



EDUCAR, RESTAURAR,
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA
DE HUEJUTLA
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

“FACTORES DE RIESGO QUE GENERAN RASGOS DEPRESIVOS
EN LOS ADOLESCENTES”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARALY PÉREZ JUÁREZ

GENERACIÓN 2012 – 2016

OCTUBRE DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dictamen

Nombre de la tesista: Maraly Pérez Juárez

Título de la investigación: Factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los adolescentes

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; 23 de octubre de 2018

El que firma Lic. En Psic. Juan Hernández Dolores, acreditado por el Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, como asesor de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

ATENTAMENTE**Lic. en Psic. Juan Hernández Dolores**

Dedicatorias

A Dios, por la inmensa oportunidad de vivir y porque a lo largo de mi vida me brinda su amor infinito y me llena de bendiciones de tantas maneras.

A mi padre, Bladimir, por todo aquello que no sabe que me ha enseñado en la vida, por todo el amor y el gran apoyo que me brinda de principio a fin para cumplir mis metas personales y profesionales.

A mi madre, Martha, por ser uno de mis motores principales en la vida, por enseñarme a ser valiente, por su amor y su apoyo que me acompaña en toda mi vida.

A Carlos, por impulsarme, por todo el apoyo, la paciencia y por creer en mí, por enseñarme a hacer todo con amor.

A mi asesor, Juan, por la paciencia y la enseñanza, por el apoyo no sólo en este proceso, sino a lo largo de mi carrera.

A mis profesores, por todos los conocimientos compartidos, por ser parte importante de mi formación profesional, por transmitirme la inmensa pasión hacia la psicología.

Maraly.

Índice

Portada

Dedicatorias

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

Capítulo I: Presentación del Problema

1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Justificación.....	7
1.3 Descripción del problema.....	9
1.4 Objetivos.....	10
1.5 Planteamiento del problema.....	10
1.6 Interrogante de la investigación.....	12

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Depresión.....	14
2.1.1 Depresión en los adolescentes.....	16
2.1.2 Criterios de los trastornos depresivos.....	19
2.2 Perspectivas sobre la depresión.....	24
2.3 Factores críticos de la adolescencia.....	34
2.3.1 Adolescencia.....	35

2.3.2 Desarrollo físico y cognitivo en los adolescentes.....	37
2.3.3 Proceso psicológico y mental en la adolescencia	41
2.3.4 Área familiar.....	48
2.3.5 Área social	54
2.3.6 Factores involucrados en la salud del adolescente	64

Capítulo III: Diseño de la investigación

3.1 Metodología de la investigación.....	69
3.2 Población y muestra	72
3.3 Técnicas e instrumento utilizados	72
3.4 Cronograma	76

Capítulo IV: Análisis de los resultados y conclusión

4.1 Encuesta general.....	78
4.2 Cartografía social.....	80
4.3 Pruebas psicológicas.....	83
4.4 Entrevista a orientadores	85
4.5 Análisis de la información.....	87
4.6 Triangulación.....	88
4.7 Conclusión.....	90

Capítulo V: Propuesta de intervención

5.1 Propuesta de intervención.....	97
------------------------------------	----

5.1.1 Objetivo	97
5.1.2 Justificación.....	97
5.1.3 Guía de estrategias de inteligencia emocional y competencias emocionales	98
5.2 Anexos.....	105
5.3 Referencias bibliográficas	108

Resumen

La presente tesis realiza un análisis de los principales factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los alumnos del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan. De igual manera, plantea una propuesta de intervención mediante una guía de inteligencia emocional dirigida a docentes y orientadores educativos, con el propósito de cumplir los objetivos planteados en la investigación y así colaborar con la prevención de rasgos depresivos en los estudiantes.

Palabras clave: factores de riesgo, rasgos depresivos, inteligencia emocional, prevención.

Abstract

This thesis carries out an analysis of the main risk factors that generate depressive features in the students of the Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan. Likewise, it proposes an intervention proposal through an emotional intelligence guide aimed at teachers and educational counselors, in order to meet the objectives set out in the research and thus collaborate with the prevention of depressive features in students.

Key words: risk factors, depressive traits, emotional intelligence, prevention.

Introducción

Todos los seres humanos en algún momento de nuestra existencia hemos estado expuestos a múltiples situaciones de vida que han desequilibrado nuestra estabilidad emocional y de cierto modo, repercutido en las distintas áreas de nuestra vida. En ocasiones, cuando dichas situaciones no son resueltas, estas se pueden convertir en factores de riesgo.

En el caso de esta investigación se estudian los principales factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los adolescentes.

La adolescencia es una etapa *mágica*, es un universo numeroso de cambios constantes que influyen en todo momento en la manera de pensar, sentir y actuar de los adolescentes; es un punto clave en la vida de todo ser humano, ya que se experimentan procesos en los cuales se aprenden y desarrollan diferentes cualidades, actitudes, conocimientos, lazos afectivos, etc.

Es por eso, que se considera importante, ser consciente de los factores de riesgo a los cuales están expuesto los adolescentes, con el fin de identificar y prevenir rasgos depresivos, que tengan consecuencias graves durante la vida del adolescente o incluso por el resto de su vida.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (ONU), menciona que la depresión es el trastorno mental más frecuente y para el año 2020 sea la segunda causa de incapacidad a nivel mundial, sólo detrás de enfermedades como infartos, insuficiencia crónica, etc.

Estos datos estadísticos resultan alarmantes, es por eso que surge la necesidad de realizar una investigación centrada en conocer los principales factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los adolescentes del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel

Tehuétlan. Dicha investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo y se dividió en cinco capítulos, los cuales se describen a continuación:

Capítulo 1: El primer capítulo consiste en presentar el panorama general de la investigación, exponiendo puntos enfocados en los antecedentes, la justificación, así mismo se describe el planteamiento del problema, los objetivos y finalmente la pregunta de investigación.

Capítulo 2: En este capítulo se sustentan y describen teóricamente los principios y conceptos de la investigación a través de diferentes fuentes consultadas a lo largo de la investigación con lo cual se busca dar respuesta a la pregunta de investigación.

Capítulo 3: En este capítulo se describen las características generales del método de investigación empleado, los instrumentos aplicados y la población y muestra que conforman la investigación.

Capítulo 4: En el cuarto capítulo se realiza la presentación de los resultados de la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación.

Capítulo 5: Finalmente, en este capítulo se plantea una propuesta de intervención que de una posible solución al problema planteado en la investigación.

Capítulo I: Presentación del problema

1.1 Antecedentes

La depresión es una enfermedad tan grande como cualquier otra y afecta no sólo al estado de ánimo, sino a todo el organismo. La depresión tiene una raíz biológica y su prevalencia se ve altamente influida por las condiciones o circunstancias familiares, sociales, escolares, económicas, culturales, cuando se consume alguna sustancia psicoactiva o algún medicamento.

De acuerdo a lo descrito por la *American Psychological Association*:

La depresión se produce cuando sentimientos de profunda tristeza o desesperación duran como mínimo dos semanas o más y cuando interfieren con las actividades de la vida cotidiana como trabajar o incluso comer y dormir. Las personas deprimidas tienden a sentirse indefensas y sin esperanzas y a culparse por tener estos sentimientos. Algunas pueden tener pensamientos de muerte o suicidio (La traducción me pertenece, *Psychotherapy and depression*, ¶3)

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que las personas con depresión experimentan cambios emocionales y físicos, teniendo una posible tendencia a victimizarse de la situación la cual están viviendo, lo cual podría ser un canal que los conlleve a pensamientos o acciones suicidad o de autodestrucción.

El origen del término depresión se deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *depemere* (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII, cuando el médico inglés “Richard Blackmore, menciona en 1725 la posibilidad de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía, o elevado a un estado lunático o de distracción” (S. W. Jackson, 1986, p. 17).

Es así como se puede ver que el tema de la depresión ha estado presente a lo largo de los años, desde su inicio hasta la actualidad ha sido una cuestión abordada no sólo en el área psicológica o psiquiátrica, si no en diversas ciencias como la antropología, la sociología, la medicina, entre otras, en distintas teorías y en múltiples estudios experimentales.

Estas teorías y estudios han servido como antecedentes y han permitido ampliar, actualizar o modificar los conocimientos en cuanto al estudio de la depresión, cada cual, con sus respectivos planteamientos, hipótesis y objetivos. Por ejemplo:

Aaron Beck, un pionero en el estudio de la depresión, observó hace muchos años que es frecuente que los pacientes deprimidos exhiban características de personalidad que podrían categorizarse en uno de dos tipos: *sociotrópicos* (con una excesiva dependencia social) y *autónomos* (extremadamente orientados a los logros). De inicio, Beck propuso que los rasgos sociotrópicos o autónomos extremos predisponen al individuo a la depresión. Sin embargo, la investigación subsecuente no prestó apoyo a estas preposiciones. Los investigadores encontraron que había individuos que presentaban extrema sociotropía o extrema autonomía, pero que en la actualidad no estaban deprimidos. Estos resultados desafiaron la teoría inicial de Beck y condujeron a una reformulación de cómo podrían relacionarse la personalidad y la depresión. La teoría revisada, denominada hipótesis de congruencia, propone que la interacción del estilo de personalidad (sociotrópica o autónoma) y la experiencia de eventos vitales negativos relacionados en forma temática, es lo que conduce a la depresión (Beck, citado en J. Pharres, 1996, p. 82).

El estudio anterior refiere que las situaciones y eventos de la vida cotidiana de los individuos deben estar altamente relacionados con su estilo de personalidad para que la depresión se desarrolle.

Aún con la cantidad de años en los que se ha llevado a cabo el estudio de la depresión, es importante mencionar que, actualmente, la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud “se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo”. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años” (¶1).

En México, “de acuerdo con el INEGI, las estadísticas de mortalidad muestran que entre los años 2011 y 2015 fallecieron 23,335 personas por trastornos mentales; es decir, un promedio de 4,667 casos anuales, aunque en los años del 2014 y 2015, las cifras crecieron a 5,378 y 5,327 casos, respectivamente” (¶16). Con estos datos se puede inferir que la depresión en México es un problema de salud pública y que la mayor parte de la población mexicana no recibe un tratamiento en cuanto a depresión. “asimismo, el INEGI documentó que 34.85 millones de

personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. Además, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace” (¶15).

Por otro lado, el *Programa de Salud Mental* del Gobierno de la República, indica:

Un estudio realizado con población mexicana encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Considerando la discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas. (Sección de Situación Actual y Problemática, ¶12)

En este sentido, resultan altamente significativos los cambios que se generan en los sujetos, ya que a medida que la funcionalidad del individuo se ve alterada, la dinámica en su sistema familiar, social, laboral o educativo también se ve afectada.

Anteriormente se han mencionado estadísticas mundiales y nacionales en cuanto al tema de depresión, estas resultan alarmantes, por lo tanto, se considera relevante referir las estadísticas sobre depresión en el estado de Hidalgo.

De acuerdo a lo descrito por el periódico *Criterio Hidalgo* en una nota publicada el 27 de agosto de 2016:

Los casos nuevos de depresión en Hidalgo incrementaron en 909 unidades durante el primer semestre de 2016, al pasar de 105 en enero, a mil 14 en julio, de acuerdo con cifras de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (SSA) federal.

El documento describe que, de los casos reportados durante el primer semestre de 2016, 722 fueron notificados ante la Secretaría de Salud (SSA); 170, ante el IMSS Ordinario; 49, ante el ISSSTE; 45, ante el IMSS Prospera.

Otros 28 casos se registraron ante los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (Pemex).

Durante el periodo en cuestión, en el país se ha notificado un total de 59 mil 830 casos nuevos de dicho padecimiento.

De acuerdo con la Secretaría de Salud federal, la depresión está considerada una enfermedad mental; sin embargo, este tipo de padecimientos pocas veces recibe tratamiento, por lo que muchas veces provocan mayor discapacidad que las enfermedades consideradas crónicas.

La dependencia destacó que, de cada 10 enfermedades, tres son mentales, y de ellas, la depresión ocupa el primer lugar.

Con lo antepuesto se puede conocer el aumento de casos de depresión en el estado de

Hidalgo y el escaso tratamiento que se efectúa para esta enfermedad. Lo cual representa una señal de alerta para los profesionistas u organizaciones a pro de la salud mental, las instituciones educativas y para el sector salud en el estado de Hidalgo.

Actualmente, una de las poblaciones más vulnerables en cuanto a depresión son los jóvenes entre 15 y 29 años de edad, la *Revista Psicología*, (2010) de la Asociación Mexicana de Alternativas Psicológicas, refiere que en las recientes generaciones se ha presentado un aumento significativo en la frecuencia de la depresión en los adolescentes (p. 24). De igual manera, menciona:

Se ha calculado a partir de muestras comunitarias, que aproximadamente 10% de mujeres y 2% de hombres presentan depresión. La depresión en los adolescentes produce una disfuncionalidad significativa que con frecuencia persiste hasta la edad adulta. La creciente prevalencia de la depresión en adolescentes puede explicar en parte la escala de suicidios de este grupo etario en los últimos tres decenios, en los que se ha identificado la depresión como un factor de riesgo. Además, la mayoría de los adolescentes deprimidos no admiten su padecimiento. Es más común que consulten en primer lugar a los médicos generales que a los psiquiatras.

Esto desde luego, hace suponer que en la etapa de la adolescencia es más frecuente a la depresión debido a los cambios psicológicos, físicos, a los factores familiares, escolares, tecnológicos, culturales, sociales, económicos, al consumo de sustancias, por mencionar algunos.

En 2016 se realizó en el Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, la primera etapa del programa llamado *ATREVE-T*, ejecutado por parte de *Fundación Calavera "Plumas y huesos"*, esta primera etapa constó de una investigación sistemática en cada uno de los 132 planteles a través de una cartografía social, un cuestionario socioeconómico y un *test* vocacional, con los resultados de dichas pruebas; la cual abarcó el universo estudiantil de los 33,381 jóvenes que conforman la entidad COBAEH, se realizó un diagnóstico que permitió identificar talentos,

aptitudes, conductas y situaciones que experimentan los alumnos de cada uno de los planteles del subsistema a nivel estado.

A nivel estado dentro del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, examinando 76 variables de arqueos, mediante el análisis de resultados del programa ATREVE-T (2016), realizado por un grupo de sociólogos y psicólogos de Fundación Calavera “Plumas y Huesos”, quienes avalan los resultados, se obtuvieron las cuatro causas principales en el comportamiento emocional de los estudiantes son: falta de objetivos a largo plazo, dificultades para la resolución de crisis, falta de identidad o sentido de pertenencia y depresión.

La cartografía social se enfocó en la detección de puntos específicos dentro y cerca del plantel, donde se elaboraron mapas de intervención y determinaron los focos con problemáticas sociales que perjudiquen el pleno desarrollo del adolescente (comida chatarra, incomprensión, venta de drogas, robo, bullying y acoso). Se solicitó a los estudiantes que dibujaran símbolos específicos dados por la fundación, de lo que ellos observan presente dentro y fuera del mapa, los resultados reflejaron los lugares donde los estudiantes identifican diversos factores que pueden influir en su estado de ánimo y generar depresión.



Mapa 1. Sitios y factores, COBAEH, (2016) Tomado de Fundación Calavera.

Los datos anteriores reflejan y sustentan como la depresión ha estado presente desde años pasados y hasta la actualidad, generando en casos menores alteraciones del estado de

ánimo, en la dinámica familiar, social, educativa, desinterés por diversas actividades, por mencionar algunas consecuencias y en casos mayores hasta el suicidio.

Según Kessler, Walters y Fotofet, citado en A. Bernstein (2011):

Los problemas de salud mental tienen efectos profundos sobre el campo de comportamiento de las personas en su vida diaria. El deterioro atribuible a los problemas de salud mental incluye el pobre aprovechamiento escolar y laboral, los desórdenes y rompimiento de las relaciones interpersonales, así como la disminución de la calidad de vida.

En consecuencia, es de gran importancia recalcar que la población con mayor vulnerabilidad ante este trastorno son los jóvenes, debido a todos los procesos que experimentan en la etapa de la adolescencia y a las situaciones generadas por múltiples factores externos a los jóvenes.

Con base a lo descrito inicialmente, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo que generan rasgos depresivos en adolescentes entre 15 y 18 años de edad del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo plantel Tehuetlan?

1.2 Justificación

La investigación es una herramienta original y relevante, que permite crear y obtener una aportación auténtica de los conocimientos, habilidades, capacidades y competencias de una forma teórica- práctica. La investigación permite hacer una contribución al área o campo de conocimiento que estamos investigando, para generar una aportación original que contribuya a la misma o conciba soluciones sobre un suceso específico, como es el caso de la presente investigación.

Los beneficios y aportes de esta investigación serán el estudio de los factores de riesgos que generan rasgos depresivos en adolescentes, así como la obtención de datos reales del grupo

estudiado, con quien no sólo se pretende detectar factores críticos y rasgos depresivos, si no prevenir la depresión y brindar mediante una guía de inteligencia emocional, herramientas que le permita a los adolescentes del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan que integren el grupo de estudio, desarrollar habilidades psicológicas para mejorar su calidad de vida.

La principal aportación que esta investigación le dará a la ciencia de la psicología es el identificar los principales factores que influyen en la depresión adolescente, así como nuevas técnicas o estrategias que se pueden implementar para prevenir o intervenir estos casos.

Esta investigación es sumamente importante debido a que la depresión es el trastorno más común a nivel mundial y sus consecuencias influyen severamente en la calidad de vida de los adolescentes, incluso puede llegar a la muerte.

Con la realización de esta investigación serán beneficiados de manera directa los alumnos del *COBAEH* Tehuetlan y de manera secundaria la familia del adolescente, la institución educativa, entre otros sistemas. El efecto o resultado de esta investigación se dará a través de una comparativa de cuestionarios o testimonios de los adolescentes y la institución.

Finalmente, es importante mencionar que esta investigación es factible ya que las estadísticas e indicadores de depresión en la población cada día va en aumento y los adolescentes son la población más vulnerable ante esta situación, ya que están expuestos a posibles situaciones familiares disfuncionales que suelen jugar un papel muy importante, debido a que la familia es un núcleo prioritario para cualquier adolescente y ser humano, así mismo a los cambios que el ambiente social exige y del mismo modo a los riesgos sociales como lo son la delincuencia, la drogadicción, la violencia en general, etc., de modo que su salud mental y su funcionalidad en las distintas áreas de su vida (familiar, escolar, social) se ven afectadas.

1.3 Descripción del problema

La depresión es el resultado de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Por lo general se inicia cuando la persona está atravesando por alguna situación difícil o estresante, por ejemplo; desempleo, muerte de un ser querido, experiencias traumáticas, ser madre a temprana edad, entre otros (¶2).

La depresión en los adolescentes suele expresarse o experimentarse a través de: Comportamientos de irritabilidad, hostiles y en algunos casos, agresivos, cambios en el apetito, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban necesidad de dormir más o menos de lo habitual, ansiedad; disminución de la concentración; indecisión, baja autoestima, desesperanza ante el futuro y pensamientos relacionados con la muerte, consumo de alcohol y/o de drogas ilegales (¶3).

En el COBAEH, plantel Tehuetlan, cierta parte de la población estudiantil se caracteriza por tener familias monoparentales debido a la migración de los padres a otros Estados de la República por el bajo ingreso económico en el que se encuentran, los jóvenes por lo regular viven ya sea con mamá, tíos o abuelos y presentan problemas familiares, haciendo que los jóvenes se sientan incomprendidos, ignorados y en algunos casos desafíen a sus figuras de autoridad.

Así mismo, dentro de estos factores también están presentes el consumo de sustancias como alcohol y tabaco, el consumo de comida chatarra, dificultades para dormir, bullying y dificultades en las relaciones de pareja.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Identificar los factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los adolescentes entre 15 y 18 años de edad del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo Plantel Tehuetlan.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Analizar los factores críticos que generan depresión en los adolescentes.
- Realizar una investigación documental donde se apliquen estrategias que permitan obtener información para la investigación.
- Ejecutar un análisis de la información obtenida con la aplicación de instrumentos para obtener la frecuencia de resultados.
- Implementar como propuesta de intervención una guía de inteligencia emocional que ayude a prevenir rasgos depresivos.

1.5 Planteamiento del problema

La depresión es un fenómeno frecuente que afecta distintas áreas de la vida de quien la padece, sus síntomas alteran de manera significativa la vida productiva de los individuos, obstruyendo el pleno desarrollo de las potencialidades de las personas.

La etapa de la vida correspondiente a los estudios media superior se caracteriza por una gran cantidad de estresores psicológicos o sociales, como el apoyo económico, el reto que implica obtener calificaciones satisfactorias, la incertidumbre de qué carrera profesional estudiar, o la incertidumbre de continuar con los estudios, las relaciones de amistad o de pareja, el querer pertenecer a un grupo y en ocasiones vivir sin la ausencia de una madre o padre. Todos estos factores influyen en el aumento de desarrollar un cuadro depresivo.

El estudio realizado por Fundación Calavera mediante el programa ATREVE-T en el año 2016, el cual surge por la necesidad de la Directora General de Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, la Maestra Gloria Edith Palacios Almón, quien deseaba tener un conocimiento actual de la situación socioemocional de los estudiantes de Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo a nivel estado, y a nivel particular, es decir, la situación de cada uno de los planteles que conforman este subsistema de educación media superior, en Hidalgo, dicho programa arrojó que en el COBAEH plantel Tehuetlan, del 100% de alumnos (295) que participaron en la investigación el 92% (271) refirió que consume comida chatarra, el 64% (187) de los alumnos se sienten incomprendidos, 52% (152) identificaron cerca de ellos la venta de drogas, 59% (173) han sido víctima de robo, 53% (156) de los jóvenes refirieron ser víctimas de bullying, 41% (120) han sufrido algún tipo de acoso, 8% (23) refirió consumir alcohol, 11% (31) refirió tener una vida sexual activa, 86% (253) de los jóvenes refirieron practicar algún deporte, 2% (5) contestó tener juegos electrónicos, 27% (80) refirieron consumir tabaco, 27% (80) dijo tener problemas familiares, 30% (87) problemas en su relación de pareja, 59% (173) de los jóvenes refirieron sentirse deprimidos, 33% (96) de los estudiantes padecen alguna enfermedad y el 50% (147) dijo tener dificultades para dormir.

La realidad es que estos factores son el resultado de situaciones familiares, sociales, emocionales y académicas, de acuerdo a lo anterior, se pueden identificar múltiples factores que están presentes en la vida de los adolescentes, dichos elementos pueden ser desencadenantes que influyan en el inicio o desarrollo de la depresión en los estudiantes del COBAEH, plantel Tehuetlan.

1.6 Interrogante de la investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo que generan rasgos depresivos en adolescentes de entre 15 y 18 años de edad del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, plantel Tehuetlan?

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Depresión

La Organización Mundial de la Salud la define como “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (¶1). Lo anterior menciona algunas de las áreas emocionales y físicas que se ven afectadas en las personas con depresión.

Es importante destacar que lo que diferencia la tristeza de la depresión son la durabilidad de los síntomas mencionados anteriormente (p. ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés, acompañados por al menos cuatro síntomas más de la depresión, que se mencionarán más adelante).

La Organización Mundial de la Salud, refirió:

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (¶3).

La depresión es el problema más común de quienes acuden en busca de ayuda psicológica o psiquiátrica, puede abarcar desde un sentimiento ligero de tristeza hasta un profundo sentimiento de indiferencia, ansiedad, estrés y desesperación, así como afectar e intervenir de manera significativa en el desarrollo del individuo dentro de las distintas áreas de su vida.

La *Revista de estudios de juventud*, menciona la definición de Hollon y Beck (1979), quienes definen la depresión como: “El síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva” (p. 85).

He aquí una muestra de los puntos de vista de Leyla Guadarrama, Alfonso Escobar y Limei Zhang en su artículo “Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión” (2006) quienes abordan las causas de la depresión desde la siguiente interrogante: “¿Es básicamente la depresión un trastorno biológico o una respuesta al estrés psicosocial con incapacidad del individuo para afrontarla?” (p.1). A lo que responden:

La opinión generalizada es que ambos conceptos son aceptables, de ser así se deben considerar dos formas básicas de depresión, exógena y endógena. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (perdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena en cambio no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica. (p. 1).

La respuesta a la interrogante planteada propone que la depresión puede ser generada por dos factores los cuales pueden ser en primer lugar originados por un acontecimiento externo que genera vulnerabilidad en los individuos, al segundo factor se le puede considerar interno y se debería a alguna causa biológica, es decir, a una alteración a nivel biológico/cognitivo en la persona.

Por otro lado, mencionan que en la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como común denominador el construir estresores con valor afectivo sólo para el individuo que la afectado (Guadarrama [et al.] 2006). De este modo, convendría explorar los principales factores que pueden generar depresión en los individuos.

Así mismo, Guadarrama [et al.] (2006) refiere que:

El estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y éste no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Por lo tanto, se puede inferir, que la depresión exógena depende de ambos factores, la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y, por ende, en la función cerebral (p. 1).

Del mismo modo, menciona:

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen: factores genéticos, factores químicos: alteración de neurotransmisores, factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia: dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima (p.2).

Lo descrito anteriormente nos presenta al estrés como un factor significativo que puede influir altamente en generar depresión, considerando que cuando el estrés se presenta, la presencia de alguna alteración o algún cambio biológico no debe descartarse. Así mismo, nos menciona los principales factores que pueden causar la depresión, lo que resalta la importancia de considerar las áreas sociales, biológicas (genéticas, químicas) y psicológicas que pueden verse alteradas en los individuos y generar situaciones de riesgo de presentar un cuadro depresivo.

2.1.1 Depresión en los adolescentes

La *Revista Psicología*, (2010) de la Asociación Mexicana de Alternativas Psicológicas, refiere que:

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

Es decir, los síntomas de la depresión en adolescentes se manifiestan mayormente a través de conductas que pueden desviarse a ser interpretadas como síntomas de desinterés, rebeldía, conductas dramáticas o desafiantes.

Así mismo A. Peganos (2010) en su artículo “La depresión adolescente” menciona, con frecuencias los adolescentes deprimidos presentan trastornos comorbidos como los de conducta,

del desarrollo opuesto y abuso de drogas (p. 26). Lo anterior describe que en ocasiones se pueden presentar dos o más trastornos asociados, al mismo tiempo en una misma persona.

Por otro lado, la depresión en los jóvenes no necesariamente se presenta como tristeza sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer. Una razón por la que es necesario tomarla en serio es el riesgo de suicidio (Brent y Birmaher, citado en Papalia, 2012, p. 370).

Papalia (2012) señala que:

Los factores de riesgo que contribuyen a la depresión incluyen ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas como diabetes o epilepsia, conflicto en la relación con los padres, abuso o descuido, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y tener un padre con una historia de depresión. Es más probable que factores como el consumo de alcohol y drogas, así como la actividad sexual provoquen depresión en las muchachas que en los varones (Brent y Birmaher, 2002; Hallfors, Waller, Bauer, Ford y Halpern, 2005; SAMHSA, 2005; Waller et al., 2006). Los problemas de la imagen corporal y los trastornos alimentarios pueden agravar los síntomas depresivos (Stice y Bearman, 2001).

En ese sentido se entienden como factores de riesgo alguna alteración en el ambiente o el proceso natural del adolescente que pueden desencadenar estrés y depresión, estos cambios se presentan por distintas actividades de los procesos biológicos, personales, culturales, sociales, etc.

Algunas circunstancias que aumentan el riesgo en los adolescentes de presentar un cuadro depresivo, son:

- Cambios físicos.
- Problemas familiares.
- Depresión en los padres.
- Problemas escolares.
- Experiencias de pérdidas o estrés.

- Cambios en el estilo de vida.
- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Situaciones conflictivas en el entorno.
- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Abuso o consumo de sustancias y drogas.

Los diversos acontecimientos conciben reacciones distintas en cada persona, por ende, es muy conveniente valorar no sólo la aparición de los sucesos negativos o positivos, sino la forma en que cada individuo lo experimenta.

De esta manera se destacan los factores de riesgo descritos anteriormente como una señal de alerta sobre la causa de depresión en los adolescentes.

La Dra. Almudena Alonso (2009), en la *Revista de estudios juventud*, menciona que:

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner,H.; Glaser,D.; Malmquist,C.P.) Toolan,M.(1.996) sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias , faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1.956. (p.85).

Los síntomas conductuales que se mencionaron anteriormente son propios de la adolescencia y pueden presentarse frecuentemente en los jóvenes, por ende, se considera necesario que algún especialista de salud ya sea un psicólogo o psiquiatra, sean quienes determinen mediante un diagnóstico clínico si el joven presenta situaciones de alerta que se puedan identificar como criterios de un trastorno depresivo.

2.1.2 Criterios de los trastornos depresivos

La Asociación Americana de Psiquiatría en su *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (2014), establece una clasificación de los trastornos depresivos y establece una serie de criterios particulares, considerando notas para algunos criterios, las cuales especifican o aclaran situaciones que favorecen el correcto diagnóstico de algún trastorno depresivo.

La clasificación la presenta de la siguiente manera:

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]. Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (p. 103. Las negritas me pertenecen)

Lo anterior describe los criterios establecidos del primer trastorno depresivo clasificado en la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.

El segundo trastorno que la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica dentro de los trastornos depresivos es el:

Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica a todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (p. 106. Las negritas me pertenecen)

Lo que resalta al trastorno depresivo mayor es la duración de sus síntomas los cuales deben estar presentes al menos dos semanas y significan un cambio significativo del funcionamiento de la persona que lo padece.

El tercer trastorno que la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, clasificado dentro de los depresivos es:

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnias. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (p. 109. Las negritas me pertenecen).

El cuarto trastorno clasificado dentro de los depresivos según la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, es:

Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes: 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio. 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B. 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones). 2. Dificultad subjetiva de concentración. 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía. 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. 5. Hipersomnias o insomnio. 6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). (pp. 110-112)

El quinto trastorno clasificado dentro de los depresivos según la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, es:

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2): 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/ medicamento; los

síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica. (pp. 112-113)

El sexto trastorno clasificado dentro de los depresivos según la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, es:

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (pp. 116-117).

El séptimo trastorno clasificado dentro de los depresivos según la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, es:

Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple

actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

Por último, el octavo trastorno clasificado dentro de los depresivos según la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, es:

Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (pp. 118-119).

Todos los trastornos que se mencionaron forman parte de la clasificación de los trastornos depresivos marcada por la Asociación Americana de Psiquiatría en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, cada uno se distingue con criterios particulares incluyendo la duración de los síntomas.

Para esta investigación es importante mencionar dicha clasificación de trastornos, ya que se indican los criterios los cuales conforman cada uno de los trastornos depresivos, ciertos criterios pueden iniciar como factores de riesgo y generar rasgos depresivos, aunque esos rasgos posteriormente pueden convertirse en síntomas de depresión. En conclusión, es importante conocer los factores de riesgo que generan rasgos depresivos, para prevenir que estos se conviertan en criterios de algún tipo de trastornos depresivos.

2.2 Perspectivas sobre la depresión

En la actualidad existen muchas perspectivas teóricas que cuentan con sus propias postulaciones sobre el “fenómeno” de la depresión, lo cual ha aportado un conocimiento más amplio y completo sobre el mismo, beneficiando de gran manera el estudio de la misma con un sinfín de

experimentos que sustentan sus hipótesis sobre el origen de la depresión. Por ende, a continuación, se mencionarán las principales teorías y sus fundamentos más relevantes sobre la depresión, tomadas de Ronald E. Smith., Irwin G. Sarason., Barbara R. Sarason. (1984) en *Psicología; Fronteras de la conducta*.

Teorías biológicas, algunos factores revelan la existencia de un factor genético en la depresión (Winokur, citado en Smith [et al.], 1979, p.629).

Smith [et al.] (1984) menciona que: “La mayoría de los teóricos de esta tendencia, destacan o no la importancia del origen genético de la depresión, concentran su atención en la estructura química del organismo” (p. 629). Esto refiere que en la teoría biológica los supuestos centran su atención en estudiar o explorar únicamente la composición química del organismo.

Por otra parte, se dice que, en los últimos años, este grupo de teóricos “...se han ocupado de estudiar un grupo de transmisores nerviosos, las catecolaminas, que al parecer tienen nexos con las emociones” (Smith [et al.], 1984, p. 629).

(Smith [et al.], 1984) refiere:

La hipótesis de que la depresión puede deberse a una deficiencia de catecolaminas se basa en las observaciones de pacientes hipertensos a quienes se administraron grandes dosis de medicamentos, como la reserpina, a fin de controlarles la presión arterial. Casi una quinta parte de ellos manifestó síntomas de grave depresión. Se sabe que estos medicamentos disminuyen la concentración de catecolaminas en el cuerpo, por lo cual es probable que esa depleción sea una de las causas de la conducta depresiva (pp. 629-630).

Por medio de los experimentos con animales se investigó el efecto que la reserpina ejerce sobre el comportamiento (Smith [et al.], 1984, p. 630). Dicho experimento se realizó de la siguiente manera:

Se administró a monos Rhesus grandes dosis de reserpina y se observaron los signos que los investigadores habían atribuido a la depresión humana: disminución del movimiento y de la

conducta exploratoria, así como la adopción de una postura de “acurrucamiento”. Esta posición recuerda la conducta de los monos a quienes se separan de su madre. Tras un periodo inicial de protesta, las crías también se acurrucaron en una postura de decúbito. Este tipo de separación puede producir efectos permanentes en el comportamiento humano; por ejemplo, mayores posibilidades de sufrir depresión. (Akiskal, citado en (Smith [et al.], 1984, p. 630)

Dichas similitudes indujeron a los investigadores a examinar con mayor detalle el nexo existente entre catecolaminas y depresión.

(Smith [et al.], 1984), plantea:

Dos de las catecolaminas, dopamina y noradrenalina, revisten especial importancia. Conforme a la teoría de la depresión a partir de catecolaminas, este estado anímico proviene de una deficiencia de noradrenalina en ciertos receptores del encéfalo. Se piensa que las conductas excitadas sean causadas por un exceso de la hormona en dichos receptores. Aunque esta teoría es atractiva y prometedora, parece hoy demasiado simplificada para explicar los últimos hallazgos de la investigación. Sobre tal base L-dopa, un fármaco que eleva las concentraciones de dopamina en el encéfalo, puede producir artificialmente manías en personas deprimidas, pero no disminuye la depresión en absoluto (Mendel y otros, 1975). A pesar de tales limitaciones e interrogantes, muchos de los que se ocupan en esta área piensan que la teoría de las catecolaminas es la explicación biológica más satisfactoria con que se cuenta (p. 630).

Respecto a lo anterior, es pertinente considerar que, aun con las limitaciones que puedan existir en la teoría biológica, los teóricos e investigadores de la misma, no descartan que los orígenes de la depresión se deban a una alteración de la estructura química del organismo, siendo el organismo y las catecolaminas el factor principal causante de depresión en esta teoría.

Teorías conductuales, “Tras largos años de investigación los teóricos del aprendizaje han aprobado la existencia de un nexo claro entre la conducta y el refuerzo, como éste se acompaña de sensaciones de placer, cabe suponer que también está vinculada a la depresión” (Smith [et al.], 1984).

En ese sentido, se debe aclarar la relación de que existe entre la conducta, el refuerzo y las sensaciones de placer con la depresión.

(Smith [et al.], 1984), menciona:

Hay dos teorías conductuales de gran aceptación que se valen del concepto de refuerzo. Conforme a lo establecido por una de ellas, la persona se deprime cuando no se le refuerza bastante por realizar determinada conducta. Según la segunda, se deprime cuando no capta el nexo entre su conducta y el refuerzo (p. 630).

Lo descrito nos hace suponer que, la primera teoría, refiere al hecho de que una persona puede deprimirse cuando considera que no se le ha premiado, reconocido o reforzado lo suficiente por alguna acción que haya realizado. La segunda teoría, describe que una persona puede deprimirse cuando no identifica o reconoce la relación que existe entre su acción y lo que recibe a causa de esa acción.

Es importante mencionar a Peter Lewinsohn, uno de los seguidores más renombrados de la concepción anterior, quien descubrió que, “cuantos menos refuerzos reciba una persona a lo largo de su vida, más fuerte será la depresión” (Smith [et al.], 1984, p. 630).

También algunos teóricos mencionan que: “Los parientes del deprimido tienden a evitarlo, y esta circunstancia disminuye aún más el número de refuerzos. Esta evitación obedece en parte al hecho que la persona deprimida suele causar en los otros sentimientos de hostilidad, ansiedad y depresión”. (Lewinsohn y otros; citados en Smith [et al.], 1984, p. 630).

Respecto a lo anterior, Lewinsohn y Talkington, (citados en Smith [et al.], 1984), mencionan:

Tales sentimientos pueden atribuirse a la interpretación negativa que el deprimido da a los sucesos de su vida o a su constante espera de desastres y desgracias. Para él todo se presenta negro, sin el menor brillo de esperanza. Tal actitud pesimista no se debe únicamente al hecho de experimentar varios acontecimientos negativos. Recuérdese que este tipo de personas ven el mundo desde un ángulo diferente. Los sucesos son interpretados por ellas bajo una luz más pesimista, que por las personas normales (pp. 630-631).

Es así como Lewinsohn y Talkington señalaron la importancia del rol de los parientes de las personas con depresión, ya que la persona con depresión puede transferir a estos, de manera inconsciente sentimientos de tristeza y ansiedad, lo cual provoca la evitación hacía ellos por parte de sus parientes.

Por otra parte, la segunda teoría conductual de la depresión contiene elementos conductuales y cognoscitivos a la vez, (Seligman, citado en Smith [et al.], 1984).

En cuanto a lo antepuesto Smith [et al.] (1984) menciona:

El refuerzo sigue siendo un factor importante, pero **se hace hincapié en la comprensión que tiene el sujeto sobre la relación existente entre el refuerzo y su conducta**. Si no la percibe, llegará a pensar que de nada servirá lo que haga por conseguirlo, y esto lo llevará a abstenerse de cualquier actividad, de modo que no habrá ningún refuerzo (p. 631. Las negritas me pertenecen).

No obstante, por todo lo antes visto, se sabe que en la teoría conductual se le da gran prioridad a la presencia del refuerzo en la vida de las personas y se le denomina como el factor principal en generar depresión en los seres humanos.

Teorías cognoscitivas, esta teoría es una más de las cuales poseen sus propias perspectivas al abordar el origen de la depresión en los seres humanos.

Para empezar, es importante mencionar lo que Smith [et al.], 1984) refiere en *Psicología, fronteras de la conducta*: “No hay dos personas que piensen lo mismo cuando se hallan frente a un problema” (p. 631).

Quizás, lo anterior no nos parezca nada nuevo y demos por hecho que es bien sabido, sin embargo, es algo que se debe tener en consideración en todo momento, ya que no se puede esperar que dos o más personas tengan la misma respuesta ante una misma situación, debido a

que en que cada persona intervienen distintos factores, áreas, aprendizajes, emociones, situaciones, etc., que producen respuestas distintas en cada ser humano.

Por otro lado, se afirma que, los teóricos cognoscitivos desean averiguar el influjo que ejercen sobre el comportamiento esos pensamientos (Smith [et al.], 1984).

Un ejemplo que Smith [et al.], (1984) presenta para esclarecer lo antes mencionado es:

Si un empleado no recibe el ascenso en su oficina pensará: lo que pasa es que no soy capaz. Este fracaso viene a confirmar mi incompetencia pues si no fuera así me habrían dado el ascenso. Otro candidato excluido pensará: El señor X consiguió el puesto porque tiene más experiencia. Sé que yo también podría ocupar ese puesto, pero mis antecedentes no son tan importantes. La primera actitud refleja la personalidad propensa a depresión (p. 631).

Referente al ejemplo citado se puede enfatizar en el pensamiento que manifiestan las dos personas ante la misma situación, en el caso de la primera persona se consigue identificar un pensamiento con mayor tendencia a la culpabilidad o pesimismo, a diferencia de la segunda persona, quien asume un pensamiento más constructivo hacía su situación.

Cabe mencionar, a uno de los investigadores más famosos en el área de las teorías cognoscitivas aplicadas a la depresión, Aaron Beck, quien responde al ejemplo anterior y señala: “este tipo de pensamientos representan un ejemplo de generalización excesiva, una de las características más notables de los individuos” (Beck, citado en Smith [et al.], 1984, p. 631).

Según ese autor, “el deprimido no sólo es dado a generalizar en exceso, sino que además se vale de designaciones erróneas. Considere, por consiguiente, que una situación es mala o inadecuada, después ajusta su conducta a esas designaciones y no a la realidad” (Beck, citado en Smith [et al.], 1984, p. 631). Lo cual quiere decir que el individuo ante una situación que no es favorable, basa su pensamiento en sus argumentos, sean estos incorrectos o no, dejando a un lado la realidad de la situación.

Smith [et al.] (1984) menciona: “Otro ejemplo de generalización excesiva de la depresión se encuentra en los trabajos dedicados a la desvalidez aprendida... Este concepto nació de una larga serie de experimentos llevados a cabo por Seligman en 1975” (p. 632).

Seligman descubrió que:

Los perros, a quienes aplicaban descargas eléctricas mientras estaban en arnés del cual no podían escapar, tenían problemas después de aprender una respuesta en una situación donde podían evitar la descarga. Hubo algunos que nunca lo aprendieron. Tales experimentos indican que esos perros habían aprendido a ser desvalidos; con el tiempo llegaron a suponer que sus respuestas no lograrían influir en lo que les sucedía. El mismo tipo de efectos experimentales ha sido demostrado en sujetos humanos a quienes se les pone en condición de desvalidez presentándoles problemas insolubles. Como la conducta de perros y hombres revela la desvalidez generalizada, ésta ha sido empleada como modelo de la depresión desde hace tiempo (p. 632).

Seligman (citado en Smith [et al.], 1984), menciona: “la desvalidez aprendida ha generado abundantes estudios sobre la depresión” (p. 632).

Smith [et al.] (1984) describe: “A medida que se realizan más investigaciones, parece evidente que los factores cognoscitivos (entre ellos, la manera de interpretar la situación) tienen tanta importancia como la falta real del nexo entre la conducta y sus resultados”. Por ejemplo:

En un estudio, dos grupos de sujetos fueron expuestos a un ruido desagradable. Un grupo creía que, si lo deseaba, podría acabar con el ruido, al otro se le dijo que no tenía control sobre él. En pruebas posteriores se apreció un efecto de desvalidez aprendida. A los sujetos del segundo grupo les era más difícil aprender a interrumpir el ruido en la segunda parte del experimento, pero cuando recibieron la misma tarea en otro cuarto en lo que se le describió como nuevo experimento, el rendimiento de ambos grupos no mostró diferencia alguna. La desvalidez aprendida no se generalizó como cabría suponer, si al aprendizaje previo fuese el único factor importante (p. 632).

A fin de explicar resultados como el anterior, Seligman añadió la idea de atribución... por atribución se entiende la manera de analizar la causa y el efecto de una situación (Smith [et al.], 1984. P. 633).

Con objeto de estudiar los efectos que tiene la atribución en la depresión, Smith [et al.], (1984) menciona el siguiente caso:

Un universitario que fracasó en un examen muy importante. Si le atribuye su fracaso a una causa general o inmutable como poca inteligencia, es posible que sobrevenga la depresión, pero si la atribuye a un estudio insuficiente, esos sentimientos quedarán confinados a la situación del momento, sin que haya generalización. Si lo atribuye a las exigencias imposibles de cumplir del elaborador de la prueba (Nadie podrá tener éxito en un examen como ese), el sentimiento de desvalidez no producirá depresión, más bien, ira. Así pues, **el resultado emocional depende más bien de la interpretación de la situación.** (p. 633. Las negritas me pertenecen).

Ahora bien, respecto a lo abordado en la teoría cognoscitiva, se puede concluir que, en ella, los pensamientos de las personas, la designación que le brindan a la situación real, la manera en la que tienden a generalizar sus pensamientos y la atribución que consagran a la situación por la que están pasando, son una serie de elementos importantes para generar depresión en ellas.

Teoría psicodinámica, de acuerdo a lo mencionado por Smith [et al.] (1984): “La depresión la desencadena cualquier acontecimiento que no parezca ser de importancia. El deprimido considera dolorosos los sucesos que para la generalidad de las personas son normales” (p. 633). Lo cual hace suponer que, para esta teoría, los individuos deprimidos se diferencian de las personas no deprimidas, por la manera en que suponen las situaciones que viven. Lo que para una persona normal pudiera ser irrelevante, para una persona deprimida no lo será.

Por otra parte, conforme a lo que establece el modelo psicodinámico: “muchas depresiones son reacciones ante hechos que tienen valor simbólico” (Smith [et al.], 1984, p. 633).

Smith [et al.], (1984) plantea:

¿Por qué el individuo muestra excesivo dolor ante sucesos pocos importantes? La mayoría de las teorías psicodinámicas se centran en la historia de las relaciones de la persona con la figura de quien dependía más cuando era niño, casi siempre la madre, y así, la causa de la depresión se atribuye a una alteración en las relaciones de la niñez temprana. Por lo regular la alteración consiste en la pérdida de uno de los padres, aunque a veces es el simple temor o fantasía relacionados con ella. El temor de la pérdida o el enojo del niño “abandonado” hacia el progenitor pueden generar ansiedad, y esta característica de la pérdida es la que arroja la experiencia dolorosa fuera de la consciencia. Sin embargo, ejerce su influencia y culmina una depresión real cuando, más tarde reaparece por efecto de un acontecimiento de valor simbólico.

De igual manera, en investigaciones posteriores se confirmó que la pérdida contribuye a producir la conducta depresiva, Smith [et al.], (1984) menciona:

Los trabajos con animales realizados por Harry Harlow y otros, demuestran que las crías de monos al ser separadas de su madre, externan ira, notable agitación y aislamiento social, poca respuesta ante la estimulación y una postura de acurrucamiento y encogimiento. Las observaciones sobre lactantes humanos a quienes se ha separado de su madre señalan la existencia de un patrón similar (Bowlby, 1980, citado en Smith [et al.], 1984, p. 633).

Otro hallazgo viene a demostrar la hipótesis de Freud sobre el hecho de que una pérdida temprana aumenta la susceptibilidad a una depresión en años posteriores (Smith [et al.], 1984, p. 633).

Así mismo, George Brow, un sociólogo inglés, analizó una muestra de mujeres londinenses y descubrió que tenían mayor riesgo de sufrir depresión las que habían perdido a su madre antes de cumplir 11 años (Smith [et al.], 1984, p. 633). Lo cual revela que es son más propensas a desarrollar depresión las personas que han experimentado alguna pérdida significativa en su vida.

De igual manera, en su análisis, Brown descubrió que la mayoría de los casos de depresión grave correspondían a las mujeres que habían tenido una muerte en la familia ante de los 17 años de edad (Smith [et al.], 1984, p. 633).

Esta investigación revela que una muerte en la familia los primeros años de vida del sujeto aumentan su vulnerabilidad a la depresión cuando afronte acontecimientos negativos más adelante (Brown y Harris, 1978, citados en Smith [et al.], 1984, p. 633)

En resumen, la teoría psicodinámica plantea que la depresión tiene mayor posibilidad de ser desencadenada en personas que vivieron en su pasado situaciones de riesgo las cuales tienen un gran valor simbólico en sus vidas. De igual manera, esta teoría menciona que las situaciones de riesgo, no precisamente generan depresión, si no ansiedad, miedo, tristeza, etc. No obstante, puede culminar en una depresión cuando reaparece por efecto una circunstancia de valor significativo para la persona.

Teoría humanista-existencial, estos enfoques aceptan la hipótesis referente a la pérdida, pero se orientan a la pérdida de la autoestima, más que a la de un objeto amado (Smith [et al.], 1984).

Un ejemplo que Smith [et al.], 1984) plantea es:

Uno de los sucesos que suele desencadenar depresión en el varón es quedarse sin trabajo. El hombre pierde la categoría de empleado y se siente como uno de tantos desocupados. Aunque siga siendo esposo, padre, buen ciudadano o titulado de alguna manera, la sociedad concede mayor valor a la categoría ocupacional, y también para él. El empleo representa un valor para el hombre y para los demás.

Otro ejemplo planteado por Smith [et al.], (1984) es:

Antes que la mujer se integrara al mundo del trabajo, su condición social se basaba en el papel del esposo. Si quedaba viuda, perdía poder, rango social y dinero. Su sentimiento de pérdida no se debía exclusivamente a la muerte del ser querido, sino también a que perdía rango al quedarse viuda (p. 634).

En estos casos es clara la situación que está siendo un elemento influyente para generar depresión, pero debemos enfatizar en la concepción que las personas tienen de sí mismas y que

no es exclusivamente al encontrarse ante pérdida física, sino también material, es decir, para esta teoría cuando nos referimos a la pérdida, nos enfocamos más a hablar de algo subjetivo que se produce en las personas de modo que su manera de percibirse se ve afecta por dicha situación o circunstancia.

2.3 Factores críticos de la adolescencia

Los seres humanos a lo largo de toda su existencia experimentan procesos de cambios constantes propios del ciclo de vida. En esta ocasión nos enfocaremos en los principales factores que están presentes durante la etapa de la adolescencia los cuales son: el desarrollo físico y cognoscitivo, el estado psicológico y mental, el área familiar, el área social y la salud. Dichos factores traen influyen en la dinámica y funcionamiento de los adolescentes en las distintas áreas de su vida, personal, familiar, social, educativa o laboral.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud:

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (¶3).

Así mismo, Bisquerra R. (2003) menciona en Educación emocional y competencias básicas para la vida:

Los factores de riesgo se pueden agrupar en cinco categorías: individuo, familia, grupo de iguales, escuela y comunidad. Los relacionados con las características individuales incluyen discapacidades constitucionales (físicas o genéticas), retrasos en el Educación emocional y competencias básicas para la vida desarrollo, dificultades emocionales y comportamientos problemáticos precoces. Los factores familiares incluyen psicopatologías familiares, tensión marital, conflictos entre miembros de la familia,

desorganización en la estructura familiar, estatus socio-económico bajo, familia numerosa, alta movilidad, lazos inseguros con los padres, supervisión inapropiada, severidad e inconsistencia de los padres. Interacciones problemáticas con los iguales que conducen a comportamientos de riesgo incluyen el rechazo de los compañeros, presión negativa del grupo y modelos negativos de los iguales. Factores de riesgo en la escuela incluyen la asistencia a escuelas ineficaces, fracaso escolar y descontento. Características de la comunidad que sitúan al joven en situación de riesgo son: desorganización social, delincuencia, accesibilidad a armas, desempleo y disponibilidad limitada de recursos (pp. 10-11).

Dicho lo anterior, conviene revisar los principales factores que pueden generar una situación de riesgo en los adolescentes y, sobre todo, que sean de gran influencia para generar rasgos depresivos.

2.3.1 Adolescencia

Ahora bien, es importante mencionar las diversas definiciones de adolescencia que se han planteado a lo largo de la historia por diversos teóricos:

(Jung, 1960, citado en Juárez, 2010) describe la adolescencia como un periodo de stress y conflictos intrapsíquicos (p.2).

(Hurlock y Erickson, 1968, citados en Juárez, 2010) dicen que: “la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por los conflictos en las relaciones interpersonales, en la escala de valores sociales, y en el control emocional (p. 2).

(Ana Freud, 1958 citada en Juárez, 2010) insiste en que la adolescencia es un periodo de dificultades emocionales (p.2).

(Blos, citado en Juárez, 2010) habla de la adolescencia como “un periodo de aislamiento, soledad y confusión” (p.2).

(Gustin, citado en Juárez, 2010) refiere a la adolescencia en los siguientes términos:

“Al sentirse agobiado por el deseo sexual, frustrado por las inhibiciones exteriores, ansiando desesperadamente la independencia, aunque temeroso de aislamiento, aspirando a tener responsabilidades, aunque apesadumbrado de aprehensiones por su inferioridad, inundado de impulsos irracionales, aunque constreñido por las reglas de lo conveniente, el adolescente se halla confundido, sin esperanzas y sin valimiento, convertido en enigma para todos y para él mismo (p.2).

(Piaget y Inhelder, 1969, citados en Juárez, 2010) señalan “el periodo de adolescencia como uno de los grandes cambios en el funcionamiento intelectual en general” (p.2).

(Bruner y Vygotsky, 1962, citados en Juárez, 2010), coinciden en afirmar que la adolescencia es un periodo de cambios en los procesos aludidos (p. 2).

En síntesis, Juárez (2010) señala que:

Las definiciones citadas demuestran que la etapa de la adolescencia es un periodo de borrasca y tempestad, en el sentido de que muchos factores de desarrollo del comportamiento humano toman nuevos rumbos y cambian de dirección, unos estímulos por el cambio en las exigencias sociales y otros por la aparición de nuevas exigencias biológicas y emocionales (p. 2).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, la describe como: “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (¶1)”.

También se dice que, la adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (Papalia, 2013).

De todos los conceptos antedichos, podemos concluir que la adolescencia es un proceso que conlleva una multitud de cambios a nivel físico, emocional y social. Por ende, es importante explorar hasta qué punto los cambios mencionados generan cambios significativos en desarrollo

en su conducta, cómo percibe el adolescente esos cambios y cómo influyen en sus pensamientos, decisiones y emociones.

2.3.2 Desarrollo físico y cognitivo en los adolescentes

Papalia (2013) en *Desarrollo humano*, indica: Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse (p.354).

Así mismo, Papalia (2013) refiere:

La pubertad es resultado de la producción de varias hormonas. El incremento en el hipotálamo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) da lugar al aumento en dos hormonas reproductivas clave: la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH). En las niñas, los mayores niveles de la hormona folículo estimulante dan inicio a la menstruación. En los varones, la hormona luteinizante inicia la secreción de testosterona androstenediona (Buck Louis et al., 2008). La pubertad está marcada por dos etapas 1) la activación de las glándulas suprarrenales y 2) la maduración de los órganos sexuales unos cuantos años más tarde... En esta segunda etapa, los ovarios de las niñas aumentan su producción de estrógeno, lo que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos y del vello púbico y axilar. En los varones, los testículos incrementan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Niños y niñas poseen ambos tipos de hormonas, pero en las mujeres son mayores los niveles de estrógeno mientras que en los varones los niveles de andrógenos son más elevados. En las niñas la testosterona influye en el crecimiento del clítoris, los huesos y el vello púbico y axilar (p. 355).

A continuación, se muestra una imagen lo descrito anteriormente.

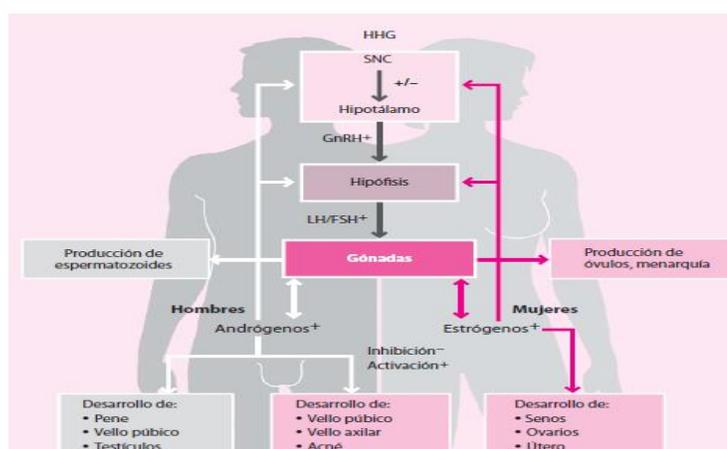


Imagen 1. Regulación del inicio y progresión de la pubertad humana. Tomado de Buck Louis [et al.] Citado en Papalia (2013).

Es importante mencionar los signos externos de la pubertad, los cuales suelen ser: El tejido de los senos y el vello púbico... La voz se hace más profunda, en especial en los niños, la piel se vuelve más gruesa y grasosa, pueden aparecer espinillas y puntos negros (Papalia, 2013).

Lo anterior descrito por Papalia (2003), menciona los cambios físicos más evidentes que trae consigo la pubertad, como el aumento de peso, de talla, el desarrollo de los órganos reproductivos, por mencionar algunos, además de otros cambios menos visibles en la adolescencia. Los cambios físicos se pueden considerar un factor importante en esta etapa, ya que pueden llegar a convertirse en elementos que puede influir de manera significativa en los jóvenes cuando no son conscientes de los cambios que pueden experimentar a nivel físico y cómo estos pueden influir en su desarrollo emocional y social.

Por otro lado, Juan Delval (2002) menciona:

El comienzo de la adolescencia viene marcado por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se denomina pubertad. Pero la pubertad es un fenómeno físico que conviene diferenciar de la adolescencia, la cual, depende de muchos factores del ambiente social (p. 531).

Es decir, aunque se puede indicar que la pubertad es el mayor cambio en la adolescencia, se debe considerar que la pubertad no es la adolescencia, sino únicamente un factor de ella.

Así mismo, Delval (2002), refiere:

Los cambios físicos que se producen en la pubertad son muy importantes, porque hacen posible la participación de las muchachas y los muchachos en las actividades adultas, y porque al ser tan rápidos e inesperados para los que los experimentan les obligan a ajustes considerables que el medio social puede hacer más fáciles o difíciles. Por ello, para entender la adolescencia hay que tener presentes todos esos cambios físicos. Pero, al mismo tiempo, no debe identificarse, sin más, la adolescencia con la pubertad, porque mientras que esta es semejante en todas las culturas, la adolescencia es un periodo de la vida más o menos largo que presenta variaciones en los diferentes medios sociales. **La adolescencia es un fenómeno psicológico que se va determinando con la pubertad, pero no se reduce a ella** (p. 544. Las negritas me pertenecen).

Así, Juan Delval (2002), destaca que la adolescencia recibe gran influencia de los medios sociales, lo cual la vuelve un fenómeno psicológico, y aunque la adolescencia se determine con los cambios físicos de la pubertad, no se somete a ella.

El **desarrollo cognitivo** en la adolescencia es una de las áreas de maduración menos manifiesta para los espectadores. No hay signos externos o visibles para evidenciar lo que está sucediendo, como ocurre con el desarrollo físico. Sin embargo, en esta área se están produciendo cambios constantemente.

El cerebro adolescente experimenta cambios importantes, tal como lo menciona Papalia (2013):

No hace mucho tiempo, la mayoría de los científicos creía que el cerebro había madurado por completo a la llegada de la pubertad. Sin embargo, estudios actuales de imagenología revelan que el desarrollo del cerebro del adolescente todavía está en progreso. Entre la pubertad y la adultez temprana tienen lugar cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. La inmadurez del cerebro ha suscitado preguntas respecto de la medida en que es razonable hacer a los adolescentes legalmente responsables de sus actos (Steinberg y Scott, 2003).

Lo anterior afirma que los cambios del cerebro influyen en las respuestas emocionales, conductuales, de autocontrol y el juicio de los adolescentes.

Así mismo, Papalia (2013), menciona:

La toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales: 1) una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y 2) una red de control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y por qué la toma de riesgos suele ocurrir en grupos (Steinberg, 2007).

Con lo anterior, se puede decir que la red socioemocional la cual es perceptiva a estímulos sociales y emocionales, juega un papel importante en la etapa de la adolescencia, y esta red puede ser la que exprese la tendencia de los adolescentes en los cambios drásticos emocionales y las conductas de riesgo.

Papalia (2003) refiere:

El subdesarrollo de los sistemas corticales frontales asociados con la motivación, la impulsividad y la adicción puede ayudar a explicar por qué los adolescentes tienden a buscar emociones y novedad y por qué a muchos de ellos les resulta difícil enfocarse en metas a largo plazo (Bjork et al., 2004; Chambers, Taylor y Potenza, 2003).

Así como también menciona:

La estimulación cognoscitiva en la adolescencia supone una diferencia fundamental en el desarrollo del cerebro. El proceso es bidireccional: las actividades y experiencias de una persona joven determinan qué conexiones neuronales se conservarán y fortalecerán, desarrollo que sostiene un mayor crecimiento cognoscitivo en esas áreas (Kuhn, 2006). Los adolescentes que “ejercitan” su cerebro mediante el aprendizaje para ordenar sus pensamientos, entender conceptos abstractos y controlar sus impulsos sientan las bases nerviosas que les servirán por el resto de su vida (ACT for Youth, citado en Papalia, 2003, p. 362).

En resumen, existen procesos o alteraciones en la función cognitiva o intelectual que son responsables de las conductas, actitudes y emociones de los jóvenes; dichos cambios facilitan el canal de la independencia, le permiten al joven desarrollar un enfoque que circunscribe el futuro, facilita el avance hacia la autonomía, la madurez en las relaciones, aumenta los procesos de comunicación entre él y su entorno, y de cierta manera es un ingreso del sujeto a los roles de adulto en sociedad.

Jean Piaget, psicólogo suizo, es referente para una consideración del desarrollo cognitivo durante los años de la adolescencia, fue el primero en señalar que se debe esperar un cambio cualitativo en la naturaleza de la capacidad mental en la pubertad o en torno a ella, más que un aumento simple en la destreza cognitiva, y quien sostuvo que en este punto del desarrollo es cuando el pensamiento operacional formal se hace posible finalmente (Inhelder y Piaget, 1958, citados en Coleman y Hendry, 2003).

Tal como lo mencionan en *Psicología de la adolescencia*, John C. Coleman y Leo B. Hendry, (2003):

Con la aparición de las operaciones formales, el joven pasa a tener a su disposición varias capacidades importantes. Quizá la más relevante sea la capacidad para construir proposiciones

“contrarias a los hechos”. Este cambio se ha descrito como un desplazamiento de énfasis en el pensamiento adolescente de lo “real” a lo “posible”, y facilita un enfoque hipotético-deductivo para la resolución de problemas y para la comprensión de la lógica proposicional. También permite al individuo pensar en los constructos mentales como objetos que se pueden manipular, y aceptar las nociones de probabilidad y creencia (p. 45).

Diferentes autores manifiestan que considerar sólo el razonamiento lógico supone una perspectiva bastante estrecha, y muchos prefieren un planteamiento como el de Sternberg (1988), a lo cual Coleman y Hendry, (2003), mencionan que dicho autor:

Adopta lo que él llama un enfoque “componencial” para el desarrollo intelectual. Sternberg (1996) perfila cinco componentes implícitos en el acercamiento de Sternberg. El primero está relacionado con la atención: Los jóvenes muestran mejoras tanto en la atención selectiva (conocer a qué claves tienen que atender) como en la atención dividida (poder atender a más de un conjunto de claves a la vez). En segundo lugar, durante los años de adolescencia existe una mejora tanto en la memoria a corto plazo como a largo plazo, lo que constituye una ayuda importante al estudiar para los exámenes y para otros trabajos que tienen que ver con la escuela (Keating, 1990). Además, ha habido un interés en la velocidad del procesamiento de información visto en la adolescencia (Hale, 1990; Kail, 1991). Sin importar el tipo de tarea cognitiva, los investigadores encuentran que los adolescentes mayores pueden procesar información con una tasa más rápida que los de menor edad. Se pueden ver mejoras también en las estrategias de organización de los jóvenes (Siegler, 1988): Es más probable que los adolescentes planifiquen las tareas que implican memoria y aprendizaje, y los jóvenes tienen mayor capacidad para tomar distancias y preguntarse qué estrategia podría ser más efectiva en una situación particular. Finalmente, a medida que maduran, tienen más capacidad para pensar en sus propios procesos de pensamiento. En muchos aspectos, esto es de considerable valor en el ámbito del razonamiento, pero puede llevar también a una mayor consciencia de sí mismos (p.48).

Visto lo anterior, se destaca la importancia de los cambios físicos y cognoscitivos en la adolescencia, y se reconocen como factores como elementos de gran influencia en los procesos que experimenta el ser humano en la adolescencia.

2.3.3 Proceso psicológico y mental en la adolescencia

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (¶2). La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede

afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, ¶1).

Dicho lo anterior, entenderemos al estado de salud mental como el estado en el cual el ser humano se conoce a sí mismo, sabiendo que puede enfrentar las situaciones que experimenta cotidianamente en virtud a sus capacidades y habilidades, y así mismo se desenvuelve adecuada y competentemente en sus quehaceres cotidianos. Por la tanto, un adolescente que goce de salud mental sería aquel que, primeramente, se conozca a sí mismo y sea consciente de sus capacidades y habilidades, aquel que se encuentre en homeostasis a nivel físico, mental y social, y tenga un funcionamiento óptimo en las distintas áreas de su vida.

Coleman y Hendry, (2003) mencionan:

La adolescencia se concibe normalmente, por lo que se refiere al autoconcepto, como una época tanto de cambio como de consolidación. Hay varias razones para esto. En primer lugar, los importantes cambios físicos, que se consideraron anteriormente, traen consigo una alteración en la imagen del cuerpo y, de este modo, en el sentido del yo. En segundo lugar, el crecimiento intelectual durante la adolescencia, revisado en el capítulo anterior, hace posible un autoconcepto más complejo y perfeccionado. En tercer lugar, parece probable que se produzca cierto desarrollo del autoconcepto como resultado de la independencia emocional creciente y el planteamiento de decisiones fundamentales relacionadas con la ocupación, los valores, el comportamiento sexual, las elecciones de amigos, etc. Por último, parece probable que la naturaleza transicional del periodo adolescente y, en particular, los cambios de rol experimentados en esta época, estén asociados con algunas modificaciones del autoconcepto, (p. 59).

Para hablar de los cambios psicológicos que experimentan los adolescentes, abordaremos a Erick Erikson, psicólogo alemán, quien formuló una teoría del desarrollo la cual dividió en ocho etapas, en este caso nos centraremos en la quinta etapa, la cual llamó: adolescencia; identidad contra confusión de identidad.

De acuerdo con Erikson, la identidad se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (Papalia, 2003, p. 390).

En base a eso, Papalia (2003) menciona:

Durante los años de la adolescencia aparece en escena la búsqueda de la identidad, definida por Erikson como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes les permite construir una “teoría del yo” (Elkind, 1998). Como destaca Erikson (1950), el esfuerzo de un adolescente por dar sentido al yo no es “una especie de malestar madurativo”, sino que forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores —sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa y la laboriosidad— y sienta las bases para afrontar los desafíos de la adultez. Sin embargo, la crisis de identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, pues los problemas de esta etapa surgen una y otra vez durante la vida adulta (p.390).

De este modo y de acuerdo a la teoría del desarrollo de Erikson, resulta importante saber identificar en los adolescentes la escena de la búsqueda de la identidad, ya que ella conlleva distintas metas, valores y creencias que compondrán más adelante la concepción del yo en el adolescente.

La incapacidad de lograr un sentido de identidad se denomina, según Erikson, confusión de papeles (DiCaprio, 1989, p. 189).

DiCaprio (1989) indica:

Durante los años de la adolescencia el tema del logro se vuelve altamente crítico y a menudo los jóvenes sienten que no son muy hábiles en ninguna actividad. Son juzgados por sus logros y se juzgan a sí mismos según éstos. Hay muchas áreas de logro y las normas son muy elevadas. En realidad, el idealismo afecta mucho de lo que los jóvenes tratan de alcanzar, por lo que a menudo sus logros quedan cortos en relación con sus expectativas y se decepcionan y se desaniman. Pueden culpar a la sociedad, pero por lo general tienen la idea obsesiva de tener ellos la culpa en el fondo. Por consiguiente, el logro debe capacitarlos para encontrar un lugar dentro del grupo social, deben aprender cómo vestir y actuar en la forma definitiva que apruebe el grupo. Estos jóvenes están en un trance particularmente penoso, experimentan rechazo y censura, pero permanecen en obscuridad en cuanto a las razones (pp. 190-191).

En ese sentido, se logra reconocer uno de los principales procesos que viven los adolescentes, nos referimos al concepto y las emociones que pueden generar los jóvenes de sí mismos, basándose en la autoevaluación de sus logros y sobre todo en los juicios que reciben de estos. Ante lo expuesto, se exhorta a motivar a los jóvenes a seguir adelante con sus logros y a realizar críticas constructivas ante esto, para que, principalmente, evitemos los sentimientos de culpabilidad, inferioridad, desanimo, en los adolescentes y así prevenir rasgos o estados

depresivos, tal como lo menciona Papalia (2003): “Cuando los jóvenes tienen dificultades para decidirse por una identidad ocupacional—o cuando sus oportunidades se ven artificialmente limitadas— están en riesgo de presentar conductas con graves consecuencias negativas” (p. 390).

La persona que ha alcanzado un sentido de identidad se compromete con una ideología aceptada, un sistema de creencias y valores aprobado por su cultura. La vida está reglamentada por esas creencias y patrones. La persona que sufre de confusión de papeles carece ese compromiso (DiCaprio, 1989, p. 193).

(Erikson, 1982, citado en Papalia, 2003) menciona:

Los adolescentes que resuelven satisfactoriamente la crisis de identidad desarrollan la virtud de la fidelidad, es decir, lealtad, fe, o un sentido de pertenencia a un ser querido o a los amigos o compañeros. La fidelidad también puede ser una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una empresa creativa o un grupo étnico. La fidelidad es una extensión de la confianza (p. 390).

De ese modo, podríamos decir que la fidelidad es en cierto modo la consecución de un sentido sano de identidad, tal como lo dijo Erikson, citado en DiCaprio (1989), “sin un firme sentido de identidad, la persona no puede ser leal a nada ni nadie” (p.194).

Otro punto importante, es el control emocional. Cualquier suceso, por simple que sea, despierta emociones muy diversas. Esto es debido a que una gran parte del cerebro, se encarga de ellas y hace que las emociones estén tan arraigadas a la naturaleza del ser humano que podemos considerar que forman parte de nosotros y nuestra forma de reaccionar ante el mundo (Corbin, ¶1).

Es necesario definir qué son las **emociones**, para el psicólogo David G. Meyers, las emociones humanas implican “arousal fisiológico, comportamiento expresivo y experiencia consciente (Corbin, ¶3)”. En la actualidad, se acepta que las emociones se originan en el sistema

límico y que estos estados complejos tienen estos tres componentes: Fisiológicos: Es la primera reacción frente a un estímulo y son involuntarios: la respiración aumenta, cambios a nivel hormonal, etc. Cognitivos: La información es procesada a nivel consciente e inconsciente. Influye en nuestra experiencia subjetiva. Conductuales: Provoca un cambio en el comportamiento: los gestos de la cara, el movimiento del cuerpo... (Corbin, ¶ 4).

Después de esto, es importante mencionar el concepto de **autoconocimiento emocional** (o autoconciencia emocional), lo cual se refiere al conocimiento de nuestros propios sentimientos y emociones y cómo nos influyen. Es importante reconocer la manera en que nuestro estado anímico afecta a nuestro comportamiento, cuáles son nuestras capacidades y cuáles son nuestros puntos débiles. Mucha gente se sorprende de lo poco que se conocen a ellos mismos (Regader, ¶ 6).

Por otro lado, se habla también de **control emocional**, el cual Juárez (2010) define como “La capacidad para manejar el comportamiento provocado por impulsos primarios, estimulados a su vez por el medio”, y menciona como ejemplo la tendencia a responder con agresividad o la variabilidad de comportamientos emotivos. Así mismo, se dice que el autocontrol emocional permite a las personas reflexionar y dominar sus sentimientos o emociones, para no dejarse llevar por ellos ciegamente. Consiste en saber detectar las dinámicas emocionales, saber cuáles son efímeras y cuáles son duraderas (Regader, ¶6).

(Thoresen y Mahoney, citados en Juárez, 2010) definen el autocontrol de la siguiente manera: “Como una persona manifiesta el autocontrol cuando en ausencia relativa de constructores del medio externo, presenta comportamientos cuya probabilidad anterior era menor que la de conductas alternativas” (p.3).

Visto lo anterior, es importante estar conscientes de la diferencia entre autoconocimiento y control emocional, lo primero hace referencia a qué tanto los seres humanos conocen y son

conscientes de sus emociones, el segundo término refiere a cómo una persona responde a ciertos estímulos de acuerdo al control de sus emociones.

Otro factor importante dentro de estos temas es **la autoestima**, Coleman y Hendry (2003) refieren:

La autoestima ha recibido más atención que casi cualquier otro concepto como barómetro del afrontamiento y la adaptación. Desde los primeros días de investigación en este campo, ha sido evidente que era probable que la baja autoestima predijera dificultades de ajuste, y que a las personas con autoestima alta probablemente las cosas les salían relativamente bien en diversos dominios (p.64).

Por lo tanto, un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y, lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria (¶1).

De acuerdo a los resultados del estudio clásico de Rosenberg (1965), se obtuvo que:

La baja autoestima estaba relacionada con la depresión, la ansiedad y el mal rendimiento escolar. Tanto los adolescentes con autoestima alta como los de autoestima baja eran similares en sus deseos de tener éxito al dejar la escuela, pero era más probable que el grupo de baja autoestima sintiera que nunca alcanzaría tal éxito. Además, era más probable que prefirieran un trabajo que sabían que estaba fuera de su alcance y que sintieran que no tenían los recursos necesarios para conseguirlo. Los adolescentes que puntuaban alto en autoestima tenían significativamente más posibilidades que los de autoestima baja de considerar como bazas personales las cualidades siguientes: la confianza en sí mismos, el trabajo duro, el potencial de liderazgo y la capacidad para causar buena impresión. Los adolescentes con autoestima baja se caracterizaban por una sensación de incompetencia en las relaciones sociales, aislamiento social y la creencia de que las personas no los comprendían ni los respetaban. Por último, la creencia de que los padres se interesaban por ellos era significativamente más aparente en los que tenían autoestima alta (Coleman y Hendry, 2003, p. 64).

Los resultados anteriores nos permiten hacer una comparación entre personas con autoestima alta y personas con baja autoestima y demuestra que en ambas personas pueden tener

el mismo deseo de superación, pero difieren en la percepción que tienen de ellos mismos y en qué tanto sus capacidades les permitirían lograr sus metas.

Coleman y Hendry, (2003), indican que:

Desde la aparición del estudio de Rosenberg (1965), ha habido un conjunto sustancial de investigaciones sobre diversos aspectos de la autoestima. La mayor parte de esos estudios ha venido a reconocer que no sólo el autoconcepto es multidimensional, sino que la propia autoestima probablemente también lo es. Así, un hombre joven puede tener una autoestima alta cuando se trata de la actuación en el campo de fútbol, pero una autovaloración baja cuando tiene que enfrentarse con las tareas del aula o decidirse a solicitar una cita a una chica.

Lo anterior hace alusión a la posibilidad de que la autoestima puede afectar cierto aspecto o área del individuo y del mismo modo puede beneficiar un aspecto diferente al cual es sujeto es más funcional.

Suicidios: De acuerdo al periódico “*El universal*” (2015), en México, el suicidio es la tercera causa de muerte en los adolescentes (¶1).

Papalia (2003) menciona:

Los jóvenes que consideran o intentan el suicidio suelen tener antecedentes de enfermedades emocionales. Es probable que sean perpetradores o víctimas de la violencia y que tengan problemas académicos o conductuales en la escuela. Muchos sufrieron maltrato en la niñez y tienen graves dificultades en sus relaciones. Tienden a pensar mal de sí mismos, a sentirse indefensos y a tener un pobre control de impulsos y poca tolerancia a la frustración y al estrés. Esos jóvenes a menudo están distanciados de sus padres y no tienen a nadie fuera de la familia a quien recurrir. También suelen haber intentado el suicidio antes o a tener amigos o familiares que lo hicieron (Borowsky, Ireland y Resnick, 2001; Brent y Mann, 2006; Garland y Zigler, 1993; Johnson et al., 2002; NIMH, 1999a; “Suicide. Part I”, 1996; Swedo et al., 1991). El alcohol se encuentra presente en la mitad de los suicidios adolescentes (AAP Committee on Adolescence, 2000). Tal vez el factor clave es la tendencia a la agresión impulsiva. Estudios de imagenología y post mórtem del cerebro de personas que intentaron o lograron suicidarse han identificado deficiencias neurocognoscitivas para la función ejecutiva, la evaluación de riesgos y la solución de problemas (Brent y Mann, 2006). Los factores de protección que reducen el riesgo de suicidio incluyen un sentido de conexión con la familia y la escuela, bienestar emocional y el logro académico (Borowsky et al., 2001) (p. 372).

Es importante estar conscientes que la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad, en donde las decisiones de los adolescentes se ven altamente influenciadas por su entorno, en ocasiones por su pasado y por la manera en que se perciben a sí mismos. Los antecedentes

familiares son un factor muy importante cuando se habla de suicidios o ideas suicidas, el consumo de sustancias y un desajuste a nivel cognitivo pueden influir altamente en esta situación.

Así mismo, Papalia (2003) refiere:

Aunque algunas personas que intentan suicidarse ocultan cuidadosamente sus planes, casi todas dan señales de advertencia: hablar de la muerte o del suicidio, regalar sus bienes más preciados, abusar de las drogas o el alcohol, y mostrar cambios de personalidad como ira, tristeza, aburrimiento o apatía inusuales. Las personas que están a punto de quitarse la vida tal vez descuiden su apariencia y duerman o coman mucho más o mucho menos de lo habitual. A menudo muestran signos de depresión, así como dificultad inusitada para concentrarse, pérdida de autoestima y sentimientos de impotencia, desesperanza o pánico (American College of Emergency Physicians, 2008; Harvard Medical School, 2003) (p. 617).

Parte importante de la prevención del suicidio es identificar diversos factores que pueden desencadenar en los adolescentes ideas suicidas, es por eso que es transcendental, primeramente, identificar cuáles son las situaciones de riesgo en las que el adolescente se encuentra y así trabajar en los factores positivos que de cierto modo podan ayudar a prevenir suicidios.

2.3.4 Área familiar

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia, por sus siglas UNIFEC, la familia es y seguirá siendo la red básica de relaciones sociales y elemento fundamental de cohesión social; es irremplazable en las funciones de socialización temprana, de desarrollo de la afectividad de transmisión de valores, de fijación de pautas de comportamiento, y de satisfacción de las necesidades básicas de los seres humanos. Junto a sus históricas y decisivas funciones afectivas y morales la familia cumple funciones esenciales para el bienestar colectivo, es una fuente importante de creación del capital humano, espacio donde se siembran las semillas de ciudadanía democrática y de relaciones de equidad de género, para el desarrollo de una cultura de participación, de paz y de ciudadanía (¶5).

Mencionado lo anterior, entendamos a la familia como el núcleo principal, central e inigualable de las relaciones sociales, el cual brindará herramientas necesarias para un pleno desarrollo emocional, cognitivo y social, marcando ciertas pautas morales en pro del bienestar humano.

Se puede decir, que la familia es el medio específico en donde se genera, cuida y desarrolla la vida. En este sentido se convierte en el “nicho ecológico por excelencia, y por qué no, en la primera escuela de la humanización, de transmisión generacional de valores éticos, sociales y culturales que aporta un sentido mucho más amplio a la misma existencia humana” (Planiol y Ripert, 2002. P.178.)

Gómez y Guardiola (2014) en su artículo “Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización”, mencionan:

Para la Psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que es considerada un subsistema social que hace parte del macro sistema social denominado sociedad; esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad (p.16).

De igual manera, describen el siguiente concepto:

Para la economía, la Familia se estudia más claramente al considerarla como una “pequeña fábrica” (Becker G, citado por Miró Rocasolano, P) constituye una institución que basa su existencia en la previsión de costos, gastos monetarios y de ingresos, que llevan a sus miembros, por ejemplo, a considerar a cada hijo como bienes de consumo o como generadores en presente de gastos de inversión que se proyectan como inversión a futuro, considerando correlativamente los ingresos que se han de percibir y la asistencia en la enfermedad y vejez (Gómez y Guardiola, 2014, p. 16).

Por último, añadiremos un concepto más expuesto por Gómez y Guardiola (2014):

Para la sociología, la familia se constituye por una comunidad interhumana configurada al menos por tres miembros, “es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos.

En resumen y examinado desde diferentes puntos de vista, puede hablarse de la familia como un modelo de estructura psicológica, social, económica e institucional. Tal como lo definen Gómez y Guardiola, (2014):

La familia es el grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socio-económica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psico-emocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo, desde distintos aspectos cuya prioridad y dinámica pertenecen a su libre albedrío: psicológico, social, cultural, biológico, económico y legal.

Cada familia se integra de manera única, ya que en ella existen costumbres, creencias, ideologías religiosas, espirituales, políticas, sociales, un nivel socioeconómico particular y demás cuestiones que la conforman y la vuelve distinta a las demás familias. En la etapa de la adolescencia es muy común que los jóvenes en ocasiones se cuestionen sobre los acuerdos y el funcionamiento de su sistema familiar. Dicho esto, mencionaremos de acuerdo a la presente investigación algunos factores que se ven inmersos en las situaciones familiares que pueden provocar sentimientos negativos en el adolescente.

Situación económica: Los recursos económicos influyen en las relaciones sociales y la calidad de vida. La situación económica se refiere al conjunto de bienes que integran el patrimonio de una persona o grupo social (solvencia).

Lamentablemente la pobreza y la inequidad colocan a numerosas familias en serias dificultades para poder dar a sus hijos la infancia que necesitan y a la que tienen derecho. La interdependencia de la familia de otros sectores sociales es cada vez mayor, recibiendo el impacto de los diferentes problemas de la sociedad, como el desempleo, la exclusión escolar y ciudadana, la pandemia del VIH/Sida, la carencia de servicios, las viviendas insalubres, la violencia social y política (¶6).

Estructura familiar: En un artículo publicado por Prettel y Sañudo (2010) en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, por sus siglas REDALYC, refirieron:

La contribución que puede hacer la familia en el proceso del desarrollo humano depende de qué tan funcional es su sistema, tanto en su estructura y modos de convivir, como en el tipo de comunicación y vínculos afectivos que establece en las relaciones sociales e íntimas que construye. En este sentido, Alcaina y Badajoz (2004) han enmarcado las familias desde su operatividad en dos grandes tipos: **la familia funcional**, que se caracteriza por el cumplimiento eficaz de sus funciones, la presencia de un sistema de relaciones que permite el desarrollo de la identidad y la autonomía de sus miembros, cuenta con flexibilidad en las reglas y roles para la solución de los conflictos, tiene la capacidad de adaptarse a los cambios y presenta una comunicación clara, coherente y afectiva que permite compartir y superar los problemas. La otra **familia** es la de tipo **disfuncional**, que presenta negativos niveles de autoestima en sus miembros y la presencia de una comunicación deficiente y malsana que se manifiesta en comportamientos destructivos y a veces violentos, que limita el libre desarrollo de la personalidad de sus integrantes, lo cual afecta con mayor fuerza a la población infantil y adolescente. La familia disfuncional, ante situaciones que generan estrés, responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, por lo que carece así de motivación y ofrece resistencia al cambio (p. 6. Las negritas me pertenecen).

Coleman y Hendry (2003) mencionan:

Nuestra comprensión de la familia ha experimentado un profundo cambio durante la última parte de este siglo. Actualmente, una proporción significativa de niños y jóvenes crece en familias encabezadas por un solo progenitor o en las que se ha producido algún cambio en la relación de los padres.

Así mismo, Coleman y Hendry (2003) señalaron que:

Varios estudios han indicado que la edad es un factor que debe tenerse en cuenta, especialmente a causa de la autonomía emocional cada vez mayor del joven y las oportunidades de apoyo social fuera de la red familiar. Hetherington, comunica que los que experimentan el divorcio durante el período previo a la adolescencia continúan manifestando dificultades de ajuste en la adolescencia, y Wallerstein y Blakeslee revelan que los que eran muy pequeños en el momento del divorcio experimentan dificultades en la adolescencia que no se manifestaron durante la infancia. (p. 98)

Educación familiar: Al pensar en el contexto familiar y sus efectos sobre los jóvenes y su desarrollo, es importante examinar el papel de los padres, y en específico su estilo de educación.

El esquema desarrollado por (Maccoby y Martin, citados en Coleman y Hendry, 2003) plantea una clasificación de los padres de acuerdo al tipo de educación y lo hace de la siguiente manera:

Los padres pueden variar en exigencia y en sensibilidad, para dar cuatro tipos de comportamiento educativo. **Se puede clasificar a los padres como indulgentes, indiferentes, con autoridad y autoritarios.** Los padres autoritarios dan gran valor a la obediencia y la conformidad. Es más probable que castiguen por una mala conducta, y tienden a no fomentar la autonomía. Los padres con autoridad son cálidos pero firmes. Establecen normas y se atienen a los límites, pero es más probable que den explicaciones y que razonen con el joven a que castiguen. Los padres indulgentes (o permisivos) se comportan de una manera benigna y aceptadora, pero esencialmente pasiva. Es poco probable que establezcan normas o que tengan expectativas elevadas para sus hijos, y no ven el castigo como importante. Por último, los padres indiferentes a menudo reciben el calificativo de descuidados. Este grupo está poco enterado de lo que hacen sus hijos e intenta minimizar el tiempo dedicado a actividades de cuidado del adolescente (p. 89. Las negritas me pertenecen).

Henry y Coleman (2003) refieren:

Con la adolescencia, surge un sentido creciente de pérdida de control, aunque habrá desde luego muchas variaciones individuales. La noción de control percibido nos ayuda a comprender qué sienten los padres que creen que tienen cada vez menos influencia sobre sus hijos adolescentes. Cuando los padres ven que pierden el control sobre el comportamiento del joven, es probable que hagan una de dos cosas. Pueden volverse más ansiosos y acudir a un uso cada vez mayor de la disciplina coercitiva. Este grupo de padres es el que tiene más posibilidades de utilizar métodos físicos de castigo, y todos los datos muestran que los resultados para las familias en que se utilizan estas estrategias no son buenos. Por otra parte, los adultos que tienen un control percibido bajo pueden deprimirse y desarrollar una sensación de indefensión sobre su rol de padres. En estas situaciones, ambos progenitores tienden a rendirse y dejar que sus hijos adolescentes sigan su propio camino, mostrando estilos de educación permisivos o indulgentes (p. 101).

Comunicación familiar: Al hablar de comunicación familiar, Rebeca Antolínez (1991), en la revista “Avances en enfermería”, menciona primeramente el concepto de comunicación y la define de la siguiente manera:

Comunicación es el proceso por el cual se intercambia información, ideas, creencias, valores y sentimientos entre dos o más personas. La comunicación incluye un mensaje, un transmisor y un receptor. La persona que da el mensaje es el transmisor y quien lo recibe el receptor; ambos cambian los papeles de receptor y transmisor con frecuencia durante la comunicación (p. 37).

(Gallego, citado en Prettel y Saduño, 2010) también clasifica en uno de sus escritos sobre comunicación los componentes que, a su juicio, intervienen en la dinámica comunicativa de las familias, y estos son:

1. Los mensajes verbales y no verbales, que les dan el contenido de la interacción, formando un todo en la comunicación y utilizándose para crear significados familiares, creando realidades y significados diferentes al acto.
2. Las percepciones, sentimientos y cogniciones, así como las emociones y los estados de ánimo de los que participan en la comunicación son elementos que influyen en el proceso de interpretación y comprensión.
3. Los contextos en los que se desarrolla la comunicación que abarca la cultura, el lugar, el periodo histórico, el ambiente cercano como la disposición de los espacios.

En cada familia se acentúa una u otra forma de comunicación y la interacción entre receptor y transmisor varía en forma, intensidad y duración lo que hace que esta sea más o menos funcional. Igualmente, estas formas de comunicación aprendidas en el hogar, son aplicables y afectan las relaciones sociales en las instituciones educativas y laborales, entre otras. Coleman y Hendry (2003) mencionan: “La calidad de la comunicación entre los padres y los jóvenes variará según un conjunto de variables. Noller y Callan, proponen que el origen social, la edad del joven y las creencias religiosas afectan a la comunicación dentro del hogar” (p.88).

Violencia: La violencia no es un problema nuevo, sin embargo, ha estado latente en la sociedad a lo largo de la historia y tiene una relevancia creciente en todos los contextos sociales y culturales.

La Organización Mundial de la Salud menciona:

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (¶1).

La violencia trae consigo graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta realidad, es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los agresores.

(Alonso [et al.], 2003) menciona en *Violencia Doméstica*:

La OMS incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos:

Violencia familiar: Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

Violencia de género: Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluida las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Cuando se ejerce violencia, uno de las causas más comunes dentro de la sociedad es el problema de discriminación de género, que afecta a las mujeres sin distinción de edad.

(Alonso [et al.], 2003) señala:

Es necesario mencionar lo que algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer: las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer. La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos.

De acuerdo a la nota publicada por E. Trejo en el periódico *El independiente de Hidalgo*:

En el estado de Hidalgo, 63.5 por ciento de mujeres sufrió al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación en los espacios escolar, laboral, comunitario, familiar o en su relación de pareja, alguna vez en su vida, reveló INEGI con base en cifras de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016.

Lo cual nos hace suponer que el contexto de las comunidades de la Huasteca Hidalguense, más de una mujer o adolescente ha sido víctima de violencia. Por lo cual convendría considerarse este factor como un factor de riesgo muy importante en generar rasgos depresivos en los adolescentes.

2.3.5 Área social

Los grupos de iguales no son específicos de la adolescencia, ni aparecen por primera vez en estos años. Sin embargo, tienen un papel especial en este estadio y, en este período del ciclo

vital, la sociedad adulta les concede gran atención. El ser humano está día a día en constante interacción con los entornos que lo rodean. Toda nuestra conducta social depende de cómo percibimos a la gente o a cierto grupo social.

En la adolescencia, es común que los jóvenes busquen integrarse a ciertos grupos sociales con los cuales comparten gustos, pensamientos o experiencias en común, dichos grupos pueden ser para benéfico o no de la persona.

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (OMS, ¶3).

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas (OMS, ¶9).

Para empezar, definiremos el concepto de socialización, el cual se refiere al “proceso mediante el cual los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, valores, necesidades y motivaciones... todas las cuales conforman la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural que viven” (Inkeles, citado en Juárez, 2003).

Coleman y Hendry, (2003), señalan:

En el proceso de socialización, los diversos adultos (padres, profesores, líderes de la juventud) con los que el joven interactúa son relevantes como modelos de rol y agentes sociales, pero también son importantes las funciones del yo, la competencia percibida y la identidad coherente. El joven se compromete en un proceso en el que la clave para la maduración psicológica es dar sentido al mundo social y encontrar en él un lugar confortable (p. 60).

Lo cual nos quiere decir que los jóvenes se comprometen a interactuar de manera óptima cuando el grupo del que desean formar parte les resulta totalmente significativo y placentero.

(Dunphy, 1972 citado en Coleman y Hendry, 2003) indicó:

Los grupos de jóvenes se forman en las sociedades en que las familias o los parientes —grupos en cuyo ingreso tenemos poca o ninguna elección— no pueden proporcionar a los jóvenes las destrezas y los roles que necesitan para funcionar de manera eficaz en el entorno social más amplio. Dunphy mantenía que la participación en los grupos de jóvenes era necesaria para acceder a la autorregulación y para construir una identidad adulta. De esta manera, los adolescentes se imbrican en una red compleja de relaciones que forman un continuo que implica a los mejores amigos, los amigos íntimos, los conocidos, los grupos de iguales y las relaciones románticas. Estos grupos permiten al joven cierto grado de elección en la decisión de ingresar o no en ellos (p. 149).

Papalia (2003) refiere:

Una fuente importante de apoyo emocional durante la compleja transición de la adolescencia, así como una fuente de presión para desarrollar comportamientos que los padres reprueban, es el grupo de iguales. El grupo de iguales es una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral; un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres. Es un lugar para formar relaciones íntimas que sirven como ensayo para la intimidad adulta (p. 409).

De igual modo menciona:

Las interacciones entre iguales son en su mayor parte diádicas, de uno a uno. Aunque los mantienen sus amistades individuales, las pandillas o camarillas —grupos estructurados de amigos que hacen cosas juntos— adquieren mayor importancia. Un tercer tipo más grande de agrupamiento, que por lo general no existe antes de la adolescencia, no se basa en las interacciones personales, sino en la reputación, imagen o identidad. La pertenencia a la muchedumbre es una construcción social, un conjunto de etiquetas mediante las cuales los jóvenes dividen el mapa social con base en el vecindario, origen étnico, posición socioeconómica u otros factores como los atletas, los drogadictos, los nerd” (Papalia, 2003, p. 409).

A lo que (Brown y Klute, 2003, citados en Papalia, 2003) responden que “Esos tres niveles de agrupamientos pueden existir de manera simultánea y sobreponerse entre sus integrantes, los cuales pueden cambiar con el tiempo. Las afiliaciones a las camarillas y grupos suelen flexibilizarse a medida que progresa la adolescencia”.

Amistad: La amistad se puede definir como una manifestación de afecto personal, puro y desinteresado, que crece y se fortalece con el otro. Para que se desarrolle, es fundamental que las personas sean amables, sinceras y generosas. En otras palabras, no hay amistad donde no hay preocupación por el otro (¶ 1).

En este punto, (Berndt y Perry, citados en Papalia, 2003) indican:

Es probable que la intensidad e importancia de las amistades y la cantidad de tiempo que se pasa con los amigos sean mayores en la adolescencia que en cualquier otro momento del ciclo de vida. Las amistades tienden a incrementar su grado de reciprocidad, equidad y estabilidad. Las que son menos satisfactorias pierden importancia o se abandonan. Una mayor intimidad, lealtad e intercambio con los amigos señalan la transición a un tipo de amistad más parecida a la que establece un adulto. Los adolescentes empiezan a depender más de los amigos que de los padres para obtener intimidad y apoyo, y comparten más confidencias que los amigos más jóvenes (p. 410).

(Buhrmester citado en Papalia, 2003), dice:

La mayor intimidad de la amistad adolescente refleja un desarrollo cognoscitivo y emocional. Los adolescentes tienen ahora mayor capacidad para expresar sus pensamientos y sentimientos privados. Les resulta más fácil considerar el punto de vista de otra persona y les es más sencillo entender los pensamientos y sentimientos de un amigo. La mayor intimidad refleja la preocupación por llegar a conocerse. Confiar en un amigo los ayuda a explorar sus propios sentimientos, definir su identidad y validar su autoestima (p. 410).

(Berndt y Perry, citados en Papalia, 2003) indican:

La capacidad para la intimidad se relaciona con el ajuste psicológico y la competencia social. Los adolescentes que tienen amistades estrechas, estables y que brindan apoyo por lo general tienen una alta opinión de sí mismos, obtienen buenos resultados en la escuela, son sociables y es poco probable que se muestren hostiles, ansiosos o deprimidos (p. 410).

Con lo antes expuesto, podemos identificar la gran importancia que tienen las amistades durante la etapa de la adolescencia, ya que con estas relaciones el joven desarrolla ciertos sentimientos o capacidades que le permitirán funcionar de manera más adecuada en sus entornos, ya sea escolar, familiar y social.

Desarrollo afectivo: Primeramente, definamos qué son las relaciones románticas, de acuerdo a (Bouchey y Furman, citados en Papalia, 2003):

Las relaciones románticas son una parte esencial del mundo social de la mayoría de los adolescentes pues contribuyen al desarrollo de su intimidad e identidad. Al inicio de la pubertad, la mayoría de los jóvenes heterosexuales de ambos sexos empiezan a pensar y a interactuar más con los miembros del sexo opuesto. Por lo general, pasan de los grupos mixtos o citas en grupo a relaciones románticas individuales que, a diferencia de las amistades con el sexo opuesto, informan que implica pasión y un sentido de compromiso (pp.410-411).

La etapa de la adolescencia es sinónimo de muchas nuevas experiencias y cambios, sin duda las relaciones románticas y la sexualidad, forman parte de dichos procesos los cuales comienzan en la adolescencia y perduren por un periodo largo de la vida.

Se dice que “Las relaciones románticas adquieren mayor intensidad e intimidad en la adolescencia. Los adolescentes jóvenes piensan sobre todo en cómo puede afectar una relación romántica su posición en el grupo de compañeros” (Bouchey y Furman, citados en Papalia, 2003, p. 411). Furman y Wehner citados en Papalia (2003) agregaron que “Sólo en la adolescencia tardía o la adultez temprana las relaciones románticas empiezan a satisfacer todo el espectro de necesidades emocionales que esas relaciones pueden atender y luego sólo en relaciones relativamente a largo plazo” (p. 411).

Es importante mencionar que la **violencia en el noviazgo** es un problema importante. Papalia (2003) menciona:

Las tres formas comunes de violencia en el noviazgo son: **Física:** cuando la pareja es golpeada, pellizcada, empujada o pateada. **Emocional:** cuando la pareja es amenazada o sufre abuso verbal. **Sexual:** cuando se obliga a la pareja a participar en un acto sexual no consentido (pp. 411-412. **Las negritas me pertenecen).**

Dicho lo anterior, entendamos la violencia física como las lesiones corporales infligidas de forma intencional, la violencia emocional como el daño que se ejerce mediante humillaciones, insultos, sometimiento, aislamiento social, prohibiciones, celos obsesivos, por mencionar algunos, finalmente la violencia sexual como los actos que atenten contra los

derechos sexuales y reproductivos de la persona, así como todo aquello que atente contra la salud sexual de la persona, por ejemplo, una violación, el acoso sexual, etc.

La OMS, la define como:

Aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima (¶ 1).

Es importante ser conscientes de los daños psicológicos y físicos que pueden vivir los adolescentes que están inmersos en una relación en la cual viven violencia.

Papalia (2003) menciona:

Además del daño físico causado por este tipo de maltrato, los adolescentes que son víctimas de la violencia en el noviazgo son más propensos a tener un mal desempeño escolar y a involucrarse en conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol. Esos estudiantes también son proclives a los trastornos alimentarios, depresión y suicidio (p. 412).

Sexualidad adolescente: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (¶3)

Como el concepto lo dice, la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida. No es de extrañarse que en la adolescencia los jóvenes comiencen a experimentar y vivan este proceso fisiológico y emocional.

Papalia (2003) menciona:

Verse a sí mismo como un ser sexuado, reconocer la propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales y establecer vínculos románticos o sexuales, son aspectos que acompañan a la adquisición de la identidad sexual. La conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo. Si bien éste es un proceso impulsado por factores biológicos, su expresión está definida en parte por la cultura (p. 395).

Es importante que los adolescentes se reconozcan como seres sexuados y sean conscientes de todos los cambios que conlleva el desarrollo de su sexualidad y de qué manera esta influye en ellos.

Coleman y Hendry (2003) señalan:

El desarrollo sexual es una fibra central de toda la experiencia adolescente, y subyacente a él está la maduración biológica, que comienza al principio de la pubertad y continúa durante 3 ó 4 años, al menos. Sin embargo, el desarrollo sexual no sólo implica cambio biológico, sino también crecimiento y maduración en los mundos social y emocional de las personas jóvenes (p. 106).

Para Erikson, citado en Coleman y Hendry (2003):

La intimidad implica apertura, compartir, confianza y compromiso. Así, una experiencia de intimidad contribuye al desarrollo de la identidad y la madurez, a través de las oportunidades para la exploración de sí mismo. La relación íntima permite a la persona joven levantar un espejo ante el/ella misma, aun cuando sea distorsionado, y experimentar además un sentimiento de extraordinaria proximidad a otro, que debe repetir en alguna manera el contacto entre madre e hijo en la lactancia. Quizá por esta razón enamorarse durante los años adolescentes tiene una intensidad diferente de la experimentada en la edad adulta (p. 114).

Por último, Coleman y Hendry (2003), señalan:

Las relaciones íntimas de naturaleza sexual durante este estadio del desarrollo provocan un efecto muy fuerte en el ajuste de la persona joven. Como hemos señalado, estas relaciones tienen un papel importante que desempeñar en la construcción gradual, a veces dolorosa, de una identidad coherente, aunque pueden durar poco, estas experiencias moldean las elecciones futuras, así como las percepciones de autovaloración. Si la persona joven resuelve la ruptura de la relación sin demasiado trauma, y sale más rica y más sabia en algún sentido, el paso siguiente puede ser mucho más maduro evolutivamente. Por otra parte, si la pérdida es demasiado dolorosa, y la experiencia no se integra por entero en otros aspectos del crecimiento, puede pasar algún tiempo antes de que pueda tener lugar un nuevo aprendizaje. En todo caso, no deberíamos subestimar la significación de las relaciones íntimas para los adolescentes (p. 116).

En conclusión, la sexualidad en la adolescencia y las relaciones afectivas y sexuales, juegan un papel muy importante en la vida del joven, ya que estas sirven para generar cierta estabilidad en la vida del adolescente y de igual forma construyen conforme a los procesos que las viven, los conocimientos y las experiencias que podrán ayudarle a prevenir futuras decisiones en cuanto a las relaciones afectivas que quiere tener. Viendo desde ese punto las

relaciones adolescentes, es importante conocer qué tipo de relaciones están teniendo los adolescentes y de qué manera han influido en su estabilidad emocional, social, educativa y familiar.

Consumo de sustancias: La preocupación adulta se ha centrado, en particular, en el uso de drogas y alcohol, el consumo de cigarrillos, marihuana, etc. La mayor parte de estos comportamientos son inapropiados para las personas en proceso de crecimiento (Coleman y Hendry. 2003, p. 130).

Papalia (2003) menciona:

Aunque la gran mayoría de los adolescentes no abusan de las drogas, una importante minoría sí lo hace. El abuso de sustancias implica el consumo dañino de alcohol o de otras drogas que puede dar lugar a la dependencia a las drogas o adicción, la cual puede ser fisiológica, psicológica o ambas y es probable que continúe en la adultez. Las drogas adictivas son en especial peligrosas para los adolescentes porque estimulan partes del cerebro que continúan su desarrollo durante la adolescencia (p. 367).

En la etapa de la adolescencia es muy común que los jóvenes están expuestos y en mayor contacto con las sustancias ilícitas, esto resulta preocupante, debido a que muchos de los adolescentes pueden ser más vulnerables que otros a caer en un consumo frecuente de la sustancia y llegar a generar una dependencia a ella, ya sea a nivel fisiológico, psicológico o ambas. Además de una dependencia es muy probable que esta desencadene en el adolescente algún tipo de depresión. Por ello, es necesario conocer, los factores de riesgo, (Hendry y Kloep, citados en Coleman y Hendry, 2003) ofrecen las tres categorías siguientes de comportamiento de asunción de riesgos:

En primer lugar, hay **comportamientos de búsqueda de emociones**. Son conductas excitantes o de búsqueda de sensaciones que activan y ponen a prueba los límites de las propias capacidades. Estos comportamientos se pueden observar en niños lo mismo que en adolescentes y adultos. Lo que distingue el comportamiento de búsqueda de emociones adolescente es una combinación de frecuencia (toman parte en estas actividades más a menudo que los adultos para ponerse a prueba a sí mismos y aprender) y recursos (tienen más acceso que los niños al dinero y al tiempo, y como resultado de su experiencia limitada, carecen de juicio de sus propias

capacidades y el alcance del riesgo que están corriendo). En segundo lugar, hay **comportamientos de asunción de riesgos controlados por la audiencia**. Para ser aceptados, encontrar un lugar en un grupo de compañeros y establecer una posición social, las personas tienen que demostrar algunas cualidades y capacidades. Así, es obvio que la mayoría de los comportamientos peligrosos precisan una audiencia. En tercer lugar, hay **comportamientos de asunción de riesgos que son conductas irresponsables**. No se realizan a causa del peligro que suponen, sino a pesar de él, para lograr otras metas deseadas. Estos comportamientos irresponsables demuestran la incapacidad de los individuos para ver las consecuencias a largo plazo o, si éstas son evidentes, su falta de disposición para abstenerse de estas actividades a causa de las ventajas a corto plazo percibidas. Ejemplos de estos comportamientos son el fumar y el beber, no hacer ejercicio o practicar el sexo sin protección. Es obvio que comportamientos como emborracharse o no utilizar preservativos no son atractivos a causa de los riesgos que suponen, pero se mantienen por otras razones que son transitoriamente más importantes que estas consecuencias (pp. 130-131).

Redes sociales: La forma en que muchos adolescentes se comunican ha cambiado por la explosión de las tecnologías de comunicación en línea (como la mensajería instantánea, el correo electrónico y los mensajes de texto) y de los sitios de redes sociales como FaceBook, Twitter, WhatsApp, Instagram, etc.

Papalia (2003) menciona:

Como grupo, los adolescentes son los principales usuarios de las tecnologías de interacción social. Pasan más tiempo en línea que los adultos y la mayor parte de su tiempo en línea lo dedica a comunicarse. Las primeras investigaciones sugerían que la comunicación en línea podía disminuir la conexión social de los adolescentes con sus amigos y familiares. Algunos estudios sobre los efectos del uso de internet en la década de 1990 e inicio de la década del 2000 demostraron que los adolescentes que pasaban mucho tiempo en internet estaban menos tiempo con sus amigos, tenían menos amigos y mostraban menor contacto social y bienestar (p. 411).

Las redes sociales son un medio de comunicación actual muy importante. Los jóvenes las utilizan principalmente como fuente de contacto con otras personas, ya sea que estén en la misma ciudad o en cualquier parte del mundo. La desventaja de las redes de las redes sociales, es el abuso de estas, qué tanto tiempo los jóvenes dedican a ellas y hasta qué punto han modificado su conducta social e intervenido a nivel emocional. Tal como lo dice Papalia (2003):

El efecto del mayor uso de internet ha cambiado de negativo a positivo a medida que Internet ha ido creciendo y que las salas públicas de conversación han sido reemplazadas por tecnologías más complejas como la mensajería instantánea y Facebook (p.411).

(Valkenburg y Peter, citados en Papalia, 2003) señalan:

Se ha identificado a la capacidad de la comunicación en línea para facilitar las revelaciones personales como la razón principal de la mejoría en el contacto social y el bienestar. En los entornos en línea, en que se reducen las señales visuales y auditivas del contexto, es común que los individuos desarrollen una intimidad inusual. Les preocupa menos la forma en que son percibidos por los demás y se sienten más libres para expresarse (p. 411)

Cabe destacar, que lo importante es conocer las desventajas que tienen las redes sociales en el desarrollo del adolescente y conforme a lo anterior se puede deducir que el elemento principal que se ve afecta es el área social, ya que el adolescente que pasa mucho tiempo en las redes sociales ya sea desde un dispositivo móvil o una computadora o pc, poco a poco van dejando de lado o perdiendo las habilidades que antes desarrollaron para el proceso de comunicación o funcionalidad con las personas que los rodean. También puede ocurrir que los adolescentes lleven un uso desmedido de las redes sociales, que inviertan más tiempo en estar en contacto con sus redes sociales a otras actividades que antes solían ser más importantes.

Acoso escolar: La escuela es un universo en el cual pueden existir relaciones complejas que forman parte de todo el proceso de educación y que involucra a diferentes integrantes: estudiantes, docentes, administrativos, tutores y padres de familia, siendo de suma importancia el que las relaciones se puedan dar de una manera positiva tanto en lo social como en lo rigurosamente pedagógico y académico. Sin embargo, no siempre se tienen relaciones de calidad entre algunos de los integrantes mencionados anteriormente. Actualmente es muy latente que los jóvenes en las escuelas sean parte un proceso de hostigamiento, actuando como agresor, espectador o víctima, el cual es mayormente conocido como acoso escolar o “bullying”.

(Trixia Valle, citada en Fundación en Movimiento) menciona sobre este tema:

Bullying es una palabra inglesa que significa intimidación. En México el 65% de los niños y niñas en edad escolar han declarado haberlo sufrido. El *bullying* o acoso escolar se refiere a todas las formas de actitudes agresivas, intencionadas y repetidas que ocurren sin una razón clara adoptadas por uno o más estudiantes en contra otro u otro. Es molestar a alguien sin importar lo que haga, sólo por el gusto de hacerlo (¶1).

Merayo y Vagabundo (2013) en la guía para padres y alumnos *Acoso escolar*, señalan:

El acto de acoso o intimidación se caracteriza por ser un comportamiento agresivo, repetitivo, metódico y sistemático, que se produce durante un período de tiempo prolongado. El objetivo del acoso es intimidar, tiranizar, aislar, amenazar, insultar, amedrentar, someter emocional e intelectualmente a la víctima, es decir, controlarla a través del pensamiento y /o la acción y satisfacer su necesidad de controlar, dominar, agredir, y destruir a los demás. El agresor hunde y machaca la personalidad y la autoestima de la víctima. En la mayoría de los casos existe un desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima. Este desequilibrio puede ser real o ser una percepción subjetiva por parte de la víctima (p. 8).

De igual manera, refieren:

Todos los protagonistas del proceso de acoso escolar sufren alguna consecuencia en alguna medida, es decir, todas las personas que están involucradas, ya sean de manera activa o pasiva en un proceso de acoso, son víctimas de este proceso. Los acosadores, los espectadores y, por supuesto, las víctimas directas son las que más secuelas negativas sufrirán tanto físicas como emocionales y psicológicas (p. 22).

Visto lo anterior, es importante considerar al *bullying* como un factor de riesgo que puede generar rasgos depresivos en los adolescentes que experimentan de alguna manera este suceso, ya que este tipo de actos tiene repercusiones severas sobre el joven a nivel emocional y psicológico y esto podría generar una inestabilidad en la seguridad, confianza, autoestima y funcionamiento social en el joven.

2.3.6 Factores involucrados en la salud del adolescente

La salud se le conoce al estado de bienestar físico, psicológico y social.

(Mullan y Currie citados en Papalia, 2003) refieren:

Muchos problemas de salud pueden prevenirse ya que son producto del estilo de vida o la pobreza. Los adolescentes de familias menos prósperas suelen manifestar síntomas y problemas de salud de manera más frecuente. Los adolescentes de familias más acomodadas suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física (p. 362).

Algunas cuestiones específicas relacionadas con la salud: condición física, necesidades de sueño, trastornos alimentarios.

Actividad Física: Papalia (2003) menciona que:

El ejercicio, o la falta de él, influyen en la salud física y mental. Los beneficios del ejercicio regular incluyen mayor fuerza y resistencia, huesos y músculos más sanos, control del peso, disminución de la ansiedad y el estrés así como mejora de la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar. El ejercicio también disminuye la probabilidad de que el adolescente participe en conductas de riesgo. Incluso la actividad física moderada ofrece beneficios para la salud si se realiza con regularidad por lo menos 30 minutos al día. Un estilo de vida sedentario puede tener como resultado un mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo II, dos problemas que son cada vez más comunes entre los adolescentes. También puede aumentar la probabilidad de enfermedades cardíacas y de cáncer en la adultez (p. 362).

Resulta muy favorable para los adolescentes realizar actividades físicas, ya que éstas te permiten estar no sólo en mejor estado físico, si no también mental y emocional.

Necesidades del sueño: Se dice que la privación de sueño entre los adolescentes se ha convertido en una epidemia (Hansen y Janssen, citados en Papalia, 2003, p. 362).

Por otro lado, “La privación de sueño puede minar la motivación y ocasionar irritabilidad, además de afectar la concentración y el desempeño escolar” (Papalia, 2003, p. 362).

Papalia (2003) planteo la siguiente pregunta, a la cual dio respuesta:

¿Por qué permanecen despiertos hasta muy tarde los adolescentes? Tal vez porque tienen que hacer tareas, quieren hablar o enviar mensajes de texto a sus amigos, navegar en la red o simplemente para parecer mayor. Sin embargo, los expertos reconocen que detrás de los problemas de sueño de los adolescentes hay cambios biológicos (p. 363).

Nutrición y trastornos alimentarios: La buena nutrición es importante para apoyar el rápido crecimiento de la adolescencia y para establecer hábitos alimentarios saludables que se prolonguen en la adultez (Papalia, 2003, p. 363).

(Vereecken y Maes, citados en Papalia, 2003) mencionan “En todo el mundo la mala nutrición es más frecuente entre las poblaciones económicamente deprimidas o aisladas, pero también puede ser resultado de la preocupación por la imagen corporal y el control del peso” (p. 363).

Los trastornos alimentarios suelen ir en aumento.

De acuerdo a lo que plantean (Swallen y Reither, citados en Papalia, 2003): “Los adolescentes con sobrepeso suelen tener más problemas de salud que sus pares y es más probable que les resulte difícil asistir a la escuela, realizar tareas domésticas o participar en actividades agotadoras o de cuidado personal” (p. 364). La genética y otros factores como la regulación ineficaz del metabolismo y, por lo menos en las niñas, síntomas depresivos y tener padres obesos pueden incrementar la probabilidad de obesidad en el adolescente (Morrison, citado en Papalia, 2003, p. 364).

En ocasiones, la determinación de no subir de peso puede provocar problemas más graves que el sobrepeso en sí. La preocupación por la imagen corporal puede dar lugar a esfuerzos obsesivos por controlar el peso. Este patrón es más común entre las niñas que en los varones y es menos probable que se relacione con problemas reales de peso.

En cuanto a los trastornos alimenticios, Papalia (2003) comenta:

La preocupación excesiva por el control del peso y la imagen corporal puede ser un síntoma de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa, dos trastornos que implican patrones anormales de consumo de alimento. Esos trastornos crónicos se presentan en todo el mundo, sobre todo entre las adolescentes y las mujeres jóvenes. La idea de que estos trastornos son resultado de la presión cultural para ser delgados es demasiado simplista; factores biológicos, entre ellos los genéticos, juegan un papel de igual importancia (p. 364).

Finalmente, es importante mencionar la relevancia de cada uno de los temas señalados en este marco teórico, todos tienen cierto grado de importancia en la etapa de la adolescencia, desde hablar de depresión, cambios físicos y cognoscitivos, hasta abordar las distintas áreas que

conforman la vida de los jóvenes (familiar, social, educativa), es por eso que dichos temas nos ayudan a dar sustento a la investigación y se pueden tomar como un parteaguas para responder la pregunta de investigación.

Capítulo III: Metodología de la investigación

3.1 Metodología de la investigación

Primeramente, es necesario mencionar que “la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema” (Sampieri, 2014, p. 4).

Para realizar esta investigación se utilizó el método cualitativo; Sampieri (2014), refiere:

El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; *Encyclopedia of Educational Psychology*, 2008; Lahman y Geist, 2008; Carey, 2007, y DeLyser, 2006, citados en Sampieri, 2014, p. 358). El enfoque cualitativo es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico (Marshall, 2011 y Preissle, 2008, citados en Sampieri, 2014, p. 358).

Sampieri (2014) enuncia algunas características que posee el método cualitativo, entre las cuales se mencionan las siguientes:

1. El investigador o investigadora plantea un problema, pero no sigue un proceso definido claramente. Sus planteamientos iniciales no son tan específicos como en el enfoque cuantitativo y las preguntas de investigación no siempre se han conceptualizado ni definido por completo.
2. En la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría y luego “voltar” al mundo empírico para confirmar si ésta es apoyada por los datos y resultados, el investigador comienza examinando los hechos en sí y en el proceso desarrolla una teoría coherente para representar lo que observa (Esterberg, 2002). Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general.
3. En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos; son un resultado del estudio.
4. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades.
5. El proceso de indagación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social definido previamente.
6. La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente).
7. Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias “realidades”, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce en la interacción de

todos los actores. Además, son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio y son las fuentes de datos.

En la aproximación cualitativa hay una variedad de concepciones o marcos de interpretación, que guardan un común denominador: todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto (pp. 8-9).

Estos son algunos argumentos importantes que respaldan la importancia y los beneficios con los que se cuentan al decidir realizar una investigación empleando el método cualitativo.

Para esta investigación el procedimiento metodológico que se ha seguido para llegar a los resultados, comenzó con una compleja investigación en numerosas fuentes bibliográficas como libros impresos, libros electrónicos, revistas, estudios estadísticos, artículos de revista, páginas web de organizaciones e instituciones de salud, resultados de investigaciones previas, etc. lo que permite la sustentación teórica del planteamiento de la investigación, los antecedentes, la descripción del problema, el marco teórico.

Posteriormente, se continuó con el trabajo de campo, donde se utilizaron instrumentos para recabar datos precisos de la investigación tales como lo son encuestas sociodemográficas, cartografías sociales y pruebas psicológicas, todo ello dirigidos a la población estudiantil a evaluar, así mismo se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a los orientadores del plantel con el fin de recabar más información.

Los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas (Inventario de Depresión de Beck-II, Dibujo de la Figura Humana y Dibujo de la Familia) serán obtenidos a través de los manuales de calificación de las mismas, una vez que se hayan calificado todas las pruebas se realizará un análisis general en donde se identifiquen los factores de riesgos más comunes que se obtuvieron en ellas.

Para la encuesta general se utilizó el programa SPSS, que es un software utilizado para el análisis estadístico, con esto se recabaron los datos obtenidos de dicha encuesta, así mismo se utilizará dicho programa para la calificación de la cartografía social.

En cuanto a las respuestas de las entrevistas semi-estructuradas, se reflejaron a través de un análisis de categorías de la información, (Thiebaut, 1998) menciona: “Las categorías son las clasificaciones más básicas de conceptualización que hacen referencia de un tema específico” (p. 33). Esto, permitió conocer las opiniones y comentarios realizados por orientadores educativos y docentes, sobre la percepción que tienen en cuanto a los factores de riesgo que están más latentes en los estudiantes.

Finalmente, después de analizar los datos cualitativos recabados, se presentan los resultados, con la finalidad de dar a conocer las características y los criterios más importantes del problema de investigación por medio de categorías.

El diseño de la presente investigación es de tipo etnográfico, el libro de *Metodología de la investigación*, menciona: “los diseños etnográficos pretenden explorar, examinar y entender sistemas sociales (grupos, comunidades, culturas y sociedades)” (Creswell, 2013, p. 482). Así mismo, “producir interpretaciones y significados culturales desde la perspectiva de los participantes” (LeCompte y Schensul, 2013 y Van Maanen, 2011, p. 482).

(McLeod y Thomson (2009) y Patton (2002), citados en Sampieri, 2014, p. 482) señalan que:

Tales diseños buscan describir, interpretar y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas presentes en tales sistemas. Incluso pueden ser muy amplios y abarcar la historia, geografía y los subsistemas socioeconómico, educativo, político y cultural (rituales, símbolos, funciones sociales, parentesco, migraciones, redes y un sinnúmero de elementos).

3.2 Población y muestra

La población de la investigación son alumnos del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo de la localidad de Tehuetlan en el municipio de Huejutla de Reyes Hidalgo, residentes del mismo y de comunidades cercanas tales como Acuatempa, Tepeolol y Machtetla.

Para esta investigación se tomó una muestra de 74 alumnos de entre 15 y 18 años de edad, de segundo semestre, dos grupos del turno vespertino y dos grupos del turno matutino del; de los cuales 45% fueron hombres y el otro 65% mujeres; un 55% de 15 años de edad, un 39% de 16 años, un 4% de 17 años de edad y por ultimo un 1% de 18 años de edad. Pertenecientes a un grupo socioeconómico bajo.

En este caso la muestra fue no probabilística o dirigida, ya que, de acuerdo con Sampieri (2006) se enfocó a un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (p.176).

3.3 Técnicas e instrumento utilizados

Para la recolección de los datos y la información que se requiere para conocer qué factores de riesgo generan rasgos depresivos en los adolescentes de entre 15 y 18 años, se hará uso de los siguientes métodos de investigación:

FICHA TÉCNICA

Instrumento: Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II).

El nombre del Test en su versión original es "*Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)*".

Autores: Los autores de esta prueba son: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Descripción del instrumento: De acuerdo a lo descrito por el Consejo General de Colegios

Oficiales de Psicólogos, en el documento “Evaluación de Inventario BDI-II”, dicha prueba:

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (p. 5).

Aplicación: Su aplicación puede ser individual o colectiva, en el caso de la presente investigación la aplicación de la prueba psicológica se realizó de manera colectiva.

FICHA TÉCNICA

Instrumento: Dibujo de la familia (interpretación de Louis Corman).

El nombre completo de esta prueba es “*Test del dibujo de la familia*”.

Autor: El test de la familia fue creado por Maurice Porot (1952) y está fundado en la técnica del dibujo libre.

Descripción del instrumento: El objetivo de esta prueba es medir la relación que tiene la persona con los diferentes miembros de la familia. Es una prueba proyectiva-gráfica.

La Revista Virtual Educrea menciona:

Se trata de una prueba de personalidad que puede administrarse a los niños de cinco años hasta la adolescencia. Su uso e interpretación de los principios psicoanalíticos de la proyección, ya que posibilita la libre expresión de los sentimientos de los menores hacia sus familiares, especialmente de sus progenitores y refleja, además, la situación en la que se colocan ellos mismos con su medio doméstico (Vilches, 1987, pág. 84, ¶2).

Aplicación: Su aplicación puede ser individual o colectiva, en el caso de esta investigación se aplicó de manera colectiva.

FICHA TÉCNICA

Instrumento: Test del dibujo de la figura humana de Karen Machover. El nombre completo de la prueba es “*Test proyectivo de la figura humana*”.

Autor: La autora de esta prueba es Karen M. Machover.

Descripción del instrumento: Es un test proyectivo que tiene la finalidad de evaluar la personalidad del sujeto a partir de su auto concepto y la percepción de la imagen corporal.

Aplicación: Su aplicación puede ser individual o colectiva, se puede aplicar a niños, hombres y mujeres de cualquier edad a partir de los 7 años, no importa su nivel cultural o educativo. En la presente investigación su aplicación fue colectiva.

- **Encuesta general**

La encuesta general tiene una función censal, es decir, recabar datos que nos permitan conocer de manera general a la comunidad estudiantil que fue tomada como población y muestra de la presente investigación. Dicha encuesta se aplicó a los 74 alumnos muestra de la investigación.

Es una encuesta que se responde de manera anónima, consta de un apartado de identificación, en donde se señala la edad, el sexo y estado civil. Contiene 11 preguntas las cuáles abarcan el área familiar (con quién vive el joven actualmente, cómo se relaciona y se comunica con esas personas), área económica (de quién depende económicamente, ingreso económico semanal, si el joven trabaja), violencia (si alguna vez el joven ha experimentado violencia) área educativa (si ha considerado dejar la escuela), área social (si pertenece a algún grupo social), cambios físicos y la frecuencia con la que usa redes sociales (véase anexo 1).

La calificación de las respuestas de dicho instrumento se obtuvo mediante el vaciado de datos obtenidos al programa SPSS, el cuál arrojó la frecuencia y el porcentaje de respuestas.

Dicha encuesta se aplicó de manera colectiva.

- **Cartografía social**

El blog “Mente y psicología” menciona el siguiente concepto:

Según Habegger, S. y Mancila. I. (2006), entendemos por cartografía social como la ciencia que estudia los procedimientos en obtención de datos sobre el trazado del territorio, para su posterior representación técnica y artística, y los mapas, como uno de los sistemas predominantes de comunicación de ésta (¶1).

Dicho instrumento fue tomado del programa ATREVE-T realizado por la Fundación Calavera Plumas y Huesos. El objetivo de esta cartografía es identificar cuáles situaciones pre establecidas están más presentes en los ambientes de los estudiantes y la frecuencia de éstas, las cuales se pueden considerar como factores de riesgo que pueden generar depresión.

La cartografía social se dividió en dos partes principales; la primera parte se enfoca en detección de puntos específicos dentro y cerca del plantel, que permita elaborar mapas de intervención y determinar los focos con problemáticas sociales que perjudiquen el pleno desarrollo del alumno (comida chatarra, incompreensión, venta de drogas, robo, bullying y acoso). En la segunda parte se solicitó a los estudiantes que dibujaran símbolos específicos, que ellos observen dentro y fuera del plantel, pero sin buscar el lugar donde se dé con frecuencia dicho evento. Con este instrumento se pretende detectar que los jóvenes detecten de una forma dinámica diferentes problemáticas (alcohol, sexo, ejercicio, juegos electrónicos, tabaco o marihuana, problemas familiares y de pareja, depresión, enfermedades y dificultad para dormir) (véase anexo 2).

Su aplicación se dirigió a los alumnos muestra de la investigación y se realizó de manera colectiva.

- **Entrevista semi-estructurada**

Esta entrevista tiene como objetivo obtener a través de los orientadores, información relevante que nos permita conocer los factores de riesgo que pueden influir en generar rasgos depresivos

que en los adolescentes. Fue dirigida a los dos orientadores del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, plantel Tehuetlan. En dicha entrevista se abarcaron los factores de riesgo vistos desde el área personal (lo que detectan en los alumnos), familiar, social y escolar. Se aplicó a ambos orientadores en el mismo tiempo y espacio, permitiendo así complementar las opiniones de uno y otro.

3.4 Cronograma

Etapa	Enero 2018	Febrero-abril 2018	Mayo-julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018
Capítulo I presentación del problema						
Capítulo II: marco teórico						
Capítulo III Diseño de la investigación						
Capítulo IV Análisis e interpretación de los resultados						
Capítulo V Propuesta de intervención						
Revisión de estilo						

Capítulo IV: Análisis de resultados y conclusión

De acuerdo a los objetivos planteados inicialmente, se llevó a cabo la calificación de los instrumentos aplicados en la investigación, con el fin de obtener los datos relevantes y realizar un análisis que permita detectar los principales factores de riesgo que generan depresión en los adolescentes del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan.

A continuación, se presentan los resultados de los instrumentos aplicados.

4.1 Encuesta general

Se capturaron las preguntas y sus respuestas en el programa SPSS, esto con la finalidad de obtener la frecuencia de ciertos datos económicos, sociales y de cuestión familiar, posteriormente se realizó un análisis descriptivo el cual arrojó las frecuencias y el porcentaje de cada interrogante.

Los datos obtenidos son los siguientes:

1. ¿Con quién vives actualmente?, 74 jóvenes, que representan el 100% de la población refirieron: 1 (1.4%) vivir solo, 7 (9.5%) viven con mamá, 3 (4.1%) viven con papá, 17 (23.0%) viven con ambos, 44 (59.5%) viven con mamá, papá y hermanos, y 2 (2.7%) dijeron vivir con otros.

2. ¿De quién dependes económicamente?, 74 jóvenes, que representan el 100% de la población dijeron depender de su padre o tutor.

3. ¿Cómo es la relación con las personas con las que vives? A lo cual, los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, dijeron: 60 (81.1%) tener una buena relación y 14 (18.9%) contestaron que no tienen una buena relación con las personas con las que vive.

4. ¿Cómo es la comunicación que tienes con las personas con las que vives?, A lo que los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, refirió: 55 (74.3%) que se comunican bien con ellos, 17 (23.0%) dijo casi no tener mucha comunicación y 2 (2.7%) dijo tener una mala comunicación, 2 (2.7%) no contestaron esta pregunta.

5. ¿Has experimentado alguna vez violencia familiar?, de los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 13 (17.6%) dijo sí haber experimentado violencia familiar y 61 (82.4%) dijo no haber experimentado violencia familiar.

6. ¿Cómo te sientes al pertenecer a un grupo social? A lo que de los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 46 (62.2) dijo sentirse identificado con el grupo social, 11 (14.9%) se sienten confundidos entre los ideales del grupo social y los suyos, 13 (17.6%) se divierte, aunque no concuerda mucho con el grupo y 2 (2.8%) no pertenecen a ningún grupo social.

7. ¿Trabajas actualmente? De los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 24 (32.4%) sí trabajan actualmente y 50 (67.6%) no trabajan actualmente.

8. ¿Aproximadamente cuál es tu ingreso económico a la semana? De los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 39 (52.7%) dijeron entre \$10 a \$500, 9 (12.2%) \$500 a \$1000, 5 (6.8%) \$1500 o más y 21 estudiantes (28.4) no respondieron esta pregunta.

9. Has considerado alguna vez dejar la escuela, ¿cuál ha sido el motivo? De los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 6 personas (8.1%) dijo que, por falta de recursos, 17 (23.0%) dijo que, por falta de motivación, 7 (9.5%) por problemas familiares, 4 (5.4%) dijo que por problemas personas y 40 estudiantes (54.1%) no lo han considerado.

10. ¿Consideras que los cambios físicos que experimentas durante la adolescencia han influido en tu estado de ánimo? De los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 53 jóvenes (71.6) respondió que sí han influido, 20 (27.0%) dijo que no ha influido y 1 (1.4%) no contestó esta pregunta.

11. ¿Con qué frecuencia utilizas las redes sociales? De los 74 estudiantes que representan el 100% de la población, 18 adolescentes (24.3%) dijeron que revisan sus redes sociales constantemente, 51 (68.9%) dijo revisar muy poco sus redes sociales, 4 estudiantes (5.4%) dijeron no tener redes sociales y 1 persona (1.4%) no contestó esta pregunta.

De acuerdo a los datos obtenidos, se rescatan los tópicos 1, 2, 7 y 8, que contemplan el área económica y la estructura familiar del adolescente, esto nos permitirá conocer las condiciones sociales y económicas del estudiante, es decir la situación laboral, familiar y comprender de cerca la vida cotidiana en la cual está inmerso el estudiante fuera de la institución. La mayor parte de la población investigada viven con su padre y madre, estas familias se pueden considerar de escasos recursos económicos debido al contexto territorial en el que se encuentran y al nivel de ingresos económicos que se obtuvo en la encuesta.

Por otra parte, a nivel personal los estudiantes consideran que los cambios físicos que experimentan en la adolescencia han influido de alguna manera en su estado de ánimo.

4.2 Cartografía social

Se capturaron cada uno de los símbolos marcados en la cartografía como variables en el programa SPSS, con el fin de conocer cuáles son las situaciones que más identifican los estudiantes dentro y fuera de su plantel, de acuerdo a lo que señalaron los 74 (100%) estudiantes aplicados, se obtuvo lo siguiente:

1. ● Comida chatarra: 70 (94.6%) identificó el consumo de comida chatarra, 4 (5.9%) no marcaron dentro de la cartografía.
2. ■ Incomprensión: 53 (73%) señaló incomprensión y 20 (27%) no lo señalaron.
3. ▼ Venta de drogas: 39 (52.7%) identificaron venta de drogas, 35 (47.3%) no lo señalaron.
4. ✕ Robo: 58 (78.4%) indicó robo, 16 (21.6%) no indicaron robo.
5. ★ Bullying: 39 (52.7%) indicaron bullying, 35 (47.3%) no marcaron este indicador.
6. # Acoso: 38 (51.4%) identificaron acoso y 36 (48.6%) no lo señaló.
7. 🍷 Alcohol: De los 74 (100%) estudiantes, 54 (73%) sí identifico el consumo de alcohol y 20 (27%) no lo señaló.
8. ♥ Sexo: De los 74 (100%) estudiantes, 37 (50%) marcaron este símbolo y 37 (50%) no marcaron este símbolo en la cartografía.
9. 🏃 Ejercicio: 62 (83.8%) estudiantes, identificaron ejercicio y 12 (16.2%) no identificaron este símbolo.
10. 📺 Redes sociales: 68 (91.9%) jóvenes identifican el uso de redes sociales y 6 (8.1) no lo señalaron.
11. 🚬 Tabaco: 58 (78.4%) estudiantes sí señalaron el símbolo, 16 (21.6%) no lo señaló.
12. 🏠 Problemas familiares: 42 (56.8%) jóvenes sí colocaron el símbolo de problemas familiares, 32 (43.2%) no lo indicó.

13.  Problemas de pareja: 36 (48.6%) de los jóvenes señaló problemas de pareja. 38 (51.4%) no lo colocó.
14.  Depresión: 41 (55.4%) señalaron que sí identifican depresión, 33 (44.6%) no identificó.
15.  Enfermedad: 36 (48.6%) identificó enfermedad, 38 (51.4%) no señalaron enfermedad.
16.  Dificultad para dormir: 37 (50%) alumnos señalaron tener dificultad para dormir y otros 37 (50%) no lo señalaron.

De acuerdo a los datos obtenidos, se definen las siguientes problemáticas que tuvieron mayor identificación dentro de los estudiantes. Regularmente, la violencia es asociada por el público en general a la agresividad, pero al examinar con detenimiento este tema nos damos cuenta que no son lo mismo. Hay un tipo de violencia que coexiste en la vida cotidiana a pesar de que no es visible, la violencia simbólica es ejercida por la exclusión que denota el lenguaje, la incomprensión a la juventud, es un factor importante, ya que por lo expresando en dicho instrumento, se observa que los jóvenes refieren que no se les presta demasiada atención a sus problemáticas emocionales, escolares, sociales, ya que estas están condicionadas por su falta de experiencia y el sistema minimiza este tipo de situaciones. Los datos obtenidos proyectan la incomprensión no sólo en el área familiar, sino también en el área educativa.

De igual manera la violencia subjetiva a diferencia de la simbólica sí es física y es detectable a simple vista, el bullying, robo y acoso, son acciones ejercidas diariamente por un sinnúmero de actores sociales, esto puede verse tanto más frecuentemente en las instalaciones

educativas, aunque no se descarta la presencia de este tipo de violencia en los hogares de los jóvenes y en las calles.

Otro punto importante son los alarmantes índices de consumo de las diferentes sustancias legales e ilegales reflejadas en este instrumento, esto pone al descubierto el fácil acceso que los jóvenes tienen a dichas sustancias, lo cual se considera un punto alarmante que puede influir tanto en la salud física y emocional, como un problema social y educativo.

4.3 Pruebas psicológicas

Se realizó la captura de las 3 pruebas aplicadas a los 74 alumnos, se capturaron cada uno de los indicadores presentes en las pruebas, con la finalidad de obtener la moda de cada uno de los criterios de dichas pruebas.

- **Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II).**

30 alumnos obtuvieron puntajes de 0 a 13, lo cual corresponde a un índice de depresión mínima

- **Dibujo de la familia**

1. Plano gráfico

Fuerza del trazo: 48 jóvenes efectuaron pruebas con trazos fuertes, lo cual nos indica pasiones poderosas, audacia, violencia, en la mayoría de la población investigada.

Amplitud: 58 jóvenes realizaron trazos cortos, los trazos cortos pueden indicar una inhibición de la expansión vital y una fuerte tendencia a- replegarse en sí mismo.

Ritmo: 49 jóvenes ejecutaron su prueba con ritmo, esta tendencia rítmica puede convertirse en una estereotipia y significa que la persona ha perdido una parte de su espontaneidad y que vive apegado a las reglas.

Sector de la página: 39 jóvenes ubicaron sus dibujos en la parte superior de la hoja, el sector superior se relaciona con expansión imaginativa, se le considera la región de los soñadores e idealistas.

2. Plano estructural

Tipo racional: 62 de los jóvenes plasmaron su dibujo de forma racional, esta manera de dibujar se considera en personas más inhibidas y guiadas por las reglas.

3. Interpretación psicoanalítica

Desvalorización: 44 jóvenes realizaron este criterio, la desvalorización consiste en negar la realidad a la cual el sujeto no puede adaptarse.

En base a la aplicación de este instrumento, se obtuvo el mundo familiar del adolescente a su modo, con el fin de conocer más de cerca lo que el joven vive en su entorno familiar, aquí se rescata que la población niega con énfasis las situaciones de ansiedad o aquellas situaciones a las que el sujeto no puede adaptarse.

- **Test del dibujo de la figura humana de Karen Machover**

Orejas: 18 alumnos cumplen con este criterio, a esto le dan énfasis los sujetos muy sensibles a la opinión ajena, los psicóticos que padecen alucinaciones auditivas, las personalidades con rasgos paranoides, los esquizoides, los sujetos que tienen problemas de homosexualidad y los rebeldes a la autoridad.

Pelo desordenado: 21 alumnos dibujaron el pelo desordenado, lo cual es índice de conflicto sexual.

Cuello corto: 18 estudiantes dibujaron el cuello corto, esto es un indicador para los impulsivos y mal humorados.

Botones: 21 jóvenes dibujaron botones, este criterio se ve en los sujetos dependientes, infantiles e inadaptados.

Zapatos: 36 alumnos dibujaron los zapatos ya sea con forma de pene, borraduras, sombreado o cambio de líneas, este criterio refiere en los hombres conflicto con su potencial sexual y en las mujeres fuertes impulsos sexuales.

En base a lo obtenido, se puede decir, que en general los resultados indican jóvenes con susceptibilidad a la opinión ajena y rebeldía a la autoridad, además de impulsividad y mal humor, aunado a dependencia, infantilismo y posibles problemas de adaptación, así mismo, se obtuvieron indicadores de conflicto sexual en hombres y fuertes impulsos sexuales en las mujeres.

4.4 Entrevista a orientadores

1.- ¿Qué factores de riesgo ha observado en los adolescentes a nivel personal?

-Considero que muchas veces hace falta que los jóvenes exterioricen lo que sienten. Por mi experiencia trabajando con ellos puedo decir que son pocos los alumnos que se acercan a uno como docente u orientador para expresar sus emociones y sentimientos. La realidad es que hay muchos jóvenes reprimidos.

-Pienso que la etapa de la adolescencia en sí ya es difícil, muchas veces los alumnos tienen muchos cambios tanto físicos, como en lo educativo, vienen de la secundaria al bachillerato, van de una emoción a otra, los cambios hormonales están en su día a día.

-Creo que los jóvenes actualmente, no saben cómo resolver sus crisis emocionales, muchas veces no saben ni identificar sus emociones y por lo mismo no saben cómo hacer frente a los problemas que están viviendo, se sienten culpables, como que nadie los entiende.

2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo que considera que experimentan los adolescentes a nivel familiar?

-Cuando vienen los padres de familia a la escuela o hacemos visitas domiciliarias nos damos cuenta que existe un problema de comunicación familiar, es muy poca. Los padres de familia a veces muestran poco interés en los hijos y eso hace los alumnos desinteresados también. En algunas familias no hay una buena relación entre padres e hijos.

-Muchos de los alumnos viven con sus abuelos, ya que los padres se van a trabajar a otras ciudades del país para suplir las necesidades básicas, como un hogar, la alimentación, etc. En estos casos, pareciera que el chico vive sólo, no obedecen a sus abuelos y ellos son personas de mayor edad que nos han dicho “no nos hacen caso, maestra, nosotros qué más podemos hacer”.

-Los padres de familia no tienen muestras de cariño con sus hijos, son muy fríos.

-Muchas veces los padres de familia sólo mandan a sus hijos a la escuela por las becas económicas.

-El nivel socioeconómico de las familias es algo que vemos que influye, hay muchos estudiantes que a veces no tienen que comer, están mal alimentados.

3.- ¿Cuáles son los factores de riesgo a nivel social, que usted considera que están presentes en la vida de los adolescentes?

-Principalmente y porque lo he visto, considero que las drogas legales como ilegales son un problema grave que influye y está cerca de nuestros jóvenes, tenemos alumnos adictos, vendedores y consumidores.

-Las costumbres y tradiciones, refiriéndonos a la ideología de las personas de que sí un alumno tuvo parálisis del sueño, ellos piensan que se le metió el diablo.

-Los círculos de amistades de los adolescentes, hemos tenido alumnos que no han sabido elegir sus amistades y han tomado las decisiones correctas.

-Las relaciones amorosas, no en todos los casos, pero en la mayoría los jóvenes viven algún tipo de violencia en el noviazgo.

4.- ¿Cuáles son los factores de riesgo que existen a nivel escolar en los adolescentes?

-El bullying, está presente en la mayoría de los grupos, no lo ejercen todos los alumnos, pero si existe este problema.

-He identificado en los adolescentes mucha apatía por sus materias, muchas veces la materia no les gusta y el docente menos.

4.5 Análisis de la información

¿Cuáles son los factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los adolescentes del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan?

Categorías

1. La primera categoría es el autocontrol la cual comprende la impulsividad, el malhumor, la rebeldía a la autoridad, la falta de adaptación, la violencia y las fantasías.

2. La segunda categoría es la de factores sociales, en los cuales se abarca acoso, bullying, robo, venta de drogas, redes sociales y grupos sociales.

3. La tercera categoría es la de factores familiares, refiere a la forma de relaciones que se dan al interior de la familia entre padres hijos, abarcando nivel de relación, comunicación y la incompreensión.

4. La cuarta categoría hace referencia a la salud, esta categoría está relacionada con el consumo de alcohol, tabaco, la dificultad para dormir, las enfermedades, el consumo de comida chatarra, la actividad física y los cambios físicos de la adolescencia.

5. La quinta categoría refiere al aspecto económico, en esta parte se incluye el ingreso económico de las familias a las cuales pertenecen los alumnos, de la misma manera va inmersa la dependencia económica del alumno, así como los alumnos que actualmente estudian y trabajan.

6. La sexta categoría es la de sexualidad, esto comprende las relaciones de pareja, el sexo, los impulsos sexuales y los conflictos sexuales.

4.6 Triangulación

En base a los datos obtenidos de los múltiples instrumentos de evaluación aplicados en esta investigación para obtener distintas visiones acerca de los diferentes factores de riesgo que generan rasgos depresivos en los adolescentes, se obtuvieron los siguientes datos:

En cuanto a las cuestiones psicológicas que arrojan los resultados del Test Proyectivo de Karen Machover, se puede observar que existe en la población la situación de la negación de la realidad a la cual el sujeto no puede adaptarse, es decir, problemas en la adaptación a las situaciones de la vida, lo cual se relaciona con lo obtenido en la entrevista, ya que se mencionó que los jóvenes no saben cómo resolver sus crisis o hacer frente a los problemas que viven. Así mismo, la entrevista arrojó dentro de este parámetro que los estudiantes sienten que nadie los

entiende, dicho criterio se encuentra en la categoría de problemas familiares y la cartografía social confirma un porcentaje del 73% en cuanto a incomprensión. Otro factor psicológico que se arrojó el Test Proyectivo de Karen Machover fue la rebeldía a la autoridad y con la entrevista al tutor se obtuvo que los jóvenes no obedecen a sus tutores, aquí también existe una similitud en lo que se obtuvo en ambos instrumentos.

En cuanto a los factores sociales, existe una situación de riesgo que al mismo tiempo se asocia con la salud, esto es la venta y el consumo de sustancia tanto legales como ilegales, la cartografía social arroja altos porcentajes en cuanto a la venta de drogas, el porcentaje fue de un 52.7%, el consumo de alcohol tuvo un 73% y el tabaco 78.4%; la entrevista obtuvo que dentro de la población existen jóvenes vendedores, consumidores y adictos, los orientadores refirieron que dichos alumnos identificados han sido canalizados a instituciones de salud en donde les puedan dar un acompañamiento psicológico. Por otro lado, el bullying está categorizado como un problema social, este factor está presente a nivel educativo, lo referido en la entrevista menciona que es una situación presente en todas las aulas, esto se comprueba con la cartografía social ya que 52.7% de la población identifico dicho suceso.

En el concepto de las situaciones familiares existe cierta diferencia en lo que se obtuvo con cada instrumento, debido a que la encuesta general arrojó que la mayor parte de los alumnos tiene una buena comunicación con las personas con las que viven y de la entrevista se obtuvo que existen problemas de comunicación entre los padres e hijos debido a que los padres muestran poco interés en sus hijos, del mismo modo, en el tema del nivel de relación con la familia, la encuesta general obtuvo en la mayor parte de la población buenos niveles de relación con la familia, sin embargo, la entrevista arroja que en algunas familias no existe una buena

relación. En este caso se da más validez a los datos obtenidos en la entrevista, ya que en la cartografía social está indicado en un 56.8% el símbolo de problemas familiares.

En cuanto a la salud, los cambios físicos resultaron ser un factor que resaltó, la encuesta general arrojó que la mayoría de los jóvenes considera que los cambios físicos que experimentan durante la adolescencia han influido en su estado de ánimo, de la entrevista se obtuvo que la etapa de la adolescencia está llena de cambios y estos cambios sin duda influyen en el estudiante.

En el área socioeconómica la encuesta general arrojó que el 52.7% de los alumnos tienen ingresos semanales de entre \$10 a \$500 pesos, lo cual nos indica que se encuentran en un nivel económico bajo, esto es confirmado con lo que se obtuvo en la entrevista, el hecho de que los padres tengan que irse a otras ciudades a trabajar o que en algunos casos manden al alumno a la escuela sólo por el apoyo económico que obtienen mediante las becas.

Dentro del aspecto de la sexualidad se obtuvo mediante la entrevista que la mayoría de los jóvenes viven violencia en el noviazgo, la cartografía social arroja el 48.6% en cuanto a violencia en el noviazgo, otro indicador relacionado a esto es el sexo, en donde el 50% de la población lo indicó, el Test Proyectivo de Karen Machover arrojó como indicadores índices de conflictos sexuales e impulsos sexuales.

4.7 Conclusión

La etapa de la adolescencia es un ciclo de vida que trae consigo cambios físicos y emocionales, tal como lo dicen (Hurlock y Erickson, 1968, citados en Juárez, 2010): “la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por los conflictos en las relaciones interpersonales, en la escala de valores sociales, y en el control emocional (p. 2). También se dice que, la adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos,

emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (Papalia, 2013).

Es importante mencionar que todos los procesos que los jóvenes viven en el periodo de la adolescencia influyen en el desenvolvimiento que la persona tiene en las distintas áreas de su vida, cuando dichos procesos generan un desajuste personal, familiar, social o educativo, se les puede considerar como factores de riesgo.

En el caso de la presente investigación nos enfocaremos a los factores de riesgo que pueden generar rasgos depresivos en los adolescentes.

Papalia (2012) señala que:

Los factores de riesgo que contribuyen a la depresión incluyen ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas como diabetes o epilepsia, conflicto en la relación con los padres, abuso o descuido, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y tener un padre con una historia de depresión. Es más probable que factores como el consumo de alcohol y drogas, así como la actividad sexual provoquen depresión en las muchachas que en los varones (Brent y Birmaher, 2002; Hallfors, Waller, Bauer, Ford y Halpern, 2005; SAMHSA, 2005; Waller et al., 2006). Los problemas de la imagen corporal y los trastornos alimentarios pueden agravar los síntomas depresivos (Stice y Bearman, 2001).

Es importante estar conscientes de todos los cambios que están inmersos en la etapa de la adolescencia, cómo estos influyen y qué tanto interviene en el desenvolvimiento de los jóvenes.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas (OMS, ¶9).

Tomando en consideración los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación aplicados a los jóvenes con base a la investigación realizada sobre los factores de riesgos que generan rasgos depresivos en los alumnos del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Platel Tehuetlan, se concluye que:

Los cambios físicos que los adolescentes experimentan en la adolescencia pueden considerarse un factor de riesgo, ya que se obtuvo que estos cambios influyen de alguna manera en el estado anímico de los jóvenes.

Delval (2002), refiere:

Los cambios físicos que se producen en la pubertad son muy importantes, porque hacen posible la participación de las muchachas y los muchachos en las actividades adultas, y porque al ser tan rápidos e inesperados para los que los experimentan les obligan a ajustes considerables que el medio social puede hacer más fáciles o difíciles.

La incomprensión puede generar rasgos depresivos en los adolescentes, los datos arrojaron que la incomprensión está presente tanto a nivel escolar como a nivel social. La incomprensión puede darse de parte de los padres hacia los hijos, de los maestros hacia los estudiantes y de los estudiantes entre los mismos estudiantes. Dicho suceso puede suceder por la falta de empatía, por el desconocimiento de los sucesos que el otro experimenta y por la manera en que las personas se comunican. Cuando algún joven se siente incomprendido es muy probable que viva con sentimientos de culpa, vergüenza, rechazo y soledad. Es por eso que se considera como un factor de riesgo en los adolescentes.

Las relaciones familiares, cuando la relación y la comunicación con la familia no es la adecuada, esta área puede convertirse en uno de los principales factores de riesgo. En un artículo publicado por Prettel y Sañudo (2010) en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, por sus siglas REDALYC, refirieron:

La contribución que puede hacer la familia en el proceso del desarrollo humano depende de qué tan funcional es su sistema, tanto en su estructura y modos de convivir, como en el tipo de comunicación y vínculos afectivos que establece en las relaciones sociales e íntimas que construye.

De acuerdo a lo obtenido, en la población investigada la comunicación y los vínculos afectivos no son adecuados, la cartografía social confirma problemas en casa. Es importante mencionar que la etapa de la adolescencia implica un cambio fundamental en la forma de interacción y comunicación entre los hijos y padres, en la mayoría de los casos, estos cambios vienen de la mano con el proceso de autonomía al que el adolescente está entrando.

Así mismo, dentro del ámbito familiar se considera como un factor a destacar el origen étnico o la posición socioeconómica, en este caso la totalidad de la población es de escasos recursos, es decir un nivel económico bajo, lo cual influye desde la alimentación del adolescente, hasta la estructura familiar que en algunos ha sufrido un desajuste por la migración de los padres que buscan el sustento económico y suplir las necesidades del hogar.

Los problemas de adaptación, es importante no minimizar en modo alguno las dificultades y los obstáculos a los que se enfrentan algunos adolescentes mientras avanzan hacia la edad adulta (una enfermedad, la ruptura de una amistad o noviazgo, conflictos entre los padres o su separación, dificultades relacionadas con los compañeros de clase, etc.) ya que las situaciones que experimentan son las que desarrollan en los jóvenes la capacidad de afrontamiento, resiliencia, resolución, etc.

El consumo de sustancias es sin duda uno de los principales factores de riesgo en los adolescentes, de acuerdo a los resultados de los instrumentos aplicados es muy común que los jóvenes estén expuestos y en mayor contacto con las sustancias ilícitas, esto resulta preocupante, debido a que muchos de los adolescentes pueden ser más vulnerables que otros a caer en un consumo frecuente de la sustancia y llegar a generar una dependencia a ella, ya sea a nivel

fisiológico, psicológico o ambas. Además de una dependencia es muy probable que esta desencadene en el adolescente algún tipo de depresión.

(Hendry y Kloep, citados en Coleman y Hendry, 2003) ofrecen las tres categorías siguientes de comportamiento de asunción de riesgos:

En primer lugar, hay comportamientos de búsqueda de emociones. Son conductas excitantes o de búsqueda de sensaciones que activan y ponen a prueba los límites de las propias capacidades. En segundo lugar, hay comportamientos de asunción de riesgos controlados por la audiencia. Para ser aceptados, encontrar un lugar en un grupo de compañeros y establecer una posición social, las personas tienen que demostrar algunas cualidades y capacidades. Así, es obvio que la mayoría de los comportamientos peligrosos precisan una audiencia. En tercer lugar, hay comportamientos de asunción de riesgos que son conductas irresponsables. No se realizan a causa del peligro que suponen, sino a pesar de él, para lograr otras metas deseadas.

El bullying, es importante considerar al bullying como un factor de riesgo que puede generar rasgos depresivos en los adolescentes que experimentan de alguna manera este suceso, ya que este tipo de actos se realiza cotidianamente en las aulas educativas e incluso en los hogares y tiene repercusiones severas sobre el joven a nivel emocional y psicológico, esto podría generar una inestabilidad en la seguridad, confianza, autoestima y funcionamiento social en el joven.

Los grupos sociales o amistades, en la adolescencia, es común que los jóvenes busquen integrarse a ciertos grupos sociales con los cuales comparten gustos, pensamientos o experiencias en común, dichos grupos pueden ser para benéfico o no de la persona. Cuando las decisiones de los jóvenes se ven influenciadas negativamente por su grupo de compañeros o amigos, esto se considera un factor de riesgo, dichas amistades pueden hacer actos de presión social y el joven se ve expuesto a realizar ciertas conductas por la aceptación social, tal como la ONU refiere: “Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran

potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (¶3).

La sexualidad y las relaciones románticas, la etapa de la adolescencia es sinónimo de muchas nuevas experiencias y cambios, sin duda las relaciones románticas y la sexualidad, forman parte de dichos procesos los cuales comienzan en la adolescencia y perduren por un periodo largo de la vida. Se dice que “Las relaciones románticas adquieren mayor intensidad e intimidad en la adolescencia.” (Bouchev y Furman, citados en Papalia, 2003, p. 411). La cartografía social confirmó un alto número en cuanto a los problemas de pareja, el Test Proyectivo de Karen Machover arrojó altos índices de violencia y conflictos sexuales, por ende, cuando la sexualidad se da de manera irresponsable y en las relaciones románticas existe algún tipo de violencia en el noviazgo, ambas partes se consideran factores de riesgo.

Capítulo V: Propuesta de intervención

5.1 Propuesta de intervención

“Guía de inteligencia emocional para la prevención depresión”

5.1.1 Objetivo

Implementar estrategias de inteligencia emocional en los alumnos del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan, para prevenir rasgos depresivos en los adolescentes.

5.1.2 Justificación

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación, se plantea una propuesta de intervención para el Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo, Plantel Tehuetlan, que permita de alguna manera prevenir en los jóvenes estudiantes la presencia de rasgos depresivos generados por los factores de riesgo que están presentes en los adolescentes.

La propuesta de intervención involucrará el área educativa y el área de orientación educativa, es decir, al personal docente de la institución y a los orientadores, ya que estará compuesta por distintas técnicas, dinámicas y estrategias que los profesionales podrán aplicar a sus alumnos, con el fin de trabajar como herramienta de prevención la inteligencia emocional. Algunas técnicas, estrategias y dinámicas, serán tomadas de materiales de apoyo previamente creados por distintos autores.

Los principios de la inteligencia emocional tienen múltiples aplicaciones, estas aplicaciones se pueden dar, por ejemplo: en las relaciones interpersonales (de pareja, en la escuela, en el trabajo...), en la salud, en la prevención de conductas de riesgo, etc. También es un recurso que podemos aplicar en la prevención y resolución de conflictos.

Aunque esta propuesta tiene aplicaciones a nivel educativo, su contenido no es únicamente para esta área, si no que busca impactar en todas las áreas que están presentes en los jóvenes estudiantes. En esta propuesta se ofrece a los docentes una guía con contenido socioemocional que se realice mediante la aplicación de actividades, técnicas y estrategias, con el fin de estimular en los alumnos el manejo de sus habilidades y actitudes, la capacidad de identificar, controlar y expresar sentimientos, así como, la habilidad de controlar los impulsos y manejar la ansiedad.

Tal como lo menciona Rafael Bisquerra, en *Educación emocional y competencias para la vida*:

La educación emocional pretende dar respuesta a un conjunto de necesidades sociales que no quedan suficientemente atendidas en la educación formal. Existen múltiples argumentos para justificarla. Así, por ejemplo, un sector creciente de la juventud se implica en comportamientos de riesgo, que en el fondo suponen un desequilibrio emocional lo cual requiere la adquisición de competencias básicas para la vida de cara a la prevención (p. 9).

A continuación, se describe dicha propuesta de intervención.

5.1.3 Guía de estrategias de inteligencia emocional y competencias emocionales

Introducción

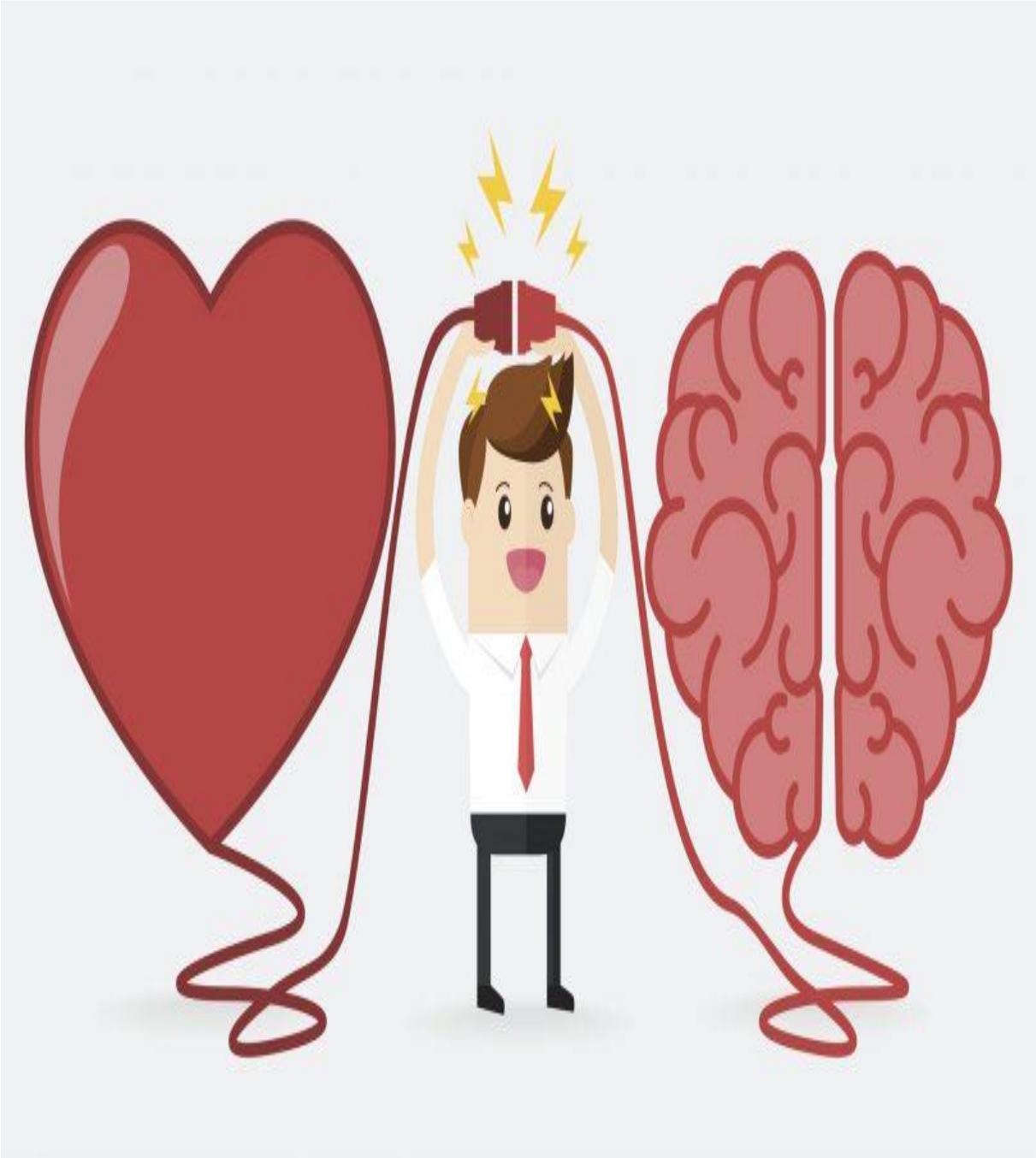
Si examinamos de manera detallada la vida cotidiana de los adolescentes, seguramente nos daremos cuenta que viven diversos escenarios. Por una parte, experimentan situaciones gratificantes, en las cuales desarrollan vínculos afectivos y de cercanía con las personas que forman parte de las mismas. Por otra, experimentan momentos de dificultades en los que la capacidad de resolución de esos problemas y las emociones juega un papel muy importante.

Desde que los seres humanos comenzamos a relacionarnos con otros, empezamos a comprender la complejidad que existe en las formas de interacción y comunicación con otras personas.

Es por eso, que esta guía para docentes y orientadores educativos se ha realizado con la consciencia de la dificultad que existe al educar y enseñar a los alumnos capacidades para la vida que los prevengan de estar en situaciones de riesgo, por ende, busca llegar a los adolescentes de manera emocional mediante la aplicación de distintas actividades que resulten agradables y de interés para los alumnos, mediante las cuales ellos comprendan situaciones cómo: conocer y manejar las propias emociones en relación consigo mismo y con los diferentes integrantes de sus sistemas (familia, compañeros de clases, amigos), cómo ser más empático con las personas que me rodean, cómo crear ambientes donde pueda expresar los sentimientos y emociones que vivo día a día, cómo tener un mejor control en situaciones de dificultad y de toma de decisiones sobre sus relaciones o metas de vida, etc.

Tal como lo dijo Ramana Maharshi; Nadie tiene éxito sin esfuerzo. Aquellos que tienen éxito se lo deben a la perseverancia. Es decir, ninguna habilidad o capacidad, surge efecto por arte de magia, sino que requiere de voluntad para ser aprendida e integrada, y finalmente servir de manera práctica y real para el día a día.

La inteligencia emocional: El secreto para una vida feliz



Es muy importante entender que la inteligencia emocional no es lo opuesto a la inteligencia, no es el triunfo del corazón sobre la cabeza, es la intersección de ambas (David Caruso).

La inteligencia emocional, según apunta Goleman, es la capacidad de una persona para manejar una serie de habilidades y actitudes. Entre las habilidades emocionales se incluyen la conciencia de uno mismo; la capacidad para identificar, expresar y controlar los sentimientos; la habilidad de controlar los impulsos y posponer la gratificación, así como la capacidad de manejar la tensión y la ansiedad.

De acuerdo a la propuesta de Daniel Goleman (2004) en “*La inteligencia Emocional*”, la guía propone trabajar en los diferentes ingredientes o habilidades de la inteligencia emocional:

EL MARCO DE LA COMPETENCIA EMOCIONAL						
Competencia personal						
1. Conciencia de uno mismo: <i>Conciencia de nuestros propios estados internos, recursos e intuiciones.</i>						
Conciencia emocional: reconocer las propias emociones y efectos.	Valoración adecuada de uno mismo: conocer las propias debilidades y fortalezas.	Confianza en uno mismo: seguridad en la valoración que hacemos sobre nosotros mismos y sobre nuestras capacidades.				
2. Autorregulación: <i>Control de nuestros estados, impulsos y recursos internos.</i>						
Autocontrol: capacidad de manejar adecuadamente las emociones y los impulsos conflictivos.	Confiabilidad: fidelidad al criterio de sinceridad e integridad.	Integridad: asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal.	Adaptabilidad: flexibilidad para afrontar los cambios.	Innovación: sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información.		

3. Motivación: *Las tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de nuestros objetivos.*

Motivación de logro: esforzarse por mejorar o satisfacer un determinado criterio de excelencia.	Compromiso: secundar los objetivos de un grupo u organización.	Iniciativa: prontitud para actuar cuando se presenta la ocasión.	Optimismo: Persistencia en la consecución de los objetivos a pesar de los obstáculos y los contratiempos.			
---	--	--	---	--	--	--

Competencia social

4. Empatía: *Consciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.*

Comprensión de los demás: tener la capacidad de captar los sentimientos y los puntos de vista de otras personas e interesarnos activamente por las cosas que les preocupan.	Orientación hacia el servicio: anticiparse, reconocer y Satisfacer las necesidades de los otros.	Aprovechamiento de la diversidad: aprovechar las oportunidades que nos brindan diferentes tipos de personas.	Consciencia política: capacidad de darse cuenta de las corrientes emocionales y de las relaciones de poder subyacentes en el grupo.			
---	--	--	---	--	--	--

5. Habilidades sociales: *Capacidad para introducir respuestas deseables en los demás.*

Influencia: utilizar tácticas de persuasión eficaces.	Comunicación: emitir mensajes claros y convincentes.	Liderazgo: inspirar y dirigir a grupos y personas.	Canalización de cambios: iniciar o dirigir cambios.	Resolución de conflictos: capacidad de	Colaboración y cooperación: ser capaces de	Habilidades de equipo: ser capaces de crear
---	--	--	---	--	--	---

				negociar y resolver conflictos .	trabajar con los demás en la consecución de una meta común.	la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas.
--	--	--	--	----------------------------------	---	---

La guía constara de actividades que busquen favorecer la competencia personal y social de los adolescentes con el fin de mejorar la consciencia de sí mismo y de su entorno, para ayudar a prevenir factores de riesgo que generen rasgos depresivos en ellos.

Área de orientación educativa

El área de orientación educativa es un punto muy importante el cual puede auxiliar a la prevención de factores de riesgo en los adolescentes. Es por eso, que esta propuesta también va a enfocada a los orientadores educativos.

Dentro de las funciones de los orientadores educativos se encuentra el trabajar con los adolescentes para generar el desarrollo de actitudes, comportamientos y habilidades que favorezcan la calidad de vida del estudiante dentro y fuera del plantel. Es por eso, que en esta propuesta se busca dotar a los orientadores educativos de herramientas con las cuales el adolescente obtenga consciencia de sí mismo y su entorno, con el fin de evitar situaciones de riesgo que generen rasgos depresivos.

Aunado a esto, se recomienda a los tutores, identificar a alumnos en situaciones de riesgo para poder intervenir y realizar un acompañamiento-seguimiento con dichos alumnos y padres de familia o tutor, con el fin de ayudar a la estabilidad emocional del alumno y prevenir rasgos depresivos.

Acompañamiento psicológico, es importante que cuando el orientador educativo detecte a alumnos en situaciones de riesgo que estén demasiado avanzadas, canalice a dicho alumno con un profesional que brinde un acompañamiento psicológico. Este acompañamiento psicológico deberá ejercerse de manera ética y profesional, podrá ser a nivel individual o familiar, todo dependerá de la situación en la que se encuentre el adolescente y las áreas involucradas en dicha situación. Se recomienda que el adolescente concluya con las sesiones que el profesional le indique, esto con la intención de que al finalizar dicho trabajo psicológico el adolescente haya podido resolver las situaciones que desestabilizaron su situación y así prevenir depresión o futuros rasgos depresivos.

5.2 Anexos

Anexo 1: Encuesta general.

Instrucciones: Lee detenidamente cada enunciado y subraya la respuesta que más se identifique contigo actualmente. Recuerda que tu encuesta es anónima, siéntete en la total confianza de contestar lo más sincero posible.

Edad: Sexo: Estado Civil:

1.- ¿Con quién vives actualmente?

- A) Sólo B) Con mamá C) Con papá D) Ambos E) Mamá,
papá, hermanos F) Otros

2.- ¿De quién dependes económicamente?

- A) Padres o tutor B) Ingresos propios

3.- ¿Cómo es la relación con las personas con las que vives?

- A) Me relaciono bien con ellos B) Casi no tenemos una buena relación C) Tenemos
una mala relación

4.- ¿Cómo es la comunicación que tienes con las personas que vives?

- A) Me comunico muy bien con ellos B) Casi no tenemos mucha comunicación
C) Tenemos una mala comunicación

5.- ¿Has experimentado alguna vez violencia familiar?

- A) Sí B) No

6.- ¿Cómo te sientes al pertenecer a un grupo social?

- A) Me siento identificada B) Me siento confundida entre sus ideales y los míos C) Me divierto, aunque no concuerdo mucho con mi grupo D) No pertenezco a ningún grupo social

7.- ¿Trabajas actualmente?

- A) Sí B) No

8.- ¿Aproximadamente cuál es tu ingreso económico a la semana?

- A) \$10 a \$500 B) \$500 a \$1,000 C) \$1,500 o más

9.- Has considerado alguna vez dejar la escuela ¿Cuál ha sido el motivo?:

- A) Falta de recursos B) Falta de motivación C) Problemas familiares
D) Problemas personales E) No lo he considerado

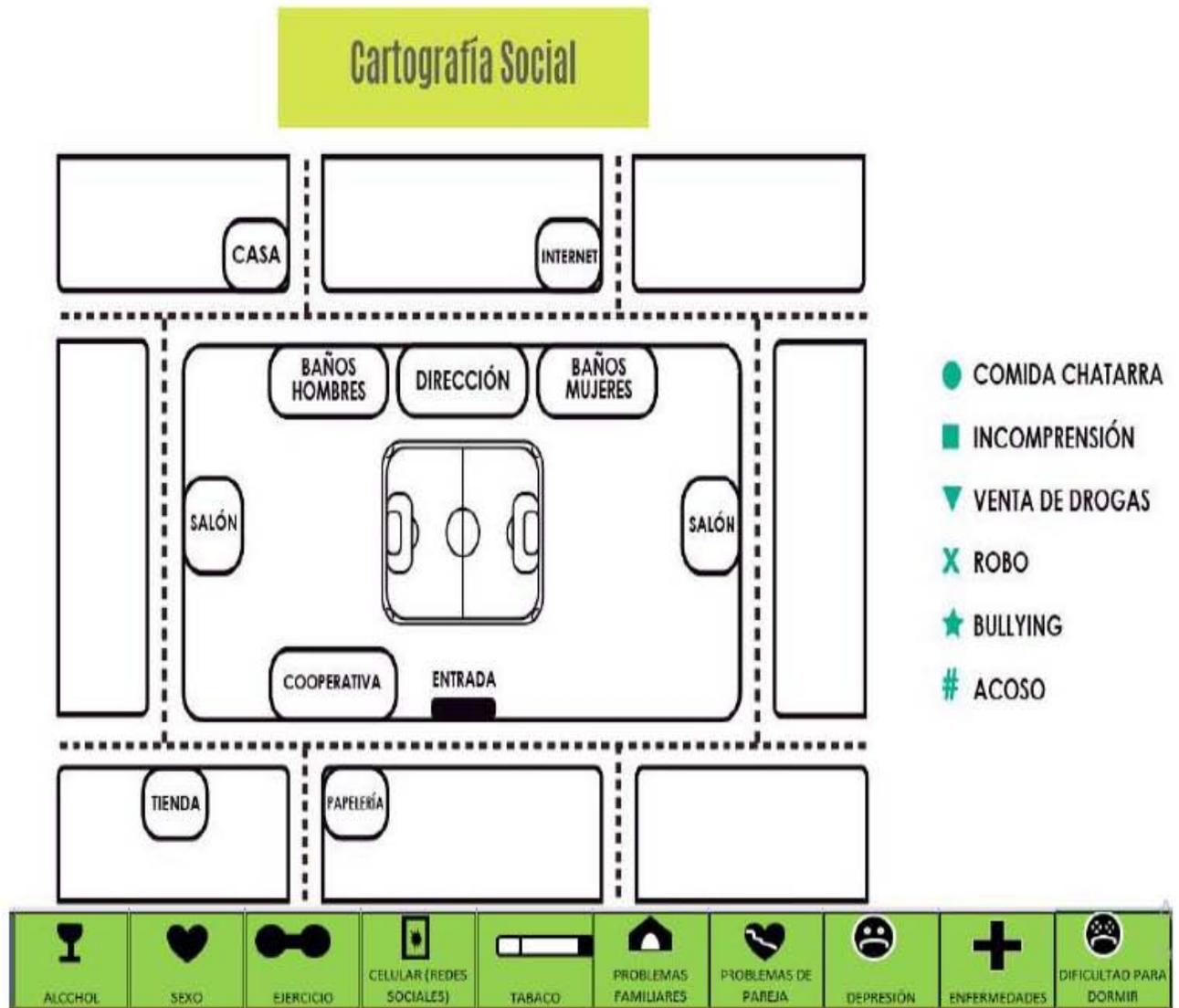
10.- ¿Consideras que los cambios físicos que experimentas durante la adolescencia han influido en tu estado de ánimo?

- A) Sí B) No

11.- ¿Con qué frecuencia utilizas las redes sociales?

- A) Las reviso constantemente B) Reviso mis redes sociales muy poco C) No tengo redes sociales

Anexo 2: Cartografía social.



5.3 Referencias bibliográficas

Academia. Ficha Técnica Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.

(Consultado el 19 de junio de 2018)

http://www.academia.edu/30237102/Ficha_tecnica_Dibujo_de_la_Figura_Humana_de_Machover

American Psychological Association. *Psychotherapy and depression* [Psicoterapia y depresión]

(Consultado el 12 de enero de 2018)

<http://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>

Antolínez, C. Bertha Rebeca. (1991). Revista avances en enfermería. Comunicación familiar. (Vol. IX No. 2), pp. 38 y 39.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (R. Restrepo, Trad.). EEUU. (Trabajo original publicado en 2014).

Bertrand Regader. Psicología y mente. ¿Qué es la Inteligencia Emocional? Descubriendo la importancia de las emociones.

(Consultado el 17 de abril de 2018)

<https://psicologiaymente.net/inteligencia/inteligencia-emocional>

Bisquerra, Alzina, Rafael. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, pp.7-43.

Bruce E. Compas, Ian H. Gotlib. (2012). *Introducción a la psicología clínica*. (1ª Edición).

[s.c.]: Mc Graw Hill Interamericana.

Coleman C. John, Hendry B. Leo. (2003). *Psicología de la adolescencia*. (Tomás del Amo

Trad.). (4ª. ed.). Madrid: Ediciones Morata, S. L.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario BDI-II.

(Consultado el 13 de abril de 2018)

<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Corbin, J. Armando. *Psicología y mente*. Los 8 tipos de emociones (clasificación y descripción).

(Consultado el 17 de abril de 2018)

<https://psicologiaymente.net/psicologia/tipos-de-emociones>

Delval, Juan. (2002). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Depresión hablemos. *¿Qué es la depresión?* [s.f]

(Consultado el 19 de diciembre de 2017)

<https://depressionhablemos.wixsite.com/inicio>

Depresión hablemos. *Depresión en adolescentes y jóvenes*. [s. f.]

(Consultado el 19 de diciembre de 2017)

https://docs.wixstatic.com/ugd/b8d326_52e87c2448d646e6b9e82a810de41e7e.pdf

DiCaprio S. Nicholas. (1989). *Teorías de la personalidad*. (Jorge A. Velázquez Arellano, Ana M. Palencia Guerrero, Trads.). (2ª. ed.). México: Mcgraw-Hill Interamericana.

Douglas A. Bernstein. (2011). *Introducción a la psicología clínica*. [s. c.]. McGraw-Hill Interamericana.

Fernández, A. M^a. Del Carmen. Herrero, V. Sonia. Buitrago, R. Francisco. Ciurana, M. Ramón.

Chocron, B. Levy. García, C. Javier. Montón, F. Carmen. (2003). *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fuentes, M. Luis. (2017). *Mexico social: depresión, agenda de riesgo*. Periódico Excelsior (Consultado el 15 de diciembre de 2017)

<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/04/04/1155769>

Fundación en Movimiento. El sitio sobre acoso escolar de Hispanoamérica.

(Consultado el 19 de abril de 2018)

<http://www.fundacionenmovimiento.org.mx/bullying/definicion>

Garcés, P. Miguel. Palacio, S. Jorge. (2010). *Psicología desde el Caribe. La comunicación familiar en asentamientos subnormales de montería*. Colombia.

(Consultado el 18 de abril de 2018)

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106002>> ISSN 0123-417X

García, A. Almudena. (2009, marzo). La depresión en adolescentes. *Revista de estudios de juventud*, p. 85.

Gimeno, Anna. *Psicología y mente. Técnicas de Control Emocional: 10 estrategias efectivas*.

(Consultado el 17 de abril de 2018)

<https://psicologiaymente.net/clinica/tecnicas-de-control-emocional>

Gobierno de Chile. (2010). Comunicados apoderados. Educar en valores, la amistad.

(Consultado el 18 de abril de 2018)

<http://www.comunidadescolar.cl/comunicados/2010/12diciembre/boletin%20mineduc%20apoderados%20diciembre%202010.pdf>

Goleman, Daniel. (2004). La inteligencia emocional. [s. c.] Editorial: Vergara.

Hernández Sampieri, Roberto. (2014). Metodología de la investigación. (6ª. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Jackson, W. Stanley. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Ediciones Turner.

JLCG. (2015, 9 de agosto). Suicidio. *El universal*.
<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/09/9/suicidio-tercera-causa-de-muerte-entre-los-adolescentes-en-mexico>

Juárez A. Leticia. [Comp]. (2010). Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. *Psicología, adolescencia*.

Mente y psicología. ¿Qué es la cartografía social?

(Consultado el 5 de septiembre de 2018)

<http://mentepsicologia.blogspot.com/2012/02/que-es-la-cartografia-social.html>

- Merayo M^a del Mar. Asociación Vagamundo. (2013). *Guía para padres y madres: Acoso escolar*. (1^a. ed.). Madrid: Ceapa.
- Oliva, G. Eduardo. Guardiola, V. Judith. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. [s. c.] [s. e.]
- Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia.
(Consultado el 15 de marzo de 2018)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar.
(Consultado el 17 de abril de 2018)
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud, *depresión*.
(Consultado el 14 de diciembre de 2017)
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Papalia E. Diane, R. D. Feldman., Martorell Gabriella. (2013). *Desarrollo Humano*. (12^a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Phares E. Jerry. (1996). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. [s.c] El Manual Moderno.
- Planiol y Ripert. (2002). *Tratado Práctico de Derecho*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México.
- Psicoactiva. La autoestima en los adolescentes.

<https://www.psicoactiva.com/blog/la-autoestima-en-los-adolescentes/>

(Consultado el 17 de abril de 2018)

Revista Virtual Educrea.

(Consultado el 19 de junio de 2018)

https://educrea.cl/wp-content/uploads/2016/03/DOC-Dibujo_familia.pdf

Salud Mental, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Primera edición, 2014.

Secretaría de Salud, México, D.F.

(Consultado el 19 de diciembre de 2017)

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Smith. E. Ronald, Sarason G. Irwin, Sarason R. Barbara. (1984). *Psicología; Fronteras de la conducta* (José Carmen Pecina, Trad.). (2ª. ed.). México: Editorial Melo. (Trabajo original publicado en 1982).

Thiebaut, C. (1998). *Conceptos fundamentales de la Filosofía*. Madrid: Alianza Editorial.

Torres, Yuvenil (2016). *Aumentan casos de depresión*. Criterio, la verdad impresa.

(Consultado el 17 de diciembre de 2017)

<http://www.criteriohidalgo.com/noticias/hidalgo-ujul/aumentan-casos-de-depresion>

Trejo, E. Laura. (2017, 19 agosto). Víctimas de violencia 63.5% de mujeres en Hidalgo: Inegi.

El independiente de Hidalgo.

<https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/victimas-violencia-63-5-mujeres-en-hidalgo-inegi/>

UNICEF. Comunicado de prensa. En el Día Internacional de las Familias UNICEF urge a los gobiernos a reforzar la familia.

(Consultado el 17 de abril de 2018)

https://www.unicef.org/spanish/media/media_21020.html