

4- 302925
2ej

Universidad Femenina de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA
Estudios Incorporados a la Universidad
Nacional Autónoma de México

**RASGOS DEPRESIVOS EN LA ADO-
LESCENCIA: ESTUDIO COMPARATIVO
ENTRE HOMBRES Y MUJERES**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Presenta:

GUADALUPE ISABEL TRONCOSO GALVEZ



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 está 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.

I N D I C E \

Páginas

INTRODUCCION	I
DEFINICION DE DEPRESION	IV

CAPITULO I

" ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION "

I.1.- En la antigüedad	I
I.2.- El psicoanálisis	3
I.3.- En la actualidad	10

CAPITULO II

" CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION "

2.1.- Cuadro clínico	14
2.2.- Tratamiento	18

CAPITULO III

" ADOLESCENCIA "

3.1.- Características de la adolescencia	22
3.2.- Depresión en la adolescencia	30

CAPITULO IV

" DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS SEXOS, COMO INDICES DE MAYOR PREDISPOSICION DE REACCIONES DEPRESIVAS EN LA MUJER ADOLESCENTE "

4.1.- Diferencias físicas-biológicas	37
4.2.- Diferencias socioculturales	42
4.3.- Diferencias psicológicas	44

CAPITULO V

" PROCESO METODOLOGICO "

5.1.- Planteamiento del problema	47
5.2.- Formulación de la hipótesis	48
5.3.- Validación de la hipótesis	50
A) RECOPIACION DE DATOS	
I.- Diseño de la investigación	50
2.- Valor de la variable independiente ...	50
3.- Definición operacional de las variables	50
4.- Descripción y selección de la muestra..	51
5.- Descripción del instrumento	52
B) REUNION DE DATOS	
I.- Procedimiento	57
C) PROCESAMIENTO DE DATOS	
I.- Tratamiento estadístico	59
D) PRESENTACION DE DATOS	
I.- Gráfica comparativa de datos obtenidos mediante la EAMD, de Willian Zung	79
2.- Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I4 de la EAMD, de Willian Zung	80
3.- Gráfica comparativa de distribución de de frecuencias obtenida del ítem I6 de la EAMD, de Willian Zung.....	81
4.- Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I7 de la EAMD, de Willian Zung	82

5.- Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I8 de la EAMD, de Willian Zung83

5.4.- Resultados, conclusiones y sugerencias 84

APENDICES

Apéndice A : 89

Cuadro I: sujetos e índice EAMD..... 90

Cuadro II: índices EAMD y frecuencias de los mismos 92

Apéndice B: 94

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I4 de la EAMD 95

Cuadro II: calificaciones básicas del ítem I4 de la EAMD y frecuencias de las mismas 97

Apéndice C : 98

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I6 de la EAMD 99

Cuadro II: calificaciones básicas del ítem I6 de la EAMD y frecuencias de las mismas101

Apéndice D:102

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I7 de la EAMD 103

Cuadro II: calificaciones básicas del ítem I7 de la EAMD y frecuencias de las mismas105

Apéndice E :106

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I8 de la EAMD107

Cuadro II: calificaciones básicas del ítem 18 de la
EAMD y frecuencias de las mismas 109

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA DE OBRAS CITADAS 110

BIBLIOGRAFIA FINAL 122

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo de investigación fué motivado por mi experiencia diaria de trato directo con adolescentes en un centro local de Centros de Integración Juvenil, donde con frecuencia llegan jóvenes con psicopatologías severas aunadas a un cuadro depresivo, el cual obstruye las capacidades físicas, mentales y sociales de éste, debido a que sus componentes fuertemente inhibitorios provocan incapacidad para el desarrollo del potencial humano, llevando incluso el riesgo de suicidio.

Al revisar la bibliografía sobre el tema, encontré en los estudios llevados a cabo sobre depresión en la adolescencia, algo que llamó mi atención, existe mayor predisposición a padecer síntomas depresivos en mujeres que en -- hombres, por lo que decidí investigar y analizar comparativamente a ambos sexos en relación a la sintomatología de la depresión a través de la Escala para la Auto-Medición de la Depresión (EAMD) de William Zung; la prueba señala síntomas de los desórdenes depresivos, entre estos, seleccioné cuatro de los equivalentes psicológicos (esperanzas en el futuro, dificultad en la toma de decisiones, la necesidad de sentirse útil y necesario, interés en la vida) como hipótesis secundarias, por considerarlos factores intervinientes significativos para que la mujer adolescente tienda --

con más frecuencia a padecer síntomas depresivos.

Abordé el marco teórico partiendo de conceptos psicoanalíticos, de esta manera, la obra se inicia en su contenido desde la cuna de los padecimientos depresivos hasta la intervención psicoanalítica, llegando a la concepción actual de la Organización Mundial de la Salud; esto se refiere al capítulo I. Antecedentes históricos de la depresión; el capítulo II. cuadro clínico de la depresión, - esencial para diferenciar síntomas en el adulto y en el adolescente; capítulo III. adolescencia, tema primordial - para conocer a nuestro sujeto de estudio; capítulo IV. diferencias significativas entre los sexos como índices de mayor predisposición de reacciones depresivas en la mujer adolescente, punto básico del objetivo del estudio, donde se compara a ambos sexos desde diferencias físicas-biológicas, socio-culturales y psicológicas; capítulo V. proceso metodológico, se siguió desde el planteamiento del problema, diseño de investigación, selección de la muestra, instrumento utilizado, datos estadísticos, hasta la obtención de resultados, finalmente se exponen los mismos formulando algunas sugerencias, los apéndices y la bibliografía se presentan al final.

La investigación se realizó en la Universidad del Valle de México plantel lomas verdes, con hombres y mujeres adolescentes, alumnos de preparatoria, fluctuantes entre 15 y 19 años de edad.

Los resultados dan indicaciones confirmativas del marco teórico, sin embargo, por el modo de selección de la muestra, éstos no pueden ser generalizados a toda la población adolescente mexicana, el universo es pequeño, por lo que conviene ser prudente en la interpretación de estos resultados, se recomienda proseguir con el estudio y hacer comparaciones con otros grupos para aproximarse a una mayor confiabilidad.

Esta investigación, busca subrayar la importancia de prestar atención al adolescente en sus reacciones, reconsiderar los factores educativos y socioculturales que pueden estar influyendo, principalmente en el sexo femenino.

No pretendo con este trabajo, dar respuesta a tantas interrogantes como pueden plantearse acerca de este tema, pero si sentar bases más sólidas por medio de una observación sistemática apegada a los lineamientos del método experimental, a partir de las cuales puedan realizarse estudios más extensos.

DEFINICION DE DEPRESION

Los estudios sobre depresión, en la actualidad se han intensificado por la relevante importancia que ésta ha tomado en los últimos años, sin embargo, aunque existen descripciones desde tiempos bíblicos, todavía encontramos dificultad para definir el término.

Lo anterior se debe a que los estados depresivos pueden presentarse en varios grados de intensidad (leve, moderado y severo), pueden ser clasificados en endógenos y exógenos o reactivos, según la causa que determine su aparición (1), igualmente varían en la edad del sujeto, constitución física, carácter y modo actual de vida (2).

En general podemos definir un estado depresivo, siempre que el paciente presente las siguientes características (3):

- 1.- alteración específica del estado de ánimo, tristeza, soledad, apatía.
- 2.- Sentimientos de inutilidad, de autoreproche o de culpa excesiva.
- 3.- Sentimientos repetitivos de muerte, ideas suicidas.
- 4.- Cambios vegetativos: poco apetito, con pérdida significativa de peso, disminución del deseo sexual.
- 5.- Actividad retardada o agitación .

Desde el punto de vista psicoanalítico podemos definir a la depresión de la siguiente manera : es el estado en que cae un sujeto oralmente dependiente cuando se ve privado de sus suministros y la culpa cumple un papel durante todo el proceso. (4)

CAPITULO I

" ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION "

I.I.- EN LA ANTIGUEDAD

La primera clasificación que se conoce de la enfermedad depresiva es la de Hipócrates (460-377), quien describe la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; de ellos se derivaban - cuatro caracteres esenciales: los sanguíneos, los flemáticos, los melancólicos y los coléricos. Según esta clasificación, - la depresión es descrita como melancolía y era producida por la bilis negra. (1)

Durante la edad media, existieron un gran número y variadas formas de la llamada " melancolía", a la que atribuían causas espirituales, considerándose de origen divino y causas naturales originadas por el exceso de trabajo, actividad sexual o de otro tipo. (2)

Un término usado en esa época para nombrar a la melancolía fué " acedia", el cual se usó para un tipo especial de estado melancólico, donde la tristeza, la pena y el abatimiento no -- eran sus contenidos principales, sino la pereza y la holgazanería, tomándose como un vicio capital más, el contexto es fundamentalmente religioso y no describe una sintomatología clínica por lo que el término queda en monasterios y conventos. (3)

A finales de 1830, se acaba la creencia de las influencias espirituales como causas de la depresión, al publicar Robert Burton " anatomía de la melancolía ", éste facilita la iden-

tificación de los estados depresivos con la descripción de las diversas formas que toma la tristeza, al mismo tiempo - relacionó el suicidio con la melancolía. (4)

A principios del siglo XIX, el director del hospital de la Salpêtrière, Philippe Pinel nombra como posibles causas psicológicas: el miedo a los engaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares, como posibles causas físicas: la menarquia y el puerperio.

Pinel clasificó a las enfermedades mentales en cuatro grupos: la manía, melancolía, demencia e idiocia, para él, el melancólico es un ser taciturno, pensativo que busca la soledad.

(5)

Jean E.D. Esquirol, encontró que la mayoría de pacientes depresivos habían sufrido experiencias dolorosas entre las que mencionó: falta de amor, pérdidas económicas o conflictos con la sociedad. Llamó a la depresión lipomanía dentro de la clasificación de la psicosis propuesta por él. (6)

En 1883, Emil Kraepelin, estableció la diferencia entre psicosis maníaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Dentro del concepto maníaco-depresivo incluyó numerosos desórdenes como: melancolía simple que se acompaña con delirio persecutorio y la manía simple, que sería hereditaria. Posteriormente se sustituyó la idea de psicosis maníaco-depresiva, por la existencia de dos clases de depresión: la endógena, cuyo origen se atribuye a una anomalía bioquímica y la exógena o reactiva se supone consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos. (7,8)

I.2.- PSICOANALISIS

El origen de los conceptos psicoanalíticos de la depresión lo encontramos en la obra de Sigmund Freud " duelo y melancolía ", publicada en 1917, donde define a la depresión como el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección, sin embargo, ya en 1897 Freud, había planteado a la depresión desde el punto de vista neuro lógico, diferenciándola de la melancolía a la que considera ba un fenómeno más elaborado. (9)

Al inicio de su obra, Freud (10), compara a la melancolía con el duelo, dado que ambos suceden ante una pérdida, aclarando que en la primera la pérdida es inconsciente y en la segunda consciente, de esta manera, " el duelo es por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente : la patria, la libertad, el ideal, - etc., y la melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, ésta última se convierte en reproches y acusaciones que el paciente se hace a si mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. El duelo también muestra estos, caracteres, a excepción de uno solo : la perturbación del amor propio " .

En el melancólico, es el yo quien sufre la penalidad, quedando en la miseria, el sujeto melancólico no repara en hacer pública su autocrítica, sobre todo sus defectos, percibe más éstos, ya que sus caracterizaciones positivas pasan desapercibidas para él, encuentra satisfacción en autoacusarse y

reprocharse aunque esto no tenga correlación real alguna con su justificación, lo que revela el autoreproche hacia el propio yo, es la instalación del antiguo objeto de amor dentro de la psique del melancólico, es decir, todo lo que dice de si mismo es en realidad sobre otra persona, esto - dá la clave del cuadro patológico, los reproches con los - que el enfermo se abruma, corresponden a un objeto erótico que han sido vueltos contra el propio yo.

Menciona Freud, que el melancólico muestra empobrecimiento de su yo, una extraordinaria disminución de su amor propio, carácter que no hallamos en el duelo y que el descontento con el propio yo, lo observamos en la preferencia del enfermo en sus afirmaciones o temores de la pobreza o la ruina, la deformidad, la fealdad, la debilidad y la inferioridad social, los cuales son objetos de la autodevaluación del paciente.

En el duelo, el mundo se manifiesta desierto y empobrecido a la vista del sujeto y en la melancolía es el yo el -- que ofrece estos rasgos a la consideración del paciente, que describe como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable, se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligados a una persona tan despreciable, el cuadro de este delirio se completa con insomnios, rechazo a alimentarse y un sojuzgamiento muy singular desde el punto de vista psicológico.

(II)

Freud, al comparar el duelo y la melancolía habla del primero como un estado normal y del segundo como un estado patológico; ambos comparten el cuadro de la depresión, aunque ésta abarca el duelo, la melancolía y otros estados de ánimo. (12)

De las tres premisas de la melancolía: la pérdida del objeto, la ambivalencia y la regresión de la libido al yo, encontramos a las dos primeras en los reproches obsesivos después del fallecimiento de una persona y la tercera es el factor más enérgico, fuerte y activo, por ser aquella acumulación de carga que se libera al término de la melancolía y hace posible la manía.

Según Freud, en la manía se tiene que haber dominado al yo, a la pérdida, al duelo producido por la pérdida o quizá al objeto mismo, debido a que el mediador de contracarga de dolor y sufrimiento que la melancolía había atraído y ligado al yo, queda disponible y es así como el maniaco emprende con hambre voraz nuevas cargas de objeto.

De esta manera, en la melancolía la pérdida que experimenta el yo, es un golpe puramente narcisista y totalmente aparte de la presencia o ausencia física del objeto; esto nos -- aclararía otros fenómenos importantes de la depresión, como el suicidio por ejemplo, que se explica mediante el modelo -- del objeto instalado en el interior del yo, el yo se mata a si mismo identificándose con el objeto.

Podemos concluir que, el duelo es una reacción normal ante una pérdida real, en la que se actúa para apartar la libido que se había instalado en el objeto perdido, implicando -- el regreso de la libido al propio yo, y un nuevo establecimiento en otros objetos, la tristeza es el sentimiento predominante; la melancolía es un estado patológico que incluye heridas narcisistas producidas al yo, experimentadas como -- pérdidas y supone una internalización traumática del objeto ofensor, el estado depresivo agrega el reproche, que sin duda

alguna va dirigida al objeto internalizado y que puede culminar en suicidio.

Para el conocimiento sobre el desarrollo de la depresión a lo largo de la historia del psicoanálisis, es importante - enfatizar tres conceptos claves en la sintomatología depresiva: la oralidad, el narcisismo y la agresión; la oralidad es una fase del desarrollo, mientras que el narcisismo puede darse en cualquiera de las distintas fases de la libido y - la agresión es un impulso o instinto que mueve al sujeto momentáneamente a actuar de manera hostil frente a si mismo o frente al exterior. (I3)

Karl Abraham y Otto Fenichel (I4, I5), enfatizan el papel que desempeña la oralidad en la depresión, definen al depresivo como una persona con una fijación en el primer nivel - del desarrollo, fase en que la autoestima se regula mediante aportaciones externas, manifestándola en necesidades desordenadas tales como : hablando, comiendo, chupando; exigencias insaciables de afecto, anhelo de calor y reaseguramiento expresado oralmente; Sandor Rado (I6), incluye todas las sensaciones placenteras que experimenta el lactante junto al pecho materno, los sentimientos de calor, seguridad y nutrición.

Edward Bibring, explicó la depresión basándose en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del yo, en su desamparo e incapacidad para vivir en base a sus aspiraciones narcisistas, menciona que para toda persona existen metas y objetos :

1) el deseo de ser valioso, amado y apremiado, 2) el deseo de ser fuerte y tener seguridad, 3) el deseo de ser bueno y amable.

Para Bibring, lo que produce depresión, es la tensión entre aspiraciones propias cargadas de narcisismo y la conciencia que tiene el yo de desvalimiento, provocando esto, - que la autoestima se haga pedazos. (17)

Melanie Klein (18), resalta la importancia de dos posiciones en el desarrollo del ser humano : 1) la posición esquizoparanoide, que se da desde el nacimiento hasta los tres o cuatro primeros meses de vida, donde las relaciones de objeto del niño se dan con el pecho de la madre; los objetos son divididos en buenos (ideales) y malos (persecutorios), surgiendo el amor y el odio, esto se realiza por medio de los procesos de escisión, proyección e introyección, que le ayudan a ordenar sus percepciones, emociones, y a separar lo bueno de lo malo. Finalizando esta fase y si el desarrollo se realiza favorablemente, es decir, cuando los procesos integrados se hacen más estables y continuos, esto es, que las experiencias buenas prevalezcan sobre las malas; surge como nueva fase del desarrollo 2) la posición depresiva, que Melanie Klein definió como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto.

Así, en la posición esquizoparanoide, la ansiedad surge del temor que el objeto malo destruya al yo, y en la posición depresiva la ansiedad surge del temor que los impulsos destructivos aniquilen al objeto amado del cual depende, se intensifica la introyección al descubrir que depende del objeto y no puede alejarse de él, quiere poseerlo, guardarlo dentro de sí y a la vez, protegerlo de su agresividad que pudiera des-

truirlo, esto le provoca ansiedad surgiendo nuevos sentimientos : el duelo y la nostalgia, siente perdido al objeto y se culpa de haber destruido al objeto bueno, provocándole un estado depresivo porque siente su mundo interno en el que había identificado e introyectado al objeto amado destruido, y sufre debido a que siente despedazada a su madre a quien ama. Lo anterior trae al bebé deseos de reparar al objeto destruido, por medio de su amor. Conforme a Klein, este conflicto de destructividad y los impulsos amorosos reparatorios es lo que caracteriza a la posición depresiva.

Si el bebé alcanzó la posición depresiva o la elaboró - - por lo menos parcialmente, las dificultades que aparecerán - en el desarrollo posterior no serán de carácter psicótico, - sino neurótico, refiere Klein, que la posición depresiva nunca llega a superarse completamente ya que el adulto experimenta ansiedades relacionadas con la ambivalencia amor-odio, culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas; los objetos buenos de la vida adulta simbolizan el primer objeto amado interno y externo, así, una pérdida importante reactualizará todas las ansiedades sentidas en la posición depresiva.

Para Melanie Klein, la depresión, es un estado mental donde se experimenta total o parcialmente los sentimientos dolorosos de la posición depresiva, es decir, un regreso a esta fase del desarrollo. (19)

En los estudios de Rene Spitz y Katherine Wolf, (20), sobre depresión, de niños en asilos, observaron que cuando el niño - ha establecido buenas relaciones con su madre en un mínimo - de 6 meses, además, la persona que la sustituye, no satisface - las necesidades del bebé, éstos presentaban un cuadro clínico

progresivo : los niños se volvían llorenas, exigentes, perdían peso, presentaban insomnio y posición patognomónica (acostados hacia abajo), hasta llegar a la apatía y dar la impresión de retrasados.

Spitz y Wolf, pensaron que el aparato psíquico incompleto del bebé no permitía establecer el diagnóstico de depresión y decidieron llamarlo " síndrome de depresión anaclítica ".

Margaret Mahler (21), define la depresión como un estado de ánimo básico y señala que se produce en la época de la -separación-individuación, refiriéndose al nacimiento psicológico del individuo, al que denomina proceso intrapsíquico de lento desarrollo, donde se da el establecimiento de un sentimiento de separación entre un mundo real y las experiencias relacionadas en su propio cuerpo con el principal representante del mundo, tal como el infante lo experimenta : el objeto primario de amor. La separación es la emergencia de la fusión simbiótica del bebé con su madre, la individuación consiste en aquellos logros que llevan al niño a concebir sus características individuales; Mahler supone que la disminución de la confianza y de la autoestima unidos a una agresión neutralizada crea la base del humor depresivo. El estudio que realizó con niños durante dicho proceso dió como resultado que el problema principal consistía en la angustia de la separación radical a los 18 meses de edad.

Edith Jacobson (22), analiza el problema depresivo combinando la psicología del yo y la teoría kleniana, menciona la dependencia que el deprimido muestra, en la que se percibe una debilidad yoica específica, en estas personas, las fallas ante los objetos amados en la vida y una pérdida del propio aprecio aceleran la depresión. La autora refiere que al me-

lancólico para restituir y mantener la autoestima utiliza como mecanismo de defensa la introyección, presentando una conducta de aislamiento de la realidad.

I.3.- LA DEPRESION EN LA ACTUALIDAD

Actualmente (23), se estima que un 3% a 5% de la población total, (entre 100 y 200 millones de seres humanos) tienen este padecimiento, en Estados Unidos, el porcentaje de los intentos de suicidio, sobre todo en jóvenes y mujeres menores de 30 años ha aumentado grandemente.

La incidencia se ha visto incrementada por crisis económicas, desempleo y en general en personas que viven en las grandes zonas urbanas y más aún en países industrializados.

Se ha notado más el problema debido al cambio ecológico del mundo en los últimos años, también a que cada día contamos con mejores elementos para el diagnóstico y se ha podido detectar su frecuencia, con medicamentos nuevos antidepressivos se ha logrado la consulta voluntaria del paciente, lo que permite el registro de éstos casos.

Alec Coppen refiere que de acuerdo con las investigaciones sobre incidencia de los síndromes afectivos, puede esperarse que aproximadamente un 8% de la población general de los hombres y un 16% de las mujeres pueden padecer un cuadro depresivo durante su vida.

El Dr. Norman Sartorius, director de la división de salud mental de la OMS, calcula que a nivel mundial existen mínimo 100 millones de personas que padecen depresión y que relacionados a ellos existen otros tres tantos que son afectados y

sufren por ello. Refiere que en los próximos años la incidencia y prevalencia irá aumentando cada vez más mencionando cuatro causas :

- 1) Aumento poblacional
- 2) El cambio psicosocial en el medio, que lleva a un ambiente tensionante, intenso y creciente, conduciendo a una situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada.
- 3) La asociación de depresión con padecimientos crónicos, como el reumatismo, trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares, neoplásicos, neurológicos que aumentan la morbilidad.
- 4) Los descubrimientos tecnológicos de medicamentos, tales como ansiolíticos, fenotiacinas y algunos preparados hormonales.

El Dr. Sartorius también menciona que las medidas preventivas han sido obstaculizadas por :

- 1) La limitación de recursos humanos para el tratamiento adecuado al problema. En los países desarrollados existe un psiquiatra por cada 10 000 a 20 000 habitantes; en el resto del mundo, uno por cada 500 000 o un millón de habitantes.
- 2) En la mayoría de las disciplinas médicas y servicios sociales los representantes no creen en la psiquiatría, considerándola costosa y de utilidad limitada, por que su colaboración es deficiente.
- 3) Falta de modelos de servicios preventivos prácticos, económicos y sencillos existentes en las diversas culturas del mundo.

Debido a lo anterior, en 1972, la Organización Mundial de la Salud, eligió un programa que incluyera :

- 1) Un lenguaje común entre clínicos, investigadores y administradores de la salud pública, para el mejor intercambio y colaboración entre ellos.
- 2) Investigaciones sobre la etiología y tratamiento de la depresión.
- 3) Metodología práctica para la facilitación de la tarea diaria.

Entre los estudios realizados en México, que nos llevan al conocimiento científico del perfil epidemiológico de este padecimiento, tenemos el realizado por Héctor Lara Tapia y cols. en 1976, con pacientes de consulta externa del hospital general de S.S.A. y los centros de salud de cabecera de los distritos sanitarios I y XXI, dependientes de la misma secretaría, clínicas san Angel, neurología y psiquiatría " Juárez " y el centro hospitalario " 20 de noviembre ", donde refieren que epidemiológicamente la depresión ocupa el primer lugar entre los diversos cuadros clínicos atendidos en dichas instituciones, donde el 23.37% de 1,054 enfermos psiquiátricos vistos por primera vez en un año presentan depresión y el tercer lugar en un total de 2,601 pacientes atendidos en consulta externa en el mismo lapso. (24)

Otra investigación llevada a cabo, es la de Guillermo Calderón Narvaez (25), en 1981, con habitantes del Distrito Federal, en la comunidad urbana de la unidad habitacional Narciso Mendoza (Villa Coapa), donde los resultados reportaron un total de 14.1% de enfermos deprimidos de la poblacional general.

Estos estudios, además de señalar la gravedad del problema en nuestro país, nos hacen notar la falta de centros adecuados de atención psiquiátrica y psicológica, tanto en zonas urbanas

como fuera de ellas, ya que gran número de pacientes deprimidos pasan desapercibidos como lo muestra el " estudio de padecimientos neurológicos y psiquiátricos en el estado de Tlaxcala " realizado por Héctor Lara Tapia en 1965, donde las cifras conocidas de antemano se duplicaron. (26)

Por ser la depresión una de las dolencias más comunes de las padecidas por la humanidad, los estudios sobre depresión han venido tomándose en cuenta con mayor intensidad en los últimos años, y muchos de ellos han sido realizados por médicos y psicólogos de la Univesidad Nacional Autónoma de México. (27)

CAPITULO II

" CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION "

2.I.- CUADRO CLINICO

En la sintomatología del cuadro clínico, encontramos como elemento semiológico fundamental : un descenso del - humor (timia), que termina siendo triste, y al rededor de éste, se agrupan otros síntomas, tales como, alteraciones - - francas en la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y otros donde éstas se encuentran emboscadas predominando síntomas somáticos que son difíciles de identificar por el médico, como elementos que forman el cuadro depresivo (1,2), síntomas que el Dr. Guillermo Calderón Narvaez (3), divide en cuatro grupos :

- 1) TRASTORNOS AFECTIVOS
- 2) TRASTORNOS INTELECTUALES
- 3) TRASTORNOS CONDUCTUALES
- 4) TRASTORNOS SOMATICOS

y describe las manifestaciones de cada uno, de la siguiente manera :

TRASTORNOS AFECTIVOS

Indiferencia afectiva : disminución o pérdida de intereses vitales como, actividades deportivas, artísticas o culturales.

Tristeza : puede presentarse con o sin tendencia al llanto, en la primera, los pacientes manifiestan alivio por " haberse podido desahogar ", en la segunda, manifiesta desesperación, soledad, infelicidad, humillación, vergüenza, preocupación inútil o culpabilidad.

Depresiones sonrientes : el paciente presenta quejas somáticas, se muestra alegre, cuenta chistes, bromea, no denota una baja en su talante afectivo.

Inseguridad : existe falta de confianza en si mismo, dificultad para tomar decisiones.

Pesimismo : existen sentimientos de minusvalía.

Miedo : generalmente el paciente siente temor, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a todo o a nada en especial.

Ansiedad : se identifica por sus componentes orgánicos, tales como, sensación de " nudo en la garganta", " peso en el estómago ", " constricción en el pecho ", " falta de aire ".

Irritabilidad : se manifiesta por medio de la hostilidad y agresividad.

TRASTORNOS INTELECTUALES

Sensopercepción disminuida : existe mala captación de estímulos.

Trastornos de memoria : hay dificultad para evocar recuerdos.

Disminución de la atención : existe inadecuada fijación de los hechos de la vida cotidiana.

Ideas de culpa o fracaso : el paciente manifiesta autodevaluación, está en espera de acontecimientos negativos.

Pensamiento obsesivo : torturan al enfermo ideas o recuerdos repetitivos y molestos.

TRASTORNOS CONDUCTUALES

Actividad disminuida : el paciente presenta descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.

Productividad disminuida : existe mal rendimiento en el trabajo.

Impulsos suicidas : existen ideas o intentos de privarse la vida.

Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas : " usadas probablemente por sus efectos desinhibidores para moderar la angustia ".

TRASTORNOS SOMATICOS

Trastornos en el sueño : el paciente sufre de insomnios y - en algunos casos hay hipersomnía.

Trastornos en el apetito : el paciente presenta anorexia o en algunos casos bulimia.

Disminución de la libido : existe debilitamiento o desaparición del deseo sexual.

Cefalea tensional : localizada en la nuca y en los temporales.

Trastornos digestivos : dispepsia, aerofagia, náusea, etc.

Trastornos cardiovasculares : alteraciones en el ritmo cardíaco, disnea nerviosa, algias cardiorácicas, etc.

Guillermo Calderón Narvaez, anota que los síntomas psíquicos del paciente deprimido son variados y que frecuentemente los elementos afectivos, intelectuales y conductuales, se entre mezclan. (4)

Freedman, Kaplan y Sadock (5), establecen la diferencia entre la sintomatología del neurótico depresivo y del psicótico depresivo; mencionando que el segundo experimenta su depresión como algo que le aflige desde del exterior, retardándole e in-

terfiriendo con sus procesos del pensamiento y su entusiasmo, mientras que, el primero experimenta su depresión como -- una simple intensificación del estado de ánimo bajo. El psicótico depresivo tiende a experimentar un mayor deterioro en su relación con la realidad, que también podemos observar en la neurosis depresiva, sin embargo, el paciente neurótico es generalmente consciente de que está distorsionando o exagerando la situación. Algo que definitivamente puede diferenciar claramente una de la otra es que el psicótico depresivo muestra dificultad para pensar, retraso en el lenguaje y sus movimientos, retraso que no vemos en las neurosis depresivas.

Respecto al estado de ánimo refieren que el neurótico, -- tiende a sentirse peor por las mañanas y mejor por la tarde o anochecer, y suele responder y animarse cuando le ofrecen simpatía y afecto o cuando le sucede algo agradable; al psicótico no le afectan estos acontecimientos.

En general, los autores que describen el cuadro clínico depresivo mencionan los mismos síntomas, aunque lo clasifiquen de diversas maneras, así, Guarnier (6), lo divide en severo y leve; Alec Cooper (7), según las características de empeoramiento de la sintomatología; el Dr. Phillip A. Berger (8), como un humor normal o como un desorden serio; la diferencia entre un grado y otro, se encuentra en que en las primeras -- el paciente se encuentra inhibido en sus capacidades mentales y motoras y en las segundas, el paciente tiene capacidad de explicar sus síntomas.

2.2.- TRATAMIENTO

A) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los medicamentos antidepresivos o timoanalépticos se dividen en dos grupos : el de los tricíclicos, encabezados por la imipramina y el de los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO), encabezados por la imipromiazida.

Los timoanalépticos o antidepresivos son medicamentos - que ayudan a mejorar el humor deprimido y a normalizar el estado de ánimo, el resultado terapéutico demora días o semanas, sin embargo, su efecto es sostenido, útil en el tratamiento de la depresión psicótica y neurótica. (9)

Según Guillermo Calderón Narvaes (10), es necesario que en la prescripción médica se tome en cuenta que :

- 1) no son estimulantes del sistema nervioso central
- 2) no tienen efecto ansiolítico
- 3) constituyen un tratamiento de fondo y curativo de la depresión, pero, que al no ser estimulante los resultados podrían observarse en tres o cuatro semanas.
- 4) no originan dependencia de ningún tipo

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS : el prototipo es la imipramina, que bloquea la recaptación presináptica de las catecolaminas y la clorimipramina que inhibe la recaptación de la serotonina. La absorción digestiva es satisfactoria, no se acumula en el organismo y permite un paso rápido, la prueba es que en la orina no se detecta más que un porcentaje mínimo de 0.5 a 5.

Calderón sugiere, respecto al modo de empleo, la vía parenteral, especialmente en casos severos y menciona que los efectos colaterales, los hay de tipo vegetativo, relacionados con el efecto antocolinérgico de éstos, los cuales desaparecen con el tiempo.

ANTIDEPRESORES INHIBIDORES DE LA AMINOXIDASA (IMAO) : aumentan directamente la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación, estos permanecen almacenados en el organismo y no son eliminados hasta al cabo de 15 días, su administración es únicamente por vía oral y sus efectos colaterales pueden ser hipotensión ortostática manifestada en vértigos, mareos e insomnio. (II)

Cabe señalar que el carbonato de litio o gluconato de litio, son usados en la prevención y tratamiento de la depresión, aunque no realiza una acción terapéutica directa sobre la depresión se ha demostrado que un tratamiento de larga duración puede disminuir la frecuencia y duración de las fases melancólicas. (I2)

Wina Sturgeon (I3), plantea este método como medida preventiva debido a que su efectividad es de aproximadamente un 80%, logrando confianza, alivian síntomas psíquicos y eliminan los pensamientos suicidas, sin embargo, requieren mucho tiempo (de 2 a 4 semanas) para comenzar a aliviarlos y producen efectos colaterales de tipo vegetativo, los cuales pueden variar de un individuo a otro, desde una molestia pasajera a malestares que hacen imposible el uso del medicamento.

Según el Dr. Philip A. Berger (14), el litio, en combinación con otros fármacos, y en ocasiones sólo, puede controlar el episodio maníaco y una vez que el paciente ha mejorado y ya no manifiesta síntomas psiquiátricos puede usarse el litio como tratamiento de mantenimiento, y afirma que puede ser que algunos pacientes deban tomar el litio el resto de sus vidas.

B) TRATAMIENTO PSICOLOGICO

La preponderancia de las terapéuticas químicas en el tratamiento de la depresión, ha hecho suponer que la psicoterapia en esta enfermedad, está desprovista de interés, lo cual, es justificable por la dificultad de entrar en contacto con el paciente, sin embargo, podríamos suponerlo quizá en los casos de psicosis y no en las depresiones neuróticas, ya que por las recaídas frecuentes pensaríamos que la carga neurótica de una depresión no es otra que la formación defensiva ante la situación vital mal soportada; el tratamiento farmacológico modifica temporalmente la "vivencia" de la situación dolorosa, pero recuperada su consciencia y vuelto a sus ocupaciones habituales, el sujeto vuelve a encontrarse en su universo neurótico. (15)

Calderón Narvaez (16), no recomienda el psicoanálisis como tratamiento adecuado en la depresión, por ser un procedimiento largo y costoso, encuentra de gran utilidad las terapias breves con buena relación médico-paciente, que brinde apoyo emocional al deprimido.

El Dr. Berger (17), incluye en el tratamiento, la terapia psicodinámica, donde busca explorar y comprender los sucesos infan

tiles y conflictos intrapsíquicos actuales que hacen que la persona sea vulnerable a la depresión, y la psicoterapia de apoyo, la cual se centra en sucesos recientes que desembocan en la depresión actual, utiliza la tranquilización y el consejo, alienta a los pacientes a que verbalicen y discutan racionalmente sus sentimientos y temores, también utiliza la terapia conductual, que se concentra en aliviar los síntomas más que en analizar la psicodinámica subyacente, basándose en la teoría de aprendizaje. Berger, opina que la combinación de antidepresivos y psicoterapia puede ayudar aproximadamente en un 80% a estos pacientes.

Seligman, emplea la terapia del trabajo, la cual consiste en hacer guardar cama a los pacientes deprimidos una semana, y después, poco a poco señalar su trabajo, partiendo de tareas fáciles a otras más pesadas y complejas, lo esencial es que tenga éxito, ya que si fracasan en completar su trabajo, empeora el problema, porque se les arraiga más hondo el convencimiento de que no sirven para nada. Para Seligman, la cura efectiva o la prevención de la depresión, es el resultado de dominar todas las actividades que permitan a los individuos experimentar el poder de dar forma a su vida. (18)

La psicoanalista Edith Jacobson (19), refiere que el tratamiento depende del caso en cuestión, del criterio y de la experiencia clínica del terapeuta, para decidir si el paciente debe ser hospitalizado por peligro de suicidio, someterse a fármacos antidepresivos o recibir una psicoterapia de apoyo, de orientación psicoanalítica o un tratamiento analítico completo.

CAPITULO III
" ADOLESCENCIA "

3.I.- CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia (del latín *adolescere*: desarrollarse) se caracteriza por ser el período de transición entre la niñez y la adultez; proceso que puede considerarse como un triple fenómeno adaptativo, ya que ocurre en tres niveles del individuo : físico, psíquico y social, donde el nivel físico se caracteriza por cambios biológicos en el organismo, suceso donde las organizaciones mentales se asocian con las funciones fisiológicas y es llamado : pubertad (del latín *pubere*: cubrirse de vello el pubis), el cual es utilizado para llamar a las manifestaciones de la maduración sexual, donde se hace evidente la capacidad física para la reproducción; y el término adolescencia es empleado para calificar los procesos psicológicos y sociales de adaptación a las condiciones de la pubertad, de ahí que la fase de la maduración física permanezca independiente en su curso, por ejemplo, la fase de preadolescencia puede prolongarse por mucho tiempo sin ser afectada por la progresión de la maduración física. (1,2,3,4)

Generalmente ubicamos a la adolescencia de los 12 a los 20 años, como base de todo este proceso encontramos una circunstancia especial, que es la propia del período adolescente :

" la situación: que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez". (5)

De esta manera, llegamos a considerar los rasgos de carácter en la adolescencia como transicionales y con una doble finalidad : elaborar una pérdida y permitir una espera. (6)

" El mundo interno que ha ido desarrollando a través de toda su infancia, identificándose con aspectos de sus padres, maestros o figuras sustitutivas de ambos, le servirá de " puente" para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él, a consecuencia de su nuevo status." (7)

Así, consideramos a la adolescencia, como un proceso de desarrollo donde, se aparente patología debe admitirse y comprenderse, ya que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico, aún la presencia de un equilibrio estable sería anormal en un período de inestabilidad y desequilibrios. (8)

Arminda Aberastury (9), llama entidad semipatológica o síndrome normal de la adolescencia a las siguientes características :

1) BUSQUEDA DE SI MISMO Y DE LA IDENTIDAD

Se le presenta al adolescente una serie de interrogantes que lo envuelven en lo que conocemos como " crisis de identidad ", tiene que definir qué actividad va a desarrollar el resto de su vida, aclarar dudas que aparecen en su área sexual y definir un sistema de valores adecuado, en pocas palabras: encontrarse consigo mismo. Ya no es el niño de meses pasados y todavía no es un adulto. (10)

2) TENDENCIA GRUPAL

Es común que el adolescente se sienta incomprendido por el mundo de los adultos y se apegue en forma intensa a sus amistades, su difícil identidad yoica hace que partes del individuo se vivan en el amigo o en el grupo. (11)

Lo anterior nos aclara porque el adolescente da tanta importancia a su " pandilla" y a que su grupo lo acepte. Es para el joven fundamental su grupo porque funciona como núcleo de socialización, centro de desplazamiento de conflictos familiares

o escolares, y lugar donde éstos pueden resolverse, foco de diversión, lugar de contacto inicial entre ambos sexos, etc., todo ello al margen de finalidades muy concretas (escolares, deportivas, recreativas). Por medio del grupo el adolescente busca confirmar su papel en la sociedad, en él, tratará de hallar su punto de referencia y comprobará la realidad de sus imágenes internas. (I2)

3) NECESIDAD DE INTELECTUALIZAR Y FANTASEAR

El razonamiento se convierte para el joven en una necesidad y un placer, se razona por todo, hasta por lo temas más irrelevantes y alejados de su experiencia e incluye interés no sólo por la discusión, sino también fascinación por los problemas generales, artísticos, científicos, políticos, filosóficos y sociales; esta abstracción le permite cuestionar los sistemas de representaciones colectivas que ofrece la cultura, sistemas donde el adolescente se entusiasma gradualmente por ideas, ideales y valores. (I3)

4) CRISIS RELIGIOSAS

La figura de una divinidad, de cualquier religión, puede representar para el adolescente una salida mágica a situaciones frustrantes, vivencias de pérdida y una solución a la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones proyectivas.

Así, para el adolescente puede ser de mucha necesidad hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas que le aseguren la continuidad de su existencia y de sus padres infantiles, ya que también se le presenta la separación definitiva con ellos y la aceptación de la posible muerte de los mismos.

O por el contrario, puede refugiarse en una actitud nihilista, como un aparente ateísmo, puede ser una actitud compensadora y defensiva, un desplazamiento a lo intelectual religioso. Según Aberastury, para la construcción definitiva de una ideología de valores éticos o morales " es necesario que el individuo pase por algunas idealizaciones persecutorias, que las abandone por objetos egosintónicos, para luego sufrir un proceso de desidealización que permita construir nuevas y verdaderas ideologías de la vida ". (14)

5) DESUBICACION TEMPORAL

Como un intento de manejar el tiempo, el adolescente lo convierte en presente activo, parecería que vive en proceso primario, donde las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales, por ejemplo, " el padre recrimina a su hija que estudie porque tiene un examen inmediato y lo desconcierta oír la respuesta de ésta, ; si el examen es... mañana !, o el caso de la joven que llora frente a su padre quejándose de la actitud desconsiderada de la madre que no contempla sus necesidades " inmediatas" de tener ese vestido nuevo para su próximo baile, el padre interroga a la madre acerca de porqué su negativa y se sorprende cuando le contesta que el baile va a efectuarse dentro de tres meses.

Podría hablarse de un tiempo existencial, que sería el tiempo en sí, un tiempo vivencial o experiencial, donde las características fundamentales están basadas en el tiempo de comer, de fecar, jugar, dormir, estudiar, etc., y un tiempo conceptual que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, - con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos. Los primeros intentos discriminativos temporales suceden a nivel corporal, el adolescente

realiza afirmaciones refiriéndose a su pasado o su futuro, de la siguiente manera : " cuando era chico " " cuando sea grande " " hice, podré hacer ". (15)

6) EVOLUCION SEXUAL

El adolescente, al ir aceptando su genitalidad, empieza a buscar pareja en forma tímida pero intensa, aquí comienzan - los contactos superficiales, las caricias cada vez más profundas y más íntimas que llenan la vida sexual del adolescente.

" Se estima que de los 13 a los 20 años, el 88% de los varones y el 91% de las niñas han tenido ya este tipo de actividad sexual y que prácticamente a los 21 años el 100% de -- los muchachos ya han tenido esta experiencia. La relación heterosexual completa que ocurre en la adolescencia tardía es un fenómeno frecuente, más de lo que habitualmente se considera en el mundo de los adultos de diferentes clases sociales, se ha estimado que un 40% a un 60% de los adolescentes realizan el acto sexual completo ".

El adolescente generalmente atravieza por períodos de proyección bisexual, tratando de esta manera recuperar en su fantasía, el sexo que está perdiendo en su proceso de identificación. Se ha estimado que aproximadamente un 3% de las niñas y un 27 % de varones adolescentes llegan a tener orgasmos como resultado de contactos homosexuales, frecuentemente de tipo masturbatorio. (16)

Fenichel (17), señala que las experiencias homosexuales -- ocasionales entre adolescentes no deben considerarse patológicas, siempre y cuando tengan el carácter temporario de adaptación y no cristalicen como conductas definitivas.

Respecto a lo anterior, Aberastury refiere que " la falta de figura paterna provoca que tanto la mujer como el varón, que den fijados en la madre; el varón al no tener una figura -- masculina de identificación por déficit o por ausencia, tratará de buscar esa figura toda su vida (búsqueda del pene - que dá potencia y masculinidad), la niña queda fijada a la - relación oral con la madre, reprimiendo y negando las posibi lidades de una relación con un pene, por la inexistencia del mismo, en sus relaciones tempranas objetales.

Existe un oscilar permanente entre actividades de tipo - masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio que la verdadera genitalidad procreativa, que se dá con la capaci dad de asumir el rol parental, recién adquirido en la adultez. La actividad masturbatoria toma un papel relevante durante - este período de la vida, debido a que la finalidad es de apren dizaje y preparación para una futura ejecutalidad procreativa, se podría hablar de problemático cuando los jóvenes recurren a ella sustituyendo la relación sexual a causa de su incapacidad para establecer un vínculo real con un sujeto del sexo opuesto. Las fantasías masturbatorias en la pubertad, son más destructivas y cargadas de culpas que en la infancia debido a las restricciones socioculturales y por la angustia que se - genera al tratar de evitarla, principalmente en aquellos jóve nes que la encuentran como refugio al no encontrarse capaci tados para desarrollar los intereses grupales.

Aberastury menciona: " la masturbación como fenómeno normal de la adolescencia, le permite al individuo en esta etapa de su vida, pasar por la etapa esquizoparanoide de su personalidad, considerar a sus genitales como ajenos a sí mismo, tratar de recuperarlos e integrarlos y finalmente realizar el proceso depresivo a través de la angustia, primero persecutoria y luego depresiva e integrar sus genitales a todo el concepto de sí mismo, formando realmente una identidad genital adulta con capacidad de formar una pareja estable en su propio espacio y en su propio mundo ".

7) ACTITUD SOCIAL REINVIDICATORIA

El problema de adolescencia es necesario situarlo no sólo en un nivel psicobiológico sino también en el ámbito social del individuo, ya que el medio donde se vive determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas que no es posible minimizar. La ulterior aceptación de la identidad está forzosamente determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. La tecnificación de la sociedad, el dominio de un mundo adulto incomprensible y exigente, la burocratización de las posibilidades de empleo, las exigencias de una industrialización mal canalizadas y una economía mal dirigida, crean una división de clases, absurda e ilógica que el individuo trata de superar mediante crisis violentas que pueden compararse con actitudes psicopáticas de la adolescencia.

Los patrones culturales pueden determinar ciertas pautas de conductas en el manejo de la adolescencia. Es necesario resaltar que en el adolescente, gran parte de la oposición paternal, es -- trasladada al campo social.

8) CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN TODAS LAS MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA

La característica típica del adolescente es la acción, por medio de la cual se expresa, no hay una línea en él de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque la mayoría la intenta y la busca. Refiere Aberastury, que sólo el adolescente mentalmente enfermo podrá mostrar rigidez en la conducta y que el principio de normalidad, podemos observarlo en el adolescente en su organización defensiva, debido a que una variada utilización de defensas le permite la elaboración de los duelos - típicos de este período de la vida que caracterizan la identidad adolescente.

9) SEPARACION DE LOS PADRES

La separación de los padres se determina con la imposición de los cambios biológicos experimentados en este momento, la intensidad y calidad de angustia con que se maneje esta separación será en base a la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital de cada individuo, sumando las experiencias infantiles anteriores y ulteriores y la actitud de la propia adolescencia. Esta separación es percibida también por los padres, quienes en su mayoría, se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos, reviviendo sus propias situaciones -- edípicas, lo que dá lugar a situaciones conflictivas, bastantes complejas, que es preciso tomar en cuenta.

El desarrollo de la sexualidad en el adolescente, depende -- mucho de cómo los mismos padres acepten los conflictos y el -- desprendimiento.

10) CONSTANTES FLUCTUACIONES DEL HUMOR Y DEL ESTADO DE ANIMO

Son características de la adolescencia los cambios de humor, los cuales son necesarios entender sobre la base de los mecanismos de proyección y duelo por la pérdida de objetos que los jóvenes experimentan en esta etapa, al fallar los intentos de colaboración, estos cambios de humor pueden aparecer como "microcrisis maníaco-depresivas".

3.2.- DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA

Therese Benedek (18), define a la adolescencia como un estado de ánimo depresivo, explicable por la lucha del adolescente que Anna Freud conceptualizó como "polarización de afectos", esto es, el problema fundamental de la conexión entre la instintividad y otras actividades de la vida, tales como, decidir entre la libertad y la restricción, entre la realización y el renunciamiento a los impulsos sexuales y entre la rebelión contra la -- autoridad y el sometimiento a la misma.

Peter Blois (19), describió esta labor evolutiva del desarrollo como una recapitulación de las tareas separación-individuación, que hace al adolescente vulnerable, no sólo a las pérdidas cotidianas normales, sino también a conflictos no resueltos de la infancia y la niñez, y menciona que de estas reacciones, presentes y pasadas surgen diversas manifestaciones depresivas que tienden a confundir al observador y a dificultar el diagnóstico de la depresión, debido a la ubicuidad de sus expresiones.

La sintomatología clínica depresiva, en los adolescentes no se presenta clara y definida y cuando adquiere características patológicas, rara vez es similar o idéntico al que se presenta en los adultos. (20)

Weiner y Toolan (21), refieren que en lugar del cuadro clínico habitual, hallamos en los individuos jóvenes reacciones - que designan como " equivalentes depresivos " cuyos síntomas son : aburrimiento, intraquietud, fatiga, malestar corporal, dificultad para concentrarse, comportamiento afectado o alejamiento inadecuado a la gente, hastío, búsqueda constante de estimulación, hipocondría y preocupación por el cuerpo.

Durante este período de la vida, también pueden aparecer muestras precoces de enfermedad maníaco-depresiva, existen posibilidades de que surgan en la niñez, pero los cambios alternativos del estado de ánimo se desarrollan al comienzo de la adolescencia, - cuando se manifiestan cambios de ánimo muy prolongados y cambiantes, es identificable la enfermedad. (22)

En general, se considera la depresión como manifestación -- normal de este período, por las pérdidas que el individuo tiene que afrontar y que lo llevan a la realización de tres duelos - fundamentales : (23)

DUELO POR EL CUERPO INFANTIL PERDIDO : producido por las modificaciones biológicas que se imponen al individuo, ante las cuales se encuentra como espectador de lo que ocurre en su propio cuerpo.

DUELO POR EL ROL Y LA IDENTIDAD INFANTIL : originado por la -- obligación que se le presenta a renunciar de la dependencia y a aceptar responsabilidades que muchas veces desconoce.

DUELO POR LOS PADRES DE LA INFANCIA : que se presentan al tratar de retener persistentemente en su personalidad a los padres infantiles, buscando el refugio y la protección que ellos signifi-

fican, situación que se complica por la actitud de los padres, que tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños y ya son adultos o están en vías de serlo.

Estos duelos, verdaderas pérdidas de personalidad, pueden -- tener una connotación depresiva a nivel clínico, sobre todo, cuando estos cambios significan malas experiencias infantiles que fueron reprimidas en el cuerpo o a través de vínculos con la familia. (24)

Al romperse la estructura infantil, la ansiedad persecutoria se reactiva intensamente (por perderse el control sobre lo malo) y se le dificulta al yo, comenzar la crisis con mecanismos de defensa normales. (25)

" Si las experiencias infantiles han sido introyectadas básicamente como " buenas", el duelo se dará predominantemente en un contexto de pena y culpa, siendo la ansiedad depresiva la importante, en estos casos las defensas del yo para superar la crisis, difícilmente pueden llevar a la enfermedad depresiva ". (26)

Los procesos de duelo, no pueden completarse mientras no se resuelvan todas las etapas de crecimiento psicosexual y de evolución que tiene lugar a lo largo de la adolescencia; por lo que entendemos que el yo adolescente cuenta con mecanismos de defensa tempranos, pero carece de defensas constitutivas, por lo que frecuentemente se encuentra en un estado de vulnerabilidad, los mecanismos necesarios para enfrentar la pérdida se ven dañados por la exigencia de su utilización prematura, por todas estas exigencias, el yo, sufre una regresión y puede quedar fijado en una etapa temprana del proceso de duelo, en este caso, el adolescente -

usa mecanismos inmaduros e ineficaces, como el acting out, la agresión contra sí mismo, estados de agitación, retraimiento, reacciones sadomasoquistas afectivas, defensas ascéticas, represión y desplazamiento hacia equivalentes depresivos que pueden desembocar en estados depresivos clínicos y en difusión de la identidad e intentos suicidas. (27)

La adolescencia, por ser período de extremo narcisismo y de gran deterioro de la autoestima, expone al yo a una situación -- propensa a hacer depresiones de una manera natural o ante circunstancias que en otro período de la vida no serían causa suficiente. (28)

La etapa final de duelo, a la que Peinstein llama "restablecimiento", se refiere al momento en que las estructuras pueden llegar a completarse, es decir, la reelaboración de impulsos --- sexuales y agresivos, la recapitulación de las identificaciones, la resolución de la dependencia y la sintetización de una estructura caracterológica independiente y a los que llama, tareas normales de la adolescencia, de las cuales, una vez que podemos disponer como mecanismo del yo, se utilizan también para completar los objetivos de afrontar la pérdida de objeto e introyectar, logrando con esto, homeostasis y la garantía de que existen energías suficientes para la supervivencia, sin embargo, en algunos casos, este "restablecimiento" sólo puede resolverse parcialmente, dejando al adolescente confundido, ambivalente y a veces temeroso de una difusión del yo, en estos casos, el adolescente puede solicitar ayuda, aunque desgraciadamente, la mayoría de las veces esta demanda de ayuda no es directamente de consejo, sino expresada por medio de agresión, actitudes suicidas, delirios, diversas conductas de moda o de exploraciones religiosas. (29)

Durante los últimos años se ha visto que la depresión en los adolescentes es más común de lo que se creía anteriormente, además de que es la causa más frecuente por la que consultan al psicólogo o psiquiatra. (30)

Un reporte del Condado de los Angeles California, registró de 1,237 víctimas de suicidio, el 3% en edades de 13 a 20 años. El Dr. Schurt, menciona ciertos factores comunes en estos adolescentes : generalmente tuvieron una vida familiar tormentosa, perturbada e inestable, en la que había de por medio un divorcio o una separación, lo que provoca en el adolescente un sentimiento de rechazo, por la incapacidad de satisfacer a los padres, el cual, es sentido como una amenaza hacia la pérdida de la imagen intrapsíquica idealizada, el objeto primario se mantiene como una imagen disociada, la imagen buena, amante, es aislada dentro de la mente, la imagen mala y destructiva se convierte en sí mismo exterior, la imagen idealizada apreciada será protegida para poder adquirir aceptación y reunión, la depresión puede seguir o agravarse cuando el adolescente reconoce aún, con el intento de suicidio, la actitud de los padres en realidad no cambia. (31)

También se ha observado que muchos suicidios adolescentes, generalmente ha sido disfrazados como accidentes, por ejemplo : accidentes automovilísticos, sobredosis accidentales de medicamentos o " viajes malos " por uso de drogas, heridas autoinfligidas, como el juego llamado " ruleta rusa " donde se coloca una bala en un revólver y se apuntan a la cabeza, mientras se aprieta el gatillo, si el proyectil no sale, entonces el jugador " ha ganado ". (32)

Feinstein (33), describe al tratamiento de la depresión adolescente en dos fases :

- 1) mitigar la depresión para que las defensas del yo, puedan cobrar operatividad.
- 2) intentar localizar las fijaciones y los conflictos tempranos, procurar la resolución y elaboración de todos estos defectos del desarrollo.

señala Feinstein, que hay que tomar en cuenta que resulta difícil establecer una alianza terapéutica y superar las resistencias normales con el adolescente, surgiendo que el -- abordaje con el paciente se realice como si se estuviera respondiendo a una petición de ayuda.

Partiendo de que el adolescente lucha contra una depresión anaclítica, el papel del terapeuta es actuar como acelerador -- de la reacción de duelo, donde el apoyo terapéutico y el análisis que se realiza ayudarán al paciente a seguir adelante con el proceso de duelo y en los que aparecen deficiencias tempranas, se actuará como sustituto del yo, ya que hasta la madurez, el hombre cuenta con la gama completa de defensas de duelo.

El trabajo terapéutico con adolescentes consiste en emplear parámetros de apoyo y gradualmente de comprensión, lograda a -- través del análisis, sin embargo, las características más importantes de la psicoterapia con adolescentes, exige flexibilidad y riqueza de recursos por parte de quien la aplica.

Una etapa peligrosa del tratamiento, es el alivio de depresión debido a que la eliminación del conflicto superficial deja a las estructuras subyacentes, todavía en evolución, vulnerables a -- otras reacciones de pérdida, lo que puede provocar un intento suicida, un acting out o una interrupción impulsiva del tratamiento

y puede ser necesario una intervención activa como : la movilización de la familia para que participe en un equipo terapéutico, o la hospitalidad del paciente, que actúa como barrera de estímulos artificiales hasta que las defensas del carácter puedan hacer frente a los temas conflictivos.

Gitelson (34), señala que el papel del terapeuta frente al niño o adulto se define como el de asistente o padre, mientras que con el adolescente no sucede así, porque éste reacciona con frecuencia a la situación actual (" cara a cara con el terapeuta), lo que provoca mucha angustia, en la actitud emocional del adolescente no hay repetición del pasado, sino que tiene - que tiene que ver con el aquí y ahora, por lo que es necesario que el papel terapéutico requiera seguridad, controles, mediante el empleo inteligente de la autoridad y el ofrecimiento de un ideal del yo. Gitelson, plantea que el objetivo terapéutico de - los adolescentes más que un análisis, es facilitar una síntesis del carácter y que las destrezas en la terapéutica son : la capacidad para tolerar la desconfianza, la aptitud para producir empatía y el establecimiento de un contacto narcisista, especialmente en las situaciones de crisis, menciona que lo fundamental es que el adolescente consiga identificarse con el yo ideal y lo reforme para producir una consolidación final del superyo y permitirle de esta manera, iniciar una interacción con su grupo de compañeros.

Gitelson, sugiere que este proceso terapéutico se lleve a cabo a una distancia óptima del yo, porque faculta al terapeuta para respaldar y alentar al paciente durante sus investigaciones.

CAPITULO IV

" DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS SEXOS, COMO INDICES DE MAYOR PREDISPOSICION DE REACCIONES DEPRESIVAS EN LA MUJER ADOLESCENTE "

En los estudios realizados en los últimos años sobre depresión, se ha encontrado preponderancia de la mujer sobre el -- hombre, tanto Enry Ey como James Toolan, mencionan el predominio de sentimientos depresivos en las mujeres, y Silverman, Weissman y Klerman refieren una proporción de dos o tres a uno en mujeres y hombres depresivos. (1,2,3)

Los estudios de Rosen y Cols. en E.U.A., registraron mayor incidencia de depresión con el aumento de edad y una proporción mayor de reacciones depresivas en adolescentes del sexo femenino. (4)

El rol sexual femenino tradicional facilita la depresión, es sabido que en nuestra sociedad hombres y mujeres son entrenados desde que nacen, a cumplir diferentes roles sociales y, por el rol típico que ocupa la mujer, tiende más que el hombre a tener problemas emocionales. (5)

La adolescencia, es un proceso de cambio, los problemas que se presentan causados por factores biológicos que se encuentran -- unidos a la pubertad por circunstancias culturales y por influencias del medio tiñen de diferentes maneras a dicho proceso. (6)

Diversos estudios manifiestan la actuación de los factores biológicos y culturales en el desarrollo de las diferencias en la conducta entre hombres y mujeres. (7)

Así, cabe mencionar tres diferencias significativas entre los sexos en las que podemos encontrar los índices de mayor predisposición de reacciones depresivas en las mujeres adolescentes :

- 1) físicas-biológicas
- 2) Socio-culturales
- 3) Psicológicas

4.I.- DIFERENCIAS FISICAS-BIOLÓGICAS

Las diferencias entre los sexos, se denotan desde la infancia, ya que niña y niño no sólo son vestidos y peinados de forma diferente, sino que existen juegos y ocupaciones diferentes. La diferencia más notable entre ellos, ocurre bruscamente con la iniciación de la pubertad, debido a que se produce un rápido desarrollo de las glándulas sexuales y el chico y la chica sufren una profunda transformación física, y esto los hace diferentes entre si.

(8)

La muchacha experimenta súbitamente cambios profundos, en pocos meses crece una decena de centímetros, su talle se afina, sus caderas se redondean y su pecho comienza a desarrollarse, a la vez -- que aparece la primera pilosidad pubiana, la piel se hace más grasa y en ocasiones aparecen brotes de acné, aparece la menstruación demostrando que los ovarios han iniciado sus funciones (aparece también la ovulación) y por tanto, la muchacha puede ya ser madre.

(9)

En contraste con lo anterior, los cambios en la pubertad masculina, se efectúan paulatina y progresivamente, con bastante lenti-

tud, empieza el crecimiento de los órganos genitales o características sexuales primarias y la aparición de las características sexuales secundarias tales como, aumento de estatura, pilosidad, aparición de grasa en la piel y modificación de la voz; la pubertad masculina se manifiesta por la producción de espermatozoides funcionales. (10)

Respecto a la función reproductora, hombre y mujer toman diferentes papeles que conducen a diferencias sexuales en el desarrollo emocional, funcional, intelectual y rendimiento, debido a que la etapa de gestación y crianza del niño recae biológicamente sobre el sexo femenino, influyendo en la diferenciación de intereses, rasgos emocionales y objetivos vocacionales. (11)

Los cambios fisiológicos y corporales en la pubertad, se deben en parte, al aumento de la producción de hormonas gonadotrópicas de la glándula pituitaria anterior, esta glándula situada en el encéfalo, gobierna y controla el equilibrio hormonal del cuerpo; la hormona gonadotrópica estimula la actividad de las gónadas o glándulas sexuales, iniciándose la producción de hormonas sexuales y el desarrollo de espermatozoides y de óvulos maduros, estas hormonas sexuales (la testosterona en los varones y el estrógeno en las mujeres) en combinación con otras hormonas del cuerpo, estimulan el crecimiento de los huesos y de los músculos y aceleran el crecimiento general. (12)

Anna Anastasi, refiere que la influencia de las hormonas sexuales sobre la conducta es una fuente directa de diferencias entre los sexos, en rasgos psicológicos, ya que el hecho de que las secreciones endócrinas sean llevadas a todas las partes del cuerpo por

medio de la corriente sanguínea constituye la oportunidad para ejercer efectos muy amplios sobre la conducta. (I3)

En la producción de hormonas sexuales, la diferencia entre -- hombre y mujer se encuentra en la proporción de las mismas en cada sexo, ya que los hombres, además de segregar la homona sexu al masculina andrógena, segregan la hormona femenina estrógena, también las mujeres segregan algo de andrógena juntamente con la estrógena. (I4, I5)

El Dr. Gerald Klerman, en una de sus teorías, expone que casi toda situación de cambio endócrino rápido en una mujer, está asociado con disturbios del estado de ánimo, ya sea el cambio de tipo premenstrual, el arribo de la pubertad o el nacimiento de un bebé, y que como parte de la psicología normal de la pubertad, en la adolescencia son comunes las fluctuaciones del estado de ánimo, ya que suelen presentarse irregularidades menstruales o ameno rrea, que casi siempre están acompañadas de problemas emocionales secundarios y lo más probable es que se sienta muy deprimida. (I6)

Weideger, menciona que la mayoría de las mujeres padecen depre sión premenstrual y que estadísticamente se han encontrado conduc tas suicidas en un 50% en esta fase del ciclo. (I7)

Las diferencias en la constitución corporal, características anatómicas, composición bioquímica y funcionamiento fisiológico pueden desempeñar también una parte importante en las diferencias sexuales debido a que establecen y a veces hasta imponen especifi cación en ambos sexos, en cuanto a actividades de juego, intereses y rendimiento en varios campos de trabajo. (I8)

Como es sabido, las chicas llegan más pronto a la pubertad que los chicos, siendo esta diferencia de 12 a 20 meses en los diversos grupos, la mujer alcanza más pronto la madurez física. (19)

Durante la adolescencia, se observa una aceleración del aumento de la estatura y del peso, este aumento varía en intensidad, duración y la edad de iniciación entre los sexos. (20)

Entre las diferencias fisiológicas, es necesario considerar el concepto de la homeostasis o estabilidad de las funciones corporales, se ha observado que en el varón los mecanismos homeostáticos funcionan dentro de límites más estrechos, como la menor fluctuación en medidas basales, como son: la temperatura del cuerpo el metabolismo basal, el equilibrio ácido-base en la sangre y la cantidad de azúcar en la misma. Se ha observado como prueba de una mayor inestabilidad fisiológica de la mujer, la propensión al desmayo y a varios desequilibrios glandulares. (21)

Partiendo de estas diferencias en homeostasis fisiológica, algunos autores han propuesto una diferencia sexual paralela en homeostasis mental, debido a la frecuente emocionalidad, a las tendencias neuróticas, hábitos nerviosos, sentimientos de inadecuación y otros síntomas de inestabilidad o situaciones de tensión que se presentan en el sexo femenino. (22)

4.2.- DIFERENCIAS SOCIO-CULTURALES

El adolescente al estar en contacto con la sociedad, aceptará o rechazará las normas establecidas y dentro de las limitaciones que le imponga, podrá elegir de acuerdo con su estabilidad psíquica, sus propios roles sociales, ya que las condiciones sociales ejercen una influencia decisiva sobre su organización psíquica. (23)

El crecimiento y las modificaciones del cuerpo a que se ve sometido el adolescente una vez llegada su pubertad, le impone un cambio de rol (el paso de niño a adulto) frente al mundo externo que de no asumirlo, le será exigido por la sociedad. (24)

La sociedad establece desigualdades entre los sexos desde la educación infantil dotando a cada uno de características socialmente delimitadas, desde la infancia ambos reciben un trato diferente en una multiplicidad de formas : de los padres, de otros adultos y de compañeros de juego. (25)

También los factores culturales desempeñan una parte importante en la diferenciación del papel de los sexos y en las correspondientes diferencias sociales en la conducta, por ejemplo, respecto a la emotividad aparentemente se encuentra más en las muchachas sin embargo, los varones suelen ocultarla con actitudes jactanciosas debido a que culturalmente es considerada como signo de debilidad. (26,27)

Así, desde la niñez, al adolescente se le refuerzan las conductas agresivas e independientes y a la adolescente se le acepta

más dependiente, conservadora y es socialmente condicionada para el manejo de su femineidad con cualidades de pasividad. (28,29,30)

" Dicen que una mujer que sigue los estereotipos de su rol, tiende a volverse deprimida, más que una mujer que se desvía de esto ". (31)

A la joven se le ha educado para ser más sensible, dependiente y frecuentemente ser mujer significa no tener el suficiente coraje para convertirse en autosuficiente. (32)

La mujer entrenada de tal forma que se aleja del pensamiento " que es lo que quiero " y en su lugar piensa " que es lo que otros necesitan o quieren de mi ". El tener éxito se traduce en satisfacer las expectativas de otros, de esta manera, la autoestima se vuelve dependiente de la estima de los que la rodean. Lo que ocurre a la mujer " normalmente femenina y dependiente " cuando sus reservas emocionales están bajas, es que siente su mundo interno vacío de lo que es valioso y significativo para ella, se puede sentir desamparada, sin capacidad para manejar su vida, esto es, que entra en un estado depresivo. (33)

De esta manera, la pubertad es, para la adolescente un período de crecientes represiones, mientras que para el varón es una etapa de nueva intensificación de los impulsos. (34)

La aceleración del desarrollo físico en el sexo femenino - durante la pubertad, hace que la mujer alcance más pronto no sólo la madurez física, sino que se encuentre más avanzada hacia su estado adulto y tienda a relacionarse con chicos mayores que ella. (35)

4.3.-DIFERENCIAS PSICOLÓGICAS

El adolescente en la pubertad, experimenta una crisis genital sexual y vocacional y la adolescente se enfrenta a la ambivalencia inherente de su condición de mujer, pudiéndose presentarse atracción y rechazo al mismo tiempo de su desempeño en el futuro papel tradicional de la mujer. (36)

La pubertad se caracteriza en el sexo femenino por la menarca, y ésta, al relacionarse con sangre y dolor y por su conexión que tiene en el futuro con el embarazo y parto, tiene algo amenazante a la vez, que presenta una garantía de normalidad. (37)

En la reiteración mensual de la menstruación, el útero pasa a formar parte del esquema corporal, donde el futuro papel de la maternidad se acerca más a la realidad y moviliza conflictos -- que fueron aumentando durante la fase simbiótica de su desarrollo y después de ella. (38)

En la pubertad, el sexo femenino se encuentra obligado a reprimir la parte masculina de su ser, coincidiendo con el cambio de zona erógena, del clítoris a la vagina, este cambio de centros -- sensibles y las dificultades que se presentan para que así suceda, predispone a las mujeres hacia la histeria. (39)

Freud, menciona el miedo a la castración como influencia en el desarrollo del carácter femenino, esto es, el temprano descubrimiento que realiza la niña cuando comprende que le falta un órgano fundamental : el pene. Refiere Guarnier, que es considerado por la mujer como una deficiencia y que es expresada por sentimientos de inferioridad, desprecio hacia su propio destino, en la rebeldía contra su papel pasivo, en la envidia hacia la libertad del hombre, en la ambición de igualarlo en el terreno de las realizaciones intelectuales o artísticas, en los esfuerzos por tener una independencia, en la tendencia a dominar a los de-

más y en todos los artificios utilizados para compensar la desventaja que las coloca de hecho en no ser hombres.(40,41,42)

Fernandez Mougán, menciona que el mayor índice de depresión en el sexo femenino se debe a que su agresión hacia el exterior tiene que reprimirla y ésta es manejada con el cuerpo: incorporando y controlando a nivel social con la seducción; lo ejemplifica citando que los encarcelamientos sobre delincuencia juvenil de mujeres, en su mayoría se deben a la prostitución, señala que en la pubertad, es frecuente la caracteropatía depresiva en el sexo femenino, como en los varones lo es la impulsiva, demostrando de esta manera, cada uno la modalidad de contener sus impulsos hasta la resolución de la fase puberal.(43)

Karen Horney (44), refiere que la pubertad provoca en el sexo femenino susceptibilidad de activar estados de ánimos depresivos, señalando que la mayoría de sus pacientes femeninas que analizaba presentaban entre sus conflictos, estados depresivos, aclarando que generalmente habían surgido en la infancia, sin embargo, los primeros cambios de personalidad se daban en la adolescencia, en la que no habían dado la impresión de ser manifestaciones patológicas que presentaran peligro para el desarrollo futuro o necesitaran tratamiento, sino que habían sido vistos como trastornos naturales del período, e incluso fueron síntomas deseables.

En la adolescencia, tanto para el hombre como para la mujer, es esencial la búsqueda de la propia identidad, donde el factor fundamental es el rol sexual, este tiene implicaciones diferentes en cada sexo, provocando que las esperanzas en el futuro sean más prometedoras en el sexo masculino, así, en el varón tiene primacía su compromiso vocacional, aunque tradicional, los aspectos específicos de éste, están abiertos a su elección, y en el caso de la joven haga lo que haga, deberá asimilar responsabilidades tradicio

nales de su rol (pasividad, dependencia) y su femineidad la define en base al triunfo de éstas, de esta manera no define por ella misma su femineidad sino en función de sus relaciones con los hombres, su confianza para alcanzar su identidad está basada en su capacidad para establecer relaciones profundas significativas e importantes, este es el punto donde la dependencia y la femineidad se convierten en algo patológico: una depresión clínica que incluye síntomas biológicos y psicológicos. (45,46)

Otro de los factores que causan depresión en el sexo femenino, es la toma de decisiones, en las adolescentes se plantea como un problema, si la confianza en sí misma está valorada en función de los demás, lo estarán también sus decisiones, especialmente en cuanto al sexo masculino se refiere, por ser elemento determinante de su estimación, que la hace vulnerable al rechazo y por el cual llega a limitar sus aspiraciones. (47)

Estudios realizados (49), han demostrado que a diferencia del hombre, la mujer presenta gran devaluación personal, Matina Horner, menciona que el miedo de la mujer al éxito se debe a que es considerado poco femenino, la autora especula que la mujer se aterra ante las consecuencias negativas de un fracaso, lo que las lleva a no esforzarse por una meta, el éxito trae consigo el temor al rechazo social, sentimientos de culpa, tristeza y dudas si se es normal o no; por consecuencia, la falta de motivación de logro, de esperanzas, de metas satisfactorias lleva a la mujer a no tener mucho interés en la vida, únicamente interés en cumplir su rol sexual asignado y asimilado desde la infancia, lo que provoca en ella, una sensación de vacío.

CAPITULO V

" PROCESO METODOLOGICO "

5.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la adolescencia, son los cambios físicos, biológicos, sociales y psicológicos, los que obligan al joven a reformularse los conceptos que tiene de sí mismo y a abandonar su autoimagen infantil, provocándole un sentimiento de pérdida que hace que éste reaccione de manera depresiva. (1) ¿ se presentará mayor predisposición a reaccionar en forma depresiva en uno u otro sexo ?.

El hombre y la mujer adolescentes presentan diferencias en el modo que enfrentan y experimentan los cambios propios de su edad, como parte importante de estas diferencias existen factores que intervienen para que uno de ambos tienda a padecer síntomas depresivos.

¿ serán estos factores, las esperanzas en el futuro, la dificultad en la toma de decisiones, la necesidad de sentirse útil y necesario, el mayor o menor interés que éstos tengan por la vida ?.

El propósito de la investigación es analizar comparativamente a ambos sexos, en relación a la sintomatología de la depresión, a través de la escala para la automejoría de la depresión de Willian Zung.

5.2.- FORMULACION DE HIPOTESIS (2)

A) HIPOTESIS DE TRABAJO

HIPOTESIS PRINCIPAL :

- 1) Se presenta mayor incidencia de depresión en mujeres que en hombres adolescentes.

HIPOTESIS SECUNDARIAS

- 2) Existe mayor depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes, debido a que en ellas hay menos esperanzas en el futuro.
- 3) Existe mayor depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes, debido a que en ellas se presenta más dificultad en la toma de decisiones.
- 4) Existe mayor depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes, debido a que ellas se sienten menos útiles y necesarias.
- 5) Existe mayor depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes, debido a que ellas tienen menos interés en la vida.

B) HIPOTESIS NULAS**HIPOTESIS PRINCIPAL :**

- 1) Se presenta menor o igual incidencia de depresión en mujeres que en hombres adolescentes.

HIPOTESIS SECUNDARIAS :

- 2) Existe menor o igual depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes, debido a que en ellas hay menos esperanzas en el futuro.
- 3) Existe menor o igual depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes debido a que en ellas se presenta más dificultad en la toma de decisiones.
- 4) Existe menor o igual depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes debido a que ellas se sienten menos útiles y necesarias.
- 5) Existe menor o igual depresión en las mujeres que en los hombres adolescentes, debido a que tienen menos interés en la vida.

5.3.- VALIDACION DE LA HIPOTESIS

A) RECOPIACION DE DATOS

I.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Por resultar imposible manipular las variables, se realizó una investigación no experimental o ex post facto (3,4), utilizándose la técnica de campo (5), cuya observación se llevó a cabo de manera estructurada o sistemática, esto es, valiéndose del instrumento para medir la cantidad de depresión en hombres y mujeres adolescentes.

2.- VALOR DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Se tomó de la variable independiente dos valores : sexo masculino y sexo femenino de los sujetos.

3.- DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable asignada (6) :

Sexo: manipulada mediante la selección de sujetos que aseguraran su presencia.

Variable dependiente :

Depresión : variable intermediaria (7) manifestada a través de la observación sistemática como una calificación en la escala para la autome_{di}ción de la depresión.

VARIABLES EXTRAÑAS :

edad, escolaridad, domicilio, ocupación, estado civil, religión, y en el caso del sexo femenino no se encontraron en período premenstrual o menstrual : se mantuvieron constantes para que no actuaran como variables extrañas que oscurecieran el efecto de la variable asignada sobre la variable dependiente.

4.- DESCRIPCION Y SELECCION DE LA MUESTRA

Para obtener la muestra, se utilizó el diseño de muestreo no probabilístico intencionado, donde se seleccionaron los sujetos con características idóneas para la investigación, esto es, hombres y mujeres adolescentes cuyas edades fluctuaban entre 15 y 19 años, que estuvieran cursando preparatoria.

Participaron un total de trescientos adolescentes de ambos sexos, seleccionándose ochenta, de los cuales se formaron dos grupos : uno de 40 hombres y otro de 40 mujeres.

5.- DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

La escala para la automecición de la depresión (EAMD), surge de la necesidad de evaluar la depresión de manera sencilla, donde se incluyera todo respecto a los síntomas de la enfermedad, fuera breve, cuantitativa más que cualitativa, autoadministrable, que indicara la propia respuesta del paciente en el momento de aplicarla (8).

Se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que manifiestan síntomas físicos sin base orgánica aparente puede descubrir y medir las llamadas "depresiones ocultas" economizando tiempo ya que solamente se necesitan 5 minutos para aplicar la prueba y calificar al paciente (9).

La EAMD, ofrece la ventaja de su autoadministración, su índice de confiabilidad ha sido validado mediante su comparación con otras escalas de medición de depresión no autoadministradas, como la Clyde, Hildreth, Beck y fundamentalmente con la escala D, del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), donde se destaca una alta correlación ($r = .70$) (10).

En esta investigación se empleó la traducción de la Universidad de Salamanca, aceptada por Lara Tapia y cols., quienes adaptaron y estandarizaron la escala de Zung en nuestro país, a través del estudio de esta en cinco grupos de sujetos sanos y enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos, en consulta externa del hospi-

tal general de la S.S. A. y los centros de salud de cabecera de los distritos sanitarios I y XXI, dependientes de la misma secretaría, de las clínicas " San Angel ", neurología y psiquiatría " Juárez " y del centro hospitalario " 20 de Noviembre " (II).

Esta escala consta de 20 items, obtenidos por estudios factoriales sobre la depresión, esto dá por sentado la complejidad de los síntomas determinados por un grupo de pautas o factores subyacentes; se utilizaron como criterios de diagnóstico la presencia de un afecto profundo depresivo y sus concomitantes fisiológicos y psicológicos de la siguiente manera (I2) :

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS No. DEL TEMA EN LA
ESCALA

AFFECTIVOS PERSISTENTES :

Deprimido, triste, melancólico	1
Accesos de llanto	3

EQUIVALENTES FISIOLOGICOS :

Variación diurna:exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día	2
Sueño : despertar temprano, frecuente	4
Apetito : disminución en la ingestión de alimentos	5
Pérdida de peso: asociada con ingestión disminuída de alimentos o metabolismo aumentado y reposos disminuídos..	7
Sexuales : líbido disminuída	6
Gastrointestinales : constipación	8
Cardiovasculares : taquicardia	9
Musculoesqueléticas : fatiga	10

EQUIVALENTES PSICOLOGICOS :

Agitación psicomotora	13
Retardo psicomotor	12
Confusión	11
Vacuidad	18
Desesperanza	14
Indecisión	16
Insatisfacción	20
Devaluación personal	17
Rumiación suicida	19

El falseamiento de la prueba por el sujeto se impide por el diseño de la misma, a través de la redacción de los items en forma positiva o negativa que impide a éste, constestar estereotipadamente; la escala fué ideada de modo que los items usados fueran 10 positivos y 10 negativos, de los cuales los enunciados negativamente están señalados por la palabra o las palabras en itálica de la forma siguiente (X) :

- 1.- Me siento abatido y melancólico
- 2.- En la mañana me siento mejor
- 3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar
- 4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche
- 5.- como igual que antes solía hacerlo
- 6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales
- 7.- Noto que estoy perdiendo peso
- 8.- Tengo molestias de constipación
- 9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre

- 10.- Me canso sin hacer nada
- 11.- Tengo la mente tan clara como antes
- 12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro
- 13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
- 14.- Tengo esperanzas en el futuro
- 15.- Estoy más irritable de lo usual
- 16.- Me resulta fácil tomar decisiones
- 17.- Siento que soy útil y necesario
- 18.- Mi vida tiene bastante interés
- 19.- Creo que les haría unfavor a los demás muriéndome
- 20.- Todavía disfruto de las mismas cosas

Se pide a los pacientes clasificar cada uno de los 20 items según como corresponda en el momento de responder la prueba, en los cuatro términos cuantitativos (14) :

- . Muy pocas veces
- . Algunas veces
- .. Muchas veces o casi siempre

La EAMD, está construída de manera tal, que el paciente menos deprimido y con menos molestias tenga la marca más baja en la escala y el paciente más deprimido y con más molestias tenga la más alta. Al evaluar la EAMD los valores 1,2,3,4, se asignan a respuestas que dependen de si el item fué expresado positivamente o negativamente, así, si son negativas van en orden 1,2,3,4, y si son positivas en orden inverso 4,3,2,1. (8)

El índice promedio en una serie de pacientes deprimidos hospitalizados previamente diagnosticados fué de más de 70 y en los pacientes ambulatorios previamente diagnosticados el índice fué de más de 60, las calificaciones bajas (menos de 40), obtenidas con los controles normales indicaron que no había depresión o que era de poca importancia y se obtuvieron índices de más de 50 en varios pacientes con desórdenes emocionales. (5)

Considerando las calificaciones que exceden del promedio de los índices de AMD (16) para los controles normales, es necesario que éstos sujetos reciban atención médica, tratamiento de la depresión, debido a que pueda tratarse de un diagnóstico primario o solamente sintomático. (17)

De acuerdo a los lineamientos de calificación de dicha escala, los adolescentes con calificación de 40 o más puntos entraron dentro del grupo de depresivos, de este grupo se realizó un escrutinio por ítem, con el fin de obtener cifras que fueran significativas por sexo.

B) REUNION DE DATOS

I.- PROCEDIMIENTO

A través de entrevistas, donde se explicó el objetivo y se planteó las condiciones de trabajo, se estableció un acuerdo con el coordinador de psicología de la Universidad del Valle de México plantel lomas verdes, quien tiene acceso a estudiantes de preparatoria de dicha institución por medio de las clases de orientación que reciben estos alumnos, durante las horas de estas clases, se permitió tomar 15 minutos para la aplicación del instrumento.

La EAMD, fué aplicada simultáneamente a hombres y mujeres, el procedimiento tuvo la siguiente secuencia :

1) seleccionados los grupos de preparatoria, se visitaron uno por uno, a cada grupo, se le explicó el motivo de la investigación para obtener su colaboración.

2) se les proporcionó simultáneamente una ficha de identificación y la EAMD. La ficha de identificación contenía los siguientes datos :

- a) edad
- b) escolaridad
- c) ocupación
- d) estado civil
- e) domicilio
- f) religión
- g) lugar de origen

En los casos de adolescentes del sexo femenino, se anotó una pregunta adicional respecto a si se encontraban en su período premenstrual o menstrual.

3) De los alumnos de la Universidad del Valle de México, plantel lomas verdes, se seleccionaron aquellos que satisfacían las siguientes condiciones :

- a) que se encontraran cursando preparatoria
- b) que su edad fluctuara entre 15 y 19 años
- c) que no tuvieran otra ocupación además de la de estudiantes
- d) solteros
- e) que radicaran en el municipio de Naucalpan de Juárez, edo. de México.
- f) fueran católicos
- g) su lugar de origen fuera el Distrito Federal o el estado de Naucalpan
- h) en el caso de las muchachas no se encontraran en período premenstrual o menstrual.

Una vez seleccionados, se dividieron dos grupos, 40 hombres y 40 mujeres, se calificó la escala para la automecisión de la depresión de acuerdo a los lineamientos de Willian Zung, la adaptación de Lara Tapia y Cols. (18), y la adaptación de Guillermo Calderón Narvaez (19).

Se desecharon las pruebas de los adolescentes con puntuaciones de 39 o inferiores por no considerarse deprimidos (20).

C) PROCESAMIENTO DE DATOS

I.- TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

El procedimiento estadístico fué el siguiente: la prueba está compuesta por 20 ítems, cuyas categorías de calificaciones por reactivo son 1,2,3,4; de cada una de las pruebas se sumaron el total de calificaciones y con el resultado se buscó el índice EAMD; se elaboraron dos listas, una de hombres y otra de mujeres, enumerados del 1 al 40 cada una, anotándose el índice EAMD y las frecuencias con que se presentaron en los sujetos éstos índices, y con el fin de realizar el análisis estadístico, para calcular las medias de los dos grupos.

Posteriormente, de las mismas 80 pruebas, se separaron las calificaciones de los ítems 14,16,17,18; nuevamente se elaboraron dos listas de cada uno de los ítems, una de hombres y otra de mujeres, enumeradas del 1 al 40, se anotó la calificación básica de cada ítem. Después se buscó la frecuencia con que se presentara dicha puntuación, para calcular la media de los dos grupos en cada uno de los ítems mencionados.

Se utilizaron las siguientes ecuaciones :

La ecuación de la media utilizada es :

$$X = \frac{\sum XF}{N}$$

Se calculó la varianza para cada una de las poblaciones e ítems seleccionados por medio de la siguiente ecuación :

$$S^2 = \frac{N(\sum X^2F) - (\sum XF)^2}{N(N-1)}$$

la cual es representativa de un conjunto de datos agrupados; se tenía que comprobar si existía o no diferencia significativa desde el punto de vista estadístico entre las dos poblaciones de adolescentes de sexo contrario. Para precisar estas diferencias se utilizó en el análisis de los datos la inferencia relativa a dos varianzas como prueba condición previa dentro del procedimiento; la finalidad fué estudiar la prueba F:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

para probar las diferencias entre las dos varianzas de las poblaciones de adolescentes, donde los valores críticos fueron: α , g_{11} , g_{12} ; donde el nivel de significancia es de 0.05 para cola de lado derecho.

Una vez aplicada la inferencia relativa a dos varianzas, si estas son iguales procedimos a aplicar la siguiente fórmula: el estadístico experimental T, por ser muestras mayores de 30, y porque esta fórmula tienen como prerequisite para usarla que dichas varianzas sean iguales:

$$t = \frac{(X_1 - X_2) - (M_1 - M_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

En el caso de encontrar diferencias significativas en las varianzas, completamos con la prueba de Fisher-Behrens, para obtener el número de grados de libertad :

$$gl = \frac{\left[\frac{(S_1^2)^2}{N} + \frac{(S_2^2)^2}{N} \right]^2}{\left[\frac{(S_1^2)^2}{N} \right]^2 / (N_1 + I) + \left[\frac{(S_2^2)^2}{N} \right]^2 / (N_2 + I)} - 2$$

HIPOTESIS PRINCIPAL

I) Se presenta mayor incidencia de depresión entre adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad que entre varones de la misma edad.

MUJERES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{1805}{40} = 45.1$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40 (83460) - (1805)^2}{40 (39)}$$

$$S^2 = \frac{(3338400) - (3258025)}{1560}$$

$$S^2 = \frac{80375}{1560} = 53.84$$

HOMBRES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{1687}{40} = 42.1$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40 (72759) - (1687)^2}{40 (39)}$$

$$S^2 = \frac{(2910360) - (2845969)}{1560}$$

$$S^2 = \frac{64391}{1560} = 41.28$$

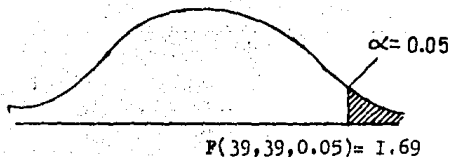
+ ver apéndice A

	N	\bar{X}	S^2
MUJERES (F)	40	45.1	53.84
HOMBRES (M)	40	42.1	41.28

1.- $H_0 : \sigma_m^2 \leq \sigma_f^2$

2.- $H_a : \sigma_m^2 > \sigma_f^2$

3.- $\alpha : 0.05$



4.- $F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \frac{53.84}{41.28} = 1.30$

5.- DECISION : Son iguales, se acepta H_0 .

CONCLUSION : No hay diferencia significativa de varianza de depresión entre adolescentes varones y adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad.

COMPLETANDO LA PRUEBA :

1.- $H_0 : \mu_f \leq \mu_m$

2.- $H_a : \mu_f > \mu_m$

3.- $\alpha : 0.05$



$$4.- T = \frac{(45.1 - 42.1) - 0}{\sqrt{\frac{53.84}{40} + \frac{41.28}{40}}}$$

$$T = \frac{3}{\sqrt{1.346 + 1.032}}$$

$$T = \frac{3}{\sqrt{2.378}}$$

$$T = \frac{3}{1.542} = 1.946$$

5.- DECISION : Se acepta H_a .

CONCLUSION : Existe diferencia entre las medias, se presenta mayor depresión en mujeres adolescentes que en hombres adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

HIPOTESIS SECUNDARIAS

II) Existe mayor depresión en las mujeres adolescentes debido a las diferencias significativas entre las esperanzas en el futuro. (item I4)

MUJERES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{63}{40} = 1.58$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40 (121) - (63)^2}{40 (39)}$$

$$S^2 = \frac{4840-3969}{1560}$$

$$S^2 = \frac{871}{1560} = 0.55$$

HOMBRES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{63}{40} = 1.58$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40 (119) - (63)^2}{40 (39)}$$

$$S^2 = \frac{4760-3969}{1560}$$

$$S^2 = \frac{791}{1560} = 0.50$$

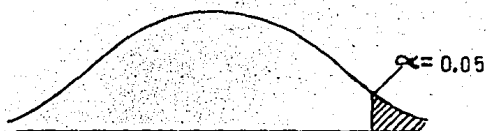
+ ver apéndice B

	N	\bar{X}	S^2
MUJERES (F)	40	1.58	0.55
HOMBRES (M)	40	1.58	0.50

1.- $H_0 : \sigma_m^2 \leq \sigma_f^2$

2.- $H_a : \sigma_m^2 > \sigma_f^2$

3.- $\alpha : 0.05$



$$F(39, 39, 0.05) = 1.69$$

$$4.- F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \frac{0.55}{0.50} = 1.1$$

5.- DECISION : se acepta H_0 .

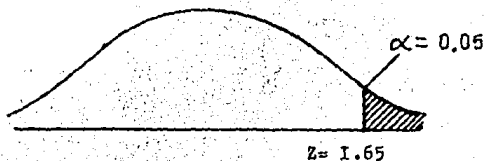
CONCLUSION : No hay diferencia significativa con respecto a las varianzas, acerca de las esperanzas en el futuro en hombres y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

COMPLETANDO LA PRUEBA :

1.- $H_0 : \mu_f \leq \mu_m$

2.- $H_a : \mu_f > \mu_m$

3.- $\alpha : 0.05$



$$4.- T = \frac{(1.58 - 1.58) - 0}{\sqrt{\frac{0.55}{40} + \frac{0.50}{40}}}$$

$$T = \frac{0}{\sqrt{0.013 + 0.012}}$$

$$T = \frac{0}{\sqrt{0.025}} = 0$$

5.- DECISION : se acepta H_0 .

CONCLUSION : No hay diferencias significativas respecto a las esperanzas hacia el futuro entre hombres y mujeres adolescentes, provienen de la misma población en varianzas, por lo tanto, son iguales.

III) Existe mayor depresión en las mujeres debido a las diferencias significativas en la toma de decisiones.
(item I6)

MUJERES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{103}{40} = 2.58$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40 (297) - (103)^2}{40 (39)}$$

$$S^2 = \frac{11880 - 10609}{1560}$$

$$S^2 = \frac{1271}{1560} = 0.81$$

HOMBRES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{82}{40} = 2.05$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40 (206) - (82)^2}{40 (39)}$$

$$S^2 = \frac{8240 - 6724}{1560}$$

$$S^2 = \frac{1516}{1560} = 0.97$$

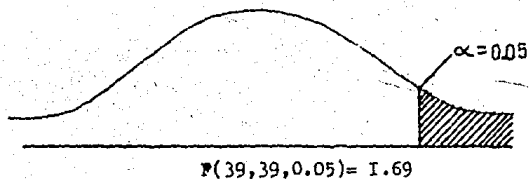
+ ver apéndice C

	N	\bar{X}	S^2
MUJERES (F)	40	2.58	0.81
HOMBRES (M)	40	2.67	0.97

1.- $H_0: \sigma^2 \leq \tau^2$

2.- $H_a: \sigma^2 > \tau^2$

3.- $\alpha = 0.05$



$$4.- F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \frac{0.81}{0.97} = 0.835$$

5.- DECISION : se acepta H_0 .

CONCLUSION : no hay diferencias significativas en varianzas con respecto a la dificultad en la toma de decisiones entre hombres y mujeres.

COMPLETANDO LA PRUEBA :

1.- $H_0: \mu_f \leq \mu_m$

2.- $H_a: \mu_f > \mu_m$

3.- $\alpha: 0.05$



$$t(39, 39, 0.05) = 1.65$$

$$4.- t = \frac{(2.58 - 2.07) - 0}{\sqrt{(0.81)/40 + (0.97)/40}}$$

$$t = \frac{0.51}{\sqrt{0.02025 + 0.02425}}$$

$$t = \frac{0.51}{\sqrt{0.445}}$$

$$t = \frac{0.51}{0.2109}$$

$$t = 2.418$$

5.- DECISION : se acepta H_a .

CONCLUSION : hay diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes respecto a las variaciones, las mujeres se deprimen más que los hombres porque les es difícil tomar decisiones.

IV) Existe mayor depresión en las mujeres adolescentes debido a las diferencias significativas entre la sensación de ser útil y necesario. (item I7)

MUJERES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{76}{40} = 1.9$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40(166) - (76)^2}{40(39)}$$

$$S^2 = \frac{6640 - 5776}{1560}$$

$$S^2 = \frac{864}{1560} = 0.553$$

HOMBRES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{76}{40} = 1.9$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40(166) - (76)^2}{40(39)}$$

$$S^2 = \frac{6640 - 5776}{1560}$$

$$S^2 = \frac{864}{1560} = 0.553$$

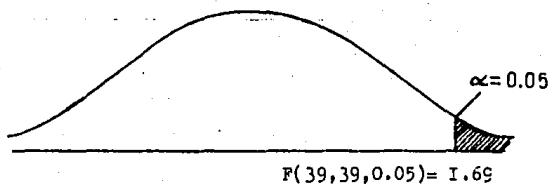
+ ver apéndice D

	N	\bar{X}	S^2
MUJERES (F)	40	1.9	0.553
HOMBRES (M)	40	1.9	0.553

1.- $H_0: \sigma_m^2 \leq \sigma_f^2$

2.- $H_a: \sigma_m^2 > \sigma_f^2$

3.- $\alpha: 0.05$



4.- $F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \frac{0.553}{0.553} = 1$

5.- DECISION : se acepta H_0 .

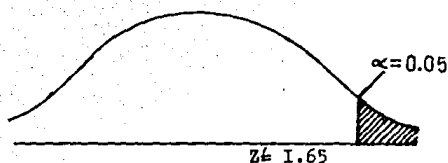
CONCLUSION : no hay diferencias significativas, provienen de la misma población en varianzas, por lo tanto, son iguales.

COMPLETANDO LA PRUEBA :

1.- $H_0: \mu_f \leq \mu_m$

2.- $H_a: \mu_f > \mu_m$

3.- $\alpha: 0.05$



$$4.- T = \frac{(1.9 - 1.9) - 0}{\sqrt{\frac{0.553}{40} + \frac{0.553}{40}}}$$

$$T = \frac{0}{\sqrt{0.01382 + 0.01382}}$$

$$T = \frac{0}{\sqrt{0.02764}}$$

$$T = \frac{0}{0.1662} = 0$$

5.- DECISION : se acepta H_0 .

CONCLUSION : no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes respecto a la sensación de ser útil y necesario, por lo tanto, son iguales.

- V) Existe mayor depresión en las mujeres adolescentes debido a las diferencias significativas entre el interés a la vida. (item I8)

MUJERES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{81}{40} = 2.025$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40(197) - (81)^2}{40(39)}$$

$$S^2 = \frac{7880 - 6561}{1560}$$

$$S^2 = \frac{1319}{1560} = 0.845$$

HOMBRES

$$\text{MEDIA : } \bar{X} = \frac{63}{40} = 1.575$$

$$\text{VARIANZA : } S^2 = \frac{40(115) - (63)^2}{40(39)}$$

$$S^2 = \frac{4600 - 3969}{1560}$$

$$S^2 = \frac{631}{1560} = 0.404$$

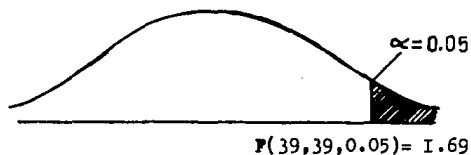
+ ver apéndice E

	N	\bar{X}	S^2
MUJERES (F)	40	2.025	0.845
HOMBRES (M)	40	1.575	0.404

1.- $H_0: \sigma_m^2 \leq \sigma_f^2$

2.- $H_a: \sigma_m^2 > \sigma_f^2$

3.- $\alpha = 0.05$



4.- $F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \frac{0.845}{0.404} = 2.09$

5.- DECISION : se acepta H_a .

CONCLUSION : hay diferencia significativa en varianza entre hombres y mujeres adolescentes en cuanto a que su vida tiene bastante interés.

COMPLETANDO LA PRUEBA :

1.- $H_0: M_f \leq M_m$

2.- $H_a: M_f > M_m$

$$3.- g_1 = \frac{\left[\frac{(0.845)^2}{40} + \frac{(0.404)^2}{40} \right]^2}{\left[\frac{(0.845)^2}{40} \right]^2 / 4I + \left[\frac{(0.404)^2}{40} \right]^2 / 4I} - 2$$

$$g_1 = \frac{\left[\frac{0.714025}{40} + \frac{0.163216}{40} \right]^2}{\left[\frac{0.714025}{40} \right]^2 / 4I + \left[\frac{0.163216}{40} \right]^2 / 4I} - 2$$

$$g_1 = \frac{\left[0.0178506 + 0.0040804 \right]^2}{\left[0.0178506 \right]^2 / 4I + \left[0.0040804 \right]^2 / 4I} - 2$$

$$g_1 = \frac{\left[0.021931 \right]^2}{0.0031864 / 4I + 0.0000166 / 4I} - 2$$

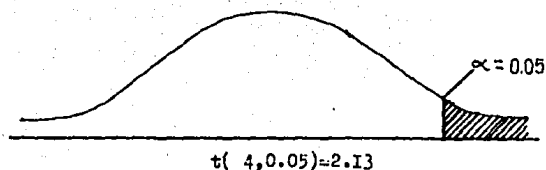
$$g_1 = \frac{0.0004809}{0.0000777 + 0.0000004} - 2$$

$$g_1 = \frac{0.0004809}{0.0000781} - 2$$

$$g_1 = 6.1574903 - 2$$

$$g_1 = 4$$

$$\alpha = 0.05$$



$$4.- t = \frac{(2.025) - (1.575) - 0}{\sqrt{(0.845)/40 + (0.404)/40}}$$

$$t = \frac{0.45}{\sqrt{0.0211 + 0.0101}}$$

$$t = \frac{0.45}{\sqrt{0.0312}}$$

$$t = \frac{0.45}{0.1766}$$

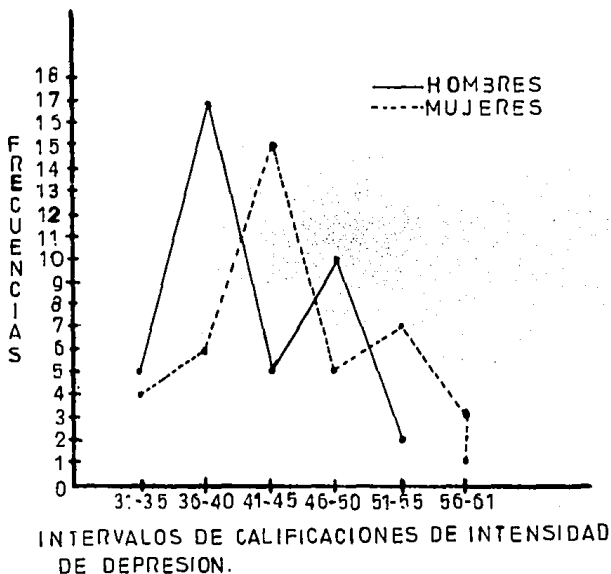
$$t = 2.548$$

DECISION ; se acepta H_A .

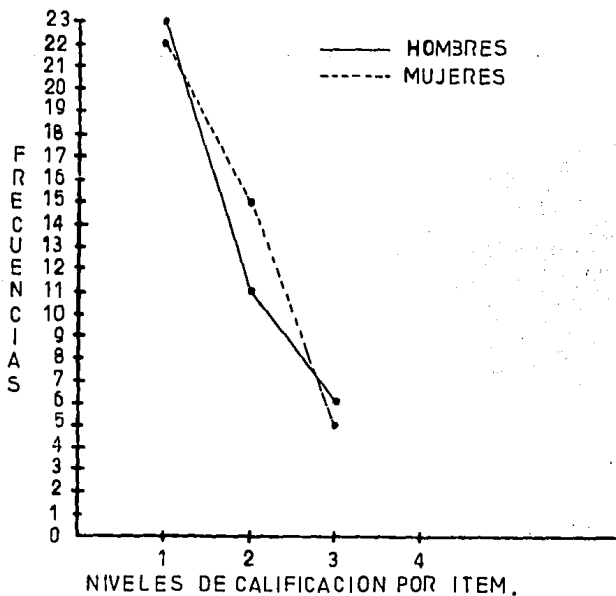
CONCLUSION : hay diferencias significativas entre hombre y mujeres adolescentes respecto a sus diferencias de medias; las mujeres se deprimen más que los nombres, porque existe menor interés en la vida de las mujeres.

5.9.- PRESENTACION DE DATOS

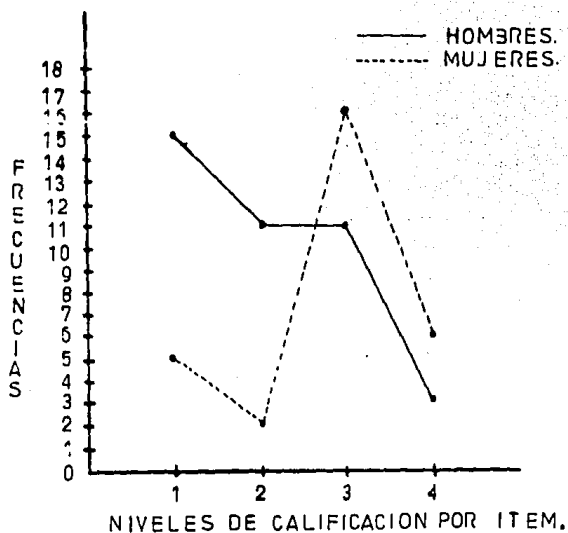
Representación gráfica de los resultados significativos de las diferencias marcadas en las hipótesis, y el grado de las mismas.



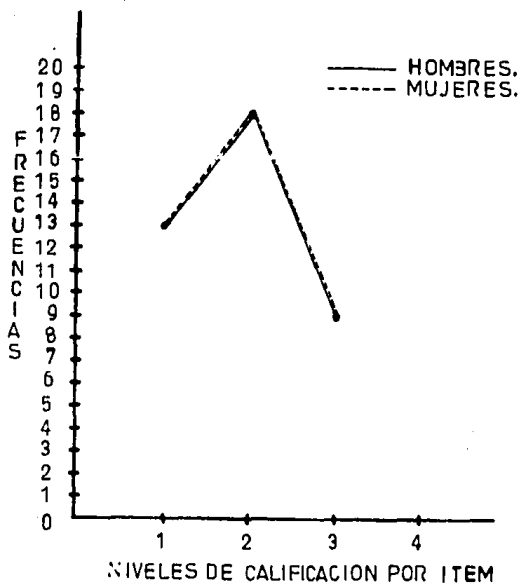
Gráfica comparativa de datos obtenidos mediante la prueba de la escala para la automedición de William Zung, de hombres y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad, aplicada a estudiantes de preparatoria de la Universidad del Valle de México, plantel lomas verdes.



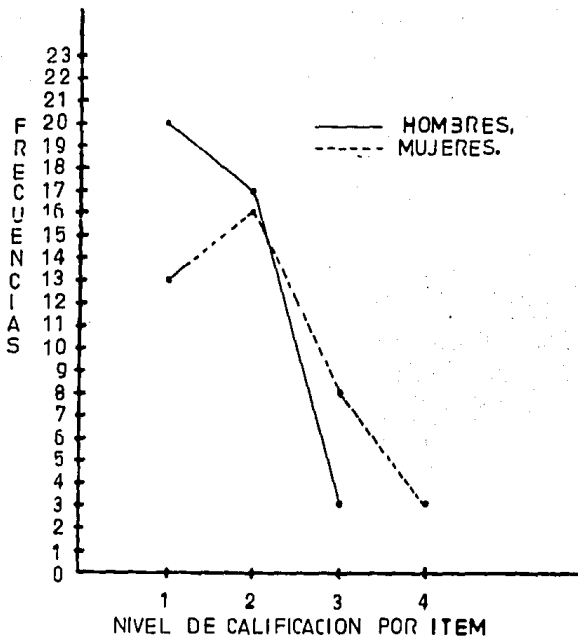
Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I4 de la Escala para la Automedición de la Depresión de Willian Zung, de una población de hombres y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad.



Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I6 de la Escala para la Automedición de la Depresión de Willian Zung, de una población de hombres y mujeres entre 15 y 19 años de edad.



Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I7 de la Escala para la Automedición de la Depresión de William Zung, de una población de hombres y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad.



Gráfica comparativa de distribución de frecuencias obtenida del ítem I8 de la Escala para la Automedición de la Depresión de Willian Zung, de una población de hombres y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

5.4.- " RESULTADOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS "

RESULTADOS :

Este trabajo consistió en un estudio comparativo de la incidencia de depresión entre hombres y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, y en un análisis de los ítems I4, I6, I7 y I8 de la escala para la automedición de la depresión, utilizada como instrumento de medición, estos ítems - que se consideraron, se tomaron como importantes características de la etapa adolescente, las cuales podrían arrojar datos que señalaran la tendencia de la mujer a deprimirse con más frecuencia que el hombre.

Los resultados estadísticos mostraron que :

- I) HIPOTESIS PRINCIPAL : se presenta mayor incidencia de depresión en mujeres adolescentes que en varones adolescentes entre 15 y 19 años de edad.
- 2) HIPOTESIS SECUNDARIAS :
 - a) ítem I4 : respecto a las esperanzas en el futuro no hay diferencias significativas.
 - b) ítem I6 : las mujeres adolescentes se deprimen más que los varones adolescentes porque les es más difícil tomar decisiones.
 - c) ítem I7 : en cuanto a la sensación de ser útil y necesario, no hay diferencias significativas.
 - d) ítem I8 : en relación a que su vida tiene bastante interés, se encontró que las mujeres tienen menor interés en su vida.

CONCLUSIONES :

En base a los resultados teóricos-prácticos de esta investigación se puede concluir que :

- 1) Aunque frecuentemente no es considerada la depresión en la adolescencia, podemos afirmar que en esta etapa de la vida se presentan lo que algunos autores llaman " equivalentes depresivos " en vez del cuadro clínico depresivo como tal.
- 2) El ámbito social del joven le determina y exige ciertas pautas de conducta para el manejo de su adolescencia, las cuales trata de superar mediante crisis psicopáticas y/o depresivas.
- 3) La disfuncionalidad de la dinámica familiar del joven es un factor decisivo que lleva a éste, a padecer depresión.
- 4) Las características de la sintomatología del síndrome normal de la adolescencia inducen al muchacho (a) a sentirse deprimido.
- 4) Por características físicas -biológicas, socioculturales y psicológicas, el sexo femenino se encuentra en alto riesgo de padecer síntomas depresivos.
- 6) Las características mencionadas en el punto anterior, se presentan a la adolescente en forma ambivalente; al mismo tiempo que tienen algo de amenazante representan una garantía de normalidad, lo cual la obliga a incorporar cosas nuevas y controlar sus impulsos por medio de la represión y la depresión.

- 7) Los estados depresivos se confieren a la adolescente por medio de las implicaciones psicológicas de su -- sexo, en cualidades de pasividad, dependencia y femineidad.
- 8) A la mujer adolescente le es más difícil tomar decisiones que al hombre adolescente (por características propia de su sexo) lo cual la lleva a experimentar inseguridad y depresión.
- 9) Existe mayor interés por la vida en los jóvenes que en las muchachas, lo que provoca en éstas, sentimientos depresivos por acontecimientos cotidianos frustrantes (ruptura de un noviazgo, reprobación de un examen escolar, etc.)
- 10) Se aplicó el estadístico inferencial, el cual nos permitió sacar e inferir conclusiones válidas aplicables a la población que cuente con las características que presentan los sujetos de la muestra.

SUGERENCIAS :

- 1) Ante casos donde se presenten " equivalentes depresivos " el psicólogo puede brindar ayuda al joven por medio de psicoterapia breve, donde exista buena relación médico-paciente y se brinde apoyo emocional.
- 2) El psicólogo debe recomendar en casos necesarios, terapia familiar, con el fin de lograr mayor apoyo para el adolescente desde su medio más significativo.
- 3) En casos donde se diagnostique la presencia de " equivalentes depresivos " como cristalizados, es decir, se hallen constituidos como rasgos determinantes de su personalidad y no sólo sean situaciones pasajeras, es necesario apoyar el tratamiento psicoterapéutico con farmacoterapia, debido a que los antidepresivos facilitan el rapport necesario para la psicoterapia.
- 4) Debe presentarse más atención al adolescente en sus reacciones.
- 5) Reconsiderar los factores educativos y socioculturales -- que influyen en el adolescente para que experimente depresión.
- 6) Considerar los cambios bruscos que sufre el sexo femenino en esta etapa de la vida.
- 7) Estar alerta cuando se presenten los siguientes índices de un cuadro clínico que conlleva el riesgo de suicidio en adolescentes (I) :
 - a) Estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado.
 - b) Alteraciones en el comer y el dormir.
 - c) Disminución social gradual y una mayor incomunicación

- con las personas.
- d) Ruptura de la comunicación con los padres y otras personas importantes en la vida del joven.
 - e) Antecedentes de intentos suicidas o complicación en accidentes.
 - f) Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso intenso de drogas o de alcohol, así como el manejo imprudente del automóvil.
 - g) Comentarios de tipo : " quisiera estar muerto " o " ¿ para qué vivir ? " .
 - h) Preguntas sobre las propiedades de las drogas, venenos o armas.
- IO) Sucesos que producen demasiada tensión nerviosa en la vida de un joven, como el fracaso escolar, la ruptura de un romance o la pérdida de algún ser amado.

A P E N D I C E S

APENDICE A

Cuadro I : sujetos e índice EAMD

Cuadro II: índices EAMD y frecuencias
de los mismos.

CUADRO I

MUJERESHOMBRES

SUJETOS	INDICE EAMD	SUJETOS	INDICE EAMD
I	44	I	31
2	44	2	44
3	44	3	33
4	53	4	40
5	40	5	48
6	60	6	43
7	38	7	49
8	45	8	36
9	41	9	49
10	44	10	49
11	53	11	50
12	45	12	38
13	39	13	35
14	48	14	31
15	44	15	38
16	54	16	35
17	44	17	45
18	43	18	51
19	45	19	60
20	46	20	40
21	45	21	49
22	41	22	39
23	61	23	39
24	53	24	38
25	46	25	38
26	41	26	36

MUJERES

SUJETOS	INDICE EAMD
27	34
28	61
29	36
30	54
31	33
32	33
33	53
34	50
35	41
36	46
37	35
38	51
39	38
40	38

HOMBRES

SUJETOS	INDICE EAMD
27	41
28	38
29	41
30	40
31	49
32	49
33	46
34	38
35	40
36	40
37	40
38	51
39	50
40	40

CUADRO II

X = índices EAMD

F = frecuencias

MUJERES

X	F	XF	X ²	X ² F
33	2	66	1098	2178
34	1	34	1156	1156
35	1	35	1225	1225
36	1	36	1296	1296
38	3	114	1444	4332
39	1	39	1521	1521
40	1	40	1600	1600
41	4	164	1681	6724
43	1	43	1849	1849
44	6	264	1936	11616
45	4	180	2025	8100
46	3	138	2116	6348
48	1	48	2304	2304
50	1	50	2500	2500
51	1	51	2601	2601
53	4	212	2809	11236
54	2	108	2916	5832
60	1	60	3600	3600
61	2	<u>122</u>	3721	<u>7442</u>
		1805		83460

X = índices EAMD

F = frecuencias

HOMBRES

X	F	XF	X ²	X ² F
31	2	62	961	1922
33	1	33	1089	1089
35	2	70	1225	2450
36	2	72	1296	2592
38	6	228	1444	8664
39	2	78	1521	3042
40	7	280	1600	11200
41	2	82	1681	3362
43	1	43	1849	1849
44	1	44	1936	1936
45	1	45	2025	2025
46	1	46	2116	2116
48	1	48	2304	2304
49	6	294	2401	14406
50	2	100	2500	5000
51	2	102	2601	5202
60	1	60	3600	3600
		<hr/>		<hr/>
		1687		72759

APENDICE B

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I4 de la EAMD.

Cuadro II : calificaciones básicas del ítem I4 de la EAMD y frecuencias de las mismas.

CUADRO I

MUJERESHOMBRES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM I4	SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM I4
I	I	1	I
2	2	2	2
3	2	3	I
4	I	4	I
5	3	5	2
6	I	6	I
7	I	7	2
8	I	8	I
9	2	9	I
10	I	10	I
11	I	11	2
12	I	12	2
13	I	13	2
14	I	14	I
15	I	15	I
16	3	16	I
17	2	17	I
18	2	18	2
19	I	19	3
20	2	20	2
21	2	21	I
22	2	22	I
23	2	23	I

MUJERESHOMBRES

<u>SUJETOS</u>	<u>CALIFICACION BASICA DEL ITEM 14</u>	<u>SUJETOS</u>	<u>CALIFICACION BASICA DEL ITEM 14</u>
24	2	24	1
25	3	25	2
26	1	26	3
27	1	27	2
28	1	28	1
29	1	29	2
30	1	30	1
31	1	31	1
32	2	32	1
33	3	33	3
34	1	34	2
35	1	35	1
36	3	36	3
37	2	37	3
38	1	38	1
39	1	39	2
40	3	40	1

CUADRO II

X= calificación básica del ítem I4

F= frecuencias

MUJERES

X	F	XF	X ²	X ² F
I	22	22	I	22
2	13	26	4	52
3	<u>5</u>	<u>15</u>	9	<u>45</u>
	40	63		119

HOMBRES

X	F	XF	X ²	X ² F
I	23	23	I	23
2	11	22	4	44
3	<u>6</u>	<u>18</u>	9	<u>54</u>
	40	63		121

APENDICE C

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I6 de la EAMD.

Cuadro II : calificaciones básicas del ítem I6 de la EAMD y frecuencias de las mismas.

CUADRO I

MUJERES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 16
I	3
2	2
3	3
4	I
5	2
6	3
7	4
8	2
9	3
10	2
11	3
12	2
13	3
14	I
15	2
16	3
17	4
18	4
19	2
20	3
21	2
22	3

HOMERES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 16
I	I
2	3
3	I
4	I
5	2
6	4
7	3
8	2
9	2
10	2
11	3
12	3
13	2
14	2
15	I
16	I
17	2
18	3
19	I
20	3
21	I
22	4

MUJERES

SUJETOS CALIFICACION
BASICA DEL
ITEM 16

23	3
24	2
25	4
26	2
27	4
28	1
29	2
30	4
31	3
32	3
33	3
34	1
35	1
36	3
37	2
38	2
39	3
40	3

HOMBRES

SUJETOS CALIFICACION
BASICA DEL
ITEM 16

23	3
24	2
25	2
26	3
27	1
28	1
29	2
30	3
31	4
32	2
33	1
34	3
35	3
36	1
37	1
38	1
39	1
40	2

CUADRO II

X = calificación básica del ítem I6

F = frecuencias

MUJERES

X	F	XF	X ²	X ² F
I	5	5	I	5
2	I3	26	4	52
3	I6	48	9	I44
4	<u>6</u>	<u>24</u>	I6	<u>96</u>
	40	I03		297

HOMBRES

X	F	XF	X ²	X ² F
I	I5	I6	I	I5
2	II	22	4	44
3	II	33	9	99
4	<u>3</u>	<u>I2</u>	I6	<u>64</u>
	40	83		222

APENDICE D

Cuadro I : sujetos y calificación básica del item I7 de la EAMD.

Cuadro II : calificaciones básicas del item I7 de la EAMD y frecuencias de las mismas.

CUADRO I

MUJERESHOMBRES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 17	SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 17
I	2	I	I
2	I	2	2
3	2	3	I
4	2	4	I
5	4	5	I
6	I	6	2
7	4	7	3
8	2	8	2
9	3	9	2
10	2	10	I
11	3	11	2
12	2	12	2
13	3	13	2
14	I	14	2
15	3	15	2
16	2	16	2
17	3	17	I
18	4	18	3
19	I	19	3
20	3	20	3
21	2	21	3
22	3	22	2

MUJERES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM I7
---------	---------------------------------------

23	3
24	2
25	4
26	2
27	3
28	I
29	4
30	3
31	I
32	3
33	3
34	I
35	2
36	3
37	3
38	I
39	3
40	I

HOMBRES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM I7
---------	---------------------------------------

23	I
24	3
25	I
26	3
27	I
28	I
29	3
30	I
31	2
32	2
33	I
34	I
35	3
36	2
37	2
38	2
39	2
40	2

CUADRO II

X = calificación básica del ítem I7

F = frecuencias

MUJERES

X	F	XF	X ²	X ² F
1	13	13	1	13
2	18	36	4	72
3	<u>9</u>	<u>27</u>	9	<u>81</u>
	40	76		166

HOMBRES

X	F	XF	X ²	X ² F
1	13	13	1	13
2	18	36	4	72
3	<u>9</u>	<u>27</u>	9	<u>81</u>
	40	76		166

APENDICE E

Cuadro I : sujetos y calificación básica del ítem I8 de la EAMD.

Cuadro II : calificaciones básicas del ítem I8 de la EAMD y frecuencias de las mismas.

CUADRO 1

<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 18	SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 18
1	3	1	1
2	1	2	2
3	2	3	1
4	2	4	1
5	2	5	1
6	2	6	2
7	1	7	2
8	2	8	1
9	3	9	2
10	1	10	2
11	2	11	2
12	1	12	1
13	2	13	2
14	1	14	1
15	2	15	2
16	1	16	2
17	2	17	1
18	3	18	1
19	1	19	2
20	2	20	3
21	1	21	1
22	3	22	1

MUJERES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 18
---------	---------------------------------------

23	3
24	2
25	4
26	2
27	4
28	1
29	1
30	3
31	2
32	3
33	3
34	1
35	2
36	4
37	1
38	1
39	2
40	2

HOMBRES

SUJETOS	CALIFICACION BASICA DEL ITEM 18
---------	---------------------------------------

23	1
24	1
25	2
26	3
27	2
28	1
29	1
30	2
31	2
32	1
33	1
34	1
35	3
36	1
37	2
38	2
39	2
40	1

CUADRO II

X = calificación básica del ítem I8

F = frecuencias

MUJERES

X	F	XF	X ²	X ² F
1	13	13	1	13
2	16	32	4	64
3	8	24	9	72
4	<u>3</u>	<u>12</u>	16	<u>48</u>
	40	81		197

HOMERES

X	F	XF	X ²	X ² F
1	20	20	1	20
2	17	34	4	68
3	3	9	9	27
4	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
	40	63		115

BIBLIOGRAFIA

DE

OBRAS CITADAS

CITAS BIBLIOGRAFICAS DE LA INTRODUCCION

- (1) McCLURE. " La depresión no respeta barreras de edad ". en " Depresión " MEDCOM, monografía preparada para lakeside laboratories, ed. única; Inc. Nueva York, 1970. P. 25
- (2) MCKINNEY, FITZGERALD, STROMMEN. " Psicología del desarrollo. edad adolescente ". 1a. ed., México: Edit. El manual moderno, S.A., 1982. P. 210.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DE LA DEFINICION DE
DEPRESION

- (1) CARRILLO CABRERA, Abel. " Tratamiento farmacológico de la depresión ". Tesis profesional. Facultad de psicología. UNAM. 1960. P. 65.
- (2) AGUILERA GOMEZ, Ma. Angelina. " Un estudio clínico y sociocultural de la histeria y depresión ". Tesis profesional. Facultad de psicología. UNAM. 1977. P.9.
- (3) CARRILLO CABRERA, Abel. Ob. cit. P. 65.
- (4) FENICHEL, Otto. " Teoría psicoanalítica de las neurosis " México : Edit. paidós, 1966. P. 436.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO I

- (1) GUARNER, Enrique. " Psicopatología clínica y tratamiento analítico ". 1a. ed.; México: Edit. Porrúa hnos., 1978. P. 13.
- (2) HILL, Denis. "La depresión en la historia" en "Depresión" MEDCOM, monografía preparada para lakeside laboratories, ed. única; Inc. Nueva York, 1970. P. 6.
- (3) POLAINO-LORENTE, Aquilino. "Depresión: actualización psicológica de un problema clínico ". 1a. ed.; MADRID (España): Edit. Alhambra, 1984. P. 5.
- (4) CALDERON NARVAEZ, Guillermo. "Depresión ". 1a. ed.; México: Edit. Trillas, 1984. P. 12.
- (5) Idem.
- (6) GUARNER, Enrique. Ob. cit. P. 19.
- (7) HILL, Denis. Ob. cit. P. 6.
- (8) Idem.
- (9) GOLDBERG, Arnold I. "Evolución de los conceptos psicoanalíticos de la depresión " en "Depresión y existencia humana" 1a. ed.; Barcelona (España): Edit. Salvat, 1961. PP. 110-111.
- (10) FREUD, Sigmund. "Duelo y melancolía ". 3a. ed.; Madrid (España): Edit. biblioteca nueva, 1973. Obras completas tomo 2. PP. 2091-2094.
- (11) Idem.
- (12) GOLDBERG, Arnold. Ob. cit. P. 112.
- (13) Ibíd. PP. 111-112.
- (14) Idem.
- (15) FENICHEL, Otto. "Teoría Psicoanalítica de las neurosis " Buenos Aires (Argentina): Edit. Paidós, 1979. PP. 436, 439 y sig.

- (16) GUARNER, Enrique. Ob. cit. P. 89.
- (17) GOLDBERG, Arnold I. Ob. cit. P. 113.
- (18) SEGAL, Hanna. " Introducción a la obra de Melanie Klein " 7a. reimpresión; Buenos Aires (Argentina): Edit. Paidós, 1979. PP. 30-32, 71-73, 83, 84.
- (19) GUARNER, Enrique. Ob. cit. P. 90.
- (20) SPLITZ, Rene. " El primer año de vida del niño ". 12. reimpresión; Madrid (España): Edit. Aguilar, 1979. PP. 108-116.
- (21) MAHLER, Margaret. " La separación -individuación ". México: Edit. Joaquín Mortiz, PP. 15, 16.
- (22) GUARNER, Enrique. Ob. cit. PP. 91, 92.
- (23) CALDERON HARVAEZ, Guillermo. Ob. cit. PP. 21, 22.
- (24) LARA TAPIA, Héctor. " algunas normas para la medición de la depresión ". Neurología-neurocirugía-psiquiatría, vol. 17, No. 1. México, 1976. PP. 6, 7.
- (25) CALDERON HARVAEZ, Guillermo. Ob. cit. PP. 22 y sig.
- (26) LARA TAPIA, Héctor. " Indíces de depresión en enfermos tuberculosos, un estudio controlado ". Neumología-cir. torax. vol. 36 (2), México, 1975. PP. 117, 118.
- (27) Se han realizado trabajos de tesis, la mayoría de ellos, referidos a la consulta bibliográfica. CPM. CARRILLO CABRERA, Abel. " tratamiento farmacológico de la depresión ". Tesis profesional. Facultad de psicología, México UNAM, 1955. Passim. AGUILERA GÓMEZ, ma. Angelina. " Un estudio clínico y sociocultural de la depresión ". Tesis profesional. Facultad de psicología. México, UNAM, 1977.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO II

- (1) Ky, Enry, BERNARD P., BRISSET CH. " Tratado de psiquiatría " 8a. ed.; Barcelona (España):Edit. Toray Masson, 1978. PP. 224.
- (2) CALDERON NARVAEZ, Guillermo. " Depresión ". 1a. ed.; México: Edit. Trillas, 1964. PP. 73-85.
- (3) Idem.
- (4) Idem.
- (5) FREDMAN, Alfred, Kaplan, Harold, SADOCK, Benjamin. " Compendio de psiquiatría". 1a. ed.; Barcelona (España):Edit. Salvat, 1975. PP. 270-279, 389.
- (6) GUARNER, Enrique. " Psicopatología clínica y tratamiento analítico " .1a.ed.; México:Edit. Porrúa hnos., 1978. PP. 96, 97.
- (7) COPPER, Alec. " Guadro clínico de la depresión". en depresión MEDCOM. monografía preparada para Lakeside Laboratories, Inc. ed. única; Inc. Nueva York, 1970. PP. 14-17.
- (8) BERGER, Phillip A. " Curso monográfico sobre temas selectos de la depresión ". ed. única.; México :Edit. centro de investigación y tratamiento de problemas depresivos, 1980. PP. 2-6.
- (9) CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Ob. cit. PP. 209-218.
- (10) Idem.
- (11) Idem.
- (12) STURCKON, Wina. " Depresión ". 1a. ed.; Barcelona (España): Edit. Grijalbo, 1981. PP. 171, 172.
- (13) Idem.
- (14) BERGER Phillip A. Ob. cit. PP. 2-6.

- (15) EY, Enry. Ob. cit. PP. 252.
- (16) CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Ob. cit. PP. 226.
- (17) BERGER, Phillip A. Ob. cit. PP. 2-6.
- (18) SELIGMAN, Max. cit. por MEDNICK, HIGGINS y KIRSCHBAUM en "La depresión, impotencia aprendida" en "Psicología". México: Edit. Diana, 1982. PP. 354-356.
- (19) JACOBSON, Edith. "El tratamiento psicoanalítico de los pacientes deprimidos" cit. por. ANTHONY, James en "Depresión y existencia humana". 1a. ed.; Barcelona (España): Edit. Salvat, 1981. PP. 379.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO III

- (1) POWELL, Marvín. "La psicología de la adolescencia". México : Edit. Fondo de cultura económica, 1981. PP. 13,15.
- (2) ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. "La adolescencia". Tomo 3. Barcelona (España): Edit. Océano, S.A. PP. 11,15.
- (3) BLOS, Peter. "Psicoanálisis de la adolescencia". 1a. reimpresión de la 3a. edición. México : Edit. Joaquín Mortiz, 1961. P. 16.
- (4) SOTO, Federico. "El desarrollo de la adolescencia". Art. organo informativo de los Centros de Integración Juvenil, año I ; número 3; México : Edit., Junio 1982. P. 22.
- (5) ABERASTURY, Arminda, y KNOBEL, Mauricio. "La adolescencia normal". 8a. reimpresión. Buenos Aires (Argentina) : Edit. Paidós, 1982. PP. 38,39.
- (6) FERNANDEZ MOUGAN, Octavio. "Abordaje teórico y clínico del adolescente". Buenos Aires (Argentina) : Edit. Nueva visión, 1968. P. 149.
- (7) ABERASTURY, Arminda y KNOBEL Mauricio. Ob cit. P. 160.
- (8) Ibíd. P. 41-43.
- (9) Ibíd. P. 43.
- (10) SOTO, Federico. Ob. cit. P. 23.
- (II) Idem.
- (12) ABERASTURY y KNOBEL . Ob. cit. P. 60.
- (13) SOTO, Federico. Ob. cit. P. 23.
- (14) POWELL, Marvín. Ob. cit.
- (15) ABERASTURY y KNOBEL. Ob. cit. PP. 67,68.
- (16) Ibíd. PP. 68,69,73.

- (17) FENICHEL, Otto. " Teoría psicoanalítica de las neurosis " Buenos Aires (Argentina):Edit. Paidós, 1962. apud ABERASTURY y KNOBEL. Ob. cit. P. 83.
- (18) BENEDEK, Therese. " Depresión y existencia humana ". Ia. impresión Barcelona (España): Edit. Salvat, 1981. P. 305.
- (19) BLOS, Peter. " The second individuation process of adolescence ". psychoanal. study chil 22:162, 1967. apud FEINSTEIN Sherman. " Depresión y existencia humana ". Ob. cit. P. 279.
- (20) FERNANDEZ MOUGAN, Octavio. Ob. cit. P. 283.
- (21) WEINER. " Psychological disturbances in adolescence ". Nueva York: Wiley, 1979. apud MCKINNEY, FITZGERALD y STROMMEN. " Psicología del desarrollo ". Ia. ed., México: Edit. El manual moderno, S.A., 1982. P. 210.
- (22) CAPLAN, LEBOVICI, (COPIADORES). " Psicología social de la adolescencia ". Ia. ed., Buenos Aires (Argentina) Edit. Paidós, 1973. P. 171.
- (23) FEINSTEIN, Sherman. " La depresión en la adolescencia ". apud ANTHONY, James y BENEDEK, Therese. Ob. cit. P. 289.
- (24) ABERASTURY, A. y KNOBEL M. Ob. cit. PP. 110-126.
- (25) FERNANDEZ MOUGAN, Octavio. Ob. cit. P. 283.
- (26) Idem.
- (27) Idem.
- (28) FEINSTEIN, Sherman. Ob. cit. 279.
- (29) FERNANDEZ MOUGAN, Octavio. Ob. cit. P. 286.
- (30) FEINSTEIN, Sherman. Ob. cit. P. 284.
- (31) MCKINNEY, FITZGERALD y STROMMEN. Ob. cit. P. 209.
- (32) FEINSTEIN, KALINA, KNOBEL, SLAPP. " Psicopatología y Psiquiatría del adolescente ". Ia. ed., Buenos Aires (Argentina): Edit. Paidós. P. 107.
- (33) Ibíd. PP. 108, 109.
- (34) Ibíd. PP. 295.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO IV

- (I) EY, Enry, BERNARD, P., BRISSET, CH. " Tratado de psiquiatría ". 3a. ed.; Barcelona (España) : Edit. Toray Masson, 1976. P. 228.
- (2) CAPLAN, LEOVICI, (COPIADORES). " Psicología social de la adolescencia ". 1a. ed., Buenos Aires (Argentina); Edit. Paidós, 1973. P. 169.
- (3) LEVIN LISKY, Tamara Esther. " Diferencias de las respuestas de hombres y mujeres en la depresión ". Tesis profesional de psicología. Universidad Iberoamericana, 1980. P. 56.
- (4) MAKYNNNEY, FITZGERALD, STROMMEN. " Psicología del desarrollo. edad adolescente ". 1a. ed., México : Edit. El manual moderno, S.A., 1982. P. 211.
- (5) LEVIN LISKY, Tamara Esther. Ob. cit. P. 6, 7.
- (6) POWELL, Marvin. " La psicología de la adolescencia ". 2da. reimpresión. México : Edit. Fondo de cultura económica, 1981. P. 182.
- (7) ANASTASI, Anne. " Psicología diferencial ". 2da. ed. Madrid (España): Edit. Aguilar, 1979. P. 412.
- (8) *Ibíd.* PP. 428, 429.
- (9) ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. " La adolescencia ". tomo 3. Barcelona (España): Edit. Océano, S.A., P. 14.
- (10) *Ibíd.* P. 15.
- (11) ANASTASI, Anne. Ob. cit. P. 421.
- (12) MUSSEN, CONGER, KAGAN. " Desarrollo de la personalidad en el niño ". Décimaprimer reimpresión. México : Edit. Trillas, 1979. P. 676.

- (13) ANASTASI, Anne. Ob. cit. P. 421.
- (14) Idem.
- (15) ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. Ob. cit. P. 13.
- (16) KLERMAN, Gerald. " Depresión en la práctica " en " Depresión " Monografía preparada para Lakeside laboratories, Inc. Por Medcom. Biblioteca del congreso, catálogo no. 78-137226. Inc. Nueva York, N.Y. 10017. P. 37.
- (17) WEIDECER, Paula. " Menstruación y menopausia ". México: Edit. Diana, 1979. PP. 234, 235.
- (18) ANASTASI, Anne. Ob. cit. P. 421, 422.
- (19) Idem.
- (20) MUSSEN, CONGER, KAGAN. Ob. cit. P. 676-678.
- (21) ANASTASI, Anne. Ob. cit. P. 425.
- (22) Idem.
- (23) ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. Ob. cit. P. 59.
- (24) Idem.
- (25) Idem.
- (26) ANASTASI, Anne. Ob. cit. P. 429.
- (27) ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. Ob. cit. P. 175.
- (28) LEVIN LISKY, Tamara Esther. Ob. cit. P. 21.
- (29) MUSSEN, CONGER, KAGAN. Ob. cit. P. 706, 707.
- (30) ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. Ob. Cit. P. 147.
- (31) LEVIN LISKY, Tamara Esther. Ob. cit. P. 21.
- (32) Idem.
- (33) Idem.
- (34) GUARNER, Enrique. " Psicopatología clínica y tratamiento analítico ". Ia. ed. MEXICO : Edit. Porrúa Hnos., 1978. P. 67.

- (35) ANASTASI, Anne. Ob. cit. P. 422.
- (36) BARDWICK, Judith. " Psicología de la mujer ". 3a. ed. Barcelona (España): Edit. Alianza, 1983. P. 339.
- (37) *Ibíd.* PP. 83, 84.
- (38) ANTHONY, James y BENEDEK, Therese. " Depresión y existencia humana ". 1a. ed. Barcelona (España): Edit. Salvat, 1981. P. 306.
- (39) GUARNER, Enrique. Ob. cit. P. 67.
- (40) FREUD, Sigmund. apud GUARNER, Enrique. Ob. cit. P. 66.
- (41) HORNEY, Karen. " Psicología femenina ". 3a. ed. Madrid (España): Edit. Alianza, 1982. PP. 49, 50.
- (42) GUARNER, Enrique. Ob. cit. P. 66.
- (43) FERNANDEZ, MOUGAN, Octavio. " Abordaje teórico y clínico del adolescente ". Buenos Aires (Argentina): Edit. Nueva visión, 1968. P. 249.
- (44) HORNEY, Karen. Ob. cit. PP. 187, 188.
- (45) BARDWICK, Judith. Ob. cit. P. 343.
- (46) LEVIN LISKY, Tamara Esther. Ob. cit. P. 8.
- (47) BARDWICK, Judith. Ob. cit. P. 343.
- (48) DAVIDOFF, Linda L. " Introducción a la psicología ". 2da. ed. México : Edit. Mc Graw Hill, 1984. P. 413.

CITAS BIBLIOGRAFICAS DEL
CAPITULO V

- (1) FERNANDEZ MOUGAN, Octavio. " Abordaje teórico y clínico del adolescente ". Buenos Aires (Argentina): Edit. Nueva visión, 1968. P. 249.
- (2) BAENA, Guillermina. " Instrumentos de investigación " 1a. reimpresión. México : Edit. editores mexicanos unidos, S.A., 1984. P. 19.
- (3) KERLINGER, Fred. " Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento ". 1a. ed. México : Edit. Interamericana, 1981. P. 116.
- (4) ARNAU GRAS, Jaime. " Psicología experimental ". 3a. reimpresión. México: Edit. Trillas, 1980. P. 99.
- (5) BAENA PAZ, Guillermina. Ob. cit. P. 59.
- (6) ARNAU GRAS, Jaime. Ob. cit. P. 137.
- (7) *Ibid.* P. 7-136.
- (8) ZUNG, William. " La medición de la depresión " 1a. ed., México: Edit. Farmaceuticos lakeside, S.A. P. I y sig.
- (9) LARA TAPIA, Héctor; RAMIREZ DE LARA, Leticia; LARA TAPIA, Luis. " Algunas normas para la medición de la depresión " Neurología-neurocirugía-psiquiatría. (México) vol. 17 No. 1, 1976. P. 6.
- (10) ZUNG, William y DURHAM, N.C. " Escala de automedición de la depresión ". The archives of general psychiatry. January 1965. vol. 12. PP. 63, 64.
- (11) LARA TAPIA, Héctor. Ob. cit. PP. 5, 6, 7.
- (12) ZUNG, William y DURHAM, N.C. Ob. cit. P. 66.
- (13) ZUNG, William. " Evaluating treatment methods for depressive

disorders ". Amer.J. Psychiat. 124: II may,1968 supp.
P. 43.

(14) ZUNG,William y DURHAM. Ob. cit. P. 64.

(15) *Ibíd* P. 65.

(16) ZUNG,William. " La medición de la depresión ". Ob. cit.
P. 4.

(17) *Idem*.

(18) LARA TAPIA,Héctor. Ob. cit. P. 5 y sig.

(19) CALDERON NARVAEZ,Guillermo. " Depresión ". Ia. ed. México:
Edit. trillas,1984. P. 22-23.

(20) ZUNG,William. " La medición de la depresión ". Ob. cit.
P. 5.

BIBLIOGRAFIA

FINAL

BIBLIOGRAFIA FINAL

ABERASTURY ARMINDA Y KNOBEL MAURICIO

La adolescencia normal.

Editorial Paidós.

Buenos Aires, Argentina, 1982.

ANASTASI ANNE

Psicología diferencial.

Editorial Aguilar.

Madrid, España, 1979.

ANTHONY JAMES Y BENEDEK THERESE

Depresión y existencia humana.

Editorial Salvat.

Barcelona, España, 1981.

AGUILERA GOMEZ MA. ANGELINA

Un estudio clínico y sociocultural de la histeria y depresión.

Tesis profesional.

Facultad de psicología, UNAM, 1977.

ARNAU GRAS JAIME

Psicología experimental.

Editorial Trillas.

México, 1980.

BAENA PAZ GUILLERMINA

Instrumentos de investigación.

Editores mexicanos unidos, S.A.

México, 1982

BARWICK JUDITH

Psicología de la mujer.

Editorial Alianza.

Barcelona, España, 1983.

BAVARESCO PRIETO AURA M.

Las técnicas de la investigación.

Editorial South-Western publishing Co.

U.S.A., 1979.

BERGER PHILLIP A.

Curso monográfico sobre temas selectos de la depresión.

Editorial Centro de investigación y tratamiento de problemas depresivos.

México, 1980.

BLOS PETER

Psicoanálisis de la adolescencia.

Editorial Joaquín Mortiz.

México, 1981.

CALDERON NARVAEZ GUILLERMO

Depresión.

Editorial Trillas.

México, 1984.

CAMPBELL DONALD Y STANLEY JULIAN

Diseños experimental y cuasiexperimentales en la investigación social.

Editorial Amorrortu.

Buenos Aires, Argentina, 1982.

CAPLAN G., LEOVICI,(COPIADORES)

Psicología social de la adolescencia.

Editorial Paidós.

Buenos Aires Argentina,1973.

CARRILLO CABRERA ABEL

Tratamiento farmacológico de la depresión.

Tesis profesional.

Facultad de medicina,UNAM,1960.

CASTRO LUIS

Diseño experimental sin estadística.

Editorial Trillas.

México,1980.

CONGER JOHN

Adolescencia.

Editorial Harla.

México,1980.

DAVIDOFF LINDA L.

Introducción a la psicología.

Editorial Mc Graw Hill.

México,1984.

DEMETRIADES JORGE

El síndrome depresivo.

Revista de psicología.

Facultad de psicología,UNAM,1977. Vol.II.

DIOS HABLA HOY

Cap. 31:ver 4,5.

Editorial Sociedades bíblicas unidas.

Puebla México,1979.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO

Editorial Océano,S.A.

Barcelona España.

EY ENRY, BERNARD P.,BRISSET CH.

Tratado de psiquiatría.

Editorial Toray Masson.

Barcelona España,1978.

FENICHEL OTTO

Teoría psicoanalítica de las neurosis.

Editorial Paidós.

Buenos Aires Argentina,1969.

FERNANDEZ MOUGAN OCTAVIO

Abordaje teórico y clínico del adolescente.

Editorial Paidós.

Buenos Aires Argentina,1982.

FEINSTEIN S.,KALINA E.,KNOBEL M.,SLAPP B.

Psicopatología y psiquiatría del adolescente.

Editorial Paidós.

Buenos Aires Argentina,1973.

FREDMAN A., KAPLAN H., SADOCK B.

Compendio de psiquiatría.

Editorial Salvat.

Madrid España, 1975.

FREUD SIGMUND

Obras completas.

Editorial Biblioteca Nueva.

Madrid España, 1981.

FREUD ANNA

El yo y los mecanismos de defensa.

Editorial Paidós.

Barcelona España, 1981.

GUARNER ENRIQUE

Psicopatología clínica y tratamiento analítico.

Editorial Porrúa Hnos.

México, 1978.

HILL DENIS Y HOLLISTER LEO E.

Depresión.

Monografía preparada para lakeside laboratories.

Inc. Nueva York, 1970.

HORNEY KAREN

Psicología femenina.

Editorial Alianza.

Madrid España, 1982.

JHONSON ROBERT

Estadística Elemental.

Editorial Trillas.

México, 1982.

KERLINGER FRED N.

Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento.

Editorial Interamericana.

México, 1984.

KRAFT

Psiquiatría.

Editorial Interamericana.

México, 1981.

LARA TAPIA HECTOR, RAMIREZ DE TAPIA LETICIA, LARA TAPIA LUIS.

Algunas normas para la medición de la depresión.

Neurología-neurocirugía-psiquiatría Vol. 17 No. 1.

México, 1976.

LARA TAPIA HECTOR, RAMIREZ DE LARA LETICIA, VARGAS DE LUNA.

Índices de depresión en enfermos tuberculosos, un estudio controlado.

Neumología Cir. Torác Vol 36 No. 2.

México, 1975.

LANGER MARIE

Maternidad y sexo.

Editorial Paidós.

Buenos Aires Argentina, 1978.

LEVIN LISKY TAMARA ESTHER

Diferencias de las respuestas de hombres y mujeres en la depresión.

Tesis profesional.

Facultad de psicología. Universidad Iberoamericana, 1980.

McGUIGAN P.J.

Psicología experimental.

Editorial Trillas.

México, 1983.

MAHLER MARGARET

La separación-individuación.

Editorial Joaquín Mortiz.

México, 1982.

MCKINNEY, FITZGERALD, STROMMEN.

Psicología del desarrollo.

Editorial El Manual Moderno.

México, 1982.

MUSSEN, CONGER, KAGAN

Desarrollo de la personalidad en el niño.

Editorial Trillas.

México, 1979.

POLAINO LORENTE AQUILINO

Depresión: actualización psicológica de un problema clínico.

Editorial Alhambra.

Madrid España, 1984.

POWELL MARVIN

La psicología de la adolescencia.
Editorial Fondo de Cultura Económica.
México, 1981.

ROJAS SORIANO RAUL

Guía para realizar investigaciones sociales.
Editorial UNAM.
México, 1979.

SEGAL HANNA

Introducción a la obra de Melanie Klein.
Editorial Paidós.
Buenos Aires Argentina, 1979.

SOTO FEDERICO

El desarrollo de la adolescencia.
Editorial Organó Informativo de los Centros de
Integración Juvenil. año I No. 3.
México, 1982.

SPITZ RENE

El primer año de vida del niño.
Editorial Aguilar.
Barcelona España, 1982.

STURGEON WINA

Depresión.
Editorial Grijalbo.
Barcelona España, 1981.

WEINER Y ELKIND

Desarrollo normal y anormal del adolescente.
Editorial Paidós.
Buenos Aires Argentina, 1976.

WEIDEGER PAULA

Menstruación y menopausia.
Editorial Diana.
México, 1979.

ZUNG WILLIAM Y DURHAM N.C.

Escala de automedición de la depresión.
The archives of general psichiatty, January, 1965. Vol. 12.

ZUNG WILLIAM

Evaluating treatment methods for depressive disorders.
Amer. J. Psichiatt. 124 : II may, 1968 supp P. 43.

ZUNG WILLIAM

La medición de la depresión.
Editorial farmaceuticos lakeside, S.A.
México.

ZUNG WILLIAM Y DURHAM N.C.

Factors influencing the sel-rating depression scale.
Archives general psichiatty, may 1967, vol. 16.
Copyright, American medical association.