols., 2005).

La mayor parte de la población de la República Mexicana está constituida por gente joven, con la necesidad de atención, pues el acto suicida con mayor intento es en hombres aunque y malestar emocional reportado por las mujeres, refiriendo la “psicopatología de género”; mencionan que las causas del malestar emocional que llevan al suicidio son: el ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con pares, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con los padres, la depresión y la preferencia al aislamiento ante situaciones estresantes o problemáticas (González y colaboradores, 1999, p.148).

Los resultados de las encuestas del 2001 del INEGI en México, muestra un 60% de intento de suicidio con prevalencia en población entre 15 a 29 años (Cobo, 2006; Fonseca, 2010). Miranda de la Torre y colaboradores (2009), aseguran que muchos de los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como accidentes de severidad considerable; muertes que ocurren como resultado de conducir vehículos a exceso de velocidad bajo el efecto de drogas o consumo de alcohol.

La literatura científica evidencia que los trastornos depresivos y la ideación suicida en adolescentes, se relacionan con la conducta suicida (...) como factores de riesgo, cabe señalar que es la interacción entre ellos lo que potencializa el riesgo porque cada uno contribuye en alguna medida, y por ello es importante incidir en la prevención y tratamiento en etapas tempranas, a fin de minimizar consecuencias (González y cols., 2003, p.530).

Durante la investigación previa a la realización del presente estudio, fueron alarmantes las cifras de suicidio en México, que presenta el INEGI (2010), las cuales son altas y de rápido aumento, otras organizaciones en Estados Unidos de América reportan una problemática social considerada de atención urgente por la Organización de Naciones Unidas [ONU] y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (González & Valdez, 2005).

Finalmente, se ha definido que el mayor riesgo que representa la depresión es el suicidio, sumando psicoanalíticamente que los adolescentes mantienen factores suicidas intrínsecos, al pensar `que a él no le va a pasar nada´, realizando entonces conductas de riesgo, correlacionado a los resultados de las encuestas 2001 del INEGI en México, mostrando 60% de intento de suicidio con prevalencia en población entre 15 a 29 años (Larraguibel y cols., 2005).

Pronóstico y factores de protección. Debido a los cambios psíquicos y corporales producidos en la etapa de la adolescencia, es necesario revisar y rehacer constantemente su autoimagen; un auto-concepto o autoestima alta facilita una visión saludable para evaluarse positiva y satisfactoriamente con el entorno, mientras que una autoestima baja genera una actitud ficticia en intentos desesperados (desplantes de independencia y rebeldía) para demostrar, que sé es adecuado para encajar (Tapia y cols., 2003).

González y colaboradores (2003), proponen estrategias con base a la identificación de factores protectores para la elaboración y el diseño de programas de intervención en salud mental, además de promover un ambiente familiar donde el adolescente perciba en sus padres o tutores, afecto y reconocimiento, a través de comunicación asertiva, siempre estableciendo límites para regular su conducta.

La división de Salud Mental de la OMS (WHO/OMS, 2001), menciona que en el mundo hay por lo menos 100 millones de personas que sufren alguna forma reconocible de depresión, según Calderón (1999) el problema tiende a aumentar por los siguientes cuatro argumentos expuestos a continuación.

- 1) El promedio de vida está creciendo en todos los países, por lo que el número y porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentar depresión también se incrementa.
- 2) El cambio acelerado del ambiente psicosocial que permite la exposición del individuo y de los grupos sociales a un ambiente tensionante, por sobre carga de información, la desintegración familiar.
- 3) Aumento de padecimientos crónicos como: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares y problemas neurológicos y reumatismo, asociados en un 20% de los casos con depresión.
- 4) Y finalmente por el abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión como los antihipertensivos, fenotiacinas y compuestos hormonales.

Es destacable que la depresión es un problema de atención pública, con manifestaciones en poblaciones vulnerables y de rápido asenso, con implicaciones severas por los años de incapacidad, comorbilidad y relación con el suicidio; en este caso se hace notar la inestabilidad emocional, cambios hormonales, físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia, que hacen de esta edad una etapa plagada de cambios, crecimiento y amplio requerimiento de ajustes (Borrillo & Boris, 2007).

A continuación se describe el proceso técnico - metodológico del presente trabajo, el cual muestra la construcción del Cuestionario Exploratorio de Sintomatología Depresiva (CESD) en adolescentes de zona metropolitana.

METODOLOGÍA

ELABORACIÓN DE REACTIVOS

Para el desarrollo de la estandarización, inicialmente se realizó una base de datos de reactivos constituido por 40 afirmaciones, las cuales fueron aplicadas en el mes de abril de 2011, en una primera etapa a diez jueces expertos.

Para la selección de los expertos, el primer criterio de inclusión fue que su formación profesional se apegara a un área de psicología o psiquiatría; y como segundo criterio, se consideró que su experiencia profesional fuera mínima de cinco años y se enfocara a niños y/o adolescentes.

Los jueces seleccionados por disponibilidad, fueron en su mayoría psicólogos de enfoque conductual o terapeutas sistémicos o del juego, con especialidad en niños y adolescentes con problemas conductuales, como *bullying*¹, *cutting*² y trastornos alimenticios.

A los jueces se les presento una hoja tamaño oficio, al que se le denominó: Instrumento para Jueces Expertos (Anexo 1), impresa por ambos lados en orientación horizontal, la cual iniciaba el texto con una breve presentación del responsable del estudio y de los objetivos del jueceo, seguido de las instrucciones y un espacio para datos generales, un breve ejemplo que señalaba la forma correcta de contestar el instrumento, seguido de la definición operacional de Equivalentes Depresivos dada por Rojas en el año 2008.

A continuación y hasta el final de la hoja en un formato de tabla, se mostro la columna de afirmaciones del lado izquierdo y en el renglón superior se enmarcaron los nueve factores determinados como sintomatología y un campo adicional, nombrado como 'otro'; en donde los jueces podían clasificar aquellos reactivos que no consideraran convenientes o relacionados al tema central.

1. Bullying: acoso escolar u hostigamiento escolar, es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado, generalmente entre adolescentes (12-15 años),
2. Cutting: risuka o self injury, es el acto de cortarse generando heridas superficiales para generarse el daño necesario y sentir alivio o placer momentáneo.

En el lado derecho, estaban las columnas libres para opciones de respuestas, lugar donde se contesta directamente al instrumento.

Los diez jueces expertos seleccionados debían de determinar los reactivos por medio de la técnica de Elección de Criterio (Anastasi & Urbina, 1998), que pudieran estar presentes en adolescentes mexicanos, escolarizados de acuerdo con la sintomatología de Equivalencias Depresivas (ED) de Rojas (2008), que se dividen en los siguientes nueve factores, descritos en un apartado anterior.

1. Estado de ánimo disfórico
2. Disminución del interés
3. Cambio de peso y apetito
4. Cambios en el sueño
5. Cambios psicomotores
6. Cambios cognoscitivos
7. Pérdida de energía
8. Sentimientos de inutilidad
9. Pensamientos mórbidos o suicidas

Tras este procedimiento, a través de un análisis que centró la atención en la capacidad discriminativa del jueceo de cada uno de los reactivos (Anexo 2), refiriéndose a que estos diferenciaron eficientemente la relación entre el rasgo y la conducta que se pretende medir, obteniendo así la validez de facie o aparente.

Dado lo anterior, se eliminaron siete reactivos por no ser discriminantes en la presencia de ED en adolescentes, mismos que se muestran en el anexo número 3, en la columna derecha en letras de color rojo.

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO EXPLORATORIO

Tras haber eliminado los reactivos no representativos para alguno de los factores, entonces se elaboraron afirmaciones específicas, claras y comprensibles, adaptando el lenguaje a las características del grupo piloto al que se orienta el instrumento, para evitar confusiones y ambigüedades. Se evitaron preguntas tendenciosas, procurando al menos una afirmación específica para cada una de las variables a medir (Equivalentes Depresivos), suponiendo si el participante puede y quiere aportar la información que se le solicita (Malhortra, 1997).

En la Figura 2 se muestra la estructura y usos de la prueba, de lado izquierdo se enlistan las propiedades que una prueba psicométrica debe contener y de lado derecho se describe que tipo de propiedades y usos posee el Cuestionario Exploratorio para Sintomatología Depresiva (CESD) en Población Adolescente Mexicana, del presente este trabajo.

Figura 2.
Estructura de la prueba.

Finalidad y contenido	Descriptiva
Uso	Diagnóstico
Formato	Estructurado
Objetivo	Ejecución típica
Forma de aplicación	Individual / Auto aplicable
Material	Lápiz y papel
Área de aplicación	Clínica / Experimental
Límite de aplicación	Rango de edad (15 a 18 años)

Considerando además la pertinencia de la afirmación con el objetivo de la investigación, objetivo que es la construcción de un instrumento de aplicación rápida, con características psicométricas como objetividad, estandarización, validez, confiabilidad y normalización para la exploración de la presencia de equivalentes depresivos a un Estado Depresivo Mayor, en población mexicana adolescente de la zona metropolitana.

Finalmente se obtuvieron reactivos de 33 reactivos, los cuales fueron estructurados en respuestas de escala *likert*, consistentes en una afirmación y cinco opciones de respuesta representados de la siguiente manera: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre.

Con esta base de reactivos, se elaboró una primera forma de la prueba, la cual se muestra en el anexo 4, misma que consistió en una hoja tamaño oficio, impresa por ambos lados en orientación horizontal.

En la parte superior se encontraba el espacio correspondiente para los datos demográficos (edad, sexo, nacionalidad y grado académico actual) del encuestado, seguido de las instrucciones y un breve ejemplo que mostraba la forma correcta de contestar el instrumento, a continuación y hasta el final de la hoja en un formato de tabla, se mostraron en la columna de afirmaciones del lado izquierdo y, en el lado derecho, la columna de opciones de respuestas, lugar donde se debía contesta directamente.

APLICACIÓN AL GRUPO PILOTO

Como siguiente fase de la construcción del instrumento y contando con la previa autorización (Anexo 5) y el apoyo de las direcciones de preparatoria y bachillerato del colegio de la colonia del Valle, en estas cartas anexas se ha retirado el nombre del colegio y de los directores generales de preparatoria y bachillerato, con el fin de de mantener anónimos estos datos.

Se aplicó el instrumento de medición en el mes de mayo de año 2011, a un grupo piloto de 320 adolescentes de nivel medio superior, inscritos en dicho colegio; los alumnos fueron elegidos de acuerdo a la disponibilidad de sus horarios de la Coordinación Académica correspondiente.

Entre las características generales, este es un colegio mixto, privado y laico, que cuenta con nivel jardín de niños, primaria, secundaria y preparatoria, ubicado en la colonia del Valle, delegación Benito Juárez, en la zona metropolitana del Distrito Federal; con un nivel socio económico que va del medio al medio alto y tiene una matrícula de 1,800 alumnos aproximadamente, mismos que asisten en un horario matutino únicamente de lunes a viernes. Los alumnos del grupo piloto asisten uniformados y responden a un horario y a un coordinador o prefecto académico; son adolescentes entre 15 y 20 años, edad donde fueron utilizados los criterios de exclusión.

A los participantes se les pidió su colaboración para contestar un cuestionario y se enfatizó en que los resultados serían anónimos en cuanto a su identidad, específicamente su nombre y colegio, sin embargo se les informo que sus respuestas se usarían con fines estadísticos, los resultados globales serian entregados al colegio y publicados en un trabajo de grado. Se les solicitó que respondieran de la manera más sincera posible al cuestionario, siguiendo las instrucciones escritas y verbales, que fueron las siguientes:

- A continuación te presentamos una serie de enunciados o afirmaciones numeradas, acerca de lo que la gente piensa o cómo se siente. Lee cada una de ellas y decide con qué frecuencia ha

sucedido en ti, marcando con una "X" la que mejor describa cómo te has sentido durante las últimas dos semanas.

De los 320 cuestionarios del total de adolescentes del grupo piloto encuestado, se eliminaron 22 por los siguientes criterios de exclusión:

- La prueba no fue contestada en su totalidad.
- Los participantes estaban fuera del rango de 15 a 18 años.
- Los participantes no marcaron su nacionalidad.
- La prueba no fue contestada en la zona correspondiente a respuestas.

En total, al final se validaron solamente 298 cuestionarios contestados por el grupo piloto. La media de edad fue de 16.48 años con una desviación estándar de 0.92. De lo anterior, la distribución por sexo y edades se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1.

Estadística descriptiva del grupo piloto.

a.

	Edad	
	Frecuencia	Porcentaje
15 años	42	14.10%
16 años	116	38.90%
17 años	93	31.20%
18 años	47	15.80%
Total	298	100.00%

b.

	Genero	
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	126	42.30%
Masculino	172	57.70%
Total	298	100.00%

En estas tablas se declara la estadística descriptiva del grupo piloto calculada a través del software SPSS v.17.

En la Tabla a. se muestra la frecuencia absoluta (frecuencia) y relativa (%) de los participantes en relación a la edad; en la Tabla b. se observa la relación de género femenino y masculino, señalados como frecuencia absoluta (frecuencia) y relativa (%), el anexo 6 muestran las graficas de la estadística descriptiva del grupo piloto donde es claramente observable que el grupo piloto estuvo conformado por mas varones que mujeres.

ANÁLISIS DE REACTIVOS

La calificación de reactivos se realizó de manera manual con dos plantillas en acetato, reportados en el anexo 7, para facilitar ésta tarea y con fines de verificación, estas plantillas muestran el mismo formato que la primera versión del cuestionario exploratorio incluyendo adicionalmente los puntajes asignados frente a cada afirmación, puntajes que corresponden a los siguientes valores: Nunca – 1, Casi nunca – 2, Algunas veces – 3, Casi siempre – 4 y Siempre – 5; en el caso de las afirmaciones invertida, las cuales se indican con fondo amarillo, los valores también fueron invertidos, quedando representados de la siguiente manera: Nunca – 5, Casi nunca – 4, Algunas veces – 3, Casi siempre – 2 y Siempre – 1.

Los valores obtenidos, posteriormente fueron capturados en una base de datos a través del software Excel (v.10, Microsoft Co.), esas respuestas de los participantes fueron convertidas de nivel de medición nominal a nivel escala, con base a cantidades dicotómicas (Anastasi & Urbina, 1998), donde **0** fue para las respuestas 1 y 2, mientras que las respuestas 4 y 5 se remplazaron con el **1**, obteniendo así el puntaje crudo; las respuestas 3 se eliminaron dado que no implicaba ausencia o presencia de rasgo (Anexo 8 CD).

La teoría de respuesta al ítem, tal como se uso en ese contexto, es un `rasgo latente´ que se refiere a un constructo estadístico, por lo que no se implica la existencia independiente de una entidad psicológica o fisiológica, generalmente se considera como la habilidad medida por la prueba, la teoría de respuesta al ítem sirve para lograr que una escala de medición sea uniforme y libre de muestra para que se pueda aplicar a individuos y grupos de distintos niveles de habilidades (Anastasi & Urbina, 1998); con la teoría de respuesta al ítem se logro obtener el índice de discriminación.

El análisis de reactivos se realizó de acuerdo al criterio de grupos extremos; se compararon las proporciones contrastantes, es decir se tomó el grupo de criterio superior (S) y el grupo de criterio inferior (I) siguiendo la regla de 27% (Anastasi & Urbina, 1998), en

éste caso específico, de acuerdo a la muestra poblacional de 298, se tomó al 27%, el cual es de 81 participantes en cada grupo, que sumados generan un total de 162 (Anexo 9 CD).

Con este procedimiento, se expresan como porcentajes los números de personas que aprueban cada reactivo en los grupos S e I, y la diferencia entre ambos ofrece un índice de la capacidad discriminativa del reactivo, que puede interpretarse independientemente del tamaño de la muestra particular de la que se obtuvo (Anastasi & Urbina, 1998, p.185).

Posteriormente, cada uno de los 33 reactivo se analizó de acuerdo a su proporción aritmética para obtener su índice de discriminación, el cual se muestra dentro del CD en el anexo 10.

Tras obtener los resultados se eliminó el reactivo número 27, que es el siguiente: aunque no estoy haciendo dieta o ejercicio he perdido peso significativamente, dado que su índice se considera estadísticamente nulo.

REESTRUCTURACIÓN DE LA FORMA FINAL DEL CUESTIONARIO EXPLORATORIO

La forma final de prueba se definió en 32 reactivos; durante la aplicación al grupo piloto, se observó que un porcentaje alto de los adolescentes, no comprendían los reactivos en su totalidad y preguntaban al aplicador la definición de algunas palabras, razón por la que se modificó la redacción de los reactivos 1, 6 y 24 del cuestionario, adaptando el nivel de lenguaje para la población adolescente de la muestra, reestructura que se muestra también en el anexo 3, en la columna izquierda correspondiente a los reactivos de la prueba reestructurada, destacados con un fondo azul y las modificaciones específicas con letras negritas.

El cuestionario final que se encuentra en el anexo 11, se reestructuró en una hoja tamaño carta, impresa por ambos lados en orientación vertical; con el mismo formato que la inicial, en la parte superior de la hoja, el espacio correspondiente para los datos demográficos (edad, sexo, nacionalidad y grado académico actual), seguido de las instrucciones y un breve ejemplo que muestra la forma correcta de contestar el instrumento, a continuación y hasta el final de la hoja en un formato de tabla, se mostraron la columna de afirmaciones del lado izquierdo y, en el lado derecho, la columna de opciones de respuestas, lugar donde se contesta directamente de manera dicotómica, con una X en verdadero o falso.

La calificación de los 32 reactivos se llevaría a cabo de manera manual con dos plantillas en acetato (Anexo 12), después de aplicar a la muestra, con fines de verificación y para agilizar esta tarea, con el uso de los mismos códigos de las plantillas anteriores, utilizando los valores, de 1 para verdadero y 0 para falso, invirtiendo estos números en los reactivos o afirmaciones inversas.

APLICACIÓN A LA MUESTRA

El instrumento final se aplicó durante el mes de junio de 2011, a 50 adolescentes de nivel medio superior, inscritos en el mismo colegio de la colonia del valle; utilizando los criterios de inclusión y selección del grupo piloto, además de ser las instrucciones usadas las mismas que la aplicación señalada. La media de edad es de 16.65 con una desviación estándar de 1.05.

De dicha aplicación se validaron únicamente 31 cuestionarios, debido a no estar contestados de manera correcta o en su totalidad, o que los participantes no cubrieran con los criterios de inclusión antes mencionados. En la Tabla 2 se muestra, la distribución por sexo y edades de la muestra.

Tabla 2.

Estadística descriptiva de la muestra.

a.

Edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	5	16.10%
16	9	29%
17	9	29%
18	8	25.80%
Total	31	100.00%

b.

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	17	54.80%
Masculino	14	45.20%
Total	31	100.00%

En estas tablas se declara la estadística descriptiva del grupo piloto calculada a través del software SPSS v.17.

En la Tabla 2, sección *a.* se muestra la frecuencia absoluta (frecuencia) y relativa (%) de los participantes por edades y en misma tabla, sección *b.* se observa la relación de género femenino y masculino, señalados como frecuencia absoluta (frecuencia) y relativa (%), la muestra estuvo conformado por mas mujeres que varones. El anexo 13 muestra las graficas de estadística descriptiva de la muestra.

A la par del instrumento final se aplicó la Escala de Depresión (D) del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 en su versión para adolescentes, con la finalidad de obtener el cálculo de la validez concurrente, los ítems del MMPI-A fueron transcritos en una hoja tamaño carta, señalados en el anexo 14, impresa por ambos lados con un formato de respuesta similar al instrumento final, conservando la forma de respuesta del MMPI-2 la cual corresponde a Verdadero y Falso; en el anexo 15 se incluye la plantilla de calificación con los valores asignados a cada afirmación.

Sin embargo, del MMPI-A se eliminaron 16 reactivos, por no apegarse a los criterios del DSM-IV-TR ni de los Equivalentes Depresivos, es decir que de los 57 reactivos estandarizados de la escala, se aplicaron únicamente 41.

El anexo 16 muestra, en la columna de lado izquierdo el numero de reactivo, seguido por la columna de los reactivos del MMPI-A que fueron eliminados y en la última columna se muestran los criterios específicos utilizados para dicha eliminación, los cuales salen de los criterios estipulados por el DSM-IV-TR para diagnosticar EDM y tampoco se apegan a los contemplados por Rojas (2008), para los Equivalentes Depresivos, los 17 reactivos eliminados se refieren a ideas y conductas inapropiadas, así como síntoma fisiológico, que el propio sujeto describe.

RESULTADOS

CONFIABILIDAD

La confiabilidad implica que los resultados obtenidos con un instrumento de medición concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión; la consistencia de los resultados, significan resultados validos ya que no es posible evaluar algo que cambia continuamente; la confiabilidad tiene por objeto asegurarse de que un investigador, siguiendo los mismos procedimientos descritos por otro y conduciendo el mismo estudio, puede llegar a los mismos resultados y conclusiones, pues la confiabilidad indica el grado de consistencia (Anastasi & Urbina, 1998).

En el caso del Cuestionario Exploratorio para Sintomatología Depresiva en Población Adolescente Mexicana (CESD), la confiabilidad se calculó a través del criterio de confiabilidad por consistencia interna de la prueba, a través del método de división por mitades, en el cual a partir de una sola aplicación, permite obtener la confiabilidad al separar la muestra en mitades equivalentes, donde se obtienen dos puntuaciones de cada sujeto, y esto “proporciona una medida de consistencia interna del contenido muestreado” (Anastasi & Urbina, 1998, p. 95), para este procedimiento se utilizó el cálculo por correlación de Pearson.

El anexo 17 muestra los resultados de confiabilidad calculados en SPSS, el cual es que el coeficiente de consistencia interna es de 0.935, el cual significa que el instrumento es altamente confiable.

Según Anastasi & Urbina (1998) la confiabilidad es una condición necesaria; las evidencias de validez siempre han de ir de la mano con las de confiabilidad (p.96), en el siguiente apartado se describe su cálculo para el presente trabajo.

VALIDEZ

La validez requiere de criterios externos y definiciones de lo que la prueba intenta medir; la validez indica el grado en que la prueba cumple su función, pues determina con objetividad qué es lo que mide el instrumento, de acuerdo a Anastasi y Urbina (1998).

La validez tiene relación con lo que se mide en el cuestionario y que tan bien se hace, es decir con la variable que se pretende medir (Hernández, Fernández & Bapista, 2006).

Para obtener la validez del instrumento que este trabajo presenta, se utilizó por medio del criterio de validez de facie o aparente, a través del método de elección de criterios de los jueces expertos, la cual “no se refiere a lo que la prueba verdaderamente mide, sino a lo que parece medir (...) alude a si la prueba parece valida a los examinados que la presentan, al personal administrativo que decide su uso y a otros observadores sin capacitación técnica” (Anastasi & Urbina, 1998, p.117)

Como en el presente trabajo no fue factible extender los procedimientos de validez predictiva a los objetivos del estudio, se utilizó entonces validez concurrente para “diagnosticar el estado actual más que predecir resultados a futuro” (Anastasi & Urbina, 1998, p.119), aladaño a lo anterior, se comparó el presente instrumento con la sub escala de depresión del MMPI-A en su estandarización para población mexicana como criterio externo de validez.

Del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2, se desprende la versión para adolescentes MMPI-A, que es uno de los pocos instrumentos elaborados especialmente para evaluar a los adolescentes, que cuenta con validez y confiabilidad; el MMPI-A es un instrumento actualizado que permite explorar varias áreas de la personalidad, en un nivel preventivo que permita planear una intervención, a la vez que permite diagnosticar problemas escolares, familiares, de alcohol y drogas, así como el suicidio, destacando que dichos problemas han mostrado alta incidencia en los adolescentes y representan problemas sociales importantes (Butcher y cols., 1998).

La versión mexicana se realizó en la Facultad de Psicología de la UNAM, dentro del programa de Apoyo a Proyectos de Innovación Tecnológica de la Dirección de Asuntos de Personal Académico, la versión A cuenta con normas para esta población.

La adaptación a población mexicana de MMPI en su versión para adolescentes, se realizó con una muestra normativa de 4050 jóvenes pertenecientes a las diversas zonas de geográficas del Distrito Federal, de escuelas públicas y privadas, con un rango de edad que va de los 14 hasta los 18 años.

La escala de depresión consta de 57 reactivos, que describen el índice de insatisfacción con la propia vida, la falta de motivación, la desesperanza y la moral pobre, se incluyen también reactivos relacionados con el abatimiento, la apatía, la sensibilidad excesiva, las quejas físicas y el retardo en la actividad psicomotora. En las correlaciones de validez se muestra “una medida de depresión, incluyendo su asociación con ideas y conductas suicidas e indicadores de depresión en historiales hospitalarios de adolescentes en tratamiento clínico” (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellengren y Kramer, 1998, p.35).

Para el cálculo de la validez concurrente entre el CESD y el MMPI-A ajustado para este trabajo, se capturaron los resultados obtenidos de la muestra, la segunda base de datos se muestra en el CD en el anexo 18; a través del software Excel (v.10, Microsoft Co.).

Como resultado, la validez concurrente calculada por medio del coeficiente de correlación de Pearson entre el instrumento desarrollado y la sub escala de depresión del MMPI-A fue de 0.909, lo cual significa que el instrumento cuenta con validez alta (Anexo 19).

NORMAS

De acuerdo con Anastasi y Urbina (1998), un instrumento de medición, específicamente los psicométricos y sus puntuaciones, sólo se puede interpretar a través de normas que proporcionan el desempeño de la muestra de estandarización en la prueba. Es decir, empíricamente las normas se establecen al determinar lo que hacen en la prueba los miembros de un grupo representativo, entonces la puntuación de un sujeto se traduce a la distribución de las puntuaciones obtenidas y da el lugar que ocupa en la distribución mencionada.

“Las calificaciones percentiles se expresan en términos del porcentaje de sujetos de la muestra de estandarización que caen bajo determinada puntuación cruda” (Anastasi & Urbina, 1998, p.58); en el caso del presente trabajo, los percentiles son puntuaciones crudas expresadas en términos del porcentaje de los reactivos correctos y el total.

La correlación de normas calculadas con Pearson para cada reactivo (Anexo 20) en SPSS, arroja las normas para población adolescente mexicana de la zona metropolitana del Distrito Federal, las cuales se muestran en el anexo 21.

La estadística descriptiva del comportamiento de la población evaluada es de un promedio de 7.16 con una desviación estándar de 7.537.

La distribución muestra las respuestas de la población en el histograma que se ubica en el anexo 22, donde se hace observable que la mayoría de la población es dispersa, dado que existe un sesgo positivo.

Se describe como criterio de atención a la población, a todos aquellos cuyo resultado sobresalga de dos desviaciones estándares, donde 23 puntos obtenidos en el cuestionario es el punto de corte, para establecer la presencia de sintomatología depresiva específica en adolescentes mexicanos de la zona metropolitana.

DISCUSIÓN

A mediados de la década de los años sesentas, una serie de artículos científicos (AMP, 2011), alertaban que la ansiedad estaba siendo sustituida por la depresión y la desesperanza como estados emocionales predominantes en el hombre. Los datos expuestos en el presente trabajo, refieren a la depresión, como una problemática social actual que afecta a ancianos, adultos, niños y en este caso se destaca la afección y problemática para los adolescentes.

Investigaciones recientes de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil se menciona que en México uno de cada 10 adolescentes, ha tenido por lo menos un cuadro depresivo en su vida, pues cerca del 28% entraría en la clasificación de un EDM o TDM de acuerdo a los síntomas, el promedio de edad está entre los 13 y 16 años, para ambos sexos.

Es común observar a los adolescente más callados, distantes, serios e irritables, con preocupaciones excesivas por sí mismos, incluso con llanto frecuente, es probable la presencia de alteraciones en el curso del sueño, del apetito y del peso con variaciones que son involuntarias, síntomas o comportamientos alterados que se clasifican por padres y profesores, como normales o esperados de la propia etapa de crecimiento.

Así, en el presente trabajo se discute que los síntomas señalados actúan como disfraces de la verdadera psicopatología, pues las constantes quejas de que se sienten fatigados, la pérdida del interés por situaciones o actividades que antes disfrutaban; así como cierta dificultad para concentrarse o tomar decisiones, la manifestación de sentimientos de culpa, inutilidad, minusvalía, odio, ideas suicidas o temor acerca de la muerte, pueden representar una delgada línea de diagnóstico para depresión.

La comorbilidad o en algunos casos, la aparente pantalla de estos síntomas, preocupa por la falta de un diagnóstico oportuno y por ende un tratamiento no adecuado, los cuales puede derivar un episodio depresivo cada seis meses o un año, lo que representa un promedio de seis a doce recaídas durante los años de la adolescencia, con una ausencia

de tratamiento en 8 de cada 10 casos, ausencia que es ocasionada por falta de información por parte de los padres o maestros, inexperiencia de médicos generales y la pobre cifra de 250 psiquiatras en el Distrito Federal, la mayoría trabajando en zonas urbanas de mayor poder adquisitivo lo que se traduce en que adolescentes de áreas rurales o marginales no son diagnosticados ni tratados, es decir la falta de especialistas en el área, además del hecho que la comorbilidad empeora la severidad, el funcionamiento social y condiciona una menor respuesta al tratamiento.

Puesto que el EDM puede presentarse con diversas variaciones, el tipo específico de depresión es establecido con mayor certidumbre siguiendo los criterios diagnósticos de clasificación del DSM-IV-TR, implica que el diagnóstico cuidadoso es la clave para obtener éxito en el tratamiento; ligado a esto, se hace énfasis en la problemática actual de la depresión que va desde los criterios no uniformes de cada médico o especialista, de la generalización del término para describir estados de ánimo, el tratamiento no definido en la mayoría de las veces; así como la falta de recursos y servicios médicos/psicológicos.

En otro sentido, durante el proceso de elaboración y estandarización del Cuestionario Exploratorio de Sintomatología Depresiva en Adolescentes (CESD), hubo varios aspectos que implicaron dificultad para su realización, por ejemplo conseguir el grupo piloto fue fácil por el apoyo de las direcciones del colegio, sin embargo las fechas que se presentaron en el cronograma de trabajo, no contemplaron los periodos de exámenes y vacaciones, factores que apresuraron la aplicación a la muestra y que a su vez impidieron obtener una población más representativa, durante la aplicación del cuestionario exploratorio final.

En ambas aplicaciones (grupo piloto y muestra), se percibió que los adolescentes de la modalidad de preparatoria tenían mejor disposición para contestar el instrumento de medición, comparado con los alumnos de bachillerato, quienes mostraban actitudes de evitación hacia la prueba o que bromeaban acerca de los reactivos, las causas de estas actitudes resultarían de interés para explorar en investigaciones futuras.

Tras las aplicaciones, del instrumento al grupo piloto y a la muestra, se identificaron varios datos que no se obtuvieron durante la recolección de información demográfica, puesto que no fueron contemplados inicialmente, por ejemplo, no se realizó un perfil socioeconómico y es muy probable que dentro de la muestra no se hayan incluido variedad de estratos, debido a que los colegios privados ubicados en la colonia del valle en su mayoría son accesibles para familias de un nivel adquisitivo estable, este es un factor que González y colaboradores (2003) contemplan como factores de riesgo para un EDM.

Tampoco se cuestionó el estado de salud general de los encuestados, dato relevante puesto que el DSM-IV-TR contempla como criterio que los síntomas no se deriven de una enfermedad crónica o grave, por lo que hubiera sido de gran utilidad relacionar el pleno estado de salud con la presencia o ausencia de sintomatología de ED, en relación a la buena salud, tampoco se indagó acerca del consumo de medicamentos o drogas, ni sobre el funcionamiento familiar o social, para buscar alguna razón externa que pudiese estar afectando el estado emocional en general del sujeto, descartando así factores externos que puedan dar una respuesta depresiva, tal como lo marca el DSM-IV-TR, en los criterios de diagnóstico.

En cuanto a la importancia de la depresión, autores como Enríquez y colaboradores (2008) y en base a los criterios de la OMS (2001), mencionan que las previsiones de autoridades de salud, estiman que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad, sin duda una de las epidemias modernas, pues las consecuencias como la incapacidad laboral y el malestar emocional, declinan la calidad de vida; razón por la que en este trabajo se destaca la importancia de su detección oportuna, además de que el inicio a edades tempranas se considera una forma más severa del trastorno, que puede tener serias repercusiones en la vida adulta.

En relación al diagnóstico oportuno y respecto a los métodos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio que han sido usadas son el test de supresión con dexametasona, pruebas neuroendocrinas, técnicas funcionales y estructurales de imagen cerebral, potenciales evocados y el electroencefalograma, que entre sus desventajas se encuentran

el alto costo y su poca viabilidad para establecer un diagnóstico de depresión debido a que éste es puramente sintomatológico; por otro lado existen cuestionarios estandarizados en poblaciones mexicanas, instrumentos psicométricos analizados en el presente trabajo, cuya principal desventaja es que a pesar de tener estandarización, con validez y confiabilidad alta, no están normalizados en población mexicana o el tiempo de aplicación no permite evaluar grandes muestras poblacionales, lo que los hace poco viables en su uso.

Aquellos instrumentos que cuentan con las características psicométricas adecuadas como *La escala de Reynolds* y el *Children Depression Inventory de Beck* no son de fácil accesibilidad, pues para el presente trabajo no se logró conseguir dichos instrumentos para calcular validez concurrente con el Cuestionario Exploratorio para Sintomatología Depresiva en Población Adolescente Mexicana (CESD), hecho que demuestra la difícil accesibilidad de los instrumentos especializados para el personal escolar en México, para profesionales sin la acreditación necesaria, específicamente una cedula profesional de psicología.

Tomando en consideración la necesidad de un diagnóstico oportuno, se destaca el interés de la AAP, la AMA y otros autores, para fomentar el uso de las preguntas breves de tamizaje en la consulta, además de usar cuestionarios estandarizados de manera rutinaria y periódica, con el establecimiento de criterios diagnósticos que consideren los criterios del desarrollo, a fin de realizar tamizaje continuos que permitan la detección de casos de alerta, en los cuales se propone explorar a profundidad y canalizar al apoyo necesario.

Es entonces cuando la identificación de los adolescentes en riesgo conlleva en sí misma, el compromiso de establecer vías de diagnóstico, considerando los recursos disponibles y la adecuación cultural, por ello es muy importante que las escuelas establezcan vínculos efectivos de canalización y comunicación; es decir, contar con sistema de referencia, canalización y seguimiento de los estudiantes en riesgo y permanecer alertas para contribuir al desarrollo del estudiante, debido a que se ha destacado, lo alarmante de esta morbilidad que es vinculada a la ideación o intento suicida, el cual es la causa número tres de muerte en nuestro país.

Como recomendaciones para futuros estudios se sugiere ampliar la muestra utilizada para validar el CESD a la Ciudad de México, en el Distrito Federal, incluyendo 16 las delegaciones, considerando como ya se menciono, la valoración del pleno estado de salud, el estrato socio-económico y la función familiar, estos tres por ser factores que fueron determinados como factores de riesgo en población infanto - juvenil.

A través de esta investigación, se logro establecer, por medio de las referencias del marco teórico que la depresión, tiene síntomas y trastornos mentales asociados como ansiedad, fobias, hipocondría-somatizaciones, problemas en la actividad sexual; se puede presentar ansiedad por separación, problemas en las relaciones personales, abusos de sustancias e interacciones sociales menos satisfactorias, sin duda alguna la consecuencia más grave de un EDM resulta la tentativa de suicidio o el suicidio consumado, el cual es especialmente alto en sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado.

El Cuestionario Exploratorio de Sintomatología Depresiva (CESD) en adolescentes, discrimina a adolescentes con depresión, en un punto de corte de 23 puntos, correspondiente a dos desviaciones estándares de la muestra, corte que responde favorablemente a la relación de Equivalentes Depresivos en adolescentes, por lo que se pueden generalizar en su uso; desafortunadamente no se logro hacer una distinción estadística entre síntomas de adultos comparados a la población adolescente, debido a que no fueron edades correlacionadas en el presente estudio.

Como aportación se pretende reforzar la necesidad de una concientización en la sociedad del problema afectivo sanitario, que representa la depresión con inicio en edades tempranas, conciencia que debe estar presente en docentes, médicos generales, psicólogos, psiquiatras, padres de familia e incluso en los adolescentes mismos, discutiendo entonces la generación de un programa de agentes de apoyo entre compañeros del clase.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, es notable que la depresión se ha establecido como un problema que apremia a la sociedad, siendo sus peores consecuencias la incapacidad y el intento suicida, como se ha mencionado en apartados anteriores del presente trabajo; diversos autores (Cobo, 2006; González, s.f.; Martín, 2001) y algunas organizaciones como la AAP, la AMA, la ONU y la UNICEF, coinciden en realizar evaluaciones periódicas a modo de detección temprana.

También se concluye que con el presente estudio, se cubre dicha necesidad, con el objetivo general, que fue la construcción de un instrumento de medición de aplicación rápida, un cuestionario objetivo, estandarizado, válido, confiable y normalizado para la exploración de la presencia de equivalentes depresivos a un Estado Depresivo Mayor, detectando síntomas de atención en los adolescentes. Se presenta un Cuestionario Exploratorio de Sintomatología Depresiva (CESD) para evaluación inicial o de tamizaje en población mexicana adolescente de la zona metropolitana; este instrumento psicométrico cuenta con un cuestionario estructurado y plantillas de calificación; quedando pendiente la elaboración de instrucciones claras para personal no especializado, es decir, para maestros o prefectos de preparatoria, siendo una herramienta de fácil accesibilidad y ágil aplicación.

El instrumento es adecuado para los fines que fue creado pues el CESD, reportado en este trabajo, cuenta con una confiabilidad por homogeneidad de la estructura interna de la prueba de 0.935 y un coeficiente de validez concurrente de 0.909. Al mismo tiempo, las normas obtenidas en términos de percentiles permiten un rápido análisis y diagnóstico de la sintomatología depresiva específica en los adolescentes.

Como resultado de este trabajo, se entregó a las direcciones de preparatoria y bachillerato del colegio, el perfil global de la muestra estudiada de los datos hallados, además de lograr establecer una propuesta de diagnóstico de la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados y finalmente se logró destacar la importancia de recurrir a la labor de los docentes para estar alertas a los síntomas depresivos en los adolescentes.

REFERENCIAS

- Agerter, D.C., Rasmussen, N.H., y Sutor B. (2007) *Depression*. Philadelphia: Textbook of Family Medicine. Capítulo 58.
- Agudelo, D., Buela, G. y Donald, C. (2007) Ansiedad y Depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental.*, 30, (2), pp. 33 – 41.
- Alonso-Fernández, F. (2009) Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Mental.*, 32, pp. 443- 445.
- American Psychological Association, APA (2002) *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona: Masson.
- AMP. (2011) Alertas ante la depresión. *Bienvenido a la vida, revista oficial de la Asociación Mexicana de Pediatría*. 20, 4, Pp. 12-14.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998) *Test Psicológicos*. México: Prentice Hall
- Areti, S. y Bemporand, J. (1993) *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós
- Asociación Española – Centros de reconocimiento de conductores. (2010) *Beck depression Inventory (en línea)*. Coruña, España. Disponible en: <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>
- Bárceñas, N. (1976) *Conocimiento del educando y su comunidad*. México: SEP
- Beck, A.T. (1976) *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión*. Estados Unidos: Merck Sharp and Dohme International Division of Merck and Co., Inc Rahway.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006) *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck*. Segunda Edición Manual. Buenos Aires: Paidós.

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Fleiz, C. y Zambrano, J. (2004) La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento *Salud Mental.*, 72, (2), pp. 30 – 37.
- Benkert, O. (1981) *Reconocimiento del síndrome depresivo*. Alemania: Edición original de Hoechst. A.G.
- Boris NW, Dalton R. (2007) *Suicide and attempted suicide*. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; Capitulo 26.
- Borrillo Cm. y Boris N.W. (2007) *Mood disorders*. Eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; Capitulo 25.
- Butcher, J.N., Grant, W., Graham, J.R., Tellengen, A. y Kaemmer, B. Comité de re estandarización del MMPI designado por la universidad de Minnesota. (1992) *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2*. México – Bogotá: Manual Moderno
- Butcher, J.N., Williams, C.L., Graham, J.R., Archer, R.P., Tellengen, A., Ben-Porath, Y.S. y Kaemmer, B. Comité de la Universidad de Minnesota para el proyecto MMPI-A (1998) *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. México – Bogotá: Manual Moderno.
- Calderón, G. (1999) *Depresión, un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Cameron, N. (2005) *Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico*. México: Trillas
- Campo, A., González, S., Sánchez Z., Rodríguez, D., Bareño, C. y Díaz, L. (2005) Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivo Pediátrico Uruguayo.*, 76 (1) pp.21-26.

- Carlson, N. (1996) *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Pearson educación
- Cadauid, N., Delgado., A y Pichardo, G. (2007) Construcción de una escala de depresión con el modelo de Rash. *Psicothema*, 19 (3) Pp. 515-521
- Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jenson PS y Ghalib K. (2007) *Treatment and ongoing management guidelines for adolescent depression in primary care*. Pediatrics.
- Cobo, P. (2006) La Depresión en los Adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 8, Disponible en: remo.ws/revista/n8/n8-cobo.html
- Coleman, J.C. (1985) *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata S.A.
- Conde, V., Escribá, JA. e Izquierdo, J. (1970) Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala auto aplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol* (33) 185 - 206.
- De Alba, O. (2010, 7 de Diciembre) Crece depresión Infantil. *Publimetro Salud*, pp.27
- De la Peña, F., Ulloa, R. y Páez, F. (1999) Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento Psicosocial. *Salud Mental.*, Número especial, pp.88 – 92.
- Domènech-Llaberia, E., Areaneda, N., Xifró, A. y Dolors, M. Escala de Depresión Preescolar para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación. *Psicothema.*, 15 (4), pp. 575 – 580.
- Duran, D., Mazzotti, G. y Vivar, A. (1990) Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Revista de Neuropsiquiatría del Perú.*, Tomo LXII, pp. 3-4
- Enríquez, JA., Martín, M. y Riquelme, A. (2008) Evaluación de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la depresión (CES-D). *Revista de Hospital Psiquiátrico de la Habana*. Recuperado Junio 2010, Disponible en <http://www.revistahph.sld.cu/hph0308/hph030708.html>

- Figueras, A., Amador, J.A. y Perú, M. (2008) Características Psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, pp. 247 – 226.
- Fonseca, J. (2010) UIESSA – IMSS Universidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de la Salud al Adolescente Estadística de Adolescentes en México, México: Recuperado el 23 de Junio de 2010 de <http://www.adolesc.org.mx/indicadores/AdolescenciaEstadistica.pdf>
- Galimberti, U. (2002) *Diccionario de Psicología*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Gillberg, C. y Soderstrom, H. (2003). Learning disability. *The Lancet.*, 326, pp. 21
- González, JA. (s.f.) Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. *Salud Mental.*, Número especial.
- González, C., Berenzon, S. y Jiménez, A. (1999) Al borde de la muerte: problemática suicida adolescente. *Salud Mental.*, Número especial.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M.A. y Wagner F. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema.*, 15, pp.524 – 532.
- González, S. y Valdez, J.L. (2005) Significado Psicológico de la Depresión en Médicos y Psicólogos. *Psicología y Salud.*, 15, pp.257-262.
- Glaxo Wellcome de México y González, E. Título interactivo (s.f.). *Depresión: La enfermedad del siglo*, Glaxo Wellcome. (CD- ROM). México: Multimedia editorial SA de CV.
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista, L. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Horrocks, J.E. (1986) *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Población. 2007. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Población. 2010. México: INEGI.
- Johnson, B. (2005) Psychological Comorbidity in Children and Adolescents with Learning Disorders. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health.*, 1 (1) pp. 7 -14
- Katzung, G. (2007). *Basic & Clinical Pharmacology*. McGraw-Hill.
- Kovacs, M. (1992) *Children Depression Scale Kovacs, Evaluación rápida de la sintomatología depresiva en niños*. TEA Ediciones.
- Larraguibel, M., Gonzales, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000) Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría.*, 71 (3).
- Leyva, R., Hernández, A.M. y López, V. (2006) Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Medigraphic – Artemisa en línea.*, 45 (3), pp. 225 -232.
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M.J., Román, R. y Abril, E. (2009) Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental.*, 32, pp. 495 - 502.
- Narváez, M.I. (2010) *Depresión en adolescentes cuando los papas están en proceso de de divorcio*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Negocios ISEC)
- Navarro, R. (1990) *Psicoterapia antidepresiva. Humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir*. México: Trillas
- Notimex (2010, 15 Abril). Preparan Ley de Salud Mental. *Más por Más*, pp. 3.
- Paniagua, H. y García, S. (2003) Signos de alerta de los trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública.*, 77, pp.411-422.

- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2002) *Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Ed. Mc Graw Hill, Capítulos 15, 16 y 17; pp. 428 – 514
- Preskorn, S.H., Stanga, C.Y. y Ross, R. (2004). *Selective serotonin reuptake inhibitor*. Ed. Antidepressants: Past, Present and Future. Springer.
- Poliano, A. (1985) *La depresión*. España: Martínez Roca.
- Purriños M.J. (s.f.) Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Gallego de Salud.
- Rojas, A. (2008) Psicoterapia psicoanalítica de Adolescente Deprimido: principios técnicos. *Revista Colombiana Psiquiátrica.*, 37 (1), pp. 78 – 93.
- Rodríguez, M. (2003) Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *An Pediatric*, 58, pp. 104 - 106.
- Radloff L.S. (1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*.
- Rojtenberg, S. (2006) *Depresiones. Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.
- Rooney, M., Friftad, M., Weller, E. y Weller, R. (2001) *Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescents ChiPS*. México: Manual Moderno.
- Salgado de Zinder V.N. y Maldonado M. (1994) Características psicométricas de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales.
- Shaffer, D. y Walisck, D. (2003) *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Suárez, F. (2009) *El poder del metabolismo*. México: Metabolic Press

- Soutullo, C. (2005) *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. Pamplona: Universidad de Navarra
- Tapia, M.L., Fiorentino, M.T. y Correché M.S. (2003) Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el auto concepto. *Fundamentos en humanidades.*, 4, pp. 163 - 172.
- Tizón J.L. (2003) *Prevención de los trastornos de salud mental en atención primaria*. En: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Barcelona: Manual de Prevención en Atención Primaria.
- Torres, V. y Lara, LA. (2009) Análisis de la adaptación de la prueba psicológica MMPI-II para su aplicación a para población Mexicana. Justo Sierra Plantel San Mateo. Recuperado 24 de Junio de 2010 disponible en: http://www.apsique.com/blog/analisis_adaptacion_prueba_psicologica_mmpi_ii_su_aplicacion_poblacion_mexicana
- Universidad de Concepción. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*. Recuperado 28 de Junio de 2010 disponible en: <http://www.scribd.com/doc/7162368/Apunte-Mmpi-2>
- Ugarriza, N. y Escurra, M. (2002) Adaptación psicométrica de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. Universidad de Lima Perú. Persona 5. Pp. 83 – 103.
- Vera, A. (2007) *Un panorama estadístico adolescencia en México*. Universidad de Guadalajara-CUCS.DECSAM. Recuperado el 21 de Junio de 2010, disponible: <http://adolescenciayjovenesgestalt.zoomblog.com/archivo/2007/04/25/un-panorama-estadistico-adolescencia-e.html>
- Zapata, J. N., Figueroa, M., Méndez N., Miranda V.M., Linares B., Carrada T., Vela Y. y Rayas A.M. (2007) Depresión asociada a la Difusión familiar en la adolescencia. *Medigraphic, Artemisa en línea*, 64, pp. 295 – 301.

Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jenson PS, Stein, R. (2007) *Identification, assessment, and initial management guidelines for adolescent depression in primary care*. Pediatrics.

WHO/OMS. (2001) The World Health Report. Mental Health: New Understanding, *New Hope Nonserial Publication*; 2001

ANEXOS

Anexo 1	Instrumento para jueces expertos	87
Anexo 2	Análisis discriminativo del jueceo por reactivo	89
Anexo 3	Reactivos eliminados por no ser discriminantes y reactivos reestructurados	90
Anexo 4	Primera versión del cuestionario exploratorio	92
Anexo 5	Cartas de autorización del colegio de la colonia del Valle	94
Anexo 6	Graficas de Estadística Descriptiva del grupo piloto	96
Anexo 7	Plantillas de calificación de la primera versión del cuestionario	97
Anexo 8	1ª base de datos	CD Anexo
Anexo 9	Ley del 27 %	CD Anexo
Anexo 10	Índice de Discriminación	CD Anexo
Anexo 11	Cuestionario reestructurado	98
Anexo 12	Plantilla del cuestionario reestructurado	100
Anexo 13	Graficas de Estadística Descriptiva de la muestra	102
Anexo 14	Versión del MMPI – A para validez	103
Anexo 15	Plantilla del MMPI – A	104
Anexo 16	Reactivos eliminados del MMPI-A	105
Anexo 17	Confiabilidad	106
Anexo 18	2ª Base de datos	CD Anexo
Anexo 19	Validez	107
Anexo 20	Correlación de Normas	CD Anexo
Anexo 21	Normas	108
Anexo 22	Histograma	109

ANEXO 1 Instrumento para Jueces Expertos

Mi nombre es Tania Espinosa García, soy egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad de Negocios ISEC (Matricula ISEC: 052903-4 Sistema Incorporado UNAM: 303705174) y realizo una investigación con propósitos de titulación.

Usted ha sido seleccionado como juez experto para determinar los reactivos que puedan estar presentes en adolescentes escolarizados con sintomatología de "Equivalencias Depresivas". Por favor complete el siguiente cuadro de datos con la información solicitada.

Nombre _____	Teléfono _____
Formación Profesional _____	
Especialidad _____	
Experiencia laboral en _____	

Los *Equivalentes Depresivos* (Rojas, 2008), son los síntomas de un Episodio Depresivo Mayor, de acuerdo al DSM-IV-TR, con ciertas variaciones, específicamente a la sintomatología del adolescente, que suele ser diferente de la forma clásica hallada en los adultos, sin embargo la sintomatología debe provocar malestar clínicamente significativo, deterioro social, escolar o de la actividad del individuo, presentes durante un período mínimo de 2 semanas los cuales se describen a continuación.

Equivalentes Depresivos en la Adolescencia

- 1. Estado de Ánimo Disfórico** Un estado de ánimo depresivo, el cual en los niños y adolescentes puede ser irritable o con mal humor, ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.
- 2. Disminución del interés** Caracterizado por la ausencia de la capacidad para sentir placer en actividades preferidas.
- 3. Cambios de peso y apetito** Pérdida o aumento sin régimen alimenticio alguno, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado.
- 4. Cambios en el sueño** Alteraciones en la morfología, hábitos e higiene del sueño, caracterizado por insomnio, ya sea inicial, medio o tardío, opuestamente a esto aunque menos frecuente puede presentarse hipersomnía.
- 5. Cambios psicomotores** Agitación o enlentecimiento psicomotores, caracterizado por movimientos corporales estereotipados o incapacidad para permanecer sentado, haciendo paseos, frotándose las manos, pellizcando o arrugando la piel, la ropa, etcétera o pueden presentarse enlentecimientos psicomotores de lenguaje, como bajo volumen de la voz, menos inflexiones de la voz, nula variedad de contenido o mutismo.

6. **Cambios cognoscitivos** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, con manifestaciones en la capacidad de la memoria o el rendimiento escolar, ya sea inestable o bajo. La distrabilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden estar presentes.
7. **Pérdida de energía** El sujeto puede necesitar de un mayor esfuerzo, incluso para hacer las tareas mínimas, en las que se puede dar cierta ineficiencia.
8. **Sentimientos de inutilidad** Sentimientos de minusvalía u odio hacia sí mismo (baja autoestima) o preocupación por sí mismo respecto a sus iguales, así como culpa excesiva.
9. **Pensamientos mórbidos o suicidas** Caracterizados por ser recurrentes acerca de miedo o preocupación por la muerte o la imaginación del suicidio.

Instrucciones

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones que pueden ser características de *equivalentes depresivos* en la adolescencia, marque con una "X" el factor que describa mejor la categoría a la que pertenece la afirmación dada.

Ejemplo En este ejemplo se ha clasificado la sintomatología del Trastorno de Déficit de Atención (TDA), como se observa la afirmación: *A menudo me muevo de mi lugar*, a pesar de ser parte del TDA corresponde específicamente al factor de Hiperactividad; *Mis papas dicen que a menudo no estoy escuchando* describe el factor de Inatención y *Con frecuencia digo lo que siento sin importar las consecuencias*, se clasifica claramente en Impulsividad.

	Inatención	Impulsividad	Hiperactividad
A menudo me muevo de mi lugar			X
Mis papas dicen que a menudo no estoy escuchando	X		
Con frecuencia digo lo que siento sin importar las consecuencias		X	

Gracias por su cooperación y tiempo de apoyo para esta investigación.

Anexo 2

Análisis discriminativo del jueceo por reactivo

Equivalentes Depresivos	Estado de Ánimo Disforico	Disminución del interes	Cambio de peso y apetito	Cambios de sueño	Cambios Psicomotores	Cambios Cognoscitivos	Sentimientos de inutilidad	Pensamientos morbidos o suicidas	Otro
1	11					3			1
2	10					5			
3	4	10							
4						1		14	
5	11								4
6							8	7	
7		7					7		1
8							10	5	
9						14			1
10	6					6			3
11	1						9		5
12		11					4		
13	5					1			9
14									
15					10				2
16						15			
17		3					12		
18		10					1		
19	1	14							
20	11					1			3
22			15						
23								15	
24							9	6	
25							14		1
26						14			1
27						12			3
28		1							1
29								15	
30		7					2	6	
31				15					
32	10					4			1
33			15						
34			15						
35				15					
36						14			1
37				15					
38					10				5
39	12					3			
40								15	

Anexo 3

Reactivos eliminados por no ser discriminantes y reactivos reestructurados

	Reactivos de la selección de criterios de jueceo experto para Validez de facie	Reactivos de la prueba reestructurada
1	Suelo responder con arranques de ira	Suelo responder a cualquier situación nueva con arranques de ira
2	Últimamente he sentido ganas de llorar sin alguna razón específica	Últimamente he sentido ganas de llorar sin alguna razón específica
3	Durante las últimas 2 semanas, he dejado de hacer cosas que me gustaban, como salir con mis amigos, ir al cine o a fiestas, etc.	Durante las últimas 2 semanas, he dejado de hacer cosas que me gustaban, como salir con mis amigos, ir al cine o a fiestas, etc.
4	La mayoría del tiempo tengo miedo acerca de la muerte	La mayoría del tiempo tengo miedo acerca de la muerte
5	Reactivo redactado de acuerdo al lenguaje de la muestra	(Últimamente) Me siento triste sin motivos
6	Frecuentemente pienso que el mundo estaría mejor si yo no estuviera	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
7	He llegado a sentir que mi vida está vacía o sin sentido	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
8	Constantemente siento que los demás no notarían mi ausencia si yo no estuviera	Constantemente siento que los demás no notarían mi ausencia si yo no estuviera
9	Me cuesta trabajo concentrarme o tomar decisiones yo solo(a)	No me cuesta trabajo concentrarme o tomar decisiones yo solo(a)
10	A veces tengo sentimientos exagerados de frustración por cosas sin importancia	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
11	Pienso que todo lo malo que pasa es por mi culpa	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
12	La mayoría del tiempo siento que la vida es aburrida	La mayoría del tiempo siento que la vida es aburrida
13	Últimamente tengo más problemas con la autoridad (papás/maestros/prefectos)	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
14	Aunque quiera hacer mis deberes siento que no tengo fuerza	Aunque quiera hacer mis deberes siento que no tengo fuerza
15	Casi todos los días siento que hago las cosas de manera lenta	(Casi todos los días) Siento que hago las cosas de manera lenta
16	Últimamente han bajado mis calificaciones	Últimamente han bajado mis calificaciones
17	He llegado a pensar que mi vida es inútil	He llegado a pensar que mi vida es inútil

Anexo 3

Cont. Reactivos eliminados por no ser discriminantes y reactivos reestructurados

18	Siento flojera ante planes, proyectos o actividades que me entusiasmaban	Siento flojera ante planes, proyectos o actividades que me entusiasmaban antes
19	Desde hace dos semanas parece que no puedo disfrutar tanto como los demás	Desde hace dos semanas parece que no puedo disfrutar de lo bueno tanto como los demás
20	Algunas personas dicen que me perciben irritado(a)	Algunas personas dicen que me perciben irritado(a)
21	Me siento sin energía para mis actividades cotidianas	Me siento con energía para mis actividades diarias
22	Noto que últimamente estoy perdiendo peso, sin una dieta	Noto que últimamente estoy perdiendo peso, sin una dieta
23	He llegado a pensar en alguna manera en que pudiera morir	He llegado a pensar en alguna manera en que pudiera morir
24	Siento que me va a pasar algo malo por mi culpa	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
25	En los últimos días siento que valgo poco o menos que los demás	En los últimos días siento que valgo poco o menos que los demás
26	Durante las últimas dos semanas me siento distraído	Durante las últimas dos semanas me siento distraído
27	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
28	Me siento cansado(a) aunque no haga muchas actividades en el día	Me siento cansado(a) aunque no haga muchas actividades en el día
29	Tengo pensamientos recurrentes de muerte	No tengo pensamientos recurrentes de muerte
30	Me cuesta trabajo conciliar el sueño	No me cuesta trabajo conciliar el sueño
31	A veces siento que no vale la pena vivir	REACTIVO QUE FUE ELIMINADO
32	Cuando la gente me dice algo que no me gusta, suelo enojarme mucho	Cuando la gente me dice algo que no me gusta, suelo enojarme mucho
33	Últimamente tengo más hambre de lo normal	Últimamente tengo más hambre de lo normal
34	Aunque no estoy haciendo dieta o ejercicio he perdido peso significativamente	Aunque no estoy haciendo dieta o ejercicio he perdido peso significativamente
35	Durante las 2 últimas semanas duermo mucho más de lo que solía dormir	Durante las 2 últimas semanas duermo mucho más de lo que solía dormir
36	Últimamente no logro recordar cosas importantes	Últimamente no logro recordar cosas importantes
37	A veces me despierto por las noches	(A veces) Me despierto sin motivo por las noches
38	Ante estrés me jalo o tuerzo la ropa, el cabello o la piel	Ante estrés me jalo o tuerzo la ropa, el cabello o la piel
39	Cuando no me siento bien respondo insultando a los demás	Cuando no me siento bien respondo insultando a los demás
40	Desde hace algún tiempo siento preocupación acerca de la muerte	Desde hace algún tiempo siento preocupación acerca de la muerte

Anexo 4

Primera versión del cuestionario exploratorio

Edad 14 15 16 17 18 19 20 Otra
Nacionalidad Mexicana Otra
Sexo M F
Grado academico actual _____

A continuación te presentamos una serie de enunciados o afirmaciones numeradas, acerca de lo que la gente piensa o como se siente. Lee cada una de ellas y decide con que frecuencia ha sucedido en ti, marcando con una "X" la que mejor describa como te has sentido durante las últimas dos semanas. Los resultados son completamente anónimos, y se usaran con fines de investigación, así que trata de responder de la manera más sincera.

Por ejemplo: Si estuviéramos buscando información acerca de hábitos de estudio, quien responda podría marcar de la siguiente manera.

Hábitos de estudio	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Cuando voy a tener un examen estudio con anticipación		X			
Acostumbro hacer mapas mentales para estudiar				X	

En este caso quien respondió dijo que es falso que casi nunca estudiada con anticipación para un examen, sin embargo casi siempre hace uso de los mapas mentales para estudiar.

Por favor contesta todos los enunciados, no marques al mismo; recuerda que debes dar tu opinión acerca de ti mismo; trabaja rápido pero con cuidado.

Afirmaciones a contestar		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Suelo responder a cualquier situación nueva con arranques de ira					
2	Últimamente he sentido ganas de llorar sin alguna razón específica					
3	Durante las últimas 2 semanas, he dejado de hacer cosas que me gustaban, como salir con mis amigos, ir al cine o a fiestas, etc.					
4	La mayoría del tiempo tengo miedo acerca de la muerte					
5	Me siento triste sin motivos					
7	No me cuesta trabajo concentrarme o tomar decisiones yo solo(a)					
8	La mayoría del tiempo siento que la vida es aburrida					
9	Aunque quiera hacer mis deberes siento que no tengo fuerza					
10	Siento que hago las cosas de manera lenta					
11	Últimamente han bajado mis calificaciones					
12	He llegado a pensar que mi vida es inútil					
13	Siento flojera ante planes, proyectos o actividades que me entusiasmaban antes					

Continúa al reverso de la hoja

Anexo 4

DE NEGOCIOS ISEC

Cont. Primera versión del cuestionario exploratorio

Afirmaciones a contestar		Nunca	Casi nunca	Algunas	Casi siempre	Siempre
14	Desde hace dos semanas parece que no puedo disfrutar de lo bueno tanto como los demás					
15	Algunas personas dicen que me perciben irritado(a)					
16	Me siento con energía para mis actividades diarias					
17	Noto que últimamente estoy perdiendo peso, sin una dieta					
18	He llegado a pensar en alguna manera en que pudiera morir					
19	En los últimos días siento que valgo poco o menos que los demás					
20	Durante las últimas dos semanas me siento distraído					
21	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto					
22	Me siento cansado(a) aunque no haga muchas actividades en el día					
23	No Tengo pensamientos recurrentes de muerte					
24	No me cuesta trabajo conciliar el sueño					
25	Cuando la gente me dice algo que no me gusta, suelo enojarme mucho					
26	Últimamente tengo más hambre de lo normal					
27	Aunque no estoy haciendo dieta o ejercicio he perdido peso significativamente					
28	Durante las 2 últimas semanas duermo mucho más de lo que solía dormir					
29	Últimamente no logro recordar cosas importantes					
30	Me despierto sin motivo por las noches					
31	Ante estrés me jalo o tuerzo la ropa, el cabello o la piel					
32	Cuando no me siento bien respondo insultando a los demás					
33	Desde hace algún tiempo siento preocupación acerca de la muerte					



Gracias por tu ayuda.

ANEXO 5

Cartas de Autorización para la aplicación

México, D.F. a 6 de Mayo del 2010.

**Lic.
Dirección General de Preparatoria**

Mi nombre es Tania Espinosa García, soy egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad de Negocios ISEC (Matricula ISEC: 052903-4 Sistema Incorporado UNAM: 303705174) y realizo una investigación con propósitos de titulación, dicha investigación trata la construcción de un instrumento para medir los equivalentes depresivos en los adolescentes.

El objetivo general es realizar un cuestionario valido y confiable, de aplicación rápida que sirva como instrumento de apoyo diagnóstico al docente y a especialistas de la salud.

Es por ello que solicito de su apoyo, para la aplicación del cuestionario a los alumnos de preparatoria, del plantel del colegio, dicha escala será aplicada en dos días en horario escolar, de manera colectiva a los grupos, al iniciar o al terminar las clases, con un tiempo máximo de 10 minutos.

Con el firme compromiso de entregar un concreto reporte de los resultados obtenidos de la investigación, para ser considerados como una aproximación para la institución, de higiene mental de los alumnos inscritos.

De antemano agradezco su apoyo.

Tania Espinosa García
Responsable de Tesis

VOBO. Lic. Alejandro Milton Carballar
Director de la Escuela de Psicología ISEC

Aprobación de aplicación

Lic.
Dirección General de Preparatoria

ANEXO 5

Cartas de Autorización para la aplicación

México, D.F. a 6 de Mayo del 2010.

**Lic.
Dirección General de Bachillerato**

Mi nombre es Tania Espinosa García, soy egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad de Negocios ISEC (Matricula ISEC: 052903-4 Sistema Incorporado UNAM: 303705174) y realizo una investigación con propósitos de titulación, dicha investigación trata la construcción de un instrumento para medir los equivalentes depresivos en los adolescentes.

El objetivo general es realizar un cuestionario valido y confiable, de aplicación rápida que sirva como instrumento de apoyo diagnóstico al docente y a especialistas de la salud.

Es por ello que solicito de su apoyo, para la aplicación del cuestionario a los alumnos de bachillerato, del plantel del colegio, dicha escala será aplicada en dos días en horario escolar, de manera colectiva a los grupos, al iniciar o al terminar las clases, con un tiempo máximo de 10 minutos.

Con el firme compromiso de entregar un concreto reporte de los resultados obtenidos de la investigación, para ser considerados como una aproximación para la institución, de higiene mental de los alumnos inscritos.

De antemano agradezco su apoyo.

Tania Espinosa García
Responsable de Tesis

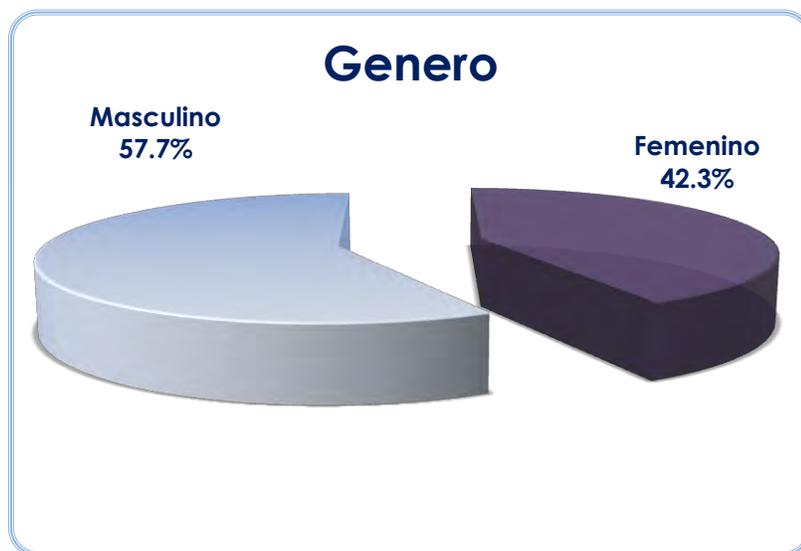
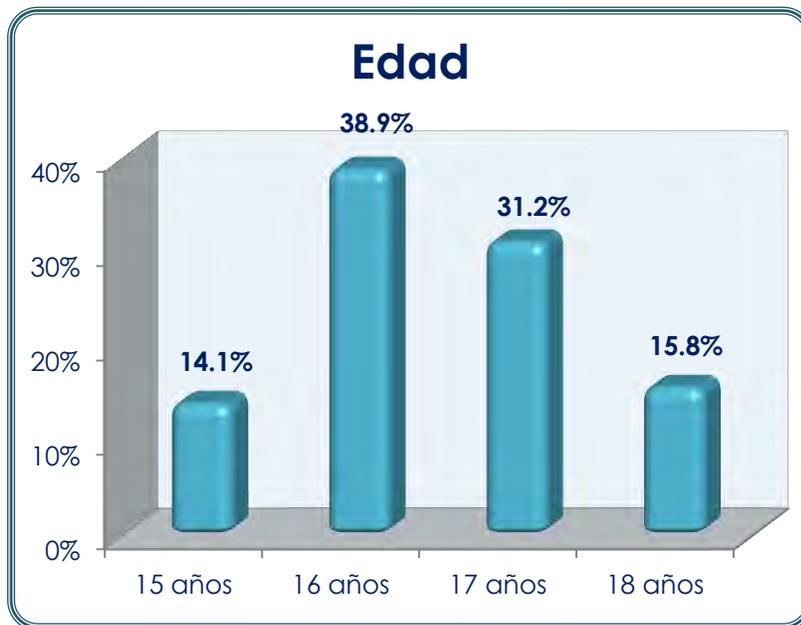
VOBO. Lic. Alejandro Milton Carballar
Director de la Escuela de Psicología ISEC

Aprobación de aplicación

Lic.
Dirección General de Bachillerato

Anexo 6

Graficas Estadística Descriptiva del grupo piloto



Anexo 7

Plantilla de la Primera versión del cuestionario exploratorio

Edad 14 15 16 17 18 19 20 Otra Nacionalidad Mexicana Otra
Sexo M F Grado académico ? ? ?
actual

A continuación te presentamos una serie de enunciados o afirmaciones numeradas acerca de lo que la gente piensa o como se siente. Lee cada una de ellas y decide con que frecuencia ha sucedido en ti, marcando con una "X" la que mejor describa como te has sentido durante las últimas dos semanas. Los resultados son completamente anónimos y se usaran con fines de investigación, así que trata de responder de la manera más sincera.

Por ejemplo, si estuviéramos buscando información acerca de hábitos de estudio, quien respondía podría marcar de la siguiente manera:

Hábitos de estudio	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Cuando voy a tener un examen estudio con anticipación		X			
Acostumbro hacer mapas mentales para estudiar				X	

En este caso quien respondió dijo que es falso que casi nunca estudiara con anticipación para un examen, sin embargo casi siempre hace uso de los mapas mentales para estudiar.

Por favor contesta todos los enunciados, no marques verdadero y falso al mismo; recuerda que debes dar tu opinión acerca de tí mismo; trabaja rápido pero con cuidado.

Afirmaciones a contestar		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Suelo responder a cualquier situación nueva con arranques de ira	1	2	3	4	5
2	Últimamente he sentido ganas de llorar sin alguna razón específica	1	2	3	4	5
3	Durante las últimas 2 semanas, he dejado de hacer cosas que me gustaban, como salir con mis amigos, ir al cine o a fiestas, etc.	1	2	3	4	5
4	La mayoría del tiempo tengo miedo acerca de la muerte	1	2	3	4	5
5	Me siento triste sin motivos	1	2	3	4	5
6	Constantemente siento que los demás no notarían mi ausencia si yo no estuviera	1	2	3	4	5
7	No me cuesta trabajo concentrarme o tomar decisiones yo solo(a)	5	4	3	2	1
8	La mayoría del tiempo siento que la vida es aburrida	1	2	3	4	5
9	Aunque quiera hacer mis deberes siento que no tengo fuerza	1	2	3	4	5
10	Siento que hago las cosas de manera lenta	1	2	3	4	5
11	Últimamente han bajado mis calificaciones	1	2	3	4	5
12	He llegado a pensar que mi vida es inútil	1	2	3	4	5
13	Siento flojera ante planes, proyectos o actividades que me entusiasmaban antes	1	2	3	4	5

Continúa al reverso de la hoja

Anexo 11

Questionario reestructurado

Edad 14 15 16 17 18 19 20 Otra
Nacionalidad Mexicana Otra **Sexo** M F
Grado académico actual _____

A continuación te presentamos una serie de enunciados o afirmaciones numeradas, acerca de lo que la gente piensa o como se siente. Lee cada una de ellas y decide si es verdadera "V" o falsa "F" en referencia a ti, marcando con una "X" la que mejor describa como has sentido durante las últimas dos semanas. Los resultados son completamente anónimos, y se usaran con fines de investigación, así que trata de responder de manera sincera.

Por ejemplo: Si estuviéramos buscando información acerca de hábitos de estudio, quien responda podría marcar de la siguiente manera.

Hábitos de estudio		V	F
Cuando voy a tener un examen estudio con anticipación			X
Acostumbro hacer mapas mentales para estudiar		X	

En este caso quien respondió dijo que es falso que estudia con anticipación para un examen, sin embargo si hace uso de los mapas mentales para estudiar.

Por favor contesta todos los enunciados, no marques verdadero y falso al mismo; recuerda que debes dar tu opinión acerca de ti mismo; trabaja rápido pero con cuidado.

Afirmaciones a contestar		V	F
1	Suelo responder a situaciones nuevas con arranques de ira		
2	Últimamente he sentido ganas de llorar sin alguna razón específica		
3	Durante las últimas 2 semanas, he dejado de hacer cosas que me gustaban, como salir con mis amigos, ir al cine o a fiestas, etc.		
4	La mayoría del tiempo tengo miedo acerca de la muerte		
5	Me siento triste sin motivos		
6	Constantemente siento que los demás no se darían cuenta si yo no estuviera		
7	No me cuesta trabajo concentrarme o tomar decisiones yo solo(a)		
8	La mayoría del tiempo siento que la vida es aburrida		
9	Aunque quiera hacer mis deberes siento que no tengo fuerza		
10	Siento que hago las cosas de manera lenta		
11	Últimamente han bajado mis calificaciones		
12	He llegado a pensar que mi vida es inútil		
13	Siento flojera ante planes o actividades que me entusiasmaban antes		
14	Desde hace dos semanas parece que no puedo disfrutar de lo bueno tanto como los demás		
15	Algunas personas dicen que me perciben irritado(a)		
16	Me siento con energía para mis actividades diarias		
17	Últimamente estoy perdiendo peso, sin una dieta		
18	He pensado en alguna manera en que pudiera morir		
19	En los últimos días siento que valgo poco o menos que los demás		
20	Durante las últimas dos semanas me siento distraído		
21	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto		

Anexo 11

Cont. Cuestionario reestructurado

Afirmaciones a contestar		V	F
22	Me siento cansado(a) aunque no haga muchas actividades en el día		
23	No Tengo pensamientos recurrentes de muerte		
24	No me cuesta trabajo poderme dormir		
25	Cuando la gente me dice algo que no me gusta, me enoja mucho		
26	Últimamente tengo más hambre de lo normal		
27	Durante las 2 últimas semanas duermo mucho más de lo que solía dormir		
28	Últimamente no puedo recordar cosas importantes		
29	Me despierto por las noches sin una razón		
30	Ante estrés jalo o tuerzo mi ropa, el cabello o la piel		
31	Cuando no me siento bien, acostumbro insultar a los demás		
32	Desde hace algún tiempo siento preocupación acerca de la muerte		



Gracias por tu ayuda.

Anexo 12

Plantilla del cuestionario reestructurado

Nacionalidad Mexicana Otra **Sexo** M F

Grado académico actual

Por ejemplo: Si estuviéramos buscando información acerca de hábitos de estudio, quien responda podría marcar de la siguiente manera.

Hábitos de estudio	V	F
Quando voy a tener un examen estudio con anticipación		X
Acostumbro hacer mapas mentales para estudiar	X	

En este caso quien respondió dijo que es falso que estudia con anticipación para un examen, sin embargo si hace uso de los mapas mentales para estudiar.

Afirmaciones a contestar		V	F
1	Suelo responder a cualquier situación nueva con arranques de ira	1	0
2	Últimamente he sentido ganas de llorar sin alguna razón específica	1	0
3	Durante las últimas 2 semanas, he dejado de hacer cosas que me gustaban, como salir con mis amigos, ir al cine o a fiestas, etc.	1	0
4	La mayoría del tiempo tengo miedo acerca de la muerte	1	0
5	Me siento triste sin motivos	1	0
6	Constantemente siento que los demás no notarían mi ausencia si yo no estuviera	1	0
7	No me cuesta trabajo concentrarme o tomar decisiones yo solo(a)	0	1
8	La mayoría del tiempo siento que la vida es aburrida	1	0
9	Aunque quiera hacer mis deberes siento que no tengo fuerza	1	0
10	Siento que hago las cosas de manera lenta	1	0
11	Últimamente han bajado mis calificaciones	1	0
12	He llegado a pensar que mi vida es inútil	1	0
13	Siento flojera ante planes, proyectos o actividades que me entusiasmaban antes	1	0
14	Desde hace dos semanas parece que no puedo disfrutar de lo bueno tanto como los demás	1	0
15	Algunas personas dicen que me perciben irritado(a)	1	0
16	Me siento con energía para mis actividades diarias	0	1
17	Noto que últimamente estoy perdiendo peso, sin una dieta	1	0
18	He llegado a pensar en alguna manera en que pudiera morir	1	0
19	En los últimos días siento que valgo poco o menos que los demás	1	0
20	Durante las últimas dos semanas me siento distraído	1	0
21	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	0
22	Me siento cansado(a) aunque no haga muchas actividades en el día	1	0

Anexo 12

Cont. Plantilla del cuestionario reestructurado

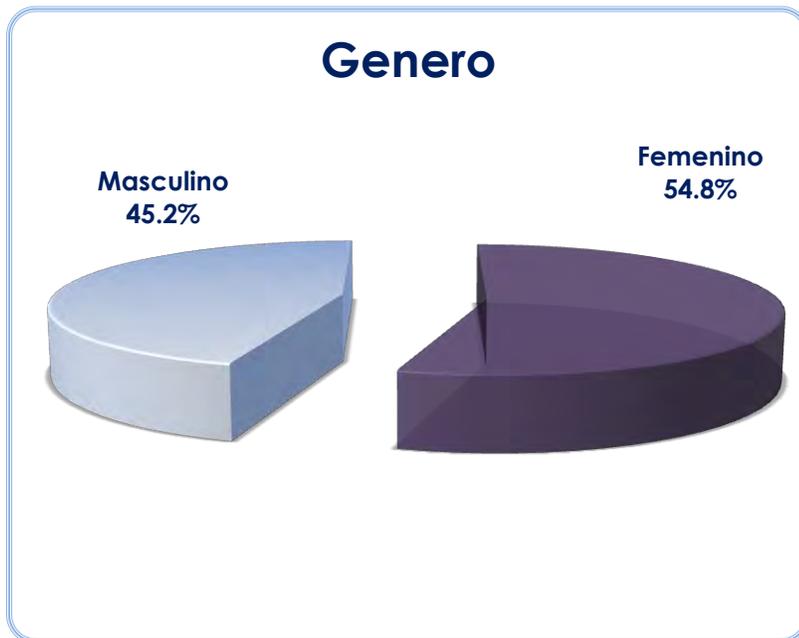
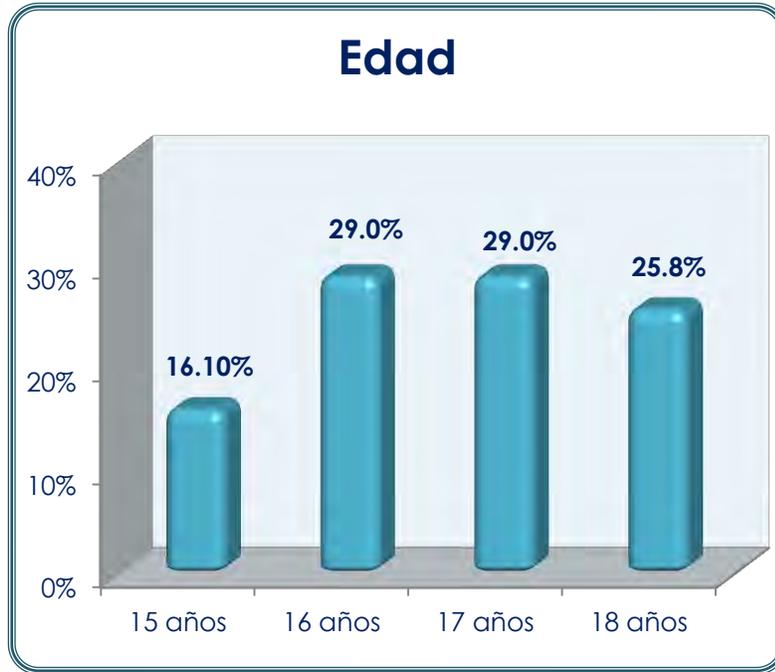
Afirmaciones a contestar		V	F
23	No Tengo pensamientos recurrentes de muerte	0	1
24	No me cuesta trabajo conciliar el sueño	0	1
25	Cuando la gente me dice algo que no me gusta, suelo enojarme mucho	1	0
26	Últimamente tengo más hambre de lo normal	1	0
27	Durante las 2 últimas semanas duermo mucho más de lo que solía dormir	1	0
28	Últimamente no logro recordar cosas importantes	1	0
29	Me despierto sin motivo por las noches	1	0
30	Ante estrés me jalo o tuerzo la ropa, el cabello o la piel	1	0
31	Cuando no me siento bien respondo insultando a los demás	1	0
32	Desde hace algún tiempo siento preocupación acerca de la muerte	1	0



Gracias por tu ayuda.

Anexo 13

Graficas Estadística Descriptiva del grupo muestra



Anexo 14

Versión del MMPI – A para validez

Afirmaciones a contestar		V	F
2	Tengo buen apetito		
4	Raras veces me preocupa por mi salud		
5	El ruido me despierta fácilmente		
9	Mi vida diaria esta llena de cosas que mantienen mi interes		
10	Actualmente estoy tan capacitado(a) para trabajar como siempre lo he estado		
17	Sufro ataques de náusea y vómito		
26	En ocasiones siento deseos de maldecir		
28	Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo		
34	A veces siento ganas de destrozar las cosas		
35	He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada, porque no tenía la energía suficiente para empezar		
36	Mi sueño es irregular e intranquilo		
40	Soy más sensato ahora que nunca		
42	Estoy tan sano(a) como la mayoría de mis amigos		
43	Prefiero hacerme el(la) desentendido(a) cuando veo a amigos de la escuela o a personas conocidas, a no ser que ellas me hablen primero		
46	Soy una persona muy sociable		
53	Quisiera poder ser tan feliz como parecen serlo otras personas		
70	Definitivamente no tengo confianza en mi mismo		
71	Generalmente siento que la vida vale la pena		
88	No parece importarme lo que me pase		
91	Casi siempre estoy feliz		
105	Me parece que soy tan listo(a) y capaz como la mayoría de los que me rodean		
112	No me preocupa contraer enfermedades		
121	La crítica o el regaño me hieren profundamente		
124	Definitivamente, a veces me siento un inútil		
128	A veces siento el deseo de empezar una pelea a golpes con alguna persona		
134	Casi todas las noches me quedo dormido(a) sin tener pensamientos que me preocupen		
135	Durante los últimos años he gozado de buena salud la mayor parte del tiempo		
139	Lloro fácilmente		
140	No subo ni bajo de peso		
141	No entiendo lo que leo tan bien como antes		
142	Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora		
158	Mi memoria parece estar en buenas condiciones		
163	Tengo miedo de perder el juicio		
167	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo		
179	Disfruto de distintas clases de juegos y diversiones		
180	Me gusta coquetear		
203	Me preocupa mucha		
209	No creo ser más nervioso(a) que la mayoría de las personas		
218	Se me dificulta comenzar a hacer las cosas		
289	A veces me siento lleno(a) de energía		

Gracias por tu ayuda,

Anexo 15

Plantilla del MMPI – A

Afirmaciones a contestar		V	F
2	Tengo buen apetito		1
4	Raras veces me preocupo por mi salud		1
5	El ruido me despierta fácilmente	1	
9	Mi vida diaria esta llena de cosas que mantienen mi interes		1
10	Actualmente estoy tan capacitado(a) para trabajar como siempre lo he estado		1
17	Sufro ataques de náusea y vómito	1	
26	En ocasiones siento deseos de maldecir		1
28	Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo	1	
34	A veces siento ganas de destrozar las cosas		1
35	He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada, porque no tenía la energía suficiente para empezar	1	
36	Mi sueño es irregular e intranquilo	1	
40	Soy más sensato ahora que nunca		1
42	Estoy tan sano(a) como la mayoría de mis amigos		1
43	Prefiero hacerme el (la) desentendido(a) cuando veo a amigos de la escuela o a personas conocidas, a no ser que ellas me hablen primero	1	
46	Soy una persona muy sociable		1
53	Quisiera poder ser tan feliz como parecen serlo otras personas	1	
70	Definitivamente no tengo confianza en mí mismo	1	
71	Generalmente siento que la vida vale la pena		1
88	No parece importarme lo que me pase	1	
91	Casi siempre estoy feliz		1
105	Me parece que soy tan listo(a) y capaz como la mayoría de los que me rodean		1
112	No me preocupa contraer enfermedades		1
121	La crítica o el regaño me hieren profundamente	1	
124	Definitivamente, a veces me siento un inútil	1	
128	A veces siento el deseo de empezar una pelea a golpes con alguna persona		1
134	Casi todas las noches me quedo dormido(a) sin tener pensamientos o ideas que me preocupen		1
135	Durante los últimos años he gozado de buena salud la mayor parte del tiempo		1
139	Lloro fácilmente	1	
140	No subo ni bajo de peso		1
141	No entiendo lo que leo tan bien como antes	1	
142	Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora		1
158	Mi memoria parece estar en buenas condiciones		1
163	Tengo miedo de perder el juicio	1	
167	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo	1	
179	Disfruto de distintas clases de juegos y diversiones		1
180	Me gusta coquetear		1
203	Me preocupa mucho	1	
209	No creo ser más nervioso(a) que la mayoría de las personas		1
218	Se me dificulta comenzar a hacer las cosas	1	
289	A veces me siento lleno(a) de energía		1

Gracias por tu ayuda.

Anexo 16

Reactivos eliminados del MMPI-A

Num de reactivo	Afirmaciones eliminadas	Criterios de eliminación
14	Trabajo bajo una gran presión	Ideas inapropiadas
18	Muy raras veces padezco de estreñimiento	Síntoma Fisiológico
52	Algunas veces me empeño tanto en algo que las personas pierden la paciencia conmigo	Ideas inapropiadas
65	A veces molesto a los animales	Conductas inapropiadas
72	Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad	Ideas inapropiadas
113	Nunca he vomitado ni escupido sangre	Síntoma Fisiológico
138	Nunca he tenido un ataque o convulsiones	Síntoma Fisiológico
171	Algunas veces cuando me apeno empiezo a sudar, cosa que me molesta muchísimo	Síntoma Fisiológico
174	No me dan acceso de alergia o de asma	Síntoma Fisiológico
200	Algunas veces he impedido que la gente consiguiera algo que querían, no porque eso fuera importante, sino por cuestión de principios	Conductas inapropiadas
208	Sueño frecuentemente cosas que es mejor mantener en secreto	Ideas inapropiadas
212	Algunas veces sin razón, aun cuando las cosas van mal, me siento muy alegre, como si estuviera en "la cima del mundo"	Ideas inapropiadas
222	Sudo con facilidad, aun en días frescos	Síntoma Fisiológico
229	Cuando salgo de casa no me preocupo por cerrar bien las ventanas y la puerta con llave	Ideas inapropiadas
232	No culpo a la persona que se aprovecha de otra, si esta última se expone a que ocurra tal cosa	Ideas inapropiadas
243	A veces me río de los chistes obscenos	Ideas inapropiadas

Anexo 17

Correlación de confiabilidad

		A	B
a	Correlación de Pearson	1	.935**
	Sig. (bilateral)		0
	N	148	148
b	Correlación de Pearson	.935**	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	148	148

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

Anexo 19

Correlación de validez

		MMPI	Prueba
MMPI	Correlación de Pearson	1	.909**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
Prueba	Correlación de Pearson	.909**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

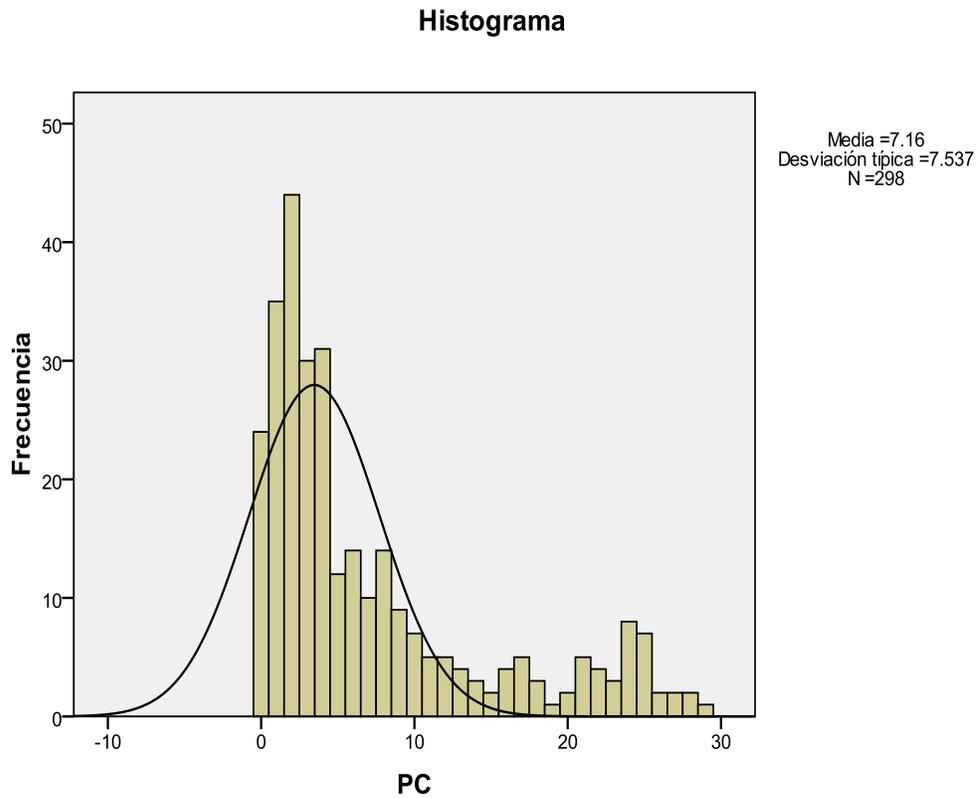
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 21

Correlación de normas

Puntuación Cruda		
N	Válidos	298
	Perdidos	0
Media		7.16
Error típico de la media		0.437
Desviación típica		7.537
Varianza		56.805
Percentiles	10	1
	20	1.8
	30	2
	40	3
	50	4
	60	6
	70	8
	80	12
	90	21.1

Anexo 22



22.234

**23 Criterio
Diagnostico**

Nota:

En el presente grafico, se muestra el criterio diagnóstico, donde a partir de 2 desviaciones estándares, lo caula implica 23 puntos obtenidos en la escala se establece la presencia de sintomatología depresiva especifica en adolescentes.