

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CONTROL PARENTAL Y DEPRESIÓN
EN ADOLESCENTES**

T E S I S

**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
LUCIA OROZCO MEDINA**

DIRECTORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO

SINODALES

LIC. BANCA GIRÓN

LIC. MIRIAM CAMACHO

LIC. JORGE ALVAREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta investigación agradezco el apoyo brindado al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN30644605 titulado *Problemas de conducta en niños*. Así mismo agradezco sincera y especialmente todo el apoyo, tiempo y conocimiento brindado por la Dra. Patricia Andrade Palos. Al Dr. Samuel Jurado por la revisión de este trabajo y por la aportación de sus conocimientos. De la misma manera, a Diana Betancourt por su tiempo, paciencia y revisión del presente trabajo.

Primero que a nadie, al único que me ha dado la oportunidad de ser lo que soy y que me ha permitido este

logro, ya que sin él estoy segura que no podría estar donde estoy y conocer la felicidad: gracias Dios.

"Como podré pagar tanto favor
Nunca podré pagarte lo que soy
Pues antes mi vida un lamento era
Y hoy es una nueva canción
Que vengo a entonar con el corazón
Sólo puedo alzar mis manos
Yo sólo puedo alzar mi voz
Y decirte que te amo oh Señor
Nada tengo de mí mismo
Todo me lo diste tú
Y por eso hoy elevo a ti mi voz".
Fernel Monroy

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de formarme como profesionista en la Máxima casa de Estudios, y de vivir tantas y tantas experiencias inigualables en ella.

A la Mtra. Miriam Camacho, con profunda admiración y afecto, por su atención, paciencia, enseñanza, confianza, guía y cariño que me ha brindado en los últimos años; por darme espacios para mi enseñanza y desarrollo profesional. Gracias por ser una lección de vida para mí y una gran amiga.

A profesores que realmente causaron un impacto en mi aprendizaje y mi desarrollo como lo son Pablo Valderrama, Graciela Polanco, Jorge Álvarez y la Mtra. Blanca Girón, gracias por su apoyo y conocimientos brindados.

DEDICATORIA

A mis Padres Martín y Malena con todo mi cariño, respeto y admiración; por sus esfuerzos para darme estudios, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi vida, gracias por cada una de las lecciones de vida que me han enseñado, de verdad tengan esto como un logro de toda nuestra familia, porque así es.

A mis hermanos Pila Reguetonera y Pelón, por ser para mí una fuente de motivación, por ser super hermanos, por su apoyo, amistad y cariño. Gracias por abrir mis ojos en tantas cosas y por enseñarme aún a ser más libre, los amo y los admiro mucho.

A mi abuelita por todo tu amor y oraciones a lo largo de toda mi vida, y por ser una parte fundamental en mi vida, en mi desarrollo y en mi corazón.

A Israel Vázquez H. gracias por todo lo que he aprendido contigo, por el tiempo que hemos pasado juntos, por apoyarme, comprenderme, quererme y estar conmigo; gracias por darle un giro a mi vida y despegar del cemento mis zapatos, te quiero mucho.

A cada uno de los miembros de la Banda Pacheca, porque personas tan fabulosas y abiertas como ustedes son pocas y le dan otro sentido a este mundo, gracias por relajarme, los quiero y siempre están conmigo: Pila Reguetonera, Pelón, Robi, Cupida, Sera, Akira, Fuzo, Carlita, Esaú, Yaritzzi, Daniela y Sarita.

A cada uno de mis tíos y tías que repetidamente han abogado por mí, y me han ayudado de muy distintas maneras Tía Martita, Tía Miriam, Tíos Lalo y Gema, Tíos Pablo y Ceci, los quiero mucho y les agradezco todo lo que han hecho por mi.

A cada uno de mis mejores amigos, que han tenido palabras de ayuda y apoyo cuando más los he necesitado, de verdad que los quiero mucho.

A unas personitas que han sido muy especiales para mí, y que han estado en momentos muy difíciles para mí, y que tal vez aun sin darse cuenta han sido de mucha ayuda y bendición para mi vida: Mario, Maritza, Eliezer, Zuri, Sukey, Kikin, Liz y Memito, Armando y Beatriz, gracias por todo lo que han compartido conmigo y por todo lo que he aprendido de ustedes. Los admiro y quiero mucho.

A Janet Linares y Javier Ávila por ser como unos hermanos para mí, por cada una de las maravillosas experiencias que he vivido a su lado, por su cariño, fidelidad y compañía. Gracias por todos estos años de amistad.

A Cynthia Peña por tu amistad inigualable, por tu tiempo y cariño, por tu comprensión, gracias por estar ahí justo cuando más te he necesitado, te quiero mucho.

A Jesús Rosas gracias por tu tiempo, por tu comprensión, por escucharme y ser un excelente amigo, gracias por motivarme a seguir superándome gracias por todo tu respeto y amistad, te quiero mucho.

A Carla Zepeda, por tu amistad, por comprenderme y escucharme, eres una persona muy especial, te quiero mucho.

A mi cuñis Gaby Olguín y hermano Joel Policanti, por toda su maravillosa amistad y por permitirme aprender tanto de cada uno de ustedes, de verdad que son fantásticos y los admiro mucho.

A Elisama Santillán, por ser una muy buena amiga y por dejarme aprender tanto de tí.

A Erick Suástegui, Ana Méndez, Ibeth Bailón y Yayis Delgado, por su amistad durante esta carrera, por esas extraordinarias pláticas y magníficos cafés. Gracias por seguirme demostrando lo que es ser un buen amigo (a).

A Alejandra Fregoso y Miriam Barrera por su amistad, comprensión, y por estar conmigo durante varios semestres de esta maravillosa carrera.

A Yadira Morales y Fabián por estar conmigo, por apoyarme y saber ser muy buenos amigos, por esas tan sorprendentes pláticas al atardecer que me permitieron aprender de ustedes como

maravillosos seres humanos que son y un poco más del mundo, los quiero mucho y los admiro.

INDICE

RESUMEN	
.....	
.....	1

INTRODUCCIÓN	
.....	
.....	..2

CAPITULO 1 ADOLESCENCIA.

1.1	Definición	de	
Adolescencia.....			
.....			4
1.2	Cambios	Característicos	en la Adolescencia
.....			
.7			
1.2.1	Efectos	a	Nivel
Físico.....			
.....			7
1.2.2	Efectos	a	Nivel
Cognoscitivo.....			
.....			8
1.2.3	Efectos	a	Nivel
Social.....			
.....			11
1.3	Relaciones	Familiares	en la
adolescencia.....			
.....			13

CAPITULO 2 PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES.

2.1	Definición	de	Problemas
Emocionales.....			
.....			19
2.2	Definición	de	Problemas Internalizados y
Externalizados.....			
.....			24
2.3			
Depresión.....			
.....			
.....			28

2.3.1	Sintomatología	de	la	
Depresión.....				32
2.4	Epidemiología	de	la	
Depresión.....				39
2.4.1	Epidemiología en el Ámbito Internacional			
2.4.2	Epidemiología en el Ámbito Nacional			
2.5	Teorías	de	la	
Depresión.....				47
2.6	Depresión		en	
Adolescentes.....				72
2.7	Relaciones	Familiares	en	la
Adolescencia.....				75

CAPITULO 3 CONTROL PARENTAL

3.1			Control	
Parental.....				80
3.2	Definición		Control	
Conductual.....				82
3.3	Definición		Control	
Psicológico.....				83
3.4	Control	Parental	y	
Depresión.....				89

MÉTODO

Planteamiento del				
problema.....				96
Definición de Variables				
Definición Conceptual				
Definición Operacional				
Hipótesis				
Tipo de estudio				
Participantes				
Instrumentos				

Procedimiento

RESULTADOS

Niveles de Depresión
.....100

Distribución de Adolescentes en los Diferentes Niveles de Depresión.
Distribución de las Categorías de Depresión por Estructura Familiar.
Diferencias Entre Control Conductual y Psicológico Ejercido por Mamás y Papás para Cada Nivel de Depresión.
Análisis de Correlación de Pearson.
Análisis de Correlación de Pearson para Hombres
Análisis de Correlación de Pearson para Mujeres.

DISCUSIÓN **Y**
CONCLUSIONES.....
.....112

REFERENCIAS.....
.....124

ANEXOS.....
.....141

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar si existe relación entre control parental y depresión en adolescentes. Las hipótesis planteadas fueron que a mayor control psicológico ejercido por los padres, mayor nivel de depresión en los adolescentes, y que a mayor control conductual ejercido por los padres, menor nivel de depresión en los adolescentes. Participaron 524 adolescentes estudiantes de secundarias públicas del Distrito Federal, de los cuales 53.2% fueron hombres y el 46.8% fueron mujeres. Para medir control parental se utilizó la Escala de Control Parental de Betancourt y Andrade (no publicada), y para medir depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck adaptado en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). Para el análisis de datos se realizaron análisis de frecuencias, análisis de varianza y correlaciones de Pearson. Los resultados revelaron que a mayor control psicológico ejercido por los padres mayor nivel de depresión y que a mayor control conductual ejercido por los padres menor nivel de depresión, así mismo esta investigación también confirma lo encontrado por otros estudios con respecto a que existen niveles depresivos mas altos en las mujeres que en los hombres, así como existe una tendencia a ejercer mayor control parental sobre las mujeres que sobre los hombres. Los resultados aquí encontrados indican que existe una relación directa entre control conductual y control psicológico la cual debe seguirse investigando a profundidad, y puede deberse a diferencias poblacionales.

INTRODUCCIÓN

En el periodo de la adolescencia existe una gran diversidad de eventos en la vida de cada persona, los cuales pueden tener diversas influencias en cada uno y concluir en problemas o simplemente en vivencias. Hasta el momento este periodo cada vez produce más impacto e interés en diversos investigadores y autores, de ahí que parte muy importante de la investigación realizada hoy en día se enfoque en el desarrollo de problemas de los adolescentes, diversos autores mencionan que la presencia de problemas durante la niñez permite predecir futuros problemas de adaptación durante la adolescencia y la edad adulta, por lo cual es necesario identificarlos en una edad temprana además de descubrir y perfeccionar métodos que permitan su modificación.

La depresión es uno de los principales problemas de los adolescentes, la cual es multifactorial y su desarrollo no se puede atribuir a un solo factor, en las investigaciones realizadas hasta el momento se le ha relacionado con muchas variables, pero existen algunos temas con los cuáles no ha sido vinculada y relacionada, uno de ellos es el control parental ejercido en nuestro país, de ahí la importancia de esta investigación.

En el capítulo uno se aborda la temática con respecto a la adolescencia, sus distintas definiciones, los cambios característicos en la adolescencia, los resultados que conllevan a nivel físico, a nivel cognoscitivo y a nivel social y la importancia que tienen las relaciones familiares en la adolescencia.

En el segundo capítulo se mencionan temas que son definitivamente muy importantes en el desarrollo de los adolescentes ya que se abordan los problemas de los adolescentes, como son la definición de los problemas emocionales, la definición de los problemas internalizados y externalizados. Así mismo se comienza a abordar el tema de la depresión el cual es indispensable, su sintomatología, su epidemiología la cual se analiza a nivel internacional y nacional, se continúa con algunas de las teorías de la depresión y finalmente se menciona la depresión en adolescentes y las relaciones familiares.

En el tercer capítulo se presentan las definiciones del control parental y cada uno de sus componentes como son la definición del control conductual, la definición del control psicológico y una descripción del control parental y la depresión.

A continuación se expone la metodología que se siguió, seguido por cada uno de los resultados de la metodología aplicada y finalmente se hace un análisis de los resultados obtenidos y se presentan las conclusiones.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

Para la realización de esta investigación, es importante hacer una breve revisión de cada una de las variables a estudiar, es por eso que se comenzará por las distintas concepciones que se tiene sobre adolescencia y sobre los cambios que existen en las relaciones de los padres con los adolescentes.

1.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.

Diversos autores mencionan que la palabra adolescencia proviene del verbo latín "*adolescere*" que significa crecer, desarrollarse, llegar a la madurez; la adolescencia es un periodo, que se caracteriza por que está en constante movimiento (Izquierdo, 2003; Reymond-Rivier, 1986; Rice, 1997).

Izquierdo (2003) hace referencia con respecto a que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, al referirse a adolescentes se comprenden todos los individuos entre los 10 y 19 años; para Papalia (1997), es un periodo que comienza alrededor de los 12 o 13 años y que termina hacia los 19 o 20, para Delval (2002), es un periodo que se puede situar entre los 12 y los 15 años, para Reymond-Rivier (1986), es difícil circunscribirlo en un marco y en una duración precisa. Para cada uno de estos autores el concepto de adolescencia está determinado por diversos factores como son

la cultura, la sociedad, los cambios a nivel físico y psicológico.

Delval (2002) y Papalia (1997) mencionan que la adolescencia es un periodo caracterizado por cambios, los cuales se ven reflejados en el aspecto físico, en lo psicológico y en lo social. Así mismo, son diversos los autores (Delval 2002; Izquierdo, 2003; Reymond-Rivier, 1986) que afirman que dicho periodo se caracteriza por ser dramático y tormentoso, en el que se producen innumerables tensiones, con inestabilidades, entusiasmo y pasión, con la presencia de conflictos, dudas y problemas en el que el adolescente tiene que sufrir crisis, encrucijadas o procesos de discernimiento por un conflicto del sujeto consigo mismo y con su entorno.

Existe una controversia con respecto a las definiciones de adolescencia, ya que se podría decir que existen dos distintas posiciones, en la primera se califica a la adolescencia como un periodo "dramático y tormentoso", el cual se caracteriza por la lucha de los adolescentes con sus padres por obtener la independencia y por lo tanto una resistencia a la dependencia; la segunda posición afirma que la mayoría de adolescentes ya han obtenido un grado considerable de independencia (Bandura, 1978; Delval, 2002; Rice 1997).

Delval (2002) señala que diversos autores describen la adolescencia como un periodo de gran "tormenta y estrés", los cuales tienen causas biológicas que resultan de los cambios que tienen lugar en la pubertad. Además, la pubertad pudiera ser un periodo en el que se oscila entre estados de ánimo ambivalentes, como lo podrían ser la alegría y la depresión.

Algunos autores (Delval, 2002; Rice 1997) hacen referencia con respecto a un estudio sobre la adolescencia en Samoa, en el que se trataba de demostrar que los conflictos producto de la adolescencia, son la consecuencia de una falta de atención hacia los adolescentes, ya que no se les otorgan las herramientas necesarias y adecuadas para poder enfrentar de una manera correcta la transición que se da entre la infancia y la adultez. Con esto se podría señalar que los conflictos adolescentes más que una característica habitual del desarrollo humano, son un producto social.

Por otro lado, Bandura (1978) menciona que hay muy pocas investigaciones representativas que confirmen la perspectiva de que la adolescencia es un periodo tumultuoso y tenso, y en el cual los adolescentes luchan por independencia y se resistan a la dependencia, y que sí existen diversos estudios, que indican que la mayoría de los adolescentes ya ha alcanzado un grado considerable de independencia y por ello apenas necesitan resistirse a la dependencia de los adultos. Y añade que estos adolescentes tienden a escoger a sus amigos basándose en los valores que han adquirido de sus padres; por lo que dicho grupo de compañeros tienden a reforzar las normas de conducta que sus padres aprueban.

De ahí que sea importante hacer una breve revisión sobre los cambios que se producen durante este periodo, ya que de cualquier forma, es inevitable el mencionar que sí existen todos estos cambios, y como lo mencionan Delval (2002) y Papalia (1997); tienen efectos a nivel físico, psicológico y social.

1.2 CAMBIOS CARACTERÍSTICOS EN LA ADOLESCENCIA.

1.2.1 EFECTOS A NIVEL FÍSICO

Al hablar de los *efectos a nivel físico*, se alude al crecimiento y a cada uno de los cambios a nivel físico, como lo podrían ser el aumento de talla, el aumento de peso, el aumento de las proporciones corporales, etc (Izquierdo, 2003). Pero es muy importante mencionar que al referirnos a cada uno de estos cambios físicos, se podría llegar a confundir lo que es la adolescencia con la *pubertad*, y a pesar de que al referirnos a adolescencia muchos la limitan a todos estos cambios, esto no es así (Delval, 2002; Raymond-Rivier 1986; Rice 1997).

El inicio de la adolescencia se caracteriza por transformaciones físicas muy notorias que constituyen lo que se denomina pubertad, la cual se define, como aquella etapa de la vida que se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y culmina con el logro de la capacidad reproductiva (Delval 2002; Izquierdo 2003).

Para algunos autores (Delval 2002; Papalia 1997; Rice 1997) la pubertad se caracteriza por la maduración de funciones reproductoras, los órganos sexuales crecen y las características sexuales secundarias aparecen. Cada uno de estos cambios se dan porque la glándula pituitaria es la encargada de enviar un mensaje a las glándulas sexuales para que empiecen a segregar las hormonas. En otras palabras, lo que sucede es que cada hormona actúa sobre distintos receptores y los cambios que se producen afectan el aumento de la longitud del cuerpo, su forma y las relaciones entre

las partes, el desarrollo de los órganos reproductivos y de los caracteres sexuales secundarios.

Al mencionar los órganos sexuales se alude en mujeres a: ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina; en hombres a : testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata. Las características sexuales secundarias que aparecen en las mujeres son: crecimiento de los senos, vello púbico, vello axilar, aumento del ancho y la profundidad de la pelvis, cambios en la voz, cambios en la piel; en los hombres: vello púbico, vello axilar, vello facial, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento de la espalda (Papalia, 1997).

1.2.2 EFECTOS A NIVEL COGNOSCITIVO

Con respecto a los **efectos a nivel cognoscitivo**, se mencionan todos aquellos cambios que se dan en el pensamiento, desde la perspectiva en la que se entiende ahora la realidad, así como la manera de abordar los problemas, debido a que el adolescente ha adquirido nuevas capacidades intelectuales las cuales son muy superiores, e igualmente un nuevo gusto por lo abstracto y por el pensamiento (Delval, 2002).

Como menciona Castillo (2005), existe una relación ineludible entre efectos a nivel psicológico y los cambios que experimenta físicamente, lo cual lo lleva a establecer una nueva percepción de sí mismo y de la realidad; esta misma autora añade que todo esto se debe a que se integran diversos aspectos, como son los emocionales, la sexualidad, cambios en

el pensamiento y procesamiento de información, exposición a riesgos, etc.

Con respecto a la identidad, una de las primeras cosas que tiene que asimilar el adolescente, son cada uno de los cambios que sucedieron en su cuerpo; durante toda la vida para todos es importante la imagen corporal, pero en la adolescencia ésta aumenta. En la adolescencia se observan cambios considerables en el concepto de sí mismo y en el autoconcepto; el autoconcepto de los adolescentes es mucho más complejo que el de los niños, ya que se refiere a aspectos más psicológicos y a las relaciones con otros (Delval, 2002).

Para Delval (2002), al referirse a la identidad se habla de una posición existencial, de una organización interna de necesidades, capacidades y autopercepciones, así como de una postura sociopolítica, entendida en sentido amplio. Y añade que cada uno va construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual.

La teoría más utilizada para explicar los cambios en el nivel de pensamiento de los adolescentes es la de Piaget (Delval, 2002; Papalia, 1997; Rice 1997), quien describió cuatro etapas del desarrollo cognoscitivo:

1. La sensoriomotora (Del nacimiento a los 2 años)
2. La preoperacional (De los 2 años a los 7)
3. La de las operaciones concretas (de los 7 a los 11)

y

4. La de las operaciones formales (de los 11 en adelante).

Es precisamente que se puede clasificar el desarrollo cognoscitivo de los adolescentes en la última de las etapas, la de las operaciones formales; en la cual el pensamiento de los adolescentes empieza a diferir radicalmente del de los niños.

Los adolescentes son capaces de utilizar la lógica propositiva, en las operaciones formales pueden razonar, sistematizar sus ideas y construir teorías. Más aun pueden probar esas teorías de manera científica y lógica considerando varias variables, y son capaces de descubrir científicamente la verdad (Rice, 1997).

De acuerdo con Piaget el pensamiento formal tiene cuatro aspectos importantes:

1. La introspección (reflexionar acerca del pensamiento)
2. El pensamiento abstracto (pasar de lo que es real a lo que es posible)
3. El pensamiento lógico (ser capaz de considerar todos los hechos e ideas importantes y llegar a conclusiones correctas, como la capacidad para determinar la causa y efecto) y
4. El razonamiento hipotético (formular hipótesis y examinar la evidencia al respecto, considerando numerosas variables).

El logro de las operaciones formales para el adolescente es un avance importante, ya que cambia por completo el manejo

que hace de la información, y esto también le permite manejar abstracciones, probar hipótesis y ver posibilidades infinitas; con lo cual podrán analizar doctrinas filosóficas y políticas y, en ocasiones formular sus propias teorías, con la posibilidad de reformar la sociedad (Rice, 1997).

Otro importante efecto, es el cambio que existe en el código moral, ya que en efecto, se ha observado que éste cambia; como menciona Papalia (1997), los adolescentes se caracterizan por tener un código moral con base en ideales, pero éste no podría existir si no tuvieran la capacidad para imaginar e idear esos ideales.

1.2.3 EFECTOS A NIVEL SOCIAL

Los **efectos a nivel social** sin duda traen consigo diversas repercusiones, y son también muy evidentes, algunos de ellos abarcan desde el establecimiento de relaciones diferentes dentro de un grupo de pares o amigos y la búsqueda de identidad, hasta la búsqueda de un lugar propio dentro de la sociedad (Delval 2002; Castillo 2005; Izquierdo 2003).

Delval (2002) menciona que la adolescencia se produce debido a una interacción de factores sociales e individuales, lo cual tiene que ver con la inserción del adolescente en la sociedad del adulto, lo que le da una nueva posición social.

Se dice que una de las funciones principales de la adolescencia es la inserción en la sociedad del adulto, pero ésta se caracteriza no sólo por la inserción, sino porque el adolescente tiende a modificar dicha sociedad. Para poder lograrlo realiza planes de vida que consigue gracias a que

puede razonar no solo sobre lo real, sino también sobre lo posible.

Durante la adolescencia la amistad tiene una función estratégica, la cual es considerada como un factor significativo dentro de la socialización del adolescente, y que según Rice (1997) es muy importante para lograr la emancipación de los padres, el establecimiento de relaciones heterosexuales y la afirmación de la identidad.

Delval (2002) afirma que el vincularse con amigos o pares, tiene dos funciones fundamentales, la primera que sean una fuente de apoyo al alejarse de la familia, y la segunda el compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas y una posición semejante en el mundo.

Algunos autores mencionan que es también en esta etapa que la aceptación de los grupos sociales toma una importancia inimaginable, el pertenecer a un grupo de "amigos" es fundamental, para lo cual la opinión y las críticas que pueda tener ese grupo del adolescente se convierte en elemental, ya que eso puede intervenir en la aceptación y admiración que puedan tener por ellos (Rice, 1997). Delval (2002) menciona que el joven cambia los vínculos con los padres, y es cuando los amigos y los compañeros pasan a desempeñar un papel muy importante y también donde los jóvenes tienden a agruparse, es decir a formar "grupos de amigos".

Horrocks (1999) habla acerca de la emancipación y la independencia, y dice que ambas son comunes, y que se les puede identificar en un mayor desacuerdo y rebeldía hacia los padres; y menciona que al referirse a independencia

psicológica se está hablando de una mayor independencia de los controles de los padres, con el propósito de ocupar "su lugar en el mundo". Así mismo, añade que de acuerdo con unos estudios realizados por Mc Cord (1962) se ha observado que los extremos son peligrosos, por un lado tenemos que un nivel adecuado de independencia puede intervenir en el adolescente favorablemente, ya que provocará adolescentes efectivos, responsables y autosuficientes, y por el otro lado tenemos que la falta de unión familiar y el rechazo paterno, incrementan la dependencia manifiesta del niño.

1.3 RELACIONES FAMILIARES EN LA ADOLESCENCIA.

Hasta el momento se ha mencionado que generalmente existen dos vertientes para analizar la adolescencia, la primera la define como un periodo con tensiones, inestabilidades, conflictos y problemas en el que los adolescentes buscan independencia con una evidente resistencia a la dependencia, y la segunda en la cual únicamente se menciona que los adolescentes ya han alcanzado un nivel considerable de independencia; así mismo se han mencionado los efectos que trae consigo la adolescencia, que se pueden sintetizar en tres grandes áreas física, psicológica y social.

Al combinar los cambios que se dan entre el área psicológica y la social, lo que encontramos son efectos en distintas áreas básicas de todo ser humano, algunas de las principales son que existe un establecimiento de relaciones diferentes dentro de un grupo de pares, búsqueda de identidad, búsqueda de un lugar propio dentro de la sociedad, la emancipación y la independencia.

Los efectos de cada una de estas áreas se podrían subestimar, así como asumir que no afectan las relaciones dentro del sistema familiar; pero en realidad, al hablar de que el adolescente busca emancipación e independencia trae como secuelas un mayor desacuerdo con los padres, es decir que en la esfera de la familia se presenta una mayor rebeldía, y una mayor búsqueda de independencia del control de los padres, lo cual por supuesto en muchos casos para los padres es difícil de manejar (Horrocks, 1999).

La familia se ha reconocido como la unidad básica dentro de la cual se desarrolla el individuo, en donde aprende a socializarse y relacionarse con su entorno. El hablar de la familia es primordial debido a que tiene funciones específicas y fundamentales, como proporcionar al niño y adolescente un sistema socializante en el que se enfrenta a un moldeamiento de conductas disciplinarias y afectivas (Horrocks, 1999).

La socialización es el proceso en el cual el sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la cual interactúa, es decir, que adquirirá del medio social en el que se desenvuelve todo el conjunto de valores, creencias, normas, preferencias, intereses, conductas, etc así, la familia es una de las instancias socializadoras más importantes (Kaminsky, 1991).

Es la familia entonces la que tiene una considerable influencia en la personalidad, los modos de pensar y formas de actuar del adolescente (Rice, 1997). A partir de este proceso de socialización se moldea la personalidad del

adolescente así como se incorporan actividades y conductas que llegan a ser frecuentes en el adolescente.

De esta manera, la familia juega un papel en el cual se enfatiza la necesidad de ayuda, apoyo, seguridad, y protección. Algunos autores señalan que la familia debe de estar en espera, para poder brindar ayuda, apoyo, seguridad y protección sólo cuando sea necesario (Delval, 2002; Horrocks, 1999; Rice 1997). Al mismo tiempo es fundamental entender y aceptar al adolescente, además de otorgarle tanta independencia como pueda manejar sin perjuicio; así como en el hogar lo ideal es que encuentre aceptación y estabilidad emocional (Horrocks, 1999).

Al hablar de emancipación e independencia los padres deben tomar algunas decisiones difíciles sobre la forma como lo manejarán, ya que deben de comprender que ellos y sus familias existen en un mundo en transformación, y que debido a esto han de ajustar apropiadamente sus valores y costumbres para satisfacer las demandas del cambio de los tiempos, en donde el crecimiento de los hijos transforma la dinámica familiar.

Laluzza (2003) menciona que cada familia desarrolla un peculiar ciclo vital, el cual se puede entender como la sucesión de reestructuraciones de las relaciones interpersonales fruto de las necesidades de adaptación a condiciones cambiantes, es decir que se modifica lo que antes funcionaba, y se obliga a cambios en el comportamiento de cada miembro del sistema; para este autor la adolescencia es una de esas condiciones cambiantes que afectan al sistema familiar, la adolescencia de un miembro de la familia es un

proceso en el que participan todos ya que se transforma el conjunto de interacciones del grupo.

El desarrollo de un hijo implica adaptar las normas y formas de relación a las nuevas necesidades, es así que para algunos padres el dejar de considerar a sus hijos como niños (lo cual obliga a ceder responsabilidad o poder) puede ser difícil y doloroso; así mismo, las primeras demandas de autonomía pueden ser percibidas como una amenaza de separación por parte de los padres (Laluzza, 2003).

Algunos autores (Horrocks, 1999; Rice, 2000) mencionan que es precisamente en el proceso denominado separación-individuación durante el cual el vínculo padres-adolescentes se transforma, ya que es en ese momento en el que los adolescentes buscan una relación diferenciada con los padres, intentando mantener la comunicación, el afecto y la confianza, pero con cierta independencia de control conductual.

Cuando los adolescentes buscan esta independencia conductual, la familia se enfrenta con ciertos conflictos. Rice (2000) menciona algunas de las causas fundamentales de la tensión entre padres-hijos: diferencia entre el estilo de vida y costumbres, niveles de responsabilidad, las relaciones familiares, escuela, los valores y la moral, esto debido a las diferencias de personalidad.

También se ha encontrado que la familia ejerce influencia como un factor protector, González y Andrade (1995) señalan que en los adolescentes la calidad de la relación-padre-madre-hijo es un elemento fundamental respecto a la búsqueda

de apoyo ante conflictos o problemas, encontrando que la comunicación con el padre y la madre es fundamental para que se busque dicho apoyo familiar, el cual es un indicador protector de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en los adolescentes.

Así mismo, Martínez y Robles (2001) mencionan que las variables de protección ante problemas emocionales y conductuales más citadas son en primer lugar el apego familiar, la existencia de normas de conducta claras tanto en el entorno familiar como en la escuela, las relaciones familiares satisfactorias a favor de la estabilidad y la cohesión familiar, la existencia de un alto apoyo social, la implicación en actividades religiosas, valores positivos con respecto al cuerpo y a la vida y la auto-aceptación.

En otras palabras, la familia es responsable en gran parte del desarrollo psicosocial de niños y adolescentes, pues el avance del individuo a través de la adolescencia estará muy afectado por las expectativas adaptativas o inadaptativas, mantenidas por las personas que revisten importancia en su entorno inmediato. Pero al mismo tiempo, es fundamental realizar una revisión de los principales problemas que manifiestan la gran mayoría de los adolescentes, y que no en todos los casos son patológicos pero sí que mantienen una gran importancia en el desarrollo del adolescente y que posteriormente si no son detectados y tratados a tiempo pueden tener secuelas en la adultez.

CAPITULO 2

PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES

2.1 DEFINICIÓN DE PROBLEMAS EMOCIONALES

Es muy importante aclarar como lo hacen Mc Kinney, Fitzgerald y Stromen (1982) que cada una de las psicopatologías clasificadas como problemas de los adolescentes se encuentran en forma moderada en una gran cantidad de adolescentes sanos, y no por la presencia de ellos se les cataloga de anormales; así estos autores al hablar de "problemas específicos de los adolescentes" se refieren a la depresión, la delincuencia, la violencia, las huidas de la casa y el consumo de drogas.

Existen múltiples clasificaciones y definiciones de lo que son los problemas emocionales y qué abarcan; mientras algunos autores los pueden llamar problemas emocionales, tal vez otros los llamen problemas de adaptación, perturbaciones emocionales, o intenten dividirlos en comportamiento normal y anormal (Acosta 1988; Chapman, 1974; Estrada, 1996; Newcomer, 1987; Nicolson y Ayers, 2004).

Las dificultades emocionales pueden considerarse como la interiorización de ciertos problemas, los cuales es posible

que las demás personas no detecten si no se traducen por ejemplo en dificultades de conducta explícita. Las dificultades emocionales pueden dividirse en tres componentes a partir de los cuales se pueden diagnosticar: conductual, cognitivo y fisiológico (Nicolson y Ayers, 2004).

En palabras de Acosta (1988) cuando se habla de problemas emocionales, se refiere a "trastornos en el desarrollo de la personalidad del niño" que se manifiestan en el hogar y la escuela como problemas de "adaptación", los cuales son generalmente trastornos debidos a factores exógenos y fundamentalmente de origen familiar.

Estrada (1996) considera a los problemas emocionales como los conflictos, ansiedades, tensiones que se desarrollan en la personalidad del niño, originados en la familia y/o en relaciones defectuosas del niño con el medio que le rodea, creando: baja tolerancia a la frustración, pobre imagen de sí mismo y sentimiento de culpabilidad.

En el DRPP (Detección y Referencia de los Problemas de los niños de Primaria) se considera que los trastornos emocionales constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales (León, 2003).

Newcomer (1987) se refiere a las perturbaciones emocionales como uno de los rubros empleados para clasificar ciertas conductas anormales atípicas o desviadas específicamente de los niños.

La conducta normal o anormal de niños y adolescentes es un fiel reflejo de los criterios y normas de comportamiento que han llegado a interiorizar a partir de su contexto social, y que constituyen una dimensión importante de su personalidad total, es decir que, la conducta es el resultado de la interiorización del proceso de socialización, el cual definitivamente repercute en la personalidad del individuo.

La experiencia de los individuos conforma y modela la visión que se forja del mundo, de esta manera tenemos que tanto el ambiente familiar, la escuela, la religión y medios de comunicación condicionan, en gran medida el mayor o menor grado de desarrollo afectivo y social del individuo (Bustos, 2001).

Es a partir del proceso de socialización que el niño debe desarrollar una mentalidad sana que le permita adaptarse adecuadamente a las situaciones que la vida le plantee. La salud mental se manifiesta en la actitud positiva hacia las cosas y personas, en la conducta dinámica y correcta, en la aceptación de las limitaciones propias y ajenas y en el respeto a la dignidad de cada uno (Niño, 1990).

Chapman (1974) menciona tres factores los cuales son fundamentales para producir salud emocional y mental en niños y adolescentes, el primero de ellos es el que los niños y adolescentes reciban razonables cantidades de amor y estima por sus familias, de lo contrario los puede conducir a un doloroso alejamiento por parte de las personas, timidez, rebeldía y rechazo de las demandas de la sociedad; el segundo es el mantener límites o disciplina, las cuales hay que manejar con sensibilidad y sin brutalidad ya que la

disciplina fuera del amor es áspera e insensible lo cual los puede conducir a una resentida retirada de los niños, resentimientos y rebeldía, y el último de estos factores es el permitirles crecer, ya que el desarrollo de la personalidad requiere una progresiva independencia por los chicos.

Niño (1990) señala las siguientes como algunas de las características de niños emocional y socialmente adaptados:

1. Capacidad de adaptarse a sí mismo y estar contentos de ser como son.
2. Aceptar sus fracasos y tratar de corregirlos.
3. Independencia y toma de decisiones.
4. Confianza en su capacidad para manejar situaciones.
5. No afligirse con fuertes sentimientos de temor, rabia, celos, inquietud o culpabilidad.
6. Apreciar a los demás, confiar en ellos y ser capaces de formar relaciones personales cálidas y duraderas.
7. Considerarse parte del grupo de pares.
8. Mejorar sus capacidades, habilidades y talentos enfrentándose a las nuevas experiencias.

A diferencia de estas características anteriormente citadas, Niño (1990) menciona los siguientes como algunos síntomas característicos de los trastornos emocionales y sociales:

- a) Bajo rendimiento (no provocado por factores intelectuales ni a una deficiente salud física).
- b) Distracción, pereza, abandono de la actividad escolar o recreativa.

- c) Agresividad, fanfarronería, desconfianza, afán de destrucción, robos, mentiras.
- d) Nerviosismo, tartamudeo, timidez, vergüenza, tristeza.
- e) Aislamiento y rechazo del grupo.

A su vez se añade a los síntomas anteriores, los siguientes como característicos para determinar un problema emocional (Martínez, 1988):

- a) Problemas para construir y mantener relaciones interpersonales satisfactorias.
- b) Reacciona con conductas o sentimientos inapropiados bajo condiciones normales.
- c) Existe una actitud constante de infelicidad o depresión y
- d) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos, dolores o miedos asociados a problemas escolares o personales.

Martínez (1988) menciona que para la correcta evaluación de un problema emocional se toman en cuenta factores especiales de acuerdo a la conducta que presenta en relación a su edad, sexo y circunstancias específicas en las cuáles se le evalúa; asimismo, menciona que los niños con alteraciones emocionales frecuentemente presentan problemas en otras áreas y esta combinación dificulta una identificación adecuada de la etiología ya que no puede distinguirse qué condición contribuye a la otra.

2.2 DEFINICIÓN DE PROBLEMAS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS.

Los problemas psicológicos de niños y adolescentes se pueden clasificar en dos distintas categorías, los problemas emocionales y los conductuales, o en otras palabras los problemas internalizados y los externalizados, que a continuación se explican.

Ya desde 1987 Achenbach y Edelbrock consideraban dos componentes de las conductas de niños y adolescentes que eran un factor externo que incluye problemas de agresión, hiperactividad y problemas relacionados con la impulsividad, y el factor interno que incluye problemas de ansiedad, depresión, introversión etc.

Reynolds (1992) define a los problemas externalizados como aquellos comportamientos dirigidos al exterior tales como la agresión, el robo y la mentira, los cuales funcionan como una mala adaptación a la sociedad produciendo daño o molestia a los otros; y los problemas internalizados definidos como aquellos comportamientos dirigidos al interior en los que se incluyen: la ansiedad, afecto depresivo y miedo excesivo, los cuales funcionan de forma inadaptada al producir daño o malestar a uno mismo.

Así mismo, Stone, Buehler, y Barber (2002) hacen la misma clasificación sobre los problemas de niños y adolescentes, definiendo como problemas externalizados aquellas conductas en dirección externa como son agresión, robo, y mentiras que funcionan mal-adaptativamente dentro de la sociedad por producir daño, o aflicción a otros; igualmente definen como problemas internalizados aquellas conductas en dirección interna como son ansiedad, cambios depresivos, y miedo

excesivo que funcionan mal-adaptativamente dentro de la sociedad por producir daño o aflicción a uno mismo.

Para Finkenauer, Engels y Baumeister (2005) los problemas emocionales o internalizados incluyen la depresión, el estrés, la baja autoestima, etc. Y los problemas conductuales o externalizados, se refieren a conductas como delincuencia, agresión y problemas entre adolescentes.

De acuerdo con Solloa (2001) los trastornos externalizados se caracterizan por manifestaciones que afectan primordialmente al entorno, en donde causan un gran malestar en las personas que rodean al niño, a los cuales se les ha llamado por mucho tiempo "trastornos de conducta". Debido a que los síntomas son muy evidentes, son muy fácilmente detectables para las personas que están alrededor del niño o adolescente (Solloa, 2001).

Una característica fundamental de este tipo de trastorno es el hipocontrol, es decir, la falta de control sobre las propias conductas, otra característica es la actividad abierta, es decir el comportamiento indeseable, el cual es muy notorio; algunos trastornos han sido clasificados dentro de esta categoría por la Asociación Psiquiátrica Americana, éstos son: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial.

Los trastornos internalizados se caracterizan en primer lugar porque los síntomas no son muy evidentes y de esta manera es fácil el ignorar los problemas de los niños que son tranquilos y luchan con sus preocupaciones internas ya que se

les tiende a subestimar su gravedad, y por lo general estos niños o adolescentes parecen bien "adaptados". Este tipo de trastorno tiene las siguientes características: hipercontrol, es decir, el exceso de control el cual trae mucho sufrimiento interno; la actividad es cubierta, es decir que son preocupaciones, distorsiones cognitivas y un gran malestar y dolor interno; Así mismo, en ellos predominan la ansiedad y la depresión; así se tendría como parte de esta clasificación los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos del estado de ánimo (Solloa, 2001).

En el siguiente cuadro se hace una síntesis de los principales síntomas de los problemas internalizados (o emocionales) y los externalizados (o conductuales) :

PROBLEMAS EXTERNALIZADOS (CONDUCTUALES)	PROBLEMAS INTERNALIZADOS (EMOCIONALES)
<ul style="list-style-type: none"> • Agresión • Hiperactividad • Impulsividad • Delincuencia • Hipocontrol (falta de control sobre las propias conductas) • Provoca malestar a los otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Introversión • Miedo • Estrés • Baja autoestima • Hipercontrol (exceso de control) • Malestar y dolor internos (a uno mismo)

Los problemas internalizados se presentan casi con la misma frecuencia en niños y niñas, aunque tienden a ser de alguna forma más frecuentes en las niñas. Por el contrario,

los problemas externalizados son más comunes en los niños (Solloa, 2001).

Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) indican que los trastornos de conducta ocurren con mucha frecuencia entre los varones más jóvenes, mientras que los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) tienden a predominar entre las mujeres, especialmente durante la adolescencia, así mismo el riesgo de depresión se incrementa conforme el niño va acercándose a la adolescencia.

Medina, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo, y Gómez (1992) en un estudio realizado en México a nivel nacional sobre trastornos mentales como la depresión, ideación suicida, intento de suicidio y utilización de servicios formales e informales, encontraron que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13 % de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género, 17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres. En cuanto a la ideación suicida, se reportó entre el 10% y el 14% de la población total; de los cuales solamente 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida y 1.6% intentó suicidarse.

Como se ha demostrado hasta este momento, tanto los problemas externalizados como internalizados han cobrado mucha importancia; considerando la depresión un problema emocional o internalizado, que actualmente ha ido en aumento y que afecta a muchos jóvenes y adolescentes por lo que es fundamental el seguir estudiándolo e investigándolo.

2.3 DEPRESIÓN

Diversos autores mencionan que la depresión es tan antigua como el hombre, que es una psicopatología que nos afecta a todos y la cual todos en algún momento de nuestra vida hemos experimentado o estamos propensos a experimentar, todos los seres humanos podríamos sentirnos tristes, cansados, sin sentido del humor, etc, ya que es un estado normal y una experiencia cotidiana (Clark, y Fairburn, 1997; Ledesma, 1992; Mendels, 1977; Nicolson, 2004; Seligman, 1983; Solloa, 2001; Williams, 1997).

Lazarus (1968), Mendels (1977) y Seligman (1983) mencionan que la tipología de la depresión más útil debido a que se halla más confirmada es la basada en la **dicotomía endógeno-reactiva**, en donde las depresiones reactivas son las más comunes, y es precisamente del tipo que a todos nos es familiar, aproximadamente el setenta y cinco por ciento de todas las depresiones son reacciones a algún acontecimiento externo, donde cabe mencionar que los acontecimientos para que se produzca dicha depresión en cada persona son diferentes. Las depresiones reactivas no presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas, como los fármacos y la descarga electroconvulsiva (DEC), no se hallan genéticamente predispuestas, y suelen presentar síntomas algo más débiles que la depresión endógena.

Las depresiones endógenas son una respuesta a algún proceso endógeno o interno, en otras palabras a algún factor interno como puede ser un problema bioquímico, hormonal o genético. Estas depresiones no son desencadenadas por ningún

acontecimiento externo, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares (Seligman, 1983; Seligman, Klein y Miller, 1976).

Al hablar de la depresión reactiva ésta puede llegar a ser muy grave, lo que en la mayoría de las personas pasa por ser un simple estado de ánimo se puede convertir en un síndrome o en el síntoma de un trastorno, es decir que los niveles pueden aumentar. A medida que la depresión va agravándose, el abatimiento se hace más intenso y con él, el desgaste de la motivación y la pérdida del interés por la realidad (Costelo, 1993; Mendels, 1977; Seligman, Klein y Miller, 1976; Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Cuando se habla de que la depresión reactiva guarda relación con hechos externos y es congruente en duración e intensidad con el factor desencadenante, es posible decir que se trata de una reacción esperada y con una explicación que la ubica como una respuesta normal. Cuando tal respuesta es desmesurada en donde su intensidad y duración no corresponde a lo esperado, además de que tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales en quien la presenta se trata entonces de un estado patológico (Ledesma, 1992).

Ya que la palabra depresión es ampliamente utilizada en el lenguaje coloquial, resulta conveniente explicar las diferentes concepciones que puede tener en el ámbito de la psicología clínica, en donde la depresión puede ser discutida como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado de ánimo (Costelo, 1993; Ledesma, 1992; Mendels, 1977; Seligman, Klein y Miller, 1976; Solloa, 2001).

Al hablar de **Síntoma depresivo** se alude a un síntoma individual, el cual tiene un significado muy amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado (Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Se habla de **Síndrome depresivo** cuando existe un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios, junto con un estado de ánimo depresivo, y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas. Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos, psicomotores, cognitivos y motivacionales. Un síndrome depresivo puede ocurrir como un problema concomitante con una amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos (Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Cuando existe un **Trastorno depresivo** se habla de connotaciones todavía más específicas que el de síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta

particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos (Ledesma, 1992; Solloa, 2001).

2.4.1 SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

En palabras de Williams (1997), los síntomas de la depresión pueden observarse en prácticamente todos los aspectos de la personalidad, y es frecuente que se traslape o sobre ponga a muchos otros cuadros patológicos. Las manifestaciones clínicas más particulares de la depresión que señalan estos autores se pueden agrupar en los siguientes elementos en el área emocional, alteraciones cognoscitivas, alteraciones en el terreno motivacional, manifestaciones neurovegetativas, físicas y en la actividad psicomotora.

De acuerdo con Seligman (1983) los síntomas de depresión son:

1. Disminución de la iniciación de respuestas voluntarias: los hombres y mujeres deprimidos no hacen muchas cosas. Dedicar menos tiempo a las actividades que solían encontrar agradables. Déficit sociales.
2. Disposición cognitiva negativa: las personas deprimidas se consideran aún más ineficaces de lo que realmente son, tienen una disposición cognitiva negativa o dificultad para creer que sus respuestas son eficaces.

3. Agresión disminuida: las personas deprimidas carecen prácticamente de hostilidad manifiesta hacia los demás.
4. Pérdida de apetito
5. Cambios fisiológicos: los depresivos graves comen menos y pierden peso. El interés sexual se desvanece.

Seligman, Klein, y Miller (1976) mencionan que los síntomas más comunes en la depresión son la tristeza, pasividad, llorar, pensamientos de suicidio, sentimientos de desesperanza, desamparo, indecisión, falta de interés en el mundo, falta de apetito, susceptibilidad a la fatiga y aburrimiento.

Para Mendels (1987) los síntomas principales de la depresión son : la tristeza, el pesimismo, el desencanto de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación, de concentración, así como ansiedad y conducta suicida; los cuáles se podrían clasificar o categorizar en las siguientes áreas:

- El estado de ánimo se caracteriza principalmente por la tristeza.
- El pensamiento parece tener una:
 - ⊕ Pérdida de interés
 - ⊕ Disminución de energía
 - ⊕ Incapacidad de llevar a cabo tareas
 - ⊕ Dificultad en concentrarse
 - ⊕ Carencia de motivación

✦ Pensamientos pesimistas.

- Así mismo la depresión puede manifestarse a través de la Conducta y el aspecto:

✦ Retardo psicomotor

✦ Inquietud extrema tanto física como psicológica

✦ Negligencia en el arreglo y en ocasiones higiene

✦ Su rostro pone de manifiesto tristeza

✦ Permanece en silencio durante periodos largos

✦ Accesos de llanto.

- Síntomas somáticos:

✦ Dolor físico

✦ Tensión muscular.

- Y es posible distinguir los siguientes síntomas:

✦ Pérdida de peso y apetito

✦ Perturbación en el sueño

✦ Dolores físicos

✦ Alteraciones menstruales

✦ Estreñimiento

✦ Pérdida de la libido

Velásquez (2004) afirma que la depresión se puede definir por las siguientes características:

- ✦ Alteración específica del estado de ánimo, como tristeza, sensación de soledad y apatía.
- ✦ Un concepto negativo de si mismo, acompañado de auto-reproches y autoinculpación.
- ✦ Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
- ✦ Trastornos Vegetativos: como anorexia, insomnio, disminución de la libido.
- ✦ Cambios en el nivel de actividad, como es letargo o agitación.

Nicolson y Ayers (2004) afirman que la depresión puede experimentarse en forma de bajo estado de ánimo, desesperanza, indefensión, insomnio, cambio de peso, irritabilidad y pensamientos de suicidio; especialmente en adolescentes puede ser que la depresión no sea percibida por los padres y los educadores, así como que digan que quieren marcharse de casa, se quejen de que nadie les comprende, de sentirse incapaces o rechazados.

Beck (1976; 1974) obtuvo la distribución de síntomas considerados relevantes en la depresión, los cuales se clasifican en cuatro clases: afectivos, cognitivos, motivacionales y físicos.

- Síntomas afectivos:

- ✦ Ánimo desalentado
- ✦ Disgusto consigo mismo
- ✦ Baja gratificación
- ✦ Poco cariño

- ✦ Llorar
- ✦ Menos alegría

- Síntomas motivacionales:
 - ✦ Menos motivación
 - ✦ Deseos de suicidio

- Síntomas cognitivos:
 - ✦ Bajas auto evaluaciones
 - ✦ Expectativas negativas
 - ✦ Auto-culparse y críticas
 - ✦ Indecisión
 - ✦ Distorsión de la auto-imagen

- Síntomas Físicos:
 - ✦ Menos apetito
 - ✦ Molestias en el sueño
 - ✦ Disminución de la libido
 - ✦ Fatiga

En el siguiente cuadro se hace una integración de las
sintomatologías depresivas aquí mencionadas: ¹

¹ Cuadro 1. Sintomatologías depresivas.

Seligman (1983)	Salgado (1984)	Mendels (1987)	Velazquez (2004)	Nicolson y Ayers (2004)	Beck (1967, 1976)
Disminución de la iniciación de respuestas voluntarias	Alteraciones en el área emocional	Pesimismo, Desencanto de sí mismo.	Alteración del estado de ánimo, tristeza, sensación de soledad y apatía	Bajo estado de ánimo	Síntomas afectivos: Ánimo desalentado Disgusto consigo mismo Baja gratificación Poco cariño Llorar Menos alegría
Disposición cognitiva negativa	Alteraciones cognoscitivas	Pérdida de energía, pérdida de motivación.	concepto negativo de si mismo, acompañado de auto-reproches y autoinculpción	Desesperanza	Síntomas motivacionales: Menos motivación Deseos de suicidio
Agresión disminuida	Alteraciones motivacionales	Tristeza	Deseos regresivos y de autocastigo	Indefensión	Síntomas cognitivos: Bajas auto evaluaciones Expectativas negativas Auto-culparse y críticas Indecisión Distorsión de la auto-imagen
Pérdida de apetito	Alteraciones neurovegetativas	Conducta suicida	Trastornos Vegetativos	Insomnio	
Pérdida de peso	Alteraciones Físicas	Pérdida de peso	Cambios en el nivel de actividad	Cambio de peso	Síntomas Físicos: Menos apetito Molestias en el sueño Disminución de la libido Fatiga
Pérdida de libido	Alteraciones psicomotoras	Perturbación del sueño		Irritabilidad	
		Dolores físicos		Pensamientos de suicidio	
		Alteraciones menstruales			
		Estreñimiento			
		Pérdida de libido.			

2.4 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

2.4.1 EPIDEMIOLOGÍA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

En los últimos años, la importancia de la depresión se destaca de tal forma que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad. La importancia de la depresión radica en su elevada frecuencia, en la magnitud del sufrimiento para el enfermo, sus repercusiones en la familia y el grupo social. Se han hecho estimaciones de que probablemente más de 4% de la población mundial padece depresión que requiere ser tratada por el médico (De la Fuente, y Caraveo, 1997; Calderón, 1999; Stark, Humphrey, Crook, Lewis, 1990).

De acuerdo con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (1992) se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 6 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. Entre éstos destaca la depresión, que representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3% (Medina-Mora, 1992).

Calderón (1999) señala que se calcula que en el mundo hay por lo menos 100 millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión, además de ser un problema que tiende a aumentar en los años venideros. Así mismo, las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria hacen de la depresión un problema significativo de salud pública, de

ninguna manera etiquetable como un problema psiquiátrico de acuerdo con el enfoque tradicional de enfermedad mental.

Se calcula que la depresión afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo, actualmente se considera como una de las enfermedades más discapacitantes. Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria, generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad (Calderón, 1999).

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) señala que la existencia de desórdenes depresivos afecta aproximadamente a 19 millones de americanos adultos, los cuales producen que dichas personas vivan absortas en el suicidio, y que así mismo tenga efectos negativos en los individuos, en sus familias y en la sociedad (National Institute of Mental Health NIMH, 2005).

En palabras de Kielholz (1972), durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, sobre todo entre la población de los países industrializados. De acuerdo con Calderón (1999), cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud. En Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes y más específicamente entre las mujeres menores de 30 años. Así mismo añade que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más.

El NIMH (2005) resalta que en los Estados Unidos casi el 12% de las mujeres y el 7% de hombres son afectados por la depresión cada año, y que 20% de las mujeres tienen algún episodio de depresión en algún punto de su vida, los cuales en algunos casos son asociados con la menopausia.

Así mismo, diversos autores complementan esta información mencionando que la enfermedad depresiva es dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los varones, lo cual ha generado explicaciones asociadas a los ciclos biológicos de las mujeres como el síndrome premenstrual o posparto, el climaterio y la menopausia (Bleichmar, 1991; Craig, 2001; Downey y Coyne, 1990; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Seiffge-Krenke y Stemmler; 2002).

En el estudio realizado por Beutelspacher y Martelo (2004), los resultados apuntaron a que factores como la pobreza, la situación social, las edades de los hijos, el nido vacío, el tipo de trabajo que se realice, la cantidad de esfuerzo físico en dicho trabajo y la existencia o la inexistencia de una pareja pueden incrementar o decrementar la existencia y los niveles de depresión en mujeres.

Así, pese a la elevada frecuencia de depresión, dicho proceso no es visible ni siquiera para las propias mujeres quienes consideran este padecimiento como un malestar indefinido que de tan frecuente parece ser una condición natural de ellas mismas (Beutelspacher y Martelo, 2004).

Con respecto a la presencia de la depresión en niños, adolescentes y jóvenes, diversos estudios reportan que por arriba del 2.5% de los niños y por encima del 8.3% de los

adolescentes de Estados Unidos sufren de depresión (NIMH, 2005). Por lo cual el diagnóstico y tratamiento en la niñez y adolescencia es indispensable para la prevención funcional de conductas académicas, sociales, emocionales y conductuales, que permitan desarrollar todo el gran potencial que los niños tienen.

El NIMH (2005) menciona que la depresión en niños y adolescentes se asocia con un incremento en el riesgo de conductas suicidas, en donde en las últimas décadas la tasa de suicidio en personas jóvenes se ha incrementado dramáticamente, en 1996 el suicidio fue la tercera causa de muerte en chicos de 15 a 24 años y la cuarta causa entre chicos de 10 a 14 años.

2.4.2 EPIDEMIOLOGÍA EN EL ÁMBITO NACIONAL.

En resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1994 en zonas urbanas, se detectó la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y 18% de la población general, en la cual se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres (Medina-Mora,1992).

De la Fuente y Caraveo (1997) señalan que la prevalencia global de trastornos mentales en la población de México de 18 a 64 años es de alrededor de 25%, predominando los trastornos depresivos y la angustia, así como la adicción al alcohol.

Cabe resaltar que considerando el número de adultos en México, la OMS (1995) infiere que más de diez millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas en

México, la prevalencia es de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecen (Calderón, 1999; Medina-Mora,1992).

La misma Encuesta Nacional de Adicciones encontró, que la depresión se encuentra en hombres en un 4.9 por ciento y en mujeres en un 9.7% es decir un poco más del doble, con un total de 7.8% en población adulta en zonas urbanas para 1994, lo cual concuerda con datos epidemiológicos internacionales.

Un estudio realizado por Medina, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez (1992) aportan datos sobre trastornos emocionales en población urbana mexicana, algunos de los resultados más importantes que se encontraron fueron que el 34% de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género, 17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres.

Es muy importante mencionar que dichos resultados indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; lo cual significa que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo cual equivale a una sexta parte de la población.

Estudios en México reportan alrededor de 15 por ciento de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, lo cual indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral (Calderón, 1999; Medina-Mora,1992). Es importante señalar que en la Encuesta Nacional de Adicciones también se encontró que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en

el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole un conflicto no sólo personal, sino en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral.

De la Fuente y Caraveo (1997) hacen alusión a que en 1970, 1984 y 1986 se aplicó la prueba psicológica del inventario multifacético de personalidad (MMPI) a una muestra de estudiantes de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual permitió establecer que de 7 a 14% de los jóvenes sufrían problemas que requerían ayuda médico-psicológica ().

De la Fuente y Caraveo (1997) señalan que en 1986 resultados en jóvenes de primer y tercer semestre de una escuela de nivel superior, existía una prevalencia de trastornos de 39%. En la mitad de estos casos, los trastornos fueron leves, los más frecuentes depresión y ansiedad, en donde el índice fue mayor en mujeres que en varones, pero los síntomas fueron más severos en los hombres.

En el periodo comprendido entre marzo de 1973 y diciembre de 1986, fueron atendidos en el programa de salud mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, un total de 12068 pacientes de primera vez, o sea, un promedio de 862 sujetos por año. Entre 1983 y 1986, los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se identificaron fueron la angustia y la depresión con un porcentaje de 37.59% (De la Fuente y Caraveo, 1997).

Ante estas estadísticas es fácil percatarse de que la depresión a lo largo de nuestras vidas juega un papel

importante, así mismo son muchos los autores que sugieren que la depresión en muchas ocasiones durante la adolescencia puede ser decisiva. Como lo mencionan Craig (2001) y Eley, Liang, Plomin, Sham, Sterne, Williamson y Purcell, (2004) la depresión durante la adolescencia se da a menudo, junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas, esto a lo que lleva en muchas de las ocasiones es a que los adolescentes tomen salidas poco saludables, como puede ser la conducta suicida, el uso de drogas, el abandono del hogar, etc.

Ledesma (1992) también menciona que durante la adolescencia la depresión se presenta constantemente, y que algunas de las maneras más habituales de expresarla es por fluctuaciones de carácter y manifestaciones conductuales.

Solloa (2001) menciona que durante la adolescencia es normal la oscilación del estado de ánimo, y que por lo tanto es importante el diferenciar entre adolescentes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Así mismo, añade que las depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad, aunque se pueden llegar a hacer crónicas y tienden a no ceder aunque las condiciones ambientales mejoren, además igualan a las de la edad adulta en severidad y las sobrepasan en autodestructividad.

Craig (2001) menciona que entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión se encuentran una imagen corporal negativa, el pensar en posibilidades negativas con

respecto a uno mismo y sobre el futuro, problemas familiares o de salud mental de los padres, conflictos conyugales o divorcio, problemas económicos, poca popularidad entre los compañeros y bajo aprovechamiento escolar.

Por todo esto, es evidente la importancia de realizar investigación sobre la depresión en adolescentes ya que como se mencionará mas adelante evita un sano desarrollo y puede llegar a afectar permanentemente al individuo; la incidencia de la depresión en población general ha aumentado, y las estadísticas en adolescentes indican que esto va a continuar, parte de nuestro trabajo como profesionales es el continuar trabajando con estas poblaciones que son susceptibles, y en las cuales se puede intervenir para evitar su incidencia en este tipo de patologías. A continuación se verán algunas de las principales teorías sobre depresión con las cuales se intenta tener un panorama más general sobre dicha patología, y que ofrecerán diferentes alternativas para poder comprender y entender la depresión.

2.5 TEORÍAS SOBRE LA DEPRESIÓN.

Los modelos que explican la depresión se pueden desglosar en cinco enfoques principales, el psicodinámico, los modelos interpersonales-sociales, los biológicos, el modelo evolutivo y los modelos cognitivo-conductuales (Solloa, 2001).

El **enfoque psicodinámico** creado por Sigmund Freud ejerció mucha importancia debido al énfasis que puso en que la enfermedad mental era un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico, los cuales tienen un significado que puede ser revelado a través de la investigación de las

experiencias del paciente a lo largo de su vida. Para este enfoque la depresión es el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un Super-Ego primitivo y un Ego débil (Delval, 2002; Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Freud identificó tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo. Freud explicó que en la infancia el melancólico establece una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario, esta libido se retrajo hacia el yo produciendo así una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado. Las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original y hacen que la furia del sujeto se descargue en contra del objeto que ocasionó la decepción original, que ahora está fusionado con una parte del yo (Delval, 2002; Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Los **modelos interpersonales** explican que la depresión se caracteriza en base a un estilo de interacción social, caracterizado por un predominio de conductas de quejas, lamentaciones y autodesprecio (Solloa, 2001). Estas conductas son reforzadas porque se produce un falso estado de seguridad y apoyo de otras personas. Este modelo se extendió resaltando el papel que juegan el individuo (su estilo cognitivo) y el medio en el mantenimiento o agravamiento de la depresión. Estos autores asumen que la cadena causal que termina en la

depresión se inicia con la ocurrencia de un acontecimiento estresante, ya sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o bioquímica, que puede interaccionar con factores de vulnerabilidad interpersonales (como la calidad y cantidad de apoyo social, cohesión de la familia, etc.) o intrapersonales (por ejemplo cogniciones poco adaptativas, pocas habilidades de afrontamiento y manejo del estrés, etc.). Una vez que la depresión se inicia se mantiene o se agrava por la conjunción de dos factores; el primero es el factor interpersonal que tiene que ver con la naturaleza y calidad de la respuesta de los otros al depresivo, y su influencia en la conducta sintomática. El segundo, se refiere al sesgo cognitivo del depresivo que se traduce en un aumento de la atención y de la sensibilidad a los aspectos negativos de su ambiente (Solloa, 2001).

Dentro de los **enfoques psicobiológicos** hay una gama muy amplia que abarca desde los modelos genéticos hasta los neuroendocrinos. Dentro del enfoque neuroquímico existe la hipótesis de que en la depresión endógena juega un papel importante las posibles alteraciones en los mecanismos de los neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos. Los enfoques neuroquímicos plantean que transmisores como la noepinefrina y la serotonina están vinculados con la depresión, sugieren que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos y que su disminución provoca depresión (Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001).

Dentro de las hipótesis neuroendocrinas se encuentra que la depresión endógena se debe a disfunciones en los ejes neuroendocrinos que controlan la actividad de la tiroides,

corticosuprarrenal, de las hormonas sexuales y de las hormonas del crecimiento, otro sistema neuroendocrino vinculado con la depresión es el eje hipotalámico-hipofisario (Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001).

Con respecto a los **modelos evolutivos** parten de la relación que guarda la depresión infantil con el desarrollo del apego (Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996). La característica común de la depresión en infantes era la separación de la madre o una carencia afectiva, especialmente en niños entre los seis y los ocho meses y se denominó a este síndrome "depresión anaclítica", que se refiere a una depresión asociada a la pérdida del objeto y a la necesidad de apego.

Posteriormente se realizaron análisis del apego y su relación con la pérdida, la separación, la aflicción y la depresión en niños. Los primeros cinco años de vida son el periodo más sensible para el desarrollo del apego y la reestructuración de la conducta que regirán desde entonces todas las futuras relaciones del mismo; de acuerdo con este autor la depresión se debe a un apego inseguro en épocas tempranas de la vida (Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001; Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

El **enfoque conductual** se propone que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes, son principalmente el producto de experiencias de aprendizaje (Nicolson y Ayers, 2004).

Sus premisas principales mencionan que :

- ✦ Tanto la herencia como el ambiente interactúan para influir en la conducta del adolescente.
- ✦ Cada adolescente tiene un conjunto de conductas que se derivan de lo que aprende de ambientes sociales y físicos determinados. En consecuencia, se centra la atención en las influencias externas sobre su conducta, en vez de en las internas.
- ✦ Las dificultades emocionales y conductuales son en parte, el producto de experiencias de aprendizaje desadaptativas.

En otras palabras, la depresión se deriva de la ausencia o insuficiencia de refuerzos proporcionados por otras personas significativas, como los padres, hermanos o amigos, y cuando las conductas no se refuerzan, dejan de realizarse. De esta manera, un adolescente está deprimido cuando presenta un estado de ánimo triste de un modo persistente y generalizado, que se caracteriza por sentimientos de falta de valía, desesperanza e indefensión. Puede ir asociada a síntomas físicos, como pérdida o aumento de peso, fatiga, insomnio, procesos cognoscitivos relacionados (pensamientos de suicidio) y conductas asociadas (abuso de drogas) (Nicolson y Ayers, 2004).

El **enfoque cognitivo-conductual** sugiere que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes, son principalmente el producto de procesos cognitivos desadaptativos. La expresión de procesos cognitivos se refiere a pensamientos, creencias, expectativas, actitudes y atribuciones. Como reacción contra el conductismo, el cognitivismo opina que es necesario considerar la contribución de los procesos cognitivos a las dificultades

emocionales y conductuales de las personas. Los procesos de pensamiento pueden llevar a un adolescente a comportarse de forma adecuada o inadecuada (Nicolson y Ayers, 2004).

Sus Premisas básicas señalan que:

- ✦ Las cogniciones negativas están relacionadas con dificultades emocionales y conductuales.
- ✦ Los sesgos de atención y de recuerdo de cada persona actúan seleccionando la información negativa, contribuyendo al mantenimiento de los problemas.
- ✦ La metacognición, es decir, el pensamiento de la persona sobre sus propios procesos cognitivos puede exacerbar los problemas.
- ✦ Las cogniciones negativas pueden modificarse mediante desafíos lógicos o preparando experiencias contrarias.

Este enfoque enfatiza el papel que desempeñan las cogniciones y la evaluación cognitiva en las dificultades emocionales de los adolescentes. Con frecuencia las dificultades emocionales son respuestas al procesamiento cognitivo de estímulos que realiza una persona (Lewinsohn y Hoberman 1985; Nicolson y Ayers, 2004).

Las teorías más modernas enfatizan que las variables conductuales y cognitivas son centrales en la depresión, pero hay varios modelos dentro de esta línea cuyas explicaciones sobre la depresión son complementarias más que excluyentes (Solloa, 2001).

Debido a los temas tratados en esta investigación que son las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes se tomarán como base las teorías del enfoque cognitivo conductual ya que son las que hasta este momento han tenido una repercusión muy importante en el análisis de temas similares y las que mejor los explican.

A continuación se hará una síntesis de las teorías contemporáneas de la depresión, las cuales pueden ser consideradas según diversos autores (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Lewinsohn y Libet, 1972; Seligman, Klein y Miller, 1976) en dos grandes categorías, las cognitivas y las conductuales.

Dentro de las teorías de reforzamiento o conductuales pueden ser consideradas la de Bandura propuesta en 1977, la de Liberman y Raskin (1971) conocida como ganancia secundaria, la propuesta por Costello en 1972, la propuesta por Ferster en 1973, la de baja tasa de reforzamiento propuesta por Lewinsohn en 1974, las cuales también son conocidas como teorías del aprendizaje social. Dentro del enfoque cognitivo podrían ser consideradas las siguientes: la de Rehm (1977) conocida como una teoría de autocontrol o autorregulación, la de Seligman (1983) de Indefensión aprendida, el modelo de Ellis (1962) conocida como terapia de conducta racional-emotiva, y la de Beck con su famosa y reconocida teoría cognitiva de la depresión.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Los autores de las teorías más representativas consideradas como teorías del aprendizaje social son Bandura,

Ferster, Liberman y Raskin, y Costello y Lewinsohn. Los teóricos del aprendizaje social vinculan la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados (Solloa, 2001).

En **1971 Liberman y Raskin** postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de depresión, explicando que el depresivo emite conductas depresivas porque éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes le rodean suelen intentar ayudarlo (Solloa, 2001).

En **1972 Costello** señaló que la depresión está determinada básicamente porque el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas; así un niño con pocas aptitudes sociales puede desarrollar fácilmente depresión ante pérdidas poco importantes al no encontrar formas de reforzamiento alternativas en su vida (Lewinsohn y Hoberman 1985; Solloa, 2001).

En **1973** la hipótesis de **Ferster** indica que la depresión se produce porque existe una baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente lo que está relacionado con los siguientes factores (Lazarus, 1968; Seligman, Klein y Miller, 1976; Solloa, 2001):

1. Se produce depresión cuando la persona es reforzada con poca frecuencia, lo que se traduce en lo que se podría llamar un "programa prolongado de extinción".
2. La presencia de ansiedad puede también debilitar la tasa de frecuencia de la conducta.
3. Los cambios repentinos en el ambiente pueden, en ciertas ocasiones, debilitar la frecuencia con que se produce la conducta.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977; Bandura y Walters, 1978; Nicolson y Ayers, 2004) sostiene que la conducta de una persona puede influir en su ambiente, así como el ambiente influye en la conducta de la persona. Mediante procesos cognitivos, las personas están en condiciones de discriminar entre distintas situaciones y, en consecuencia su conducta puede llegar a depender de la situación específica en la que se encuentre, que también puede variar según los distintos contextos.

Las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes pueden surgir a través de un proceso de aprendizaje, es decir, del aprendizaje de respuestas conductuales y emocionales desadaptativas por medio de la observación de modelos (por ejemplo los padres y compañeros). Las expectativas negativas y los sentimientos de ineficacia también pueden contribuir a producir problemas emocionales y conductuales. Esto ocurre cuando los adolescentes creen que carecen de la capacidad para influir en los acontecimientos de su vida (Nicolson y Ayers, 2004).

BAJA TASA DE REFORZAMIENTO.

Según diversos autores (Blaney, 1977; Lewinsohn y Graf 1973; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Lewinsohn y Libet, 1972; Rehm, 1977; Solloa 2001; Williams, 1997) el **modelo de Lewinsohn** elaborado en **1974** es un modelo conductual y es el más elaborado, ya que tiene una gran influencia clínica; para

este autor la característica principal de la depresión es un déficit conductual, y la causa primaria es una *baja tasa de reforzamiento positivo contingente*.

Lewinsohn amplía su posición con algunas hipótesis adicionales (Lewinsohn y Hoberman, 1985) :

1. Existe una relación causal entre la baja tasa de respuestas contingentes con reforzamiento positivo y los sentimientos de disforia.
2. El ambiente social a través de la provisión de contingencias en forma de simpatía, interés y consentimiento mantiene conductas depresivas
3. Enfatiza las deficiencias en las habilidades sociales como un importante antecedente de la baja tasa de reforzamiento positivo.

De esta manera, la posición de Lewinsohn se desarrolla a partir de estas tres hipótesis, en donde se sugiere que el sentimiento de disforia es el fenómeno central de la depresión, y de esta manera la disforia es el resultado de un bajo reforzamiento positivo o mucho castigo. Lewinsohn, Youngren, y Grosscup (1980) definen refuerzo por la tasa y la calidad de interacción de una persona con su ambiente. Algunas de las consecuencias en términos de las respuestas conductuales de los individuos son: llorar, un estado de ánimo disfórico etc, y esto explica la reducción de respuestas conductuales en la depresión (Lewinsohn y Hoberman, 1985; Williams, 1997).

Lewinsohn en sus investigaciones encontró que los individuos que presentan depresión no tienen acceso a un

repertorio adecuado de reforzadores positivos. Los antecedentes de la condición depresiva consisten en una baja tasa de gratificaciones contingentes a las respuestas que el sujeto emite, en donde la baja tasa de respuesta está ocasionada por una falta de habilidades sociales, deficiencia que provoca que haya poco reforzamiento del ambiente (Blaney, 1977; Ledezma, 1992; Lewinsohn y Graf 1973; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Lewinsohn y Libet, 1972; Seligman, Klein y Miller, 1976; Solloa, 2001).

Al mismo tiempo el ambiente también contribuye a mantener la conducta depresiva, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales y no verbales, así el ambiente social provee reforzamientos sociales en la forma de simpatía, interés y preocupación, los cuales refuerzan y mantienen la conducta depresiva. Estos refuerzos son típicamente provistos por un pequeño segmento de las personas del ambiente social de los depresivos (ej. Familia inmediata). (Blaney, 1977; Ledezma, 1992; Seligman, Klein y Miller, 1976; Solloa, 2001).

A medida que el adolescente recibe menos reforzamiento social por conductas sociales apropiadas, aumenta la probabilidad de que se deprima aún más, pues su inadecuación conductual ocasiona problemas con la autoestima, sentimientos de inferioridad, etc. Así se activa un círculo vicioso en el que a medida que la depresión aumenta, disminuyen las habilidades sociales, y con ello las probabilidades de reforzamiento (Solloa, 2001).

AUTOCONTROL O AUTORREGULACIÓN.

Este modelo, propuesto por **Rehm** en **1977**, incorpora algunos puntos de los modelos anteriores, partiendo de las formulaciones de la teoría del aprendizaje social que establece que el autocontrol es un proceso que incluye tres niveles de retroalimentación (Lewinsohn y Hoberman, 1985; Rehm, 1977; Solloa, 2001) :

- ✦ Autoobservación (Automonitoreo). Se refiere a que los sujetos depresivos muestran una atención selectiva a estímulos aversivos y a conductas indeseables de sí mismos, lo cual confirma una perspectiva negativa de él mismo, del mundo, y del futuro.
- ✦ Autoevaluación. Las personas deprimidas tienden a tener autoevaluaciones que envuelven el funcionamiento de estándares internos que se realizan en dos formas mal-adaptativas que es característica de los depresivos, la primera en la que ellos frecuentemente fracasan haciendo atribuciones internas de causalidad (por el éxito de sus experiencias), y la segunda en la cual ellos tienden a poner criterios estrictos y rigurosos de auto-evaluación (ellos tienen altos umbrales para auto-evaluaciones positivas y bajos umbrales para auto-evaluaciones negativas); en donde estrictos criterios de evaluación producen baja autoestima, y sentimientos de indefensión.
- ✦ Autorreforzamiento. Los depresivos se autorrefuerzan poco, y en cambio se autocastigan demasiado y por cualquier cosa.

En este modelo se menciona que las personas deprimidas tienen deficiencias en una o más de estas etapas o fases; por tanto, la depresión se origina en déficits en el autocontrol. Estos déficits se evidencian de la siguiente manera (Rehm, 1977; Solloa, 2001) :

- a) Monitoreo selectivo de eventos negativos excluyendo los eventos positivos.
- b) Monitoreo selectivo de las consecuencias inmediatas contra las consecuencias a largo plazo del propio comportamiento.
- c) Establecimiento de criterios de evaluación muy estrictos.
- d) Hacer atribuciones negativas de la responsabilidad por la propia conducta.
- e) Utilización insuficiente de autorreforzamiento.
- f) Utilización excesiva de autocastigo.

De esta manera, dicha perspectiva señala que los adolescentes depresivos realizan atribuciones depresógenas, tienen un locus de control externo y atribuyen la causa de los acontecimientos positivos a causas externas, inestables y específicas. También manifiestan una serie de errores cognitivos como la sobregeneralización de las predicciones negativas, una visión catastrófica de las consecuencias negativas, una tendencia a responsabilizarse incorrectamente de los fracasos y una atención selectiva sobre los aspectos negativos (Lewinsohn y Hoberman, 1985; Rehm, 1977; Solloa, 2001).

LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

El **modelo de Seligman** sobre la depresión se basa en experimentos de laboratorio con perros, que consistía en mantenerlos sujetos mientras se les aplicaba estimulación aversiva no controlable y de la que no podían escapar; un animal en condiciones normales, al ser castigado intentaría escapar antes de que se repitiera el castigo, a diferencia de un animal que previamente ha sido expuesto a un estímulo aversivo incontrolable e ineludible, que no intenta escapar, y que únicamente se mueve de manera confusa o se mantiene estático, en una posición pasiva, de sumisión. Los animales indefensos aprendieron que la respuesta y el resultado eran independientes (Abramson y Sackeim, 1977; Blaney, 1977; Lazarus, 1968; Ledezma, 1992; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Rehm, 1977; Seligman, Klein y Miller, 1976; Seligman, 1983).

En estudios posteriores Seligman (Abramson y Sackeim, 1977; Ledezma, 1992; Rehm, 1977; Seligman, 1983), relacionó los datos obtenidos con perros, con la depresión presentada por humanos, llegando a las siguientes conclusiones:

- a) La motivación se encuentra alterada. Todo sujeto enfrentado a una situación desagradable ineludible o fracasos repetidos, no busca nuevas soluciones cuando enfrenta situaciones similares.
- b) La cognición también se encuentra alterada. Si dentro de la situación aversiva, el individuo inicia una acción afectiva, no espera que ésta lo sea, ni acepta que lo haya sido después de haberla realizado.

- c) Existe una baja de la autoestima cuando los individuos se sienten responsables de su ineficacia, de su falta de éxito.
- d) Se producen agresiones o déficits de asertividad.
- e) Se producen déficits apetitivos y fisiológicos

Esta teoría afirma que no es la pérdida de reforzadores, sino la pérdida del control sobre los reforzadores lo que causa la depresión, así el resultado de asociar que la respuesta y el refuerzo son independientes produce en el sujeto un aprendizaje en el que el refuerzo le viene dado al azar no por su conducta, así el sujeto cree o aprende que no puede controlar aquellos elementos de su vida que alivian el sufrimiento, resultan gratificantes o proporcionan el sustento; en otras palabras cree que está indefenso (Blaney, 1977; Nicolson y Ayers, 2004; Seligman, 1983; Solloa, 2001).

La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprueba que sus esfuerzos no le reditúan recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de personalidad. La indefensión lleva al déficit motivacional (pasividad) y al déficit de aprendizaje; así, el déficit motivacional hace referencia a que el sujeto es incapaz de iniciar respuestas voluntarias de escape después de haber vivido experiencias con eventos incontrolables. El déficit de aprendizaje se refiere a que el sujeto fracasa al aprender que sus respuestas pueden ser efectivas para controlar la situación o solucionar un problema (Solloa, 2001).

Finalmente, la depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros,

debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa. La persona cae entonces en un estado de pasividad, miseria, desesperanza y cree que su conducta carece de sentido, puesto que no le brinda apoyo alguno (Lewinsohn y Hoberman, 1985; Solloa, 2001).

ESTILO ATRIBUTIVO

Este modelo es una reformulación del modelo de "desesperanza aprendida" de Seligman y de las contribuciones de Beck. Postula que el estilo atribucional filtra la experiencia de tal manera que provoca los déficits afectivos motivacionales y de autoestima asociados con la depresión. Cuando la persona experimenta un evento aversivo, la forma en que atribuye o explica la causa del evento determinará si se sentirá esperanzada o desesperanzada (Solloa, 2001).

Las atribuciones fundamentales son las siguientes (Solloa, 2001):

- a) Locus de Control Interno-Externo. La teoría de la atribución propone que existe predisposición a la depresión cuando el sujeto atribuye sus fracasos y falta de control a factores internos, y sus éxitos, a factores o causas externas.
- b) Estabilidad-Inestabilidad. Los depresivos establecen atribuciones estables a sus fracasos e inestables a sus éxitos.
- c) Generalidad-especificidad. Los depresivos atribuyen sus fracasos a factores generales y sus éxitos a factores específicos.

De esta manera, cuando una persona atribuye su fracaso a una combinación de causas internas, estables y globales, puede caer en depresión. Este estilo atributivo puede derivarse de la interiorización de las críticas negativas de los padres, que lleven al adolescente a una autocrítica excesiva. En varias investigaciones se ha comprobado que las personas deprimidas hacen atribuciones internas estables y generales ante las experiencias de fracaso, y atribuciones externas inestables y específicas ante las experiencias de éxito (Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001).

TEORIA DE LA CONDUCTA RACIONAL-EMOTIVA.

El hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional, sus dificultades emocionales y conductuales son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional; en otras palabras, el que los adolescentes tengan problemas emocionales o conductuales se debe a las evaluaciones que hacen sobre sí mismos, en lo cual interviene tanto el pensamiento como la emoción. En esta teoría se atribuye una importancia especial a las creencias irracionales en el desarrollo de la depresión. La depresión dentro de esta perspectiva ocurre cuando una situación particular pone en funcionamiento una "creencia irracional". (Ellis, 1962; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004).

El objetivo es que los depresivos aprendan a) que sus dificultades en gran parte son el resultado de una percepción distorsionada y de un pensamiento ilógico y b) que existe un método para reordenar sus percepciones y reorganizar su

pensamiento de tal forma que haga desaparecer la causa básica de sus dificultades (Ellis,1962).

Los fundamentos teóricos se basan en el presupuesto de que la emoción y el pensamiento humanos no son dos procesos dispares o diferentes, sino que tienen coincidencias significativas. La emoción se causa y controla de distintas formas, y una de ellas es el pensamiento. Gran parte de lo que llamamos emoción no es ni más ni menos que un tipo de pensamiento (parcial) lleno de prejuicios y altamente evaluativo. Cada emoción tiene su contraparte cognoscitiva y cada cognición su contraparte emocional (Ellis,1962).

Si las emociones humanas en gran parte son una forma de pensamiento o el resultado del pensamiento, entonces se pueden controlar las emociones, controlando los pensamientos propios. Se considera que las emociones negativas mantenidas tales como la depresión intensa, la ansiedad, la rabia y la culpabilidad, no son necesarias para la vida humana, y si la gente aprende a pensar de un modo correcto y a traducirlo en acciones eficaces, se pueden erradicar las emociones negativas (Ellis,1962).

Para describir una secuencia de hechos que se traduce en la continuación de la conducta inadaptativa, se utiliza el análisis ABC. A se refiere al hecho que dispara el problema, B representa la creencia irracional del adolescente sobre el hecho precedente y C es la consecuencia de la creencia irracional (Nicolson y Ayers, 2004).

Los supuestos son (Nicolson y Ayers, 2004) :

- Las creencias de una persona influyen en sus pensamientos, sentimientos, y conductas con respecto a sí misma, otras personas y su entorno.
- Algunas creencias conducen a sentimientos y conductas de carácter positivo; otras llevan a sentimientos y conductas de carácter negativo.
- Es posible descubrir creencias negativas y modificarlas.
- Las personas que hacen suya una serie de "obligaciones" absolutas acaban creyendo irracionalmente que serán incapaces de alcanzar sus objetivos a menos que todo sea perfecto.

MODELO COGNOSCITIVISTA.

En 1976, la teoría cognitiva de **Beck** propuso que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión, donde la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Esta teoría considera que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes se derivan de esquemas negativos que disparan los acontecimientos productores de estrés. La conducta observable puede relacionarse con la acción de un determinado esquema negativo (Abramson, y Sackeim, 1977; Beck 1974; Beck, 1976; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001; Seligman, Klein, y Miller, 1976).

La definición que Beck hace de la depresión es la siguiente: Desorden afectivo en el cual las cogniciones de los sujetos deprimidos están dominadas por contenidos y

procesos indiosincráticos distorsionados e irreales, tendiendo a una exageración de errores y encontrando obstáculos en todas sus acciones (Beck, 1976).

El paradigma de Beck se centra en tres factores cognitivos: 1. La tríada cognitiva, 2. Los esquemas depresógenos y 3. Los errores cognitivos (Beck 1974; Beck, 1976; Blaney, 1977; Lazarus, 1968; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004; Rehm, 1977; Solloa, 2001; Seligman, Klein, y Miller, 1976; Williams, 1997).

1. *La tríada cognitiva*. Se refiere a una distorsión cognitiva compuesta por: 1. Expectativas negativas respecto del ambiente, 2. autoapreciación negativa y 3. Expectativas negativas respecto al futuro.
2. *Los Esquemas Depresógenos*. Aluden a una forma estable de asimilar y explicar las experiencias de vida en la que los sujetos atienden selectivamente a los estímulos negativos y tienden a conceptuar las situaciones en forma pesimista.
3. *Los errores Cognitivos*. Son esquemas de pensar negativos que se desarrollan temprano en la vida y son reactivados en respuesta ante el estrés. Así, las experiencias son filtradas a través de estos esquemas que distorsionan la realidad en una forma negativa.

Esta teoría menciona que a lo largo de toda la vida las personas hacen evaluaciones cognitivas de sí mismas, de otras personas y de sus ambientes; así mismo, dichas percepciones

de sí mismas y de su medio se rigen por sus propios esquemas que comprenden un conjunto de principios organizadores y creencias fundamentales; por ejemplo, los *esquemas depresógenos* latentes estructuran la experiencia en términos de pérdida o de indignidad; las distorsiones cognitivas operan manteniendo estos esquemas mediante la selección sesgada de información y, en consecuencia, producen déficits cognitivos, es decir, falta de un procesamiento normal. De esta manera los individuos experimentan pensamientos automáticos que parecen surgir inconscientemente en momentos de estrés (Abramson, y Sackeim, 1977; Beck, 1974; Beck, 1976; Blaney, 1977; Ledezma, 1992; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004, Solloa, 2001; Williams, 1997).

Las personas que experimentan depresión poseen un determinado **esquema cognitivo negativo** (o esquema depresógeno) que son las cogniciones productoras de depresión, las cuales se dan cuando los individuos tienden a interpretar constantemente sus experiencias en sentido negativo. Dichos esquemas presentan un sesgo a favor de la información negativa, al tiempo que oculta la información positiva que pudiera oponerse al mantenimiento del esquema. El esquema no es la causa, que puede estar constituida por un conjunto de factores, sino un medio gracias al que se desarrolla la depresión (Beck 1974; Beck, 1976; Blaney, 1977; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001).

Los adolescentes que tienen distorsiones cognitivas tienden a tener una autoestima más baja, desesperanza y a ser menos capaces de recordar acontecimientos positivos. Con frecuencia hacen comparaciones sociales entre ellos y sus

compañeros, si reciben constantemente retroalimentación negativa, pueden desarrollar un autoesquema negativo que los predisponga a la depresión (Blaney, 1977; Ledezma, 1992; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004; Solloa, 2001; Williams, 1997).

Se han descubierto ciertas distorsiones cognitivas (Beck 1974; Beck, 1976; Blaney, 1977; Ledezma, 1992; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Nicolson y Ayers, 2004; Rehm, 1977; Solloa, 2001) como lo son:

1. Inferencia Arbitraria. El sujeto adelanta una determinada conclusión en la ausencia de evidencia que la apoye.
2. Abstracción selectiva: Fundamentación de las propias creencias en pruebas seleccionadas, pasando por alto las pruebas en contra. El sujeto se centra en detalles, generalmente extraídos fuera de su contexto, e ignora las características relevantes de la situación, tiende a evaluar y valorar la experiencia con base en detalles fragmentados.
3. Sobregeneralización. Fundamentación de las propias creencias en la generalización a partir de unos pocos casos.
4. Magnificación y minimización: Fundamentación de las propias creencias en la exageración o en la devaluación de la significación de un acontecimiento.

5. Personalización: Tendencia a atribuirse la responsabilidad por fenómenos externos sin una base firme para ello.

6. Pensamiento Absolutista (Dicotómico): Tendencia a interpretar las experiencias según categorías opuestas (malo-bueno, santo-pecador, limpio-sucio, honrado-deshonesto).

Hay tres dimensiones para las atribuciones: interna-externa, global-específica y estable-inestable (Nicolson y Ayers, 2004).

- Los adolescentes pueden atribuir sus problemas a razones internas o a razones externas.
- Pueden atribuir los problemas a razones globales (son inútiles en cualquier situación) o a motivos específicos.
- Pueden atribuir los problemas a motivos estables (no ser capaces de alcanzar los propios objetivos con independencia del momento) o inestables (incapacidad de alcanzar el objetivo en ese momento).

Como ya se mencionó, para el cognitivismo es fundamental considerar la contribución de los procesos cognitivos en las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes; ya que dichos procesos de pensamiento pueden llevar a un adolescente a comportarse de forma adecuada o inadecuada. Con frecuencia las dificultades emocionales de los adolescentes son respuestas al procesamiento cognitivo de estímulos que realiza una persona.

Se consideró al enfoque cognitivo conductual y la teoría cognitiva de la depresión de Beck, como la más adecuada para profundizar en los temas de esta investigación, ya que existen ciertas premisas que son fundamentales tanto para la explicación de la depresión como para los problemas de adolescentes aquí tratados.

Algunas de esas premisas ya han sido mencionadas, una de ellas es que las cogniciones negativas están relacionadas con dificultades emocionales y conductuales, así mismo esto es confirmado por la teoría de depresión de Beck e igualmente en esta teoría se menciona la existencia de sesgos de atención y de recuerdo, los cuales seleccionan la información negativa, contribuyendo en este caso al mantenimiento de la depresión.

Debido a los temas tratados en esta investigación que son las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes y la depresión, se tomará como base la teoría cognitiva de depresión de Beck y el instrumento realizado por él para la medición de la depresión (BDI), ya que como lo indican diversos autores es una de las teorías y uno de los instrumentos, que hasta este momento han tenido una repercusión muy importante (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Bryson, y Pilon, 1984; Garber, Weiss y Shanley, 1993; Larsson y Mellin, 1990; Nolen-Hoeksema, Seligman y Girgus, 1992; Roesch, 1991; Tery, 1982).

2.6 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Hasta este momento se ha mencionado la importancia de diversas teorías que explican y determinan cómo es que se desarrolla y mantiene la depresión, así mismo es importante

que se tomen en cuenta importantes estudios realizados, tanto en muestras de adolescentes como con sus familias.

De los estudios realizados con respecto a depresión en adolescentes, Craig (2001) indica que los siguientes son algunos de los factores que exponen a los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés:

1. Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
2. Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo cual causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
3. Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, lo mismo que trastornos de conducta.
4. Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
5. Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de depresión en el adulto.
6. Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los varones pero que no parece afectar a las mujeres.

Garber, Weiss y Shanley (1993) exploraron los modelos cognitivos de depresión en adolescentes y el desarrollo de diferencias considerando las cogniciones depresógenas. Los resultados demostraron que los niveles de síntomas depresivos fueron significativamente asociados con recurrentes

pensamientos automáticos negativos, actitudes disfuncionales, indefensión y con la presencia de estilos atribucionales. Existió una relación significativa entre las cogniciones de los adolescentes y la depresión, y entre las cogniciones de los adolescentes y diferentes tipos de cogniciones disfuncionales

Con respecto al tema de depresión en niños y adolescentes Nolen-Hoeksema, Seligman y Gergus (1992) en un estudio longitudinal investigaron la relación entre experiencias de síntomas depresivos en niños, eventos negativos en la vida, estilos explicatorios y conductas de indefensión en situaciones sociales y de logro. Los resultados revelaron que en la temprana niñez los eventos negativos predicen síntomas depresivos, después en la infancia un estilo explicatorio pesimista emerge como un predictor significativo de síntomas depresivos. Cuando los niños sufren periodos de depresión, sus estilos explicatorios no son únicamente deteriorados, presumiblemente éstos son riesgo de episodios de depresión en un futuro.

Tram y Cole (2000) en un estudio sobre auto percepción de competencias, eventos estresantes y síntomas depresivos, encontraron que los eventos negativos fueron relacionados a síntomas depresivos, también que la auto percepción de competencias sirven como un mediador en esta relación. Los eventos negativos predijeron cambios en la auto percepción de competencias, la auto percepción de competencias predijeron cambios en síntomas depresivos, y la relación entre eventos negativos y síntomas depresivos fue particularmente explicada por la auto percepción de competencias.

Igualmente, Cole, Jacquez y Maschman (2001) investigaron a niños en cinco importantes y diferentes áreas por medio de auto evaluaciones: en competencias académicas, aceptación social, apariencia física, comportamiento y competencias deportivas. Las auto evaluaciones en estas cinco áreas revelaron importantes resultados, uno de ellos es que las competencias fueron significativamente relacionadas con las evaluaciones de otros significativos, así también, las auto evaluaciones se convierten en un incremento estable en función de la edad, y uno de los resultados más importantes es que las auto-evaluaciones en estas cinco áreas predijeron cambios en los niveles de depresión sobre el tiempo. En otras palabras, las auto evaluaciones positivas (las cuales pueden ser construidas por maestros, padres y pares) predicen bajos niveles de síntomas depresivos en el tiempo, a la inversa, auto evaluaciones negativas en múltiples áreas fueron asociadas con un incremento en síntomas depresivos. Lo cual confirma modelos como el de Cole (1990), el cual propone que la auto percepción negativa de competencias en múltiples áreas son causas de depresión en gente joven.

2.7 RELACIONES FAMILIARES EN LA ADOLESCENCIA

Así mismo, es de suma importancia el papel de la familia en el desarrollo de la depresión, múltiples son los autores que vinculan a la familia con la depresión (Barber y Olsen, 1997; Ledesma, 1992; González y Andrade, 1995; Pavlidis y McCauley, 2001), igualmente se le ha otorgado una importancia fundamental a la vulnerabilidad familiar la cual es vinculada directamente con depresión o con síntomas depresivos (Alloy, Abramson, Tashman, Berrebbi, Hogan, Whitehouse, Crossfield y Morocco, 2001; Eley, Liang, Plomin,

Sham, Sterne, Williamson y Purcell, 2004; Garber y Flynn, 2001; Garber y Robinson, 1997; McCranie y Bass, 1984).

A la par es de suma importancia la existencia de la relación entre familias depresivas (o que padecen alguna psicopatología) y la presencia de síntomas depresivos o depresión en sus hijos, en donde cabe mencionar que se ha comprobado en múltiples estudios que esto es mucho más evidente en los hijos de madres depresivas (Brennan, Hammen, Katz y Brocque, 2002; Davis, Sheeber, Hops, 2002; Downey y Coney, 1990; Garber y Flynn, 2001; Garber y Robinson, 1997; Garber, Robinson y Valentier, 1997; Goodman y Gotlib, 1999). Aquí cabe añadir, que principalmente las relaciones entre madre depresiva e hijo se caracterizan por incomprensión, frialdad, demasiada exigencia, madres demandantes, bajos niveles de atención, cuidado y aceptación, rechazo, ausencia de afecto y cariño, falta de autonomía, manipulación, intrusividad, la retirada de amor y atención, poca comunicación, críticas, un exceso de control y negatividad, lo cual conlleva a que sus hijos tengan una mayor riesgo de presentar depresión o síntomas depresivos (Downey y Coyne, 1990; Goodman y Gotlib, 1999; Pavlidis y McCauley, 2001; Garber y Flynn, 2001; Garber y Robinson, 1997; Garber, Robinson y Valentier, 1997; McCranie y Bass, 1984).

Ledesma (1992) menciona que el papel de la familia en la manifestación de depresión en adolescentes, depende de la interacción padres-hijos que facilitan u obstaculizan el proceso adolescente y que probablemente lleguen a generar en el joven un estado depresivo. Los padres pueden influir de manera importante tanto en agravar como en aliviar la depresión en el adolescente. Si los padres no son

comprensivos y se tornan demasiado fríos y lejanos o por el contrario, más demandantes y exigentes, es probable que el joven presente una depresión más significativa.

Eley, Liang, Plomin, Sham, Sterne, Williamson y Purcell (2004) en un estudio buscando relación entre los riesgos familiares para la depresión, encontraron que la vulnerabilidad familiar tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos en los adolescentes, confirmando el rol fundamental de variables como (consumo de alcohol, tabaco e índice de masa corporal), como una medida de la vulnerabilidad familiar a la depresión. Así mismo, examinaron el papel de las características de los padres sobre subsiguientes síntomas severos de depresión en adolescentes, independientes de los efectos de la vulnerabilidad familiar parental, en este modelo las influencias de ambos, el consumo parental de alcohol y cigarro no fueron significativos. Igualmente se demostró que la educación y los problemas sociales parentales son asociados significativamente con severos síntomas depresivos en adolescentes. Así, fundamentaron una interacción entre vulnerabilidad familiar parental y el nivel de educación parental, estos dos tipos de riesgo resultaron altos para síntomas severos de depresión en los adolescentes.

Asimismo, González y Andrade (1995) buscando una relación entre la calidad de la relación padre/madre-hijo y apoyo familiar y de los amigos, encontraron que las adolescentes que tendían a presentar manifestaciones anímicas del estado depresivo (sentirse tristes, con ganas de llorar, deprimidas, etc,) eran las que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente, por lo que no sentían el apoyo familiar,

así mismo las autoras concluyeron que el apoyo social, y en particular, el familiar en esta etapa de la adolescencia contribuyen al bienestar emocional.

Jacquez, Cole, y Searle (2004) buscando relación entre retroalimentación materna, síntomas depresivos en adolescentes y auto percepción de competencias, encontraron que la auto-percepción de competencias en adolescentes es un mediador de la relación entre una retroalimentación materna negativa y adolescentes con síntomas depresivos. Es decir, que altos niveles de retroalimentación materna negativa se asociaron con adolescentes con una auto-percepción negativa, los cuales tienen un alto riesgo de tener síntomas depresivos. En otras palabras, las personas jóvenes internalizan bases de competencias a partir de la retroalimentación por otras personas significativas, así como las opiniones acerca de sus competencias, y cuando una retroalimentación es negativa, las personas jóvenes llegan a incrementar un constructo de auto-percepciones que es también negativo. Tal percepción de incompetencia personal en niños y adolescentes incrementa el riesgo de depresión.

Barber y Olsen (1997) encontraron que las experiencias familiares emergieron como un predictor significativo de sentimientos de depresión. Parece que las experiencias familiares tuvieron una asociación especial con los sentimientos de depresión en personas jóvenes, y que las experiencias familiares contribuyen a la explicación de la conducta delincuente. Stark, Humphrey, Crook y Lewis (1990) mencionan que niños diagnosticados con desórdenes de ansiedad y depresión percibieron a sus familias como menos democráticas y más conflictivas en comparación con niños que no presentaban ninguno de estos problemas. Eccles, Early,

Frasier, Belansky y McCarthy (1997) encontraron que el apoyo parental para la autonomía se asocia negativamente con la depresión en una muestra de adolescentes.

Pavlidis y McCauley (2001) investigaron los patrones de interacción familiar asociados con depresión en adolescentes. Los autores reconocen que las interacciones familiares son un factor primario asociado con el ajuste social y emocional de los adolescentes, además mencionan que existen dos factores sumamente importantes para el estudio de la depresión en la adolescencia, el primero es la calidad de las relaciones familiares, las cuales pueden ser de cohesión y apoyo así como de conflicto y hostilidad, y el segundo es el tipo de negociación de los padres y los adolescentes sobre la autonomía de éstos últimos. Estudios de niños y adolescentes demuestran consistentemente que las percepciones de bajos niveles de calor o cordialidad y apoyo parental se asocian con síntomas depresivos y depresión clínica, es decir, que adolescentes quienes describen que sus padres brindan un bajo apoyo, reportan altos niveles de síntomas depresivos. El estudio de Pavlidis y McCauley (2001) demostró que los adolescentes depresivos reportaron relaciones familiares dañadas.

De esta manera, se aprecia que la depresión es constante durante la adolescencia, que tiene efectos a corto y a largo plazo, además de que es muy necesario brindarle la importancia que merece; así mismo cabe mencionar, que como se evidenció existen múltiples estudios que indican que las relaciones familiares son fundamentales para el desarrollo, mantenimiento y funcionamiento de comportamientos depresivos. En México a pesar de que sí existen los estudios con respecto

a relaciones familiares y depresión, no se han vinculado con el control ejercido por los padres, de ahí la importancia de esta investigación.

CAPITULO TRES

3.1 CONTROL PARENTAL.

La investigación actualizada ha sido consistente en definir asociaciones básicas entre el ambiente familiar y el desarrollo del niño. Diversos resultados demuestran que los niños están mejor cuando ellos experimentan consistentemente lazos emocionalmente positivos con otros significativos como sus padres, cuando tienen límites justos y consistentes en su conducta y cuando les permiten experimentar, valorar y expresar sus propios pensamientos y emociones, guiándolos a desarrollar un sentimiento estable de ellos mismos y de su identidad (autonomía psicológica) (Barber y Olsen, 1997).

El enfocarse en el ambiente familiar es natural porque es el contexto social en el cual el niño pasa la mayor parte de su tiempo y tiene muchas de las relaciones importantes; dichas conexiones especialmente en adolescentes, pueden hacer mucho por el individuo dando un apoyo emocional, oportunidades para validación, aceptación, e interacción que facilita la autodefinición (Barber y Olsen, 1997). A partir de este punto es que se le ha prestado una especial atención al papel de la familia con los adolescentes, y especialmente la relación de control que tienen los padres sobre los hijos.

Barber (2002) menciona que existen dos categorías importantes sobre la organización de los esquemas: el apoyo y el control parental. El constructo de apoyo parental es

considerado un constructo unidimensional, con las variables específicas como son afecto, sensibilidad, aceptación, cariño, y aparentemente influyen en el proceso central que se relaciona con el desarrollo positivo del niño.

El constructo de control parental es mucho más complejo y variado; incluye la disciplina, demandas de madurez, coerción, inducción, supervisión, monitoreo, retiro del amor, control hostil, control inconsistente, restricciones, castigo etc; pero los efectos del control en el desarrollo de niños y adolescentes, frecuentemente varía en fuerza, de positivo a negativo y de lineal a no lineal (Barber, 2002). Para poder comprender el control parental es necesario mencionar que se compone por el control conductual y el control psicológico.

Barber, Olsen y Shagle (1994) mencionan que existen dos suposiciones fundamentales acerca del desarrollo humano que justifican la distinción entre control psicológico y control conductual. Durante el desarrollo los niños requieren: 1) un adecuado grado de autonomía psicológica, en la cual ellos aprenden sobre sus interacciones sociales, que dichas interacciones sean efectivas y que presenten competencias individuales con un claro sentido de identidad personal; y 2) una regulación suficiente de la conducta capacitándolos para que ellos aprendan que las interacciones sociales están gobernadas por reglas y estructuras que más bien reconocen y se adhieren a un orden para ser un miembro competente de la sociedad.

3.2 DEFINICIÓN DE CONTROL CONDUCTUAL.

El control conductual por su parte se ha definido como el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades de los mismos (Barber, Olsen y Shagle, 1994; Schaefer, 1965; Smetana y Daddis, 2002).

El control conductual ha sido principalmente vinculado con el monitoreo, el cual se define como un conjunto de conductas parentales que involucran atención y supervisión de actividades (Dishion y McMahon, 1998; Stattin y Kerr, 2000).

Weintraub y Gold (1991) explican que los padres que tienen un buen monitoreo sobre sus hijos tienden a hacer un esfuerzo por establecer canales de comunicación con el niño, por lo que tienen conocimiento de las experiencias diarias del niño. Para poder hablar de un monitoreo efectivo no es suficiente con el interés por parte de los padres, el niño debe tener la voluntad de compartir sus experiencias y actividades con sus padres. Es decir, que el monitoreo parental es una propiedad de la relación padre-hijo.

El control conductual fomenta el ajuste en el niño porque provee al niño con una dirección en la reunión de valores y estándares e indican al niño que los padres están involucrados dentro de sus vidas (Baumrind, 1971; Steinberg, Lamborn, Dornbusch y Darling, 1992).

Barber (1996), Barber y Buehler (1996) y Pavlidis y McCauley (2001) mencionan que el control conductual está más directamente vinculado con problemas externalizados. Búsquedas documentales substanciales han demostrado una relación entre insuficiente control conductual y problemas en

niños de todas las edades. Conductas asociadas con inadecuada regulación conductual incluyen impulsividad, agresión, delincuencia, uso de drogas y precocidad sexual.

3.3 DEFINICIÓN DE CONTROL PSICOLÓGICO.

Schaefer (1965) definió al control psicológico como los métodos psicológicos que controlan las actividades y conductas del niño que no permiten que el niño se desarrolle como una parte individual de sus padres. Steinberg (1990) por su parte, definió al control psicológico como la ausencia de la autonomía psicológica del niño.

Diversos autores (Barber, Olsen y Shagle, 1994; Smetana y Daddis, 2002) han definido el control psicológico como los patrones de interacción familiar que impiden el proceso de individualización o el grado relativo de distancia psicológica en las experiencias del niño para sus padres o familia. De acuerdo con Barber (1996) el control psicológico es un tipo de control parental intrusivo dentro del intento de los padres por manipular la conducta de los niños, la identidad y el desarrollo psicológico. El control psicológico que ejercen los padres sobre los niños típicamente usa estrategias semejantes a las críticas excesivas, afecto contingente, inducción de culpa, comunicación restrictiva e invalidación de sentimientos dentro del intento de controlar el niño.

Barber (1996) indica que en los trabajos realizados por Becker y Schaefer el control psicológico representa un conjunto de conductas parentales que convergen en un tipo de control parental que potencialmente inhibe el desarrollo de

una autonomía psicológica en el niño. Las dimensiones de control psicológico que sugieren estos autores incluyen la manipulación y explotación del lazo padre-hijo (p. e. Indicaciones de desacuerdo y vergüenza) y control personal excesivo (p. e. Posesivos, sobreprotección).

Recientemente, Barber y Harmon (2002) se refieren al control psicológico como los intentos de los padres por controlar las actividades del niño dentro de un camino que afecta negativamente el mundo psicológico del niño y así socavan el desarrollo psicológico de éste. El control psicológico incluye intrusividad parental, inducción de culpabilidad y alejamiento de amor, e interfiere con la habilidad del niño de ser independiente y de desarrollarse en un sentido saludable de él mismo y de su identidad personal. Estos comportamientos aparecen asociados con desórdenes psicoemocionales con límites entre el niño y con el desarrollo de una independencia en el sentido del self e identidad. Esto es también predicción de numerosas formas de maladaptaciones psicológicas y sociales.

Steinberg (1990) define al control psicológico como la interacción con padres de familia que se inmiscuyen o impiden el proceso de individuación en los niños, o el grado de distancia psicológica que tienen los padres y familia en las experiencias del niño.

Para autores como Morris, Steinberg, Sessa, Avenevoli, Silk y Essek (2002) el control psicológico es un tipo de coerción, un control pasivo-agresivo que es hostil hacia el niño, que se manifiesta principalmente a través de cierto tipo de estrategias (invalidando sentimientos, provocando

culpabilidad al niño y dejándolo fuera en la toma de decisiones). Estos autores sugieren que los tres principales dominios a través de los cuales los padres ejercen control psicológico sobre los niños son las cogniciones, las emociones y las conductas, cada uno de estos dominios puede tener distintos efectos dentro del desarrollo del niño. El dominio cognoscitivo refleja el control psicológico de los padres sobre el desarrollo cognoscitivo de los niños y la expresión de sus pensamientos. El dominio emocional refleja el control parental sobre la manipulación de las emociones de los niños, es decir, los padres ejercen este tipo de control por medio del retiro de amor hacia los niños y manipulan e inhiben las respuestas emocionales de los niños por el temor al rechazo. El dominio conductual refleja un control psicológico por medio de la restricción de conductas del niño y éste ha sido conocido dentro de la literatura como sobreprotección.

Múltiples son los autores (Barber, 1992; Barber y Harmon, 2002; Constanzo y Woody, 1985; Crockenberg y Litman, 1990) que mencionan que una característica común del control psicológico es que los padres son intrusivos, lo cual sugiere que el control psicológico es una conducta que viola el mundo psicológico de los niños. Así mismo, el control psicológico puede verse como una conducta de intrusión en la "persona del niño".

Algunas características que mencionan Barber y Harmon (2002) del control psicológico son las siguientes:

- El ser manipulador, que parece describir las estrategias tácticas de los padres para manipular

al niño, o más específicamente, la relación entre los padres y los niños. Específicamente los padres intentan manipular la conducta del niño o ajustar el balance emocional entre padres y niños por tres estrategias diferentes: induciendo culpa, provocando ansiedad y retirando el amor.

- Una segunda característica del control psicológico es el restringir a niños o adolescentes la expresión verbal, la cual ha sido frecuentemente identificada como un aspecto negativo de la conducta de los padres.
- Y una última característica del control psicológico es el misceláneo, como ejemplo son los que incluyen excesivas expectativas de los padres sobre los hijos, normas absolutas de los padres sobre los niños, demandas de realización.

La distinción entre control psicológico y el conductual realizada por Steinberg (1990) menciona que :

"... las diferencias entre control psicológico y conductual tienen sus respectivos efectos en el desarrollo del adolescente... En los adolescentes parece que los efectos del control psicológico son adversos, pero positiva la influencia del control conductual..." Añade que poco control conductual puede dejar al joven fuera de una adecuada guía y que mucho control psicológico, en contraste, puede facilitar la dependencia e impedir el desarrollo de competencias psicológicas y una dirección de su self. El cambio para los padres puede otorgar suficiente autonomía psicológica a sus niños fuera de ser permisivos conductualmente.

Diversos autores (Barber y Harmon, 2002; Conger, Conger y Scaramella, 2002) mencionan que recientemente se ha demostrado que el control psicológico puede medirse fielmente y que esto marca consistentemente una relación negativa con la salud, en el desarrollo de niños y adolescentes. Barber y Harmon (2002) citando a Schaefer (1965) mencionan que los métodos de control psicológico "podrían no permitir el desarrollo individual de niños aparte del de los padres". Asimismo, mencionan que el control psicológico se ha correlacionado consistentemente con patrones marcados por sentimientos de culpa, responsabilidad del yo, confesión; e indirectamente con la no expresión de agresión, dependencia, alineación, retirada social y afectos depresivos.

Estos mismos autores (Barber y Harmon 2002) concluyen que variadas descripciones de conducta parental, actitudes e intentos relatados de control psicológico, convergen alrededor de una conceptualización que señala que esta forma de control parental es psicológicamente intrusiva, es manipulación, ya que constriñe y limita a niños y adolescentes. Resultados de estudios de control psicológico revelan que aspectos del desarrollo de niños y adolescentes tienen unión con disturbios en procesos del yo, e incrementa problemas internalizados y externalizados, así como decremента logros académicos. Mucha de la evidencia es consistente en que los efectos del control psicológico son negativos en el trabajo con adolescentes.

Barber, Olsen y Shagle (1994) demostraron en un estudio realizado con adolescentes, que el control psicológico fue un mayor predictor de problemas internalizados en adolescentes, y que el control conductual predijo problemas externalizados.

Estos autores consideran que los adolescentes que experimentan un mayor control psicológico tienen un mayor riesgo de padecer problemas internalizados, puesto que niños que experimentan una inadecuada regulación conductual tienen un mayor riesgo de tener en su desarrollo problemas externalizados. Un inadecuado control conductual, parece estar asociado con el desarrollo de problemas externalizados en adolescentes, como conductas delictivas y rebeldía en contra de una excesiva restricción conductual. Resultados similares fueron encontrados por Stone, Buehler y Barber (2002) quienes reportaron que altos puntajes de control psicológico se relacionaron tanto con problemas internalizados como con externalizados.

Conger, Conger y Scaramella (1997) realizaron una investigación con adolescentes, con el objetivo de determinar la asociación entre el control psicológico ejercido por los padres y los problemas de ajuste en adolescentes, los autores encontraron que madres y padres con conductas que fueron percibidas como psicológicamente controladoras por sus hijos adolescentes, fueron relacionadas significativamente con un aumento en el riesgo de problemas de ajuste durante la adolescencia temprana.

3.4 CONTROL PARENTAL Y DEPRESIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, dentro de la clasificación que diversos autores realizan sobre problemas externalizados e internalizados, la depresión forma parte importante de éstos últimos (Achenbach y Edelbrock, 1987; Barber, 1996; Reynolds, 1992; Solloa 2001; Stone, Buehler, y Barber, 2002). Es por esto, que al hablar de depresión se

habla de uno de los problemas internalizados más comunes y que tienen repercusiones importantes en niños y adolescentes; por lo tanto es importante estudiar si existe alguna relación entre depresión y control parental.

A lo largo de diversos estudios se ha probado la asociación entre el control psicológico y problemas internalizados en niños y adolescentes, de esta manera la mayoría de los estudios apoyan que el control psicológico se asocia positivamente con diversos problemas incluyendo los internalizados, así como son la depresión, conducta de retraimiento y resistencia pasiva (Barber, 1996, 1999; Barber y Olsen, 1997; Barber, Olsen y Shagle, 1994; Barber y Shagle, 1992; Bornstein, 1994; Conger, Conger y Scaramella, 1997; Fauber, Forehand, Thomas y Wierson, 1990; Smetana y Daddis, 2002; Garber, Robinson, y Valentier 1997; Mills y Rubin, 1998; Smetana y Daddis, 2002).

Finkenauer, Engels y Baumeister (2005) investigaron si las conductas parentales están directamente o indirectamente (por autocontrol) asociadas con problemas emocionales (como depresión, estrés, baja autoestima) y conductuales (delincuencia, agresión). Algunos de los resultados, fueron que padres que son restrictivos y psicológicamente controladores se asociaron con mayores problemas emocionales como la depresión, estrés y baja autoestima. El control psicológico, en este estudio, fue consistentemente relacionado a altos niveles de problemas emocionales y conductuales. Así mismo, se encontró que las variables parentales, en particular aceptación y control parental, son relacionadas a problemas emocionales. Con respecto a los adolescentes, se encontró que un bajo autocontrol se asoció

con grandes problemas emocionales. Tomando estos resultados, se proveen bases preliminares para la sugerencia que conductas parentales adaptativas tales como alta aceptación parental, control, monitoreo estricto, y poco uso de control psicológico (es decir manipulación), pueden ayudar en el moldeamiento de las capacidades de niños para inhibir impulsos antisociales, destructivos y un ajuste a las normas sociales para que viva feliz y sanamente.

Barber (1996) llevó a cabo un estudio en adolescentes con el propósito de comparar el control psicológico con el conductual, en el cual se esperaba que el primero tuviera un mayor poder predictivo para conductas internalizadas como la depresión, encontrando que el constructo de control psicológico resaltó que las personas depresivas recordando a sus padres, han sido controladas psicológicamente (ej, exceso de intrusión, inducción de culpabilidad, evaluaciones negativas etc). Se encontró que el control psicológico, comparado con el control conductual demostró un mayor poder predictivo para conductas internalizadas como la depresión, es decir que, un alto control psicológico resultó en una alta depresión; también se demostró un incremento en la asociación entre control psicológico y depresión con la edad.

Barber y Buehler (1996) realizaron una investigación con el propósito de determinar la relación entre cohesión familiar, control psicológico y problemas internalizados y externalizados en adolescentes, los resultados demuestran que la cohesión se asocia negativamente con problemas internalizados y externalizados en adolescentes. Por otro lado, el control psicológico se relacionó positivamente con

problemas en los adolescentes, y más fuertemente con problemas internalizados como la depresión.

En un estudio realizado por Barber (1999), cuyo objetivo fue determinar la asociación entre participación en la violencia política, las relaciones familiares, y medidas de funcionamiento social y psicológico en adolescentes, el autor encontró que las experiencias en periodos de violencia política pronosticaron el incremento en depresión en mujeres, este tipo de experiencias se relacionaron con el incremento en el uso del control psicológico por los padres y el conflicto con las hijas. Encontró correlaciones altas para hombres y mujeres adolescentes, las cuales indican que este tipo de experiencias se asocian positivamente con control parental psicológico y la depresión; en cuestión de ésta última es aún mas común y evidente en el caso de mujeres (una explicación potencial para esto es la autonomía personal, ya que las mujeres son menos autónomas que los hombres). Cuando se presentó el control psicológico, éste predijo otras variables como bajo aprovechamiento escolar, y altos niveles de depresión y agresión para hombres y mujeres.

Por su parte, Barber y Olsen (1997) realizaron un estudio donde probaron cuatro modelos de interrelación de las experiencias de adolescentes en cuatro contextos sociales diferentes (familia, pares, escuela y vecindario) como predictores de tres aspectos básicos del funcionamiento psicológico y social del joven: rendimiento escolar, sentimientos de depresión, y conducta antisocial. Algunos de los datos encontrados fueron que hombres y mujeres, quienes reportaron altos niveles de autonomía psicológica de sus padres y conexión con sus padres, revelaron bajos niveles de

sentimientos de depresión. La única variable que alcanzó significancia prediciendo sentimientos de depresión fue la conexión escolar en el caso de las mujeres. Así mismo, las experiencias familiares emergieron como un predictor significativo de sentimientos de depresión. Parece que las experiencias familiares tuvieron una asociación especial con los sentimientos de depresión en personas jóvenes.

Conger, Conger y Scaramella (1997) realizaron una investigación en la cual buscaban conocer la asociación entre el control psicológico ejercido por los padres y los problemas de ajuste en adolescentes. Los autores encontraron que existen diferencias significativas en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados a partir del género, en donde localizaron una importante evidencia empírica de que las chicas tienen una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos a mayor control psicológico.

Garber, Robinson y Valentier (1997) llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar la relación entre tres componentes de parentalidad (aceptación/rechazo, autonomía/control psicológico y control firme/control descuidado) con síntomas depresivos en adolescentes. Los resultados encontrados fueron que la aceptación materna y el control psicológico materno demostraron tener una relación con síntomas depresivos en adolescentes, es decir que tanto la aceptación materna y el control psicológico contribuyen a la predicción de síntomas depresivos; igualmente, encontraron que diferentes componentes de las prácticas parentales pueden influir separadamente al desarrollo de síntomas depresivos en adolescentes, y concluyeron que aceptación y control psicológico tienen una relación directa con depresión.

Resumiendo, a lo largo de este capítulo se ha demostrado que específicamente el control parental tanto psicológico como conductual parece asociarse con depresión en adolescentes. Como se ha indicado repetidamente las experiencias familiares emergen como un predictor significativo de sentimientos de depresión en adolescentes, así mismo también se encontró que las experiencias familiares tuvieron una asociación especial con los sentimientos de depresión en personas jóvenes, y que las experiencias familiares contribuyen a la explicación de la conducta delincuente. Igualmente, la cohesión familiar se asocia negativamente con problemas internalizados y externalizados en adolescentes. Al mismo tiempo se ha encontrado que el que los padres tengan afectos depresivos también provoca en los hijos afectos depresivos.

Al hablar de la familia es importante mencionar que algunos padres utilizan el control psicológico, el cual se relaciona positivamente con problemas en los adolescentes, y más fuertemente con problemas internalizados como la depresión. Existe evidencia empírica que reporta que a mayor control psicológico ejercido por lo padres mayor depresión, por otro lado, existe evidencia de que hombres y mujeres quienes reportaron altos niveles de autonomía psicológica y conexión con sus padres, revelaron bajos niveles de sentimientos de depresión.

Otras investigaciones demuestran que existen diferencias significativas en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados a partir del género, en donde localizaron una importante evidencia empírica de que las chicas tienen una

mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos; esto indica que a mayor control psicológico ejercido por los padres menor autonomía psicológica, aquí es fundamental indicar que dependiendo del ambiente cultural y social en el que se desarrollen esto es mucho más recurrente en las mujeres, esto debido a que a las mujeres se les considera menos independientes y se les enseña a ser obedientes, esto repercute básicamente en altos índices y niveles de depresión en mujeres adolescentes, así como se mencionó en los datos epidemiológicos.

Por todo esto, es primordial el investigar la depresión y su relación con el control parental en adolescentes mexicanos, ya que el primero es un problema de gran relevancia durante la adolescencia, y parece ser que el control parental influye en el desarrollo de depresión, parte de la importancia de este trabajo es que en nuestro país hasta el momento no se ha desarrollado alguna investigación al respecto.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Como se ha indicado a lo largo de este trabajo, existen muchos problemas que se consideran significativos e importantes durante la adolescencia, uno de ellos es la depresión, el cual puede llegar a tener consecuencias considerablemente negativas en el desarrollo del adolescente de no prestársele amplia atención; otro de los factores que es esencial es el tipo de prácticas de control utilizadas por los padres sobre los adolescentes ya que estas pueden repercutir en el incremento o decremento de problemas en los adolescentes.

Los resultados de investigaciones realizadas en otros países entre control parental y depresión, demuestran que el control parental (psicológico o conductual) ejercido sobre los hijos, repercute en el desarrollo de problemas tanto internalizados o externalizados en los hijos, y es muy importante señalar que el control psicológico tiene un alto impacto en el desarrollo de depresión en los adolescentes.

La relevancia del presente estudio radica en que en nuestro país no se han realizado investigaciones relacionando depresión y control parental, por todo esto se espera que se aporte conocimiento con respecto a las prácticas de control parental y la presencia de depresión en adolescentes, de ahí que la pregunta a la que se pretende dar respuesta es:

¿Existe relación entre control parental y depresión en adolescentes?

Definición de Variables

Definición Conceptual:

Control parental, se estudiará tomando en cuenta los dos subtipos por los cuales se conforma:

- ❖ **Control Psicológico:** Prácticas parentales que son intrusivas y manipulan pensamientos y sentimientos en los adolescentes.
- ❖ **Control Conductual:** Se refiere a las prácticas parentales que regulan la conducta de los hijos a través de la guía y supervisión (Barber, Olsen y Shagle, 1994).
- ❖ **Depresión:** Desorden afectivo en el cual las cogniciones de los sujetos deprimidos están dominadas por contenidos y procesos idiosincráticos distorsionados e irreales, tendiendo a una exageración de errores y encontrando obstáculos en todas sus acciones (Beck, 1976).

Definición Operacional:

- ❖ **Control Parental:**
Para medir control parental se utilizó la Escala de Control Parental de Betancourt y Andrade.

- ❖ **El control psicológico** se obtuvo a partir del puntaje total del listado de afirmaciones que se refieren a la percepción de los adolescentes con respecto al control que ejercen tanto la mamá como el papá de manera separada.
- ❖ **El control conductual** se obtuvo a partir del puntaje total del listado de afirmaciones que se refieren a la percepción de los adolescentes con respecto al control que ejercen tanto la mamá como el papá de manera separada.
- ❖ **Depresión** se obtuvo a partir de los puntajes crudos basándose en las normas de calificación del BDI para México que son: Depresión mínima 0 a 9, Depresión leve 10 a 16, Depresión Moderada 17 a 29 y Depresión severa 30 a 63.

Hipótesis

- ❖ A mayor control psicológico ejercido por los padres, mayor nivel de depresión en los adolescentes.
- ❖ A mayor control conductual ejercido por los padres, menor nivel de depresión en los adolescentes.

Tipo de estudio

El estudio fue expofacto.

Participantes

Participaron 524 adolescentes estudiantes de secundarias públicas del Distrito Federal, de los cuales 53.2% fueron hombres y el 46.8% fueron mujeres, en un rango de edad de 11 a 16 años (con una media de 13.2 años). El 72.6% reportó vivir con ambos padres, el 22.1% sólo con mamá, el 2.1% sólo con papá, y el 3.1% con familiares.

Instrumentos

Para medir control parental se utilizó la Escala de Control Parental de Betancourt y Andrade (no publicada), esta escala mide la percepción de los adolescentes sobre el control que ejercen tanto la mamá como el papá de manera separada. La escala consta de cuatro dimensiones: control conductual materno (27 reactivos, $\alpha = .949$), control psicológico materno (16 reactivos, $\alpha = .924$), control conductual paterno (47 reactivos, $\alpha = .947$), control psicológico paterno (39 reactivos, $\alpha = .963$). Es una escala likert, con cuatro opciones de respuesta: *No, nunca; Sí, a veces; Sí, casi siempre y Sí, siempre* (Ver Anexo).

Para medir depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck adaptado en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). Este inventario está constituido por 21 conjuntos de frases, cada conjunto está compuesto por 4 oraciones que a su vez están ordenadas jerárquicamente del 0 al 3. Para calificar el inventario se suman las respuestas y de acuerdo al puntaje obtenido se pueden agrupar en cuatro niveles de depresión: de 0 a 9 depresión mínima, de 10 a 16 depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. El análisis

de consistencia interna arrojó para esta muestra un coeficiente alfa de Cronbach de .87 (Ver Anexo).

Procedimiento

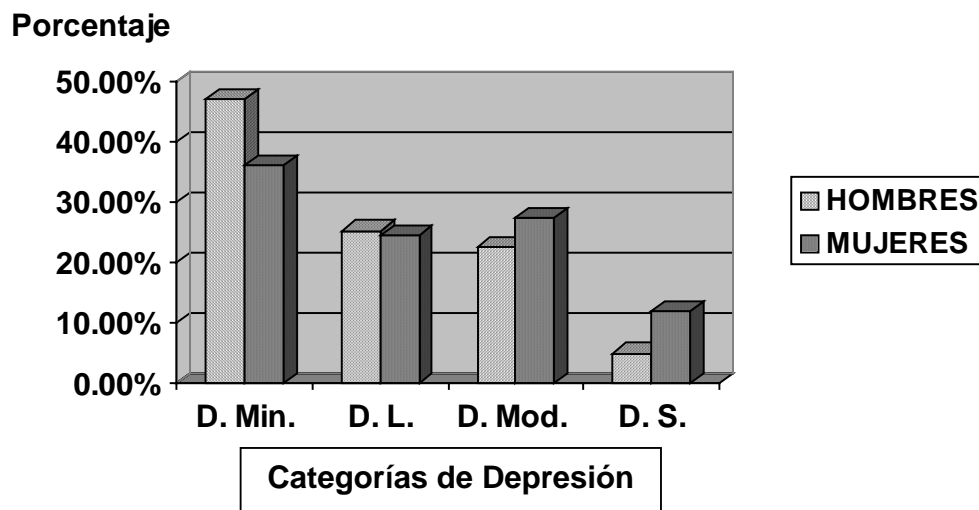
Los instrumentos fueron auto aplicables, se solicitó a las autoridades de las escuelas el permiso para aplicar los instrumentos en los salones de clases, a los alumnos se les solicitó su participación voluntaria y se les informó que sus respuestas eran anónimas.

RESULTADOS

NIVELES DE DEPRESIÓN.

Para conocer la distribución de los y las adolescentes en los diferentes niveles de depresión se realizó un análisis de frecuencias separando hombres y mujeres. Como se observa en la Gráfica 1 en el caso de los hombres el 46.9% presentaron depresión mínima, en segundo lugar se encontró la depresión leve con un 25.3%, seguida de la depresión moderada con 22.7% y por último la depresión severa con un 5.1%. Por lo que respecta a las mujeres en primer lugar se encuentra la depresión mínima con 36.1%, seguida de la depresión moderada con un 27.5%, continuando con la depresión leve con un 24.6% y por último la depresión severa con un 11.9%.

Gráfica 1. Distribución de los y las adolescentes por niveles de depresión.



DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE DEPRESIÓN.

Para conocer la distribución de los adolescentes en los diferentes niveles de depresión por edad se realizó un análisis de frecuencias. En la Tabla 1 se observa que a los once años aun no se presenta depresión, pero conforme avanza la edad se pueden observar dos hechos, el primero que aumenta el porcentaje de depresión conforme aumenta la edad, y el segundo que los porcentajes en los niveles depresivos también aumentan, dando como resultado que la edad en la que existen los mayores porcentajes de depresión es a los 16 años y cabe resaltar que estos porcentajes son los dos niveles más altos de depresión, es decir, depresión moderada y depresión severa. Al mismo tiempo cabe mencionar que conforme aumenta la edad los porcentajes de depresión severa aumentan.

TABLA 1 . Distribución de los y las adolescentes en los diferentes niveles de depresión por edad.					
Edad años	Dep. Mínima	Dep. Leve	Dep. Moderada	Dep. Severa	Total
11	100%	0%	0%	0%	2
12	43.8%	27.1%	23.6%	5.6%	144
13	49.4%	22%	20.1%	8.5%	164
14	33.3%	29.2%	29.2%	8.3%	144
15	40.4%	19.3%	29.8%	10.5%	57
16	0%	20%	50%	30%	10

DISTRIBUCIÓN DE LAS CATEGORIAS DE DEPRESIÓN POR ESTRUCTURA FAMILIAR.

En la Tabla 2 se muestra la distribución de las categorías de depresión por estructura familiar. De los y las

adolescentes que mencionaron vivir con ambos padres el principal porcentaje reporta tener depresión mínima, seguido por el grupo que reporta tener depresión moderada, el tercer lugar lo ocupa la depresión leve y por último la depresión severa. De los y las adolescentes que reportaron vivir sólo con mamá el porcentaje más alto se encuentra representado por jóvenes con depresión mínima, seguidos por los adolescentes con depresión leve, el siguiente nivel es el de depresión moderada y el último el de depresión severa. Los adolescentes que mencionan vivir sólo con papá el grupo con porcentaje más alto es el de depresión mínima, a continuación se encuentra la depresión leve, y por último la depresión moderada, ya que no existe ningún sujeto con depresión severa. Con respecto a los adolescentes que reportaron vivir con familiares el porcentaje más alto se encuentra en la depresión mínima, el segundo grupo más alto es el de depresión moderada, el tercer grupo es el de depresión leve y por último la depresión severa; por último, de los adolescentes que indicaron vivir con familia extendida el porcentaje más alto reportó tener depresión mínima, el segundo lugar fue para adolescentes con depresión leve, el siguiente porcentaje fue la depresión moderada y por último el de la depresión severa. Los porcentajes más elevados de depresión severa en primer lugar fueron los de los y las adolescentes que reportaron vivir sólo con mamá, en segundo lugar los que reportaron vivir con familiares y en tercer lugar los que reportaron vivir con ambos padres.

TABLA 2.				
Distribución de los y las adolescentes en los diferentes niveles de depresión por estructura familiar.				
Estructura Familiar	Dep. Mínima	Dep. Leve	Dep. Moderada	Dep. Severa
Ambos Padres (N= 333)	43.2%	22.8%	26.1%	7.8%

Sólo Mamá (N= 114)	38.6%	26.3%	24.6%	10.5%
Sólo Papá (N= 11)	36.4%	45.5%	18.2%	0%
Familiares (N= 16)	31.3%	25%	31.3%	12.5%
Familia Extendida (N= 43)	47.6%	31%	14.3%	7.1%

DIFERENCIAS ENTRE CONTROL CONDUCTUAL Y PSICOLÓGICO EJERCIDO POR MAMÁS Y PAPÁS PARA CADA NIVEL DE DEPRESIÓN.

Para determinar las diferencias entre control conductual y psicológico, ejercido por mamás y papás para cada uno de los niveles de depresión se realizaron ANOVA's de un solo factor, para hombres y mujeres por separado (Ver Tabla 3).

De acuerdo con los datos de esta tabla sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las adolescentes en el control conductual y psicológico ejercido por la madre, donde las adolescentes con depresión mínima obtuvieron puntajes más altos en control conductual y puntajes más bajos en control psicológico, en comparación con las adolescentes que presentaron depresión severa quienes por el contrario obtuvieron puntajes más bajos en control conductual y más altos en control psicológico. En los otros resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sin embargo los puntajes indican la dirección general esperada, es así que en el caso del control conductual y psicológico ejercido por las madres sobre los hijos hombres se observa dicha dirección, encontrando que a mayor control psicológico existe un mayor nivel depresivo, es así que el mayor puntaje en control psicológico tiene como

resultado depresión severa, el puntaje que se sigue produce una depresión leve, continuando con depresión moderada, y por último con la depresión mínima. Los resultados con respecto al control conductual y psicológico ejercido por los padres sobre los hijos hombres indican nuevamente, que ante puntajes altos en control psicológico existen mayores problemas en los niveles de depresión, el puntaje más alto en control psicológico en este caso fue para depresión severa, seguida por la depresión leve, en tercer lugar la depresión moderada, y por último la depresión mínima. Como ya se indicó los resultados de control ejercido por las madres sobre sus hijas mujeres tienen diferencias estadísticamente significativas, en el caso del control ejercido por los padres sobre sus hijas, los resultados indican que el puntaje más alto en control psicológico revela depresión severa, seguida de la depresión leve, en tercer lugar la depresión moderada y por último la depresión mínima.

TABLA 3. Diferencias entre Niveles de Depresión y Control ejercido por los padres.

	TIPO CONTROL	DEPRESIÓN MÍNIMA	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA	F	P
HOMBRES	Control Conductual Mamá	2.74	2.79	2.46	2.23	2.09	.101
	Control Psicológico Mamá	1.40	1.69	1.60	1.91	1.96	.120
	Control Conductual Papá	3.00	3.31	3.03	3.15	.25	.860
	Control Psicológico Papá	2.26	2.65	2.48	2.92	.49	.687
MUJERES	Control Conductual Mamá	3.11	2.92	2.64	2.58	5.92	.001
	Control Psicológico Mamá	1.23	1.71	1.72	1.82	9.47	.000
	Control Conductual Papá	3.37	3.39	2.93	3.18	.545	.652
	Control Psicológico Papá	2.04	2.44	2.25	2.79	.681	.564

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PEARSON.

Con el propósito de probar la hipótesis planteada que se refiere a que a mayor control psicológico ejercido por los padres, mayor nivel de depresión en los adolescentes y a mayor control conductual ejercido por los padres, menor nivel de depresión en los adolescentes; se realizaron para el total de adolescentes un análisis de correlación de Pearson y posteriormente se separó hombres y mujeres, buscando conocer la dirección y magnitud de la relación entre las variables estudiadas: control parental ejercido por mamás y papás y depresión.

En la Tabla 4 se observan los resultados de la correlación con el total de adolescentes, la depresión correlacionó positivamente con el control psicológico de la mamá, es decir, que los adolescentes que perciben un alto control psicológico de la mamá obtuvieron puntajes altos en depresión. Asimismo, el control psicológico correlacionó positivamente con el control conductual.

Una de las correlaciones positivas se da entre depresión y control psicológico ejercido por la mamá, lo cual indica que existe una relación directa entre dichas variables y que al aumentar el valor de control psicológico aumenta el valor de la depresión, la correlación que le sigue es la de control conductual y depresión, la cual indica que no existe una relación directa sino inversa entre las variables, es decir, que los valores mayores de control conductual están asociados con los valores menores de depresión; igualmente, aunque con valores menores con respecto al control conductual ejercido por el papá, encontramos una relación inversa que nos indica lo mismo, siguiéndole el control psicológico el cual indica una relación directa con la depresión, y aunque no es muy fuerte dicha magnitud, esta tabla

nos indica lo que en general se esperaba, que a mayor control psicológico existiría mayor depresión, y por el contrario, a mayor control conductual existiría menor depresión, hay que recordar que estos son los resultados con respecto a hombres y mujeres, pero en las siguientes tablas se pueden observar los resultados por sexo.

Tabla 4. Correlación Hombres y Mujeres

	Depresión Control Psicológico Mamá	Control Conductual Mamá	Control Psicológico Papá	Control Conductual Papá
Depresión				
Control				
Conductual				
Mamá				
Control				
Psicológico				
Mamá				
Control				
Conductual				
Papá				
Control				
Psicológico				
Papá				

** . Correlación significativa al .01

CORRELACIÓN DE PEARSON PARA HOMBRES

La Tabla 5 aporta los resultados del análisis de correlación de Pearson para hombres, el cual indica nuevamente que existe una

relación entre control psicológico ejercido por la mamá y depresión, seguido por una relación inversa entre control conductual ejercido por la mamá y depresión, siguiéndole el valor de control psicológico ejercido por el papá y depresión y finalizando con una inexistente relación entre control conductual ejercido por el papá y depresión.

Tabla 5. Correlación Hombres

	Depresión	Control	Control
Control	Control	Conductual	Psicológico
Psicológico			Mamá
Papá	Papá		Mamá
Depresión		-.14**	.12
.00	.04		
Control			
Conductual			.66**
.12*	.00		
Mamá			
Control			
Psicológico			
-.01	-.02		
Mamá			
Control			
Conductual			
		.94**	
Papá			
Control			
Psicológico			
Papá			

*. Correlación significativa al .05

** . Correlación significativa al .01

CORRELACIÓN DE PEARSON PARA MUJERES.

La Tabla 6 muestra los resultados del análisis de Pearson para mujeres, donde se puede observar en general la misma dirección de los resultados, aunque cabe mencionar que en comparación con los de los hombres estos son más altos, la relación más alta es la encontrada entre control psicológico ejercido por la mamá y depresión, así mismo la relación que le sigue es la encontrada entre control conductual ejercido por la mamá y depresión y al igual que en los casos pasados también es inversa, seguida por una relación directa aunque no tan fuerte entre control ejercido por el papá y depresión, y finalizando con una relación inversa entre control conductual ejercido por el padre y la depresión.

Tabla 6. Correlación Mujeres

	Depresión	Control Conductual	Control Psicológico	Control Conductual
Control Psicológico				
Control Conductual				
Control Psicológico				
Papá				
Depresión		-.22**	.28**	-
Control Conductual	.04			
Control Psicológico		.08		

Control			
Conductual			
.15*	.11		-.05
Mamá			
Control			
Psicológico			
	.02		.07
Mamá			
Control			
Conductual			
.93**			
Papá			
Control			
Psicológico			
Papá			

*. Correlación significativa al .05

** . Correlación significativa al .01

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la depresión ha aumentado, ya que se le considera el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad, debido a su elevada frecuencia, a la magnitud del sufrimiento para el enfermo, y las repercusiones a nivel social. Como lo señala Kielholz (1972) se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo, así mismo algunos estudios (Calderón, 1999; Medina-Mora, 1992) señalan que cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión.

Diversos autores indican que la enfermedad depresiva es dos veces más frecuente entre las mujeres adultas que entre los varones adultos, lo cual ha generado explicaciones asociadas a los ciclos biológicos de las mujeres como el síndrome menstrual o posparto, el climaterio y la menopausia (Bleichmar, 1991; Calderón, 1999; Craig, 2001; Downey y Coyne, 1990; Lewinsohn y Hoberman, 1985; Medina-Mora, 1992; Medina, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, 1992; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002). Algunos otros estudios (Calderon, 1999; Medina-Mora, 1992) señalan que desde la niñez 15% presentan trastornos psiquiátricos, de esta manera se ha encontrado que entre 7 y 14% de jóvenes sufren problemas que requieren ayuda psicológica (De la Fuente y Caraveo, 1997), así, estas estadísticas indican que la depresión juega un papel importante en nuestras vidas y especialmente ésta puede ser decisiva durante la adolescencia.

En el trabajo aquí elaborado, los resultados coinciden con los de otros autores como Ledesma (1992), Craig (2001) y Eley, Liang, Plomin, Sham, Sterne, Williamson y Purcell (2004) con

respecto a que la depresión puede presentarse durante la adolescencia constantemente, ya que como se observa en dichos resultados los niveles depresivos en los adolescentes hombres comienzan con porcentajes altos pero conforme aumentan dichos niveles disminuyen los porcentajes, de una manera similar con las adolescentes mujeres los dos niveles más altos en porcentajes son la depresión mínima y la moderada, donde es muy interesante el comparar estos porcentajes con los de los hombres, ya que como se puede observar el porcentaje de los hombres es mayor en la depresión leve, a diferencia que en el caso de las mujeres la depresión severa se convierte en el doble en comparación con los hombres, en otras palabras esto quiere decir que la depresión severa afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres; en el caso de la depresión moderada nuevamente se presenta un cambio en el porcentaje, ya que es mayor en el caso de mujeres que en el de los hombres.

A pesar de que no se han realizado estudios a profundidad relacionando depresión y edad en la adolescencia, se puede observar que los resultados aquí obtenidos coinciden en gran parte con los de otros estudios realizados tanto con adolescentes como con personas adultas (De la Fuente y Caraveo, 1997; Calderón, 1999; Medina-Mora, 1992; Stara, Humphrey, Crook y Lewis, 1990), en donde conforme avanza la edad aumenta la depresión, y en este caso también aumentan los porcentajes en los niveles depresivos. De esta manera observamos en los resultados de esta investigación que mientras a los once años aun no se presenta la depresión, conforme aumenta la edad aumenta la presencia de depresión y su severidad; es necesario el poner atención en que los porcentajes más altos de depresión se

encuentran a los 16 años, y también en los niveles más altos de depresión, lo cual también coincide con los resultados obtenidos por Barber (1996) con respecto a que existe un incremento de la depresión a partir de la edad, lo que a su vez se podría relacionar con lo que mencionan otros autores con respecto al cambio que existe en el pensamiento que desarrollan los y las adolescentes, ya que según Delval (2002) y Castillo, (2005) tienen un mejor entendimiento de la realidad, establecen una nueva percepción de sí mismos, tienen una mayor conciencia de aspectos emocionales, así como de los cambios que existen con respecto al concepto de sí mismos, algo que es muy importante y que de alguna manera podría relacionarse con la depresión es que como indica Delval (2002) durante esta época es cuando se crea una nueva organización interna de necesidades, capacidades y autopercepciones, de ahí que se pueda relacionar con el incremento de los porcentajes de depresión en los adolescentes, añadiendo a esta información lo que indica Piaget (cit en Rice, 1997), ya que los adolescentes desarrollan nuevas habilidades para razonar y reflexionar acerca de su propio pensamiento, y tienen una mayor conciencia de lo que sienten; en otras palabras, es posible que durante la niñez exista depresión pero los niños no tienen la capacidad para identificarla y expresarlo de la manera correcta, muy por el contrario, en los adolescentes ya que por todas las nuevas habilidades y conocimientos que desarrollan tienen una mayor capacidad de identificar sus propios malestares y sus necesidades; a lo cual se puede añadir lo que mencionan autores como Calderón (1999), Medina-Mora (1992) y Solloa (2001) que ante la presencia de enfermedades en edades tempranas no tratadas a tiempo como podría ser el caso de la depresión, existe la posibilidad de una mayor repercusión y riesgo en el individuo

de padecer alguna alteración al llegar a la vida adulta; de ahí, que lo más recomendable sería que ante la presencia de estos casos con altos niveles de depresión se les brindara atención porque lo más probable en caso de no tratarse es que tengan gran sufrimiento y consecuencias negativas en su salud mental y física, conforme pasan los años.

Craig (2001) y Eley, Liang, Plomin, Sham, Sterne, Williamson y Purcell (2004) mencionan que entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión se encuentran problemas familiares, de salud mental de los padres, conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos, lo cual se puede relacionar con los resultados aquí encontrados, ya que con respecto a depresión y estructura familiar, resalta que los y las adolescentes que informaron vivir con ambos padres, presentan porcentajes bajos con respecto a los niveles de depresión, en otras palabras, podría asumirse que no existen grandes problemas familiares, aunque esto puede variar.

De las y los adolescentes que reportaron vivir sólo con mamá la tendencia es que los porcentajes disminuyen conforme aumentan los niveles de depresión, pero aun así se puede observar que existe un 10.5 % que informa que tiene depresión severa, el cual ocupa el segundo lugar con respecto a nivel de depresión más alto, se podría decir que esto podría ser debido a los estereotipos culturales que existen con respecto a que las familias deben estar conformadas por padre, madre, e hijos y la presión social que podría producir el no pertenecer a una familia de este tipo; lo mismo se podría aludir en el caso de las y los adolescentes que reportaron vivir sólo con papá ya que dentro de

los dos primeros niveles de depresión existen porcentajes altos, pero en este caso es de considerar que no existe ni un solo adolescente que reporte tener depresión severa (para lo cual es importante considerar que existe un mayor número de adolescentes que viven con mamá que con papá). Una de las razones que justifican los altos porcentajes de adolescentes que tienen depresión y que reportan vivir con mamá es la encontrada a su vez por González y Andrade (1995) que indican que de los adolescentes que tendían a presentar manifestaciones anímicas del estado depresivo, eran los que sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente, o en su caso poca comunicación con sus padres.

Como lo indican Craig (1997) y Horrocks (1999), la familia tiene una considerable influencia en la personalidad, los modos de pensar y formas de actuar del adolescente, y en la estabilidad emocional que pueda desarrollar. Los resultados aquí encontrados tienen gran relación con diversas aportaciones, una de ellas es la realizada por Ledesma (1992), la cual menciona que el papel de la familia en la manifestación de la depresión en adolescentes, depende en gran parte de la interacción padres hijos, así los padres pueden influir de manera importante tanto en agravar como en aliviar la depresión del adolescente.

Así mismo, de acuerdo a los porcentajes aquí encontrados, Pavlidis y McCauley (2001) reconocen que las interacciones familiares son un factor primario asociado con el ajuste social y emocional con los adolescentes, y las percepciones de bajos niveles de calor o cordialidad y apoyo parental se asocian con síntomas depresivos y depresión clínica, es decir, que

adolescentes quienes describen que sus padres brindan un bajo apoyo, reportan altos niveles de síntomas depresivos.

Dentro de las clasificaciones que hacen diversos autores, la depresión forma parte de los problemas internalizados, la cual tiene una importante repercusión en niños y adolescentes; e igualmente tiene una directa relación con el ambiente familiar, ya que como es de esperarse dicho ambiente es el contexto social en el cual el niño o adolescente pasa la mayor parte de su tiempo (Achenbach y Edelbrock, 1987; Barber, 1996; Barber y Olsen, 1997; Reynolds, 1992; Solloa, 2001; Stone, Buehler y Barber, 2002).

Se debe observar que el porcentaje más alto de depresión severa se encuentra con los y las adolescentes que reportan vivir con familiares, así mismo el porcentaje más alto en depresión mínima son los que reportan vivir con familia extendida. Lo antes mencionado se relaciona con lo que señalan autores como González y Andrade (1995) y Jacques, Cole y Searle (1995) los cuales indican que las personas jóvenes internalizan bases de competencias a partir de la retroalimentación por otras personas significativas, así como las opiniones acerca de sus competencias, y cuando una retroalimentación es negativa, las personas jóvenes llegan a incrementar un contacto de auto-percepciones que es igualmente negativo; en otras palabras, como es muy común las familias mexicanas viven con otros familiares cercanos, los cuales se convierten en personas significativas para los y las adolescentes, y si estos últimos tienen constantes retroalimentaciones negativas por parte de estas personas significativas incrementa el riesgo de depresión en los adolescentes.

Como se mencionó en los resultados, con el objetivo de determinar las diferencias entre el control conductual y psicológico ejercido tanto por mamás como por papás, se realizaron ANOVA's de un solo factor separando mujeres y hombres, como lo indican los resultados en la población mexicana se encontraron coincidencias con los resultados mencionados por Barber (1996, 1999); Barber y Olsen, (1997); Barber, Olsen y Shagle, (1994); Barber y Shagle, (1992); Bornstein, (1994); Conger, Conger y Scaramella, (1997); Fauber, Forehand, Tomas y Wierson, (1990); Garber, Robinson y Valentier, (1997); Mills y Rubin, (1998); Smetana y Daddis, (2002), con respecto a que se ha probado la asociación entre control psicológico y depresión. El trabajo aquí presentado no se había realizado en México una de sus diferencias es que se consideran diferentes tipos de análisis que no se habían considerado en investigaciones en otros países, otra de éstas diferencias es precisamente la tabla 3 de los resultados donde se encuentran las diferencias entre control conductual ejercido tanto por mamás como papás por separado, ya que en otros estudios se ha realizado tomando a los dos como un solo constructo, así mismo, otro punto que se toma en cuenta en esta investigación es que se hacen análisis por separado de adolescentes mujeres y hombres. Parte de los resultados demuestran que efectivamente se pueden encontrar diferencias aunque no en todos los casos significativas estadísticamente; el único caso en el que sí son significativas es el del control psicológico ejercido por las mamás sobre las hijas mujeres, lo cual tiene mucha relación con los resultados de Barber (1999) donde encontró una fuerte relación entre control psicológico y depresión en mujeres adolescentes, para lo cual como explicación

potencial indica que se debe a la autonomía personal puesto que las mujeres son menos autónomas que los hombres; igualmente, esto se asocia con lo mencionado por Conger, Conger y Scaramella (1997) donde señalan que existen diferencias significativas en problemas internalizados como la depresión a partir del género en donde localizaron una importante evidencia empírica de que las adolescentes tienen una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos y depresión a mayor control psicológico. Es importante mencionar, que en todos los casos los puntajes indican la dirección general esperada, la cual se refiere que a mayor control psicológico mayor depresión y a mayor control conductual menor depresión.

Otra diferencia con otros estudios es que aquí no sólo se analizó la presencia o ausencia de depresión sino su nivel de severidad tomando en cuenta cuatro distintos niveles (depresión mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión severa) a partir del instrumento realizado por Beck para medir depresión.

Se puede resumir que la dirección general de los resultados indica que se presenta depresión severa ante altos puntajes en control psicológico y bajos puntajes en control conductual. Por otro lado, como muestra uno de los resultados de las correlaciones, la depresión correlacionó positivamente con el control psicológico ejercido por la mamá y por el papá, es decir, que los adolescentes que perciben un alto control psicológico de la mamá y del papá obtuvieron puntajes altos en depresión, de esta manera como lo indican Barber y Harmon (2002) el control psicológico en los adolescentes tiene una mayor relación con afectos depresivos; de la misma manera Barber, Olsen y Shagle

(1994) encontraron que los adolescentes que experimentan mayor control psicológico tienen un mayor riesgo de presentar problemas internalizados como la depresión, lo cual también fue encontrado por Conger, Conger y Scaramella (1997) y Stone, Buehler y Barber (2002); en otras palabras estos resultados indican que al aumentar el valor de control psicológico aumenta el valor de la depresión como lo indican Barber (1996, 1999); Barber y Buehler, (1996); Barber y Olsen, (1997); Barber, Olsen y Shagle, (1994); Barber y Shagle, (1992); Bornstein, (1994); Conger, Conger y Scaramella, (1997); Fauber, Forehand, Tomas y Wierson, (1990); Garber, Robinson y Valentier, (1997); Mills y Rubin, (1998); Smetana y Daddis, (2002). Estos resultados también coinciden con los de Finkenauer, Engels y Baumeister (2005) los cuales indican que padres que controlan psicológicamente a sus hijos, presentan mayores problemas emocionales como la depresión. La relación entre control conductual ejercido por la mamá y por el papá y la depresión es inversa, lo cual también fue encontrado por los autores antes mencionados, en general en estas investigaciones se encuentra que a mayor control conductual menor depresión.

Cabe mencionar que a diferencia de los resultados empíricos de los autores aquí mencionados se encuentra una relación directa entre control psicológico de mamá y papá y el control conductual de ambos, lo cual puede estar vinculado a las diferentes poblaciones en las cuales se hicieron los estudios.

Como señalan estudios realizados por Conger, Conger y Scaramella (1997) se encuentran diferencias en el desarrollo de problemas internalizados a partir del género, en donde encontraron que las mujeres adolescentes tienen una mayor

probabilidad de desarrollar síntomas depresivos, es importante mencionar que tanto para hombres como mujeres la depresión mínima es la más alta, y la más baja es la severa, donde se encuentra que las mujeres son afectadas dos veces más en comparación con los hombres. De ahí que también se hayan realizado análisis de correlación por separado para hombres y mujeres; como lo indican los resultados en la tabla 5 se exponen las correlaciones para el caso de los hombres, la cual indica que existe una relación directa entre control psicológico ejercido por la mamá y depresión, es decir, que a mayor control psicológico mayor depresión, y como lo indica la misma tabla a mayor control conductual ejercido por la mamá se presentan menores niveles de depresión; igualmente aunque con una fuerza menor se observa que a mayor control psicológico ejercido por el papá mayor depresión; con respecto al control conductual ejercido por el papá y la depresión los datos aquí tomados en cuenta no señalan una relación, es decir que el control conductual ejercido por el padre sobre los hijos hombres adolescentes no se relaciona con depresión.

Así mismo, se encontró una relación directa entre control psicológico de la mamá y control conductual de la mamá, lo cual indica que a mayor control psicológico de la mamá mayor control conductual; así mismo a mayor control conductual del papá mayor control conductual de la mamá. Se encontró que el control psicológico del papá no tiene relación con el control conductual de la mamá.. A mayores puntajes en el control conductual del papá se presentan menores puntajes en el control psicológico ejercido por la mamá; a mayores puntajes en el control psicológico del papá menores puntajes en control psicológico de

la mamá y finalmente a mayores puntajes en el control psicológico del papá mayores puntajes en el control conductual del papá.

En el caso de las mujeres como se observa en la tabla 4, los resultados indican que efectivamente como lo mencionan Conger, Conger y Scaramella (1997) existen diferencias a partir del género y en ambos estudios los resultados de las mujeres son más altos que los de los hombres. Nuevamente se observa que existe una relación entre el control psicológico ejercido por la mamá y la depresión, lo cual quiere decir que a mayor control psicológico mayor depresión; así mismo, a mayor control conductual ejercido por la mamá se encuentra menor depresión, y en el caso del control psicológico ejercido por la mamá a mayores puntajes de este se encuentran mayores puntajes en el control conductual ejercido por la mamá; igualmente existe una relación directa entre control conductual ejercido por el papá y el control conductual de la mamá; en el caso de puntajes altos de control psicológico ejercido por el papá se encuentran bajos puntajes en el control conductual de la mamá; en el caso del control conductual del papá se observa una relación directa con el control psicológico de la mamá, es decir que a mayor control conductual del papá la mamá ejerce mayor control psicológico. Así a mayor control psicológico del papá mayor control psicológico de la mamá, y nuevamente se encuentra una alta relación entre control psicológico y control conductual del papá.

Con base en los hallazgos encontrados como resultado de esta investigación se concluye:

1. Que a mayor control psicológico ejercido por los padres mayor nivel de depresión y que a mayor control

conductual ejercido por los padres menor nivel de depresión.

2. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos en todos los casos pero en general siguen esta tendencia.
3. En efecto existen niveles depresivos mas altos en las mujeres que en los hombres, así como existe una tendencia a ejercer mayor control parental sobre las mujeres que sobre los hombres.
4. Puede decirse que existe una relación directa entre control conductual y control psicológico la cual debe seguirse investigando a profundidad, y puede deberse a diferencias culturales.

Sugerencias:

1. Para próximas investigaciones, se debe de tener en cuenta que no se han elaborado muchos estudios que consideren variables como las aquí presentadas.
2. Se sugiere que se consideren más sujetos en cada tipo de estructura familiar.
3. Analizar la relación entre control parental y estructura familiar.
4. Así mismo se recomienda el hacer la investigación con una población más grande y de todo el país.
5. Así como hacer una revisión más profunda sobre diferencias poblacionales con respecto a la relación directa existente entre control psicológico y control conductual, y conocer si hay diferencias culturales.

6. Realizar este mismo tipo de investigación aplicándolo con niños.
7. Estudiar la influencia del control parental sobre otras variables, por ejemplo personalidad, temperamento, problemas internalizados y externalizados, etc.
8. Considerar la importancia de presentar este tipo de información a nivel general ya que esto podría ser de suma ayuda práctica a los padres.
9. Considerar distintas opciones como generar talleres, cursos y platicas dirigidas a padres y maestros, y hacerles ver la importancia y las repercusiones que tiene el control parental sobre los hijos.
10. Así mismo, el continuar evaluando relaciones entre control parental y otras variables.

REFERENCIAS

- Abramson, L. y Sackeim, H. (1977). "A Paradox in Depression: Uncontollability and Self-Blame". Vol. 34, no. 5. pp. 838-851.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1987). "Manual for the youth self-report and profile". Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Acosta, H. A. (1988). "Los problemas emocionales de los niños con dificultades en el aprendizaje". Tesina Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Tashman, N. A., Berrebbi, D.S., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Crossfield, A.G. y Morocco, A. (2001). "Developmental Origins of Cognitive Vulnerability to Depresión: Parenting, Cognitive, and Inferential Feedback Styles of the Parents of Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression". Cognitive Therapy and Research, vol.25, no.4, pp. 397-423.
- Asarnow, J. R., Goldstein, M.J., Tompson, M., y Guthrie, D. (1993). "One-year autcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion". Journal of Child Psychology, Psychiatry and Applied Disciplines, 34, 129-137.
- Bandura, A; Walters, R.H. (1978). "Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad". España: Alianza Editorial.
- Barber, B. K. (1996). "Parental Psychological Control: Revisiting a Neglected Construct". Child Development, vol. 67, pp 3296-3319.
- Barber, B. K. (1999). "Political Violence, Family Relations, and Palestinian Youth Functioning". Journal of Adolescent Researck, Vol. 14. no. 2. pp. 206-230.
- Barber, B. K. (2002). "Intrusive Parenting. How psichological control affects children and

- adolescents". American Psychological Association : Washington, DC.
- Barber, B.K. y Buehler, C. (1996). "*Family Cohesion and Enmeshment: Different Constructs, Different Effects*". Journal of Marriage and the Family, vol. 58, pp. 433-441.
- Barber, B.K. y Harmon, L. E. (2002). "Violating the Self: Parental Psychological control of Children and Adolescents". En Barber, B. K. (2002) "*Intrusive Parenting. How psychological control affects children and adolescents*". American Psychological Association : Washington, DC.
- Barber, K.; Olsen, J.E.(1997). "*Socialization in Context: Connection, Regulation, and Autonomy in the Family, School, and Neighborhood, and With Peers*". Journal of Adolescent Research, vol. 12, no. 2, pp. 287-315.
- Barber, K.; Olsen, J. E.; Shagle, S.C. (1994). "*Associations between Parental Psychological and Behavioral Control and Youth Internalized and Externalized Behaviors*". Child Development, 65, 1120-1136.
- Barber, K. y Shagle, S. (1992). "*Associations between parental psychological control and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors*". Child Development, vol. 65, 1120-1136.
- Baumrind, D. (1971). "*Current patterns of parental authority*". Developmental Psychology, Monographs, vol. 4, pp. 1-102.
- Beck, T. A. (1976). "*Cognitive therapy and the emotional disorders*". United States: International Universities Press.
- Beck, T. A. (1974). "*The Development of Depression: A cognitive Model*". En Fredman, R.J. y Katz, M.M. (1974). "*The Psychology of Depression: Contemporary Theory And Research*". Washington D.C.: V.H. Winston.
- Beck, T. A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). "*Cognitive Therapy of Depression*". New York: Guilford.
- Beutelspacher, A. N. y Martelo, E. Z.(2004). "*Género, pobreza y salud mental*".

- Blaney, H. P. (1977). "Contemporary theories of *Depresión: Critique and Comparason*". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 86, No. 3, 203-223.
- Bleichmar, D. E. (1992). "La depresión en la mujer", *Temas de Hoy*.
- Bornstein, P. (1994). "Patterns of parent-child interaction in Mexican families: A cross-cultural perspective". *International Journal of Behavioral Development*, vol. 17, pp. 423-446.
- Bowlby, J. (1976). "La separación afectiva". España: Paidós.
- Brennan, P.A., Hammen, C., Katz, A.R. y Brocque, R.M. (2002). "Maternal Depression, Paternal Psychopatología, and Adolescent Diagnostic Outcomes". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol, 70, no. 5, pp. 1075-1085.
- Brooks, F. (1959). "Psicología de la adolescencia". Argentina: Kapelusz.
- Bryson, E. S. y Pilon, J.D. (1984). "Sex differences in depression and the method of administering the Beck Depression Inventory". *Journal of Clinical Psychology*, March. Vol. 40, No. 2.
- Bustos, R. O. (2001). "Género y socialización: familia, escuela y medios de comunicación". En González, M.A. y Mendoza, J. (compils) (2001). *Significados colectivos procesos y reflexiones técnicas*.
- Calderón, G. (1999). "Depresión: un libro para enfermos y para deprimidos". México: trillas.
- Castillo, V. A. (2005). "Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior". Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.
- Chapman, A. H. (1974). "Management of emotional problems of children and adolescents". United States of America: J.B. Lippincott Company.
- Clark, M.D. y Fairburns, G. C. (1997). "Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy". United States: Oxford University.
- Cole, D.A., Jacquez, F.M. y Maschman, T.L. (2001). "Social Origins of Depressive Cognitions: a Longitudinal Study of Self-Perceived Competence in

- Children*". Cognitive Therapy and Research, vol. 25, no. 4, pp. 377-395.
- Conger, K.J., Conger, R.D., y Scaramella, L.V. (1997). "Parents, siblings, psychological control, and adolescent adjustment". Journal of Adolescent Research, vol.12, pp. 113-138.
- Constanzo, P., y Woody, E. Z. (1985). "Domain-specific parenting styles and their impact on the child's defiance, compliance, and self-assertion". Journal of Social and Clinical Psychology, vol. 3. pp 425- 445.
- Craig, G. J. (2001). "Desarrollo psicológico". México: Pearson Educación.
- Crockenberg, S., y Litman, C. (1990). "Autonomy as competence in 2-year-olds: Maternal correlates of child defiance, compliance, and self-assertion". Developmental Psychology, 26, pp. 961-971.
- Davis, B., Sheeber, L. y Hops, H. (2002). "Coercive Family Processes and Adolescent Depression". En Reid, J. B., Patterson, G. y Snyder, J. (2002). Antisocial Behavior in children and adolescents". American Psychological association: Washington.
- De La Fuente, R; Medina, M y Caraveo, J. (1997). "Salud Mental en México". México: Fondo de Cultura Económica.
- Delval, J. (2002). "El desarrollo humano". Ed. Siglo XXI. México.
- Dishion, T.J., y McMahon, R.J. (1998). "Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation". Clinical Child and Family Psychology Review, vol. 1, pp. 61-75.
- Downey, G. y Coyne, J.C. (1990). "Children of Depressed Parents: an Integrative Review". Psychological Bulletin, vol. 108, no. 1, pp. 50-76.
- Eccles, J.; Early, D.; Frasier, K.; Belansky, E. y McCarthy, K. (1997). "The Relation of Connection, Regulation, and Support for Autonomy to Adolescents' Functioning". Journal of Adolescent Research, Vol. 12, no. 2. pp 263-286.
- Eley, T. C., Liang, M.A., Plomin, R., Sham, P., Sterne, A., Williamson, R., Purcell, S. (2004). "Parental

- Family Vulnerability, Family environment, and Their Interactions as Predictors of Depressive Symptoms in Adolescents*". J. AM. Acad. Child Adolescents Psychiatry, Marzo 43:3.
- Ellis, A. (1962). "Reason and Emotion in psychotherapy". New York: Stuart.
- Estrada, M.G. (1996). "Descripción d algunos factores familiares que influyen en el aprovechamiento escolar de niños de 6to. grado de primaria". Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Fauber, R., Forehand, R., Thomas, A. M. y Wierson, M. (1990). "A Mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: The role of disrupted parenting". Child Development, vol. 61, pp. 1112-1123.
- Finkenauer, C.; Engels, R. C.; y Baumeister, R. F. (2005). "Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control". International Journal of Behavioral Development: 2005, 29 (1), 58-69.
- Garber, J.; Flynn, C. (2001). "Predictors of depressive cognitions in young adolescents". Cognitive Therapy and Research, Vol. 25, No. 4, pp. 353-376.
- Garber, J. y Robinson, N.S. (1997). "Cognitive Vulnerability in Children at risk for Depression". Cognition and emotion, vol. 11., (5/6), pp. 619-635.
- Garber, J.; Robinson, N.S. y Valentier, D. (1997). "The Relation Between Parenting and Adolescent Depression: Self-Worth as a Mediator". Journal of Adolescent Research, Vol. 12, no.1, pp12-33.
- Garber, J.; Weiss, B. y Shanley, N. (1993). "Cognitions, Depressive Symptoms, and Development in Adolescents". Journal of Abnormal Psychology, vol. 102, no. 1, pp. 47-57.
- González, F. C., Andrade, P. P. (1995). "La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes

- mexicanos". *Salud Mental*, Diciembre, Vol. 18, No. 4.
- Goodman, S.H. y Gotlib, I.H. (1999). "*Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission*". *Psychological Review*, vol. 106, no. 3, pp. 458-490.
- Hart, C.H., Nelson, D.A., Robinson, Olsen, S.F., y McNeilly-Choque, M.K. (1998). "*Overt and relational aggression in Russian nursery-school-age children: Parenting style and marital linkage*". *Developmental Psychology*, vol. 34, pp. 687-697.
- Hooley, J.M., Orley, J. y Teasdale, J.D. (1986). "*Level of expressed emotion and relapse in depressed patients*". *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Horrocks, J.E. (1999). "*Psicología de la adolescencia*". México: Trillas.
- Izquierdo, M. C. (2003). "*El mundo de los adolescentes*". México : Trillas.
- Jacquez, F., Cole, D. A., Searle, B. (2004). "*Self-Perceived Competence as a Mediator Between Maternal Feedback and Depressive Symptoms in Adolescents*". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol, 32. No. 4, August, pp 355-367.
- Kaminsky, S. (1991). "*Socialización*". México: Trillas.
- Laluzza, J.L, Crespo, I. (2003). *Adolescentes y relaciones*, en Perinat, M.A. (2003). "Los adolescentes en el siglo XXI". Barcelona: UOC.
- Larsson, B. y Mellin, L. (1990). "*Depressive Symptoms in Swedish Adolescents*". *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol, 18, no. 1, 1990, pp. 91-103.
- Lazarus, A. (1968). "Learning theory and the treatment of depression". *Behavior Research & Therapy*, vol. 6, pp 83-89.
- Ledezma, R. M. (1992). "*Rendimiento escolar y depresión en adolescentes. Estudio comparativo*". Tesis, Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM. México.
- León, V. M. (2003). "*La relación de factores emocionales con el rendimiento escolar en niños de educación primaria*". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: México.

- Lewinsohn, P. y Graf, M. (1973). "Pleasant activities and depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 41, no. 2., 261-268.
- Lewinsohn, P.M. y Hoberman, H. M. (1985). "Depression". En Bellack, S. A., Herzen, M. y Kazdin, E. A. *International Handbok of Behavior modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Lewinsohn, P. y Libet, J. (1972). "Pleasant events, activity schedules, y depresión". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 59, no. 3, 291-295.
- Lewinsohn, P., Mischel, W., Chaplin, W. Y Barton, R. (1980). "Social competence and Depression: the role of Illusory Self-Perceptions". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol, 89, no. 2, pp. 203-212.
- Martínez, G. J. y Robles L. L. (2001). "Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes". *Psicothema*. Vol. 13. No. 2, pp. 222-228.
- Martínez, V. R., (1988). "Evaluación de una escala de observación para la detección de niños con problemas de aprendizaje" Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: México.
- McCranie, E. W. y Bass, J.D. (1984). "Childhood Family Antecedents of Dependency and Self-Criticism: Implications for Depresión". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 93, no. 1, pp. 3-8.
- Mc Kinney, J., Fitsgerald, H. y Stromen, E. (1982). "Psicología del desarrollo". México: El Manual Moderno.
- Medina-Mora (y cols. 1992). "Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional". *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México.
- Medina, M. M., Rascón, M. L., Tapia, E. R, Mariño, M. C., Juárez, F., Villatoro, F., Caraveo, J. y Gómez, M. "Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional". *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1992.
- Mendels. (1977). "La depresión". Barcelona: Herder.
- Mills, R.S. y Rubin, K.H. (1998). "Are bahavioural and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social

- withdrawal?*". Canadian Journal of Behavioral Sciences, vol. 30, pp. 132-136.
- Morris, S.A., Steinberg, L., Sessa, M. F., Avenevoli, S., Silk, J. S., y Essex, M. J. (2002). "Measuring children's perceptions of psychological control: developmental and conceptual considerations. En Barber, B.K. (Ed.) *Intrusive Parenting.*" Washington, DC: American Psychological Association.
- Muñoz, R. M. J. y Graña, L. J. L. (2001) "Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes". *Psycothema*. Vol. 13. No. 1. pp. 87-94.
- National Institute of Mental Health (NIMH), (2005). "Depression Research at the National Institute of Mental Health". <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depresfact.cfm>.
- Newcomer, P. I. (1987). "Cómo enseñar a los niños perturbados". México: Fondo de Cultura Económica.
- Nicolson, D. y Ayers, H. (2004). "Problemas de la adolescencia". Madrid: Marcea. S.A.
- Niño, C. E. (1990). "Propuesta de detección y evaluación de las dificultades escolares de los niños dentro de las instituciones de educación Primaria". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.
- Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M. y Girgus, J. (1992). "Predictors and Consequences of Childhood Depressive Symptoms: a 5-Years Longitudinal Study". *Journal of Abnormal Psychology*, vol 101, no. 3, pp. 405-422.
- Papalia, D. E. (1997). "Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica". Colombia: Mc Graw Hill.
- Pavlidis, K. y McCauley, E. (2001). "Autonomy and Relatedness in Family Interactions with Depressed Adolescents". *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 29, no. 1, pp. 11-21.
- Pons, D. J. y Berjano, P. E. "Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes". *Psycothema* (1997). Vol. 9. No. 3, pp609-617.

- Rehm, L. (1977). "A Self-Control Model of Depression". *Behavior Therapy* 8, 787-804.
- Reymond-Rivier, B. (1986). "El desarrollo social del niño y del adolescente". Barcelona: Herder.
- Reynolds, W.M. (1992). "Internalizing disorders in children and adolescents". New York: Wiley.
- Rice, P. F. (1997). "Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital". México: Prentice Hall.
- Rice, P. F. (2000). "Adolescencia y desarrollo, relaciones y cultura". Madrid: Prentice Hall.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., Martín, J.C. (2004). "Relaciones padres-hijos y estilos de vida de adolescentes". *Psicothema*: vol 16, No. 2, pp 203-210.
- Roesch, R. (1991). "The Encyclopedia of Depression". Uited States of America: Library of Congress.
- Rudolph, K.D., Kurlakowsky, K.D. y Conley, C.S. (2001). "Developmental and Social-Contextual Origins of Depressive Contro-related Beliefs and Behavior". *Cognitive Therapy and Research*, vol. 25, no. 4, pp. 447-475.
- Schaefer, E. S. (1965). "Children's reports of parental behavior: An inventory". *Child Development*, vol. 36, pp 413-424.
- Seiffge-Krenke, I. y Stemmler, M. (2002). "Factors contributing to Gender Differences in Depressive Symptoms: A test of Three Developmental Models". *Journal of Youth Adolescence*, vol. 31, no. 6, pp. 405-417.
- Seligman, M. E. (1983). "Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte". Madrid: Debate S.A.
- Seligman, M.E., Klein, C., y Miller, W. (1976), "Depression". En Leitenberg, H. *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Prentice-Hall: New Jersey.
- Smetana, J.G. y Daddis, C. (2002). "Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: the role of parenting beliefs and practictices." *Child Development*, vol, 73, no. 2, pp. 563-580.

- Solloa, G. L. M. (2001). "Los trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento". México: Trillas.
- Stark, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K., Lewis, K. (1990). "Perceived Family Environments of Depressed and Anxious Children: Child's and Maternal Figure's Perspectives". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 18, no. 5, pp 527-547.
- Stattin, H. y Kerr, M. (2000). "Parental monitoring: A reinterpretation". *Child Development*, vol. 71, no. 4, pp. 1072-1085.
- Steinberg, L. (1990). "Autonomy, conflict and harmony in the family relationship." En S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds). *At The Threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L., Lamborn, S.D., Dornbusch, S.M. y Darling, N. (1992). "Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, School involvement, and encouragement succeed". *Child Development*, vol. 63, pp. 1666-1281.
- Stone, G., Buehler, C., y Barber, B. (2002). "Interparental conflict, parental psychological control, and youth problem behavior". En Barber, B. K. (Ed.). *Intrusive Parenting*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Teri, L. (1982). "The use of the Beck Depresión Inventory with Adolescents". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 10, No. 2, pp. 277- 284.
- Tomás, J., Teixidó, M.L. y Gastaminza, X. (1996). "La Depresión en la infancia y la adolescencia". En Bassas, N. y Tomas, J. "Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia". Barcelona: Laertes.
- Tram, J.M. y Cole, D. A. (2000). "Self-perceived Competence and the Relation Between Life Events and Depressive Symptoms in Adolescence: Mediator o Moderator?". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, no. 4, pp. 753-760.
- Velázquez, C. V. (2004). "Estimación epidemiológica de los niveles de depresión en residentes de la Ciudad

de México". Tesis de Licenciatura en Psicología.
UNAM. México.

Williams, J.M. (1997). *Depression*. En Clark, M.D.
"Science and practice of cognitive behavior
therapy". United States: Oxford University.

Weintraub, K.J., y Gold, M. (1991). "*Monitoring and
delinquency*". *Criminal Behavior and Mental Health*,
vol. 1, pp. 268-281.

ANEXOS

Hola, somos personas que trabajamos en la Universidad, queremos que por favor nos ayudes respondiendo este cuestionario acerca de la forma en la que piensan y sienten los niños(as) de tu edad y la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos(as). Si tienes alguna duda por favor ten confianza y pregúntanos lo que quieres saber. Te recordamos que nadie se va enterar lo que contestes.

GRACIAS POR TU AYUDA

¿Eres? Hombre () Mujer () ¿Cuántos años tienes? _____

¿Con quién vives? _____

A continuación hay algunos grupos de frases, por favor lee cada uno cuidadosamente. Después escoge una oración de cada grupo que sea la que mejor describa lo que tú has SENTIDO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. Encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que escogiste. Solo puedes escoger una opción.

Asegúrate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección

A		B	
0.	Yo no me siento triste	0.	En general no me siento decepcionado por el futuro
1.	Me siento triste	1.	Me siento decepcionado por mi futuro
2.	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	2.	Siento que no tengo nada que esperar del futuro
3.	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	3.	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
C		D	
0.	Yo no me siento fracasado	0.	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
1.	Siento que he fracasado más que mis amigos	1.	Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
2.	En mi vida, todo lo que veo son muchos fracasos	2.	Ya no obtengo verdadera satisfacción de las cosas como antes
3.	Siento que soy un completo fracaso como persona	3.	Estoy insatisfecho o aburrido con todo
E		F	
0.	En realidad yo no me siento culpable	0.	Yo no siento que esté castigado
1.	Me siento culpable una gran parte del tiempo	1.	Siento que podría ser castigado
2.	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	2.	Espero ser castigado
3.	Me siento culpable todo el tiempo	3.	Siento que he sido castigado
G		H	
0.	Yo no me siento desilusionado de mí mismo	0.	Yo no siento que sea peor que otras personas
1.	Estoy desilusionado de mí mismo	1.	Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
2.	Estoy disgustado conmigo mismo	2.	Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3.	Me odio	3.	Me culpo por todo lo malo que sucede
I		J	
0.	Yo no tengo pensamientos suicidas	0.	Yo no lloro más de lo usual
1.	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	1.	Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2.	Me gustaría suicidarme	2.	Actualmente lloro todo el tiempo
3.	Me suicidaría si tuviera la oportunidad	3.	Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
K		L	
0.	Yo no estoy más irritable o enojado de lo que solía estar	0.	Yo no he perdido el interés en la gente
1.	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	1.	Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2.	Me siento irritado o enojado todo el tiempo	2.	He perdido en gran medida el interés en la gente
3.	Ya no me irrito o enojo de las cosas por las que solía hacerlo	3.	He perdido todo el interés en la gente
M		N	
0.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	0.	Yo no siento que me vea peor de como me veía antes
1.	Pospongo tomar decisiones más que antes	1.	Estoy preocupado de verme feo(a) o poco atractivo(a)
2.	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	2.	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
3.	Ya no puedo tomar decisiones	3.	Creo que me veo feo(a)
Ñ		O	

0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo	0. Puedo dormir tan bien como antes 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
P	Q
0. Yo no me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa que haga me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
R	S
0. Yo no he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido más de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos: Si ____ NO ____	0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa
T	
0. Yo no he notado cambios recientes en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora 2. He perdido completamente el interés por el sexo 3.	

A continuación hay unas oraciones sobre la forma en la que **tú mamá** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

ASEGÚRATE DE CONTESTAR TODAS LAS ORACIONES

A. Mamá

	No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
1. Mi mamá me trata injustamente				
2. Si yo hago algo mal mi mamá me castiga				
3. Si me porto mal mi mamá me regaña				
4. Mi mamá me trata como la "oveja negra" de la familia				

5	Mi mamá establece reglas claras dentro de mi familia				
6	Mi mamá me deja de hablar si desobedezco				
7	Mi mamá me culpa por todo lo que sucede				
8	Puedo obtener cualquier cosa de mi mamá casi sin ningún esfuerzo				
9	Cuando me porto mal mi mamá me deja de hablar				
10	Mi mamá me castiga sin ninguna razón				
11	Puedo hacer lo que yo quiera sin preocuparme por mi mamá				
12	Si me porto mal mi mamá me amenaza				
13	Pienso que mi mamá me tiene mala voluntad				
14	Trato de evitar contacto con mi mamá dentro de mi casa				
15	Mi mamá me hace llorar por romper las reglas de la casa				
16	Mi mamá me pega				
17	Mi mamá me da tanta libertad como yo la necesito				
18	Si yo me porto mal mi mamá me explica mi error				
19	Mi mamá me culpa por cualquier cosa				
20	Mi mamá me deja hacer todo lo que yo quiero				
21	Cuando no hago la tarea mi mamá me llama la atención				
22	Mi mamá cambia de tema cuando le estoy contando algo				
23	Mi mamá me deja estar fuera de casa hasta muy noche				
24	Mi mamá me encierra en mi cuarto si la desobedezco				
25	Mi mamá me interrumpe cuando le estoy hablando				
26	Mi mamá me deja ir a donde yo quiera cuando se lo pido				
27	Cuando me porto mal mi mamá me pide que no lo vuelva a hacer				
28	Mi mamá me culpa por los problemas de los demás miembros de mi familia				
29	Mi mamá conoce a donde voy por la noche				
30	Cuando mi mamá se enoja conmigo me pega				
31	Le platico a mi mamá lo que hago en mi tiempo libre				
32	Mi mamá habla con mis amigos cuando van a la casa				
33	Mi mamá menciona mis errores pasados cuando me critica				
34	Mi mamá me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
35	Mi mamá conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
		No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
36	Cuando desobedezco a mi mamá, ella se pone triste por mi comportamiento				
37	Mi mamá me dice que soy el(la) peor de la familia				
38	Mi mamá conoce lo que yo hago en mi tiempo libre				
39	Mi mamá se da cuenta cuando yo saco una mala calificación				
40	Mi mamá cambia conmigo todo el tiempo, a veces es cariñosa y de repente me critica				
41	Mi mamá conoce a mis amigos				

42	Si me porto mal mi mamá me acusa con mi papá				
43	Mi mamá me echa en cara todo lo que hace por mi				
44	Mi mamá me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
45	Necesito tener permiso de mi mamá para quedarme fuera de casa más tarde				
46	Mi mamá sabe a donde estoy después de la escuela				
47	Cuando me porto mal mi mamá se queda callada y furiosa				
48	Mi mamá me dice que soy un "burro(a)"				
49	Si voy a llegar tarde a mi casa, mi mamá espera que se lo haga saber				
50	Mi mamá me ve feo si la desobedezco				
51	Necesito preguntarle a mi mamá antes de poder decidir con mis amigos que haremos en el tiempo libre				
52	Si estoy fuera de casa hasta tarde mi mamá me pide que le explique qué hice y con quién estaba				
53	Mi mamá me hace sentir que soy un(a) inútil				
54	Le digo a mi mamá con quién voy a estar antes de salir				
55	Cuando cometo algún error mi mamá hace que reflexione sobre él				
56	Mi mamá me grita por cualquier cosa				
57	Mi mamá siempre me pide que le diga a dónde voy a estar, con quién y qué voy a hacer				
58	Cuando salgo por la noche mi mamá sabe a donde estoy				
59	Cuando cometo algún error mi mamá me corrige				
60	Mi mamá se enoja por cualquier cosa				
61	Mi mamá conoce a los padres de mis amigos				
62	Si me porto mal mi mamá me ignora				
63	Mi mamá me dice que soy un problema				
64	Le platico a mi mamá sobre los planes que tengo con mis amigos				
65	Cuando mi mamá me castiga me hace sentir culpable				
66	Le platico a mi mamá todo lo que hago				
67	A mi mamá todo lo que hago le parece mal				
68	Cuando me porto mal mi mamá habla conmigo largamente				
69	Cuando me porto mal mi mamá me grita				
70	Si me porto mal mi mamá me cachetea, jala o pega				
71	Mi mamá me regaña enfrente de mis amigos				
		No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
72	Mi mamá dice que no hay justificación para que no respete los horarios establecidos				
73	Mi mamá me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
74	Si no hago lo que me pide mi mamá, ella termina haciéndolo por mi				
75	Cuando mi mamá me advierte algo por lo regular no lo lleva a cabo				
76	Si me porto mal mi mamá me dice groserías o insulta				
77	Mi mamá no establece una hora límite para llegar a casa				
78	Mi mamá tiene miedo de que algo pueda sucederme				

79	Mi mamá me da ordenes para todo				
80	Mi mamá se preocupa acerca de lo que hago cuando terminan mis clases				
81	Puedo fumar o beber alcohol en casa, sin tener ningún problema con mi mamá				
82	Me siento culpable cuando hago algo que mi mamá desapruueba				
83	Mi mamá me castiga por romper las reglas de la casa				
84	Mi mamá me castiga si no la obedezco				
85	Cuando salgo necesito avisarle a mi mamá				
86	Mi mamá me prohíbe hacer cosas porque le da miedo que algo me suceda				
87	Para asistir a fiestas y reuniones cuento con la aprobación de mi mamá				
88	Cuando hago algo que no está permitido, mi mamá está tan triste que me siento culpable				
89	Mi mamá sabe realmente donde estoy cuando salgo de casa				
90	Mi mamá supervisa las salidas que hago con mis amigos				
91	Mi mamá se preocupa por mí cuando estoy lejos de casa				
92	Mi mamá castiga muy fuertemente cualquier falta				
93	Mi mamá me prohíbe hacer cosas que a mis amigos si los dejan, porque le da miedo que algo me pase				
94	Mi mamá corrige las malas conductas				
95	Mi mamá se preocupa mucho por mi salud				
96	Mi mamá me pregunta de qué hablo con mis amigos(as)				
97	Mi mamá quiere que le cuente todos mis secretos				
98	Mi mamá me castiga duramente si rompo una regla				
99	Mi mamá me dice como sentirme				
100	Mi mamá establece reglas en casa hasta por detalles sin importancia				
101	Mi mamá me pregunta qué hago con mis amigos				
102	Mi mamá me dice lo que debo pensar				
103	Mi mamá es poco tolerante cuando me porto mal				
104	Le tengo que pedir dinero a mi mamá para cada cosa que necesito				

		No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
105	Si lastimo los sentimientos de mi mamá, me deja de hablar hasta que le pido perdón				
106	Hago lo que quiero aunque esté mal, porque sé que mi mamá me deja hacerlo				
107	Mi mamá quiere controlar todo lo que hago				
108	Mi mamá cumple los castigos que promete				
109	Mi mamá siempre está tratando de cambiarme				
110	Mi mamá se preocupa por mí cuando estoy en otro lugar				
111	Cuando mi mamá me castiga es porque lo merezco				
112	Mi mamá me castiga cuando es justo				

113	Mi mamá me dice que se enferma cuando me porto mal				
114	Mi mamá es muy débil para hacer que sus ordenes se cumplan				
115	Mi mamá me dice que si fuera mejor hijo(a) ella sería más feliz				
116	Mi mamá establece castigos demasiado duros en relación a las faltas				
117	Mi mamá me hace sentir que sin ella no puedo hacer las cosas				
118	Mi mamá sabe en que gasto mi dinero				
119	Mi mamá me trata como un bebé				
120	Mi mamá sabe con qué amigos estoy durante mi tiempo libre				
121	A mi mamá le gusta que dependa de ella				
122	Mi mamá se entera cuando tengo un examen o tengo que entregar un trabajo en la escuela				
123	Mi mamá me hace sentir que no puedo estar bien si ella no está conmigo				
124	Mi mamá conoce las diferentes materias que llevo en la escuela				
125	Mi mamá me sobreprotege				
126	Mi mamá sabe con que amigos salgo por la noche				
127	Mi mamá sabe que tipo de tarea tengo				
128	Le platico a mi mamá como me va en la escuela				
129	Le oculto algunas cosas a mi mamá acerca de lo que hago				
130	Cuando salgo y regreso a casa, le digo a mi mamá lo que hice				
131	Cuando saco una mala calificación le digo a mi mamá				

A continuación hay unas oraciones sobre la forma en la que **tú papá** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que él hace contigo.

ASEGÚRATE DE CONTESTAR TODAS LAS ORACIONES

B. Papá

	No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
1 Mi papá me trata injustamente				

2	Si yo hago algo mal mi papá me castiga				
3	Si me porto mal mi papá me regaña				
4	Mi papá me trata como la "oveja negra" de la familia				
5	Mi papá establece reglas claras dentro de mi familia				
6	Mi papá me deja de hablar si desobedezco				
7	Mi papá me culpa por todo lo que sucede				
8	Puedo obtener cualquier cosa de mi papá casi sin ningún esfuerzo				
9	Cuando me porto mal mi papá me deja de hablar				
10	Mi papá me castiga sin ninguna razón				
11	Puedo hacer lo que yo quiera sin preocuparme por mi papá				
12	Si me porto mal mi papá me amenaza				
13	Pienso que mi papá me tiene mala voluntad				
14	Trato de evitar contacto con mi papá dentro de mi casa				
15	Mi papá me hace llorar por romper las reglas de la casa				
16	Mi papá me pega				
17	Mi papá me da tanta libertad como yo la necesito				
18	Si yo me porto mal mi papá me explica mi error				
19	Mi papá me culpa por cualquier cosa				
20	Mi papá me deja hacer todo lo que yo quiero				
21	Cuando no hago la tarea mi papá me llama la atención				
22	Mi papá cambia de tema cuando le estoy contando algo				
23	Mi papá me deja estar fuera de casa hasta muy noche				
24	Mi papá me encierra en mi cuarto si lo desobedezco				
25	Mi papá me interrumpe cuando le estoy hablando				
26	Mi papá me deja ir a donde yo quiera cuando se lo pido				
27	Cuando me porto mal mi papá me pide que no lo vuelva a hacer				
28	Mi papá me culpa por los problemas de los demás miembros de mi familia				
29	Mi papá conoce a donde voy por la noche				
30	Cuando mi papá se enoja conmigo me pega				
31	Le platico a mi papá lo que hago en mi tiempo libre				
32	Mi papá habla con mis amigos cuando van a la casa				
33	Mi papá menciona mis errores pasados cuando me critica				
34	Mi papá me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
35	Mi papá conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				

	No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
36	Cuando desobedezco a mi papá, él se pone triste por mi comportamiento			
37	Mi papá me dice que soy el(la) peor de la familia			
38	Mi papá conoce lo que yo hago en mi tiempo libre			
39	Mi papá se da cuenta cuando yo sacó una mala calificación			
40	Mi papá cambia conmigo todo el tiempo, a veces es cariñoso y de repente me critica			
41	Mi papá conoce a mis amigos			

42	Si me porto mal mi papá me acusa con mi mamá				
43	Mi papá me echa en cara todo lo que hace por mi				
44	Mi papá me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
45	Necesito tener permiso de mi papá para quedarme fuera de casa más tarde				
46	Mi papá sabe a donde estoy después de la escuela				
47	Cuando me porto mal mi papá se queda callado y furioso				
48	Mi papá me dice que soy un "burro(a)"				
49	Si voy a llegar tarde a mi casa, mi papá espera que se lo haga saber				
50	Mi papá me ve feo si lo desobedezco				
51	Necesito preguntarle a mi papá antes de poder decidir con mis amigos que haremos en el tiempo libre				
52	Si estoy fuera de casa hasta tarde mi papá me pide que le explique qué hice y con quién estaba				
53	Mi papá me hace sentir que soy un(a) inútil				
54	Le digo a mi papá con quién voy a estar antes de salir				
55	Cuando cometo algún error mi papá hace que reflexione sobre él				
56	Mi papá me grita por cualquier cosa				
57	Mi papá siempre me pide que le diga a dónde voy a estar, con quién y qué voy a hacer				
58	Cuando salgo por la noche mi papá sabe a donde estoy				
59	Cuando cometo algún error mi papá me corrige				
60	Mi papá se enoja por cualquier cosa				
61	Mi papá conoce a los padres de mis amigos				
62	Si me porto mal mi papá me ignora				
63	Mi papá me dice que soy un problema				
64	Le platico a mi papá sobre los planes que tengo con mis amigos				
65	Cuando mi papá me castiga me hace sentir culpable				
66	Le platico a mi papá todo lo que hago				
67	A mi papá todo lo que hago le parece mal				
68	Cuando me porto mal mi papá habla conmigo largamente				
69	Cuando me porto mal mi papá me grita				
70	Si me porto mal mi papá me cachetea, jala o pega				
71		No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
	71 Mi papá me regaña enfrente de mis amigos				
72	Mi papá dice que no hay justificación para que no respete los horarios establecidos				
73	Mi papá me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
74	Si no hago lo que me pide mi papá, él termina haciéndolo por mi				
75	Cuando mi papá me advierte algo por lo regular no lo lleva a cabo				
76	Si me porto mal mi papá me dice groserías o insulta				
77	Mi papá no establece una hora límite para llegar a casa				
78	Mi papá tiene miedo de que algo pueda sucederme				

79	Mi papá me da ordenes para todo				
80	Mi papá se preocupa acerca de lo que hago cuando terminan mis clases				
81	Puedo fumar o beber alcohol en casa, sin tener ningún problema con mi papá				
82	Me siento culpable cuando hago algo que mi papá desaprueba				
83	Mi papá me castiga por romper las reglas de la casa				
84	Mi papá me castiga si no lo obedezco				
85	Cuando salgo necesito avisarle a mi papá				
86	Mi papá me prohíbe hacer cosas porque le da miedo que algo me suceda				
87	Para asistir a fiestas y reuniones cuento con la aprobación de mi papá				
88	Cuando hago algo que no está permitido, mi papá está tan triste que me siento culpable				
89	Mi papá sabe realmente donde estoy cuando salgo de casa				
90	Mi papá supervisa las salidas que hago con mis amigos				
91	Mi papá se preocupa por mí cuando estoy lejos de casa				
92	Mi papá castiga muy fuertemente cualquier falta				
93	Mi papá me prohíbe hacer cosas que a mis amigos si los dejan, porque le da miedo que algo me pase				
94	Mi papá corrige las malas conductas				
95	Mi papá se preocupa mucho por mi salud				
96	Mi papá me pregunta de qué hablo con mis amigos(as)				
97	Mi papá quiere que le cuente todos mis secretos				
98	Mi papá me castiga duramente si rompo una regla				
99	Mi papá me dice como sentirme				
100	Mi papá conoce establece reglas en casa por detalles sin importancia				
101	Mi papá me pregunta qué hago con mis amigos(as)				
102	Mi papá me dice lo que debo pensar				
103	Mi papá es poco tolerante cuando me porto mal				
104	Le tengo que pedir dinero a mi papá para cada cosa que necesito				

		No, nunca	Sí, a veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
105	Si lastimo los sentimientos de mi papá, me deja de hablar hasta que le pido perdón				
106	Hago lo que quiero aunque esté mal, porque sé que mi papá me deja hacerlo				
107	Mi papá quiere controlar todo lo que hago				
108	Mi papá cumple los castigos que promete				
109	Mi papá siempre está tratando de cambiarme				
110	Mi papá se preocupa por mí cuando estoy en otro lugar				
111	Cuando mi papá me castiga es porque lo merezco				
112	Mi papá me castiga cuando es justo				

113	Mi papá me dice que se enferma cuando me porto mal				
114	Mi papá es muy débil para hacer que sus ordenes se cumplan				
115	Mi papá me dice que si fuera mejor hijo(a) él sería más feliz				
116	Mi papá establece castigos demasiado duros en relación a las faltas				
117	Mi papá me hace sentir que sin él no puedo hacer las cosas				
118	Mi papá sabe en que gasto mi dinero				
119	Mi papá me trata como un bebé				
120	Mi papá sabe con qué amigos estoy durante mi tiempo libre				
121	A mi papá le gusta que dependa de él				
122	Mi papá se entera cuando tengo un examen o tengo que entregar un trabajo en la escuela				
123	Mi papá me hace sentir que no puedo estar bien si él no está conmigo				
124	Mi papá conoce las diferentes materias que llevo en la escuela				
125	Mi papá me sobreprotege				
126	Mi papá sabe con que amigos salgo por la noche				
127	Mi papá sabe que tipo de tarea tengo				
128	Le platico a mi papá como me va en la escuela				
129	Le oculto algunas cosas a mi papá acerca de lo que hago				
130	Cuando salgo y regreso a casa, le digo a mi papá lo que hice				
131	Cuando saco una mala calificación le digo a mi papá				