

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM**

TESIS

**RASGOS COGNITIVOS DE DEPRESIÓN EN ALUMNOS DE
BACHILLERATO UTILIZANDO EL INVENTARIO DE
DEPRESIÓN DE BECK.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTA:**

GUADALUPE ZEFERINA UTRILLA CASTILLO

**DIRECTOR DE TESIS:
MAESTRA CRISTINA HEREDIA ANCONA**

MÉXICO, D.F. ENERO 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICTORIAS.

En nuestras vidas ocurren tantas cosas, de ellas vamos tomando experiencias y dirigiendo nuestros destinos, las circunstancias me dirigieron a concretar una parte que tenía que completar, y esta es la profesional. En este destino por fortuna han estado presentes muchas personas como lo son mi familia amigos y profesores algunos escolares otros de la vida. Más siento que en este espacio me es necesario agradecerles a todos ellos el haber compartido y participado en este proyecto llamado tesis, pues he de decir que todos y cada uno mostró interés y no escatimaron su apoyo para su realización.

Debo decir que todos son parte de lo que es mi vida...

Mis padres y hermanos quienes solapan cualquier empresa que me proponga.

En la parte laboral, mis compañeros, amigos cercanos, invaluable su atención y confianza en lo que haga. De manera importante, participar como maestra de escuela, lo que me ha dado muchas satisfacciones y no solo experiencia sino entereza. Ni hablar de las personas que dirigen este centro escolar que siempre han apoyado todos mis proyectos y me han hecho parte de esta empresa que es la educación.

Y que decir de mis afectos brindando confianza y solidaridad para el logro de cualquier cosa que me proponga siempre y cuando sea para crecer.

Mis amigos siempre dispuestos ha escuchar, proponer incluso participar, quienes cuentan con mi gran afecto.

Gracias.

Lupita.

ÍNDICE		PÁG.
DEDICATORIAS		4
RESUMEN.		5
INTRODUCCIÓN.		6
MARCO TEÓRICO.		8
1.1	Depresión.	8
1.2	Depresión en México.	8
1.3	Etiología de la depresión.	12
1.3.1	Factores biológicos.	12
1.3.2	Factores genéticos.	14
1.3.3	Factores psicosociales.	15
1.3.4	Factores precipitantes de la depresión.	16
1.3.5	Enfoques teóricos de la depresión.	18
1.4	Clasificación de la depresión.	18
1.4.1	Clasificación de la depresión en el DSM-IV.	20
1.4.2	Clasificación de la depresión en el CIE 10.	27
1.5	La depresión en el adolescente.	30
1.5.1	La adolescencia.	30
1.5.2	Manifestaciones clínicas del adolescente con depresión.	34
1.5.2.1	Descripción clínica.	34
1.6	Teoría cognitiva.	36
1.6.1	Modelo cognitivo de la depresión.	37
1.6.2	Procesos del pensamiento cognitivo.	39
1.7	Identificación de la depresión.	39
1.7.1	Inventario de Depresión de Beck (IDB).	40
1.7.1.1	Descripción del Instrumento.	40
1.7.1.2	Aplicación del Inventario de Depresión de Beck en México.	41
1.7.1.3	Validez.	42

MÉTODO.	44
Consideraciones previas.	44
Problema de investigación.	44
Preguntas de Investigación.	44
Objetivo general.	45
Objetivos específicos.	45
Hipótesis.	45
Variables.	47
Diseño: Tipo de investigación.	48
Población y sujetos.	49
Contexto y escenarios.	49
Procedimientos.	49
Instrumentos.	49
Diseño estadístico.	49
ANÁLISIS DE DATOS.	50
Presentación de resultados.	50
Análisis de datos.	50
Análisis estadístico.	51
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	60
Discusión.	60
Conclusiones.	63
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.	65
Sugerencias.	65
Limitaciones.	65
REFERENCIAS	67

RESUMEN.

El objetivo de esta investigación, fue identificar si existe depresión en los adolescentes que asisten a una escuela de nivel bachillerato y determinar los rasgos cognitivos de depresión que presentan. La muestra fue de 530 alumnos, entre 15 a 21 años. Los instrumentos fueron: Encuesta sociodemográfica, Inventario de Depresión de Beck y el promedio de calificación. Se llevó a cabo un análisis estadístico, así como interpretación bajo la teoría cognitiva.

De acuerdo a los resultados, el 23% de los jóvenes sufre depresión, los rasgos cognitivos de depresión más destacados de acuerdo al Inventario de Beck son: (Q) fatigabilidad, (C) sensación de fracaso y (J) llanto. En el Inventario los puntajes más altos fueron los de 2° y 6° semestre. Por edad, no aparecen diferencias significativas. En el promedio académico, hay diferencias significativas entre los que presentan depresión y los de depresión leve, siendo el más alto con promedio 7. Por uso de drogas no hay diferencias significativas. Con quien vivan no afecta el nivel de depresión. Por dependencia económica, los dependientes presentan más rasgos depresivos.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema y justificación.

En la actualidad el problema de la depresión se ha visto más destacado, ya que es uno de los problemas de salud mental más frecuentes. En los adolescentes, ocurre que la depresión no se identifica con pertinencia, debido a que en su mayoría, es atribuida a manifestaciones de conductas inadecuadas, propias de la edad, como consecuencia, éste se verá limitado en el desarrollo de sus capacidades, toma de decisiones, habilidades sociales y desempeño académico entre otros.

Además es observable que en instituciones educativas, como las del nivel bachillerato, no contemplan la existencia de la depresión y ven algunos síntomas de la enfermedad que presentan los jóvenes, como conductas, que califican como de rebeldía, falta de interés en los estudios, retraimiento o inestabilidad. O bien que estas conductas negativas son originadas por desajustes familiares, que tienen que lidiar y superar por madurez.

La población escolar a la cual se le hizo el estudio sobre rasgos cognitivos de depresión, es de jóvenes entre 15 y 21 años. Considerando que los adolescentes deprimidos tienen con mayor frecuencia distorsiones cognitivas intensas, como es la percepción del entorno de manera negativa y de si mismos. Así como atribuciones negativas, como el pensar que todo lo malo que ocurre es por su causa. La desesperanza, como una atribución de consecuencias por causas externas incontrolables. También déficit en las habilidades sociales y baja autoestima. Y que por otro lado en el proceso de la adolescencia surge la búsqueda de la independencia, estado de ánimo malhumorado, opositorista y negativista. Además de que como adolescente es difícil percatarse de los malestares emocionales que le aquejan y pensar en ellos. Sumado a esto la presencia de la depresión puede ser un factor de alto riesgo para hacer el uso de alcohol y drogas, como una fuga al malestar que produce, así como bajo aprovechamiento, agresión, y problemas de conducta entre otras. (Ortiz, en Excelsior 2004).

Hay que considerar que en la depresión, la persona presenta. Descuido en el arreglo y aseo personal, expresión de tristeza y enlentecimiento de sus movimientos, pérdida del apetito y peso, aislamiento, falta de ánimo por las actividades habituales y laborales, disminución importante del interés y actividad sexual, insomnio. Se encuentra abstraída con sus pensamientos, la atención y la concentración decaen, hay fallas en la memoria reciente, dificultad en la toma, de decisiones. En el adolescente, los rasgos de depresión pueden ser de orden biológico o experiencial. Estos síntomas se verán reflejados en el desempeño de las actividades que lleven a cabo, limitando su desenvolvimiento, es decir, en sus relaciones familiares, escolares y sociales, además de insatisfacción en si mismo.

Por lo anterior es importante conocer en los alumnos de una escuela Bachiller a través de la correlación que existe entre, la edad, rendimiento académico, ocupación, uso de sustancias, con quien vive y el nivel de depresión, así como la prevalencia de los rasgos cognitivos de

depresión en las 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas de la depresión, del Inventario de Depresión de Beck.

Para así, hacer posibles acciones y abatir no sólo las conductas poco efectivas que presentan, mismas que limitan su desarrollo de forma satisfactoria en el ámbito que se desenvuelve, sino que, además el sujeto mismo vea alternativas para su bienestar emocional y mejor calidad de vida.

Además el identificar alumnos que presentan depresión, así como los rasgos cognitivos de la depresión, a través del Inventario de Depresión de Beck, permitirá la oportuna canalización y atención en instituciones de salud mental, en caso de que el alumno presente depresión. .

MARCO TEÓRICO

La depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo, que cuando surge en el adolescente no es identificada plenamente por el individuo ni por la sociedad, por lo tanto no es atendida con oportunidad ya que se le confunde con tristeza o un estado pasajero propio de la edad, sin embargo la depresión, puede tener un origen biológico, genético, cognitivo o psicosocial, además de tener factores precipitantes. Las diversas modalidades y características que tenga la depresión harán su gravedad y su forma.

1.1 Depresión.

La depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo, de tal manera que deteriora el funcionamiento global del individuo y se caracteriza por:

Apatía, tristeza, pesimismo, desaliento irritabilidad, abatimiento, desesperanza, llanto frecuente, baja autoestima aislamiento social, sentimiento, de culpa, insomnio, hipersomnia, voluntad afectada, dificultad para concentrarse, disminución para sentir placer, disminución del deseo de vivir, disminución de la energía vital, disminución de la productividad, aumento o disminución del apetito, agitación o lenificación psicomotriz, quejas somáticas diversas e inespecíficas, disminución del interés y capacidad sexual. (González Ruelas, 2000).

Desde el punto de vista cognitivo. La depresión se define como el "Desorden afectivo en el cual las cogniciones de los sujetos deprimidos están dominadas por contenidos y procesos idiosincráticos e irreales, tendiendo a una exageración de errores y encontrando obstáculos en todas sus acciones". Esto es, que la persona expresa temas recurrentes de poco respeto así mismo, privación, autocritica y autocensura, problemas y obligaciones agobiantes, autodominio, autoprohibiciones y deseos escapistas y suicidas. Estas cogniciones son distorsionadas e irreales ya que el individuo tiende a exagerar sus errores y obstáculos en su camino. (Beck, 1986).

1.2 Depresión en México.

En México el cinco por ciento de la población sufre depresión, y en el mundo 150 millones de personas tienen este mismo padecimiento, afirmó la coordinadora del Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, Indicó que el suicidio es más alto en los hombres y los medios son distintos. Las mujeres generalmente se cortan las venas y toman pastillas, mientras que los varones se ahorcan o se dan un balazo tras tomar una decisión impulsiva. (Ortiz en El Economista, 2004).

Se considera que el 40 por ciento de la población económicamente activa está deprimida, asegura Irma Corlay, médico psiquiatra del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (Ibarra, 2007).

Sin embargo, las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud (SSA) refieren que de 12 a 20 por ciento de la población de 18 a 65 años de edad -más de 10 millones de individuos- están deprimidos o sufrirán algún episodio de depresión en algún momento de su vida. La misma dependencia reconoce que, por lo general, la depresión no es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad. (Ibarra, 2007).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de México, proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. (Medina-Mora, 2004).

Generalmente este padecimiento comienza en las mujeres a partir de la tercera década y es riesgoso, pues interrumpe la crianza de los hijos, quienes tienden a repetir los cuadros clínicos. Ello porque las condiciones de tensión sostenida provocan modificaciones en el sistema nervioso central, lo que explica su aparición, además de que los antecedentes familiares duplican o triplican el riesgo. (Ortiz en El Economista, 2004).

También pueden desarrollar depresión, aquellas personalidades con tendencia al abatimiento bajo presión o a dependencia hacia los demás, es decir aquellas sin autonomía, sin capacidad para la socialización, con tendencia al aislamiento, a la autculpa, con inseguridad, obsesividad o muchas preocupaciones. (Ortiz en El Economista, 2004).

Para su diagnóstico, se debe evaluar una serie de elementos de manera persistente por más de dos semanas como: pesimismo, tristeza, incapacidad para afrontar o resolver problemas cotidianos, pérdida de capacidad para disfrutar, autorreproches, indecisión, dudas, pensamiento obsesivo y desesperanza. Además de ansiedad, sentimientos de culpa, vergüenza, autodesprecio, irritabilidad e intranquilidad. También son comunes las faltas al trabajo y en los estudiantes se muestra una disminución en su rendimiento escolar, esto nos indica que es un trastorno multifactorial. (Ortiz en El Economista, 2004).

A nivel físico se presentan síntomas depresivos como lo son el insomnio, se producen dolores de cabeza, mareos, disminución del interés sexual, cansancio, retardo motriz y agitación; regularmente, la persona se siente mal por la mañana y mejora en la tarde. (Ortiz en El Economista, 2004).

Otro aspecto sería que entre el 25 y 60 por ciento de los pacientes de los servicios de medicina general o interna presentan problemas de orden neurológico, es decir psiquiátricos, más que corporales como los son los padecimientos de orden médico. Por ejemplo, en los seis meses posteriores al parto puede haber depresión por cambios hormonales y alteraciones de rol. (Ortiz en El Economista, 2004).

Los factores que predisponen al desarrollo de la depresión en los jóvenes son el género femenino, las enfermedades crónicas (diabetes), los cambios hormonales (pubertad), el

antecedente de depresión en padres o familiares, variantes genéticas del gen transportador de serotonina, abandono o abuso en la infancia, nivel socioeconómico bajo, la pérdida de seres queridos y trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, de conducta o de aprendizaje, tabaquismo y el antecedente de depresión. (Chávez- León, 2007).

La depresión está presente en los adolescentes en un 5 %. A partir de los 14 años este trastorno se hace más frecuente en las mujeres (2:1). Frecuentemente coexiste con otras patologías depresivas, trastornos de ansiedad, uso de sustancias, trastornos de conducta y déficit de atención. (Chávez- León, 2007).

Se piensa que, juventud y depresión son una mancuerna peligrosa y así lo demuestran los estudios epidemiológicos realizados, los que han reportado tasas de prevalencia de la depresión desde 0.4 a 8.3%. Así la depresión se convierte en un problema de salud pública ya que por lo menos el 15% de los adolescentes son potencialmente vulnerables a la enfermedad. (Partners, 2005).

La adolescencia, es una etapa difícil en el desarrollo del ser humano, que puede convertirse en complicada cuando se añaden circunstancias biológicas o sociales negativas, que podrían dar como resultado un joven deprimido. Por otro lado, durante esta etapa el individuo experimenta cambios drásticos como la transformación de su cuerpo y con ello el trato que recibe de su familia; paralelamente la sociedad le pide elegir una profesión que será para toda la vida. Todo este panorama hace que el joven de repente se sienta abrumado con sus nuevas responsabilidades y frustrado con la poca libertad de acción. (De la Peña, 2004).

Es importante tener en cuenta los cambios propios de la adolescencia, por que si no se manejan adecuadamente, se podrían dar otra serie de situaciones negativas alrededor, como lo sería, una decepción amorosa, el fracaso escolar, desinterés de los padres o la muerte de algún familiar. En estos casos la salida más fácil sería, a través de las drogas y el alcohol, o poniendo en riesgo la vida conduciendo a altas velocidades, practicando el sexo sin protección o incluso pensando y consumando el suicidio”, explica el psiquiatra De la Peña.

También hay que mencionar que la depresión tiene un sustrato biológico más o menos establecido. Que tiene que ver con un grupo de neurotransmisores y áreas del cerebro ya bien identificadas en donde existe una alteración en el funcionamiento, que ante situaciones disparadoras como las mencionadas anteriormente, ésta vulnerabilidad biológica se hace evidente. (De la Peña, 2004).

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno. (Medina-Mora, 2004).

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la

depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante. (Medina-Mora, 2004).

Se estima que dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia, casi una cuarta parte de los 7.3 millones que han padecido un episodio de depresión alguna vez en su vida. Los que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de su vida; el primero, con una duración promedio de 31 meses, o dos años y medio, lapso durante el cual generalmente no reciben tratamiento. (Benjet, 2006).

En un estudio con adolescentes de una población clínica, 90% de ellos con depresión mayor experimentó algún trastorno comórbido. Los hallazgos de esta encuesta para la depresión con inicio temprano señalan mayor comorbilidad únicamente para ciertos trastornos. Los deprimidos con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, comparados con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. No hubo diferencias para la ideación suicida, la realización de un plan o para un intento de suicidio entre aquellos de inicio temprano e inicio en la adultez. (Medina-Mora, 2004).

Los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas. (Benjet, 2006).

En nuestro país una de cada cinco personas ha sufrido de depresión en algún momento de su vida, problema que, en algunos de los casos lo ha llevado a la muerte, de tal forma que en las últimas dos décadas, el número de suicidios ha aumentado en un 156 por ciento, aseveró el investigador Oscar Galicia Castillo. (Ibarra, 2007).

El efecto de mayor frecuencia respecto al suicidio, es la depresión y con ella sentimientos de soledad, desesperanza, culpa pesar y coraje. También ocurre el suicidio, cuando el paciente comienza a deprimirse, o cuando se esta recuperando de una depresión. La depresión en la fase de agitación hace más probable el suicidio, mientras que la fase de retardo psicomotriz lo disminuye. Puede ocurrir que el intento o amenaza de suicidio represente un síntoma grave de angustia, que refleja problemas largamente existentes en la familia. (Pinzón, 1971). Citado en (Loza, 1995).

Estadísticas del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) indican que en México, los adolescentes representan el grupo de edad más vulnerable para el suicidio, a causa de situaciones o problemas, aunado a factores de depresión, ansiedad,

daño neurológico en etapas tempranas, así como el consumo de sustancias adictivas. (Pérez- Stadelmann, 2006).

En entrevista para EL UNIVERSAL, el doctor Ricardo López Méndez, jefe de la Clínica de las Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro* de la Secretaría de Salud, detalló que cuando una persona repite la idea de quitarse la vida, cada intento aumenta el peligro de consumar el suicidio, al utilizar métodos cada vez más letales. Se afirma que el desencadenante más frecuente entre los jóvenes suicidas es la depresión, relacionada con el fracaso en la relación amorosa. (Pérez-Stadelmann, 2006).

Particularmente importante es estudiar la depresión en la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. Porque cuando se tiene un episodio de depresión durante la etapa adolescente, cuando se esta en formación académica, iniciando la vida profesional u ocupacional, en el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja, se tendrán consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. (Medina-Mora, 2004).

1.3 Etiología de la depresión.

No se precisa la causa exacta para los trastornos del estado de ánimo, debido a la heterogeneidad de la población de pacientes. De forma artificial pueden dividirse en factores biológicos, genéticos y psicosociales. La división se hace artificial por la alta probabilidad de que los tres interactúen entre sí. Ya que por ejemplo, los factores psicosociales y genéticos pueden afectar a los factores biológicos -a las concentraciones de ciertos neurotransmisores-. Los factores biológicos y psicosociales también pueden afectar a la expresión genética. Y los factores biológicos y genéticos pueden influir en la respuesta de una persona ante factores psicosociales. (Kaplan, 1996).

1.3.1 Factores biológicos.

Kaplan (1996) menciona estudios que han aportado datos, que son acordes a la hipótesis de que, los trastornos del estado de ánimo están asociados a alteraciones heterogéneas en la regulación de aminos, entre estas sustancias, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.

Dupont, (1997). Menciona como hipótesis noradrenérgica: la vía que nace del *locus coeruleus*, dirigiéndose al hipocampo y corteza cerebral. Con la aparición de antidepresivos

tricíclicos e IMAOs (monoaminoxidasa), quienes elevan los niveles de las catecolaminas, entre ellas la noradrenalina, provocando en algunos pacientes síntomas depresivos. La regulación de los receptores *B*-adrenérgicos, los receptores presinápticos α 2-adrenérgicos en la depresión, ya que la activación de estos receptores produce un descenso en la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores también se encuentran en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina que se libera. La existencia de sustancias antidepresivas efectivas casi exclusivamente noradrenérgicas –como la desimipramina- es el mayor defensor del papel que desempeña esta sustancia en la fisiopatología de, por lo menos, los síntomas de la depresión. (Kaplan, 1996).

La serotonina en el sistema nervioso central, es una sustancia que se encuentra en un 2%, la cual genera efectos antidepresivos, en ella actúa su metabolito, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), lo que significa que también participa en el desarrollo de depresión. (Dupont, 1997). La disminución de serotonina puede precipitar una depresión y en algunos pacientes suicidas se han observado menores concentraciones de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, y menos zonas de captación para la serotonina en las planquetas, medidas a través de la unión de imipramina a las mismas. Algunos pacientes deprimidos también muestran respuestas neuroendocrinas alteradas –por ejemplo, hormona del crecimiento, prolactina y hormona adrenocorticotropa (ACTH)- a la estimulación con agentes serotoninérgicos. (Kaplan, 1996).

También menciona que la acetilcolina y el ácido gamma-aminobutírico; esta presente en la depresión con patrón estacionario, se ha relacionado con variaciones en la cantidad de secreción nocturna de melatonina. La depresión posparto (tristeza) se ha relacionado con un incremento significativamente alto de los niveles séricos de progesterona y hormona godanotrofina coriónica gestacional entre las semanas 36 y 37 de gestación.

Otros factores neuroquímicos. Aunque no hay datos concluyentes, los aminoácidos neurotransmisores -en especial el ácido γ -aminobutírico (GABA)- y los péptidos neuroactivos, como la vasopresina y los opiáceos endógenos, se han visto implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo. Investigadores sugieren que los sistemas de segundos mensajeros, como la adenilato ciclasa, el fosfatidilinositol y la regulación de calcio, también pueden tener relevancia causal (Kaplan, 1996).

Regulación neuroendocrina. Siendo el hipotálamo el elemento esencial de la regulación neuroendocrina, que recibe muchos mensajes neuronales que utilizan aminas biógenas como neurotransmisores, en pacientes con trastornos del estado de ánimo se han visto muchas anormalidades en su regulación. (Kaplan 1996).

Trastornos del sueño. Cita Kaplan (1996). Que se han encontrado anomalías en los electroencefalogramas del sueño en personas deprimidas. Siendo las más frecuentes, el retraso del inicio del sueño, acortamiento de la latencia REM (el tiempo entre el momento en que se queda dormida y el primer período REM), incremento de la longitud del primer período REM, y un sueño delta alterado. Entendido como sueño REM, el sueño de

movimiento ocular rápido, que aparece después de 90 minutos de iniciado el sueño, caracterizado por una gran actividad cerebral y unos niveles de actividad fisiológica similares a los de vigilia.

"Kindling". Conocido como el proceso electrofisiológico mediante el cual una estimulación subumbral repetida de una neurona acaba generando un potencial de acción. Esta estimulación repetida sobre un área del cerebro produce una crisis. (Kaplan, 1996).

Ritmos circadianos. La privación de sueño, refleja una regulación anormal de los ritmos circadianos. (Kaplan, 1996).

Regulación neuroinmune. Se refiere a las anomalías inmunológicas en personas deprimidas, especialmente en aquellas que han sufrido la pérdida de un familiar, cónyuge o amigo íntimo. La mala regulación del eje del cortisol puede afectar al sistema inmunológico, podrían darse anomalías en la regulación hipotalámica del sistema inmunitario. En algunos pacientes un proceso fisiopatológico básico que implique al sistema inmunitario produzca síntomas psiquiátricos propios de un trastorno del estado de ánimo. (Kaplan, 1996).

Neuroimagen. Estudios que han utilizado la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) Han indicado: 1) Un grupo significativo de pacientes con trastorno bipolar I, en especial masculinos, presentan una dilatación de los ventrículos cerebrales; 2) Dilatación menos frecuente en los pacientes con un trastorno depresivo mayor. También señalan que los pacientes con trastorno depresivo mayor muestran un núcleo caudado y unos lóbulos frontales deprimidos también presentan anomalías en los tiempos de relajación T1 hipocámpicos. (Kaplan, 1996).

Consideraciones neuroanatómicas. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente conectados, y al sistema límbico se le atribuye un papel importante en la regulación de las emociones. Se sugiere una disfunción del hipotálamo en base a las alteraciones del sueño, apetito, e impulso sexual, y a los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en pacientes deprimidos.

1.3.2 Factores genéticos.

De los estudios más destacados sobre factores genéticos, son los realizados con familias, adoptados, gemelos y estudios cromosómicos donde se refiere como estos factores contribuyen en la depresión (Kaplan, 1996).

Estudios con familias. Estudios han confirmado que es de 8 a 18 veces más probable que los parientes de primer grado de los pacientes que sufren un trastorno bipolar I sufran el mismo trastorno que los parientes de primer grado, lo que hace de 2 a 10 veces más probable que sufran un trastorno depresivo mayor. (Kaplan, 1996).

Estudios con adoptados. Estudios han hallado un fuerte componente genético para la heredabilidad del trastorno depresivo mayor. Se ha visto que los hijos biológicos de progenitores afectados mantienen un riesgo elevado de sufrir trastornos del estado de ánimo, aún siendo criados por familias adoptivas no afectadas. (Kaplan, 1996).

Estudios con gemelos. La concordancia para el trastorno bipolar I entre gemelos monocigóticos oscila entre el 33% y el 90%.(Kaplan, 1996).

Estudios cromosómicos. Estudios refieren que genes concretos identificados podrían estar involucrados en la heredabilidad de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno bipolar I, y los marcadores genéticos se han manifestado en los cromosomas 5, 11, y X. El receptor D1 del gen está localizado en el cromosoma 5. El gen para la tirosina hidroxilasa, la enzima que limita la síntesis de catecolaminas, está localizado en el cromosoma 11. (Kaplan, 1996).

1.3.3 Factores psicosociales.

Los factores psicosociales sociales, vienen siendo aquellos acontecimientos sociales desfavorables que ocurren en la vida del individuo y que de alguna manera contribuyen para que se presente la depresión. (Kaplan, 1996).

Acontecimientos estresantes. Efectos negativos de las adversidades y amenazas a lo largo de la vida, acontecimientos vitales estresantes, que son factores de riesgo para la aparición de síntomas y trastornos. (Kaplan, 1996). Es decir el fenómeno externo, económico, social, psicológico o familiar brusco que produce desadaptación social o estrés psicológico, eventos percibidos como amenazas que requieren un esfuerzo de adaptación mayor al habitual y son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas. (Vallejo, 2000).

- **Factores predisponentes.** Son aquellos acontecimientos vitales que han ocurrido durante la infancia o la adolescencia, predisponiendo a la depresión en la edad adulta, como la pérdida parental, que aunado a factores ambientales concurrentes después de la pérdida y la calidad de relación con el padre superviviente o el estilo de vida, serían de importancia para el posterior desarrollo del trastorno depresivo.
- También **factores ambientales** que se consideran indicadores de adversidad infantil y, que a su vez, están asociados a baja autoestima. Que la experiencia de adversidad en la infancia duplica el riesgo de depresión en el adulto: a) Abuso sexual en la infancia, b) Abuso físico, c) Pobre percepción de su rol en la familia, y d) Estilo educacional.
- **Otros acontecimientos** serían la pérdida de afecto durante la infancia, o bien sobreprotección, también estrategias de parte de los padres generadoras de ansiedad y culpa.

- **Factores precipitantes.** Si se define al acontecimiento vital como el fenómeno externo, económico, social, psicológico o familiar brusco que produce desadaptación social o de estrés psicológico, los eventos serán percibidos como amenazas que requieren un esfuerzo de adaptación mayor al habitual y son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas.
- **Soporte social.** Se entiende como la presencia de una relación emocional íntima, esto es, fuente de afecto, de afirmación y de ayuda en situaciones de estrés. El soporte social como elemento moderador de estrés asociado a la autoestima. Además que el soporte social para mantener una relación satisfactoria debe cumplir: 1. Cariño, 2. Integración social, 3. Amistades en el centro laboral, 4. Oportunidad de cuidar a otros, 5. Ayuda real y práctica en situación de estrés, 6. Consejo y guía en situaciones difíciles.
- **Factores de personalidad premórbidos.** Todas las personas, sin importar su perfil de personalidad, pueden deprimirse bajo las circunstancias apropiadas; pero ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesivo compulsiva o histérica) pueden ser de alto riesgo para la depresión, más que las personalidades antisociales, paranoides, u otros tipos que utilicen la proyección y otros mecanismos de defensa externalizantes (Kaplan, 1996).

1.3.4 Factores precipitantes de la depresión.

Algunos factores precipitantes de depresión pueden ser: Dificultades económicas, la falta de hogar propio o de espacio vital suficiente, la carga de un número excesivo de hijos, la ilegitimidad de las relaciones del padre, la falta de cariño al marido que se extiende al hijo de éste. (Kovacs M., 1994).

Otro factor sería por agregación familiar, en donde los hijos de padres deprimidos tienen una probabilidad tres veces mayor de tener episodios de Trastorno depresivo Mayor (TDM) a lo largo de la vida (15 a 45 %). Que se incrementa si ambos padres tienen un trastorno afectivo, esto es por que para los hijos es aprendida la depresión, a través de los padres como parte de su vida, además del estrés que provoca vivir y estar en convivencia con la forma de esta afección. (Lewinsohn PM, 1996).

En estudios con poblaciones clínicas y comunitarias de niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado una significativa relación entre eventos estresantes de vida y la depresión, específicamente, tales como: Pérdidas que incluyen el divorcio, duelo por muerte o separación. (Mghir, 1995). También como elemento estresante se encuentra la exposición al suicidio, para aquellos familiares de las víctimas, evento grave que aumenta la posibilidad del trastorno depresivo mayor agudo y recurrente. (Poling K., 1995).

Estudios sugieren que factores, como el ejemplo, de personas o elementos significativos, los estándares perfeccionistas, la crítica, el rechazo y la experiencia de eventos vitales estresantes incontrolables pueden jugar un papel importante en la adquisición de estilos cognitivos negativos. (Roa U. 1995). Los niños y adolescentes deprimidos tienen con

mayor frecuencia distorsiones cognitivas intensas, como lo son las atribuciones negativas, desesperanza, atribución de consecuencia a causas externas incontrolables, déficit en las habilidades sociales y baja autoestima. (Reynolds WM., 1995).

La vulnerabilidad cognitiva refiere la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas. Teorías como esta han quedado agrupadas bajo la denominación de enfoques interactivos de la depresión. Dentro de los mismos, una teoría que actualmente goza de gran validez empírica es la Teoría de la Depresión por Desesperanza (DD) en la que se define un subtipo de depresión caracterizado por unos síntomas concretos. Sus autores la consideran como un modelo de vulnerabilidad-estrés ya que se estima que algunos sujetos presentan un factor de vulnerabilidad cognitiva, consistente en ciertos estilos cognitivos que, permaneciendo en estado latente, se activarán ante la ocurrencia de estresores o acontecimientos vitales negativos e importantes (Manrique, 2003).

Los estilos cognitivos que, según esta teoría, conforman dicha vulnerabilidad a la DD, son: un estilo atribucional depresivo, concretamente el factor de generalidad, definido como la tendencia a realizar atribuciones globales y estables sobre los acontecimientos vitales negativos; la tendencia a inferir consecuencias negativas de dichos acontecimientos; y, por último, la tendencia a inferir características negativas personales dada la ocurrencia de los mismos. De este modo, ante la ocurrencia de uno o varios acontecimientos vitales negativos e importantes para los sujetos, se activará dicha vulnerabilidad, dando lugar a que se generen atribuciones e inferencias negativas sobre los mismos. Esta forma de interpretar los acontecimientos negativos contribuye a generar un estado de desesperanza, la cual se define como la expectativa de que algo negativo va a ocurrir, unido a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de hacer algo para evitarlo. Estas expectativas van a ser una causa determinante de este subtipo de depresión, de tal modo que su presencia será suficiente para que se generen los síntomas depresivos característicos de la DD. (Valdizan, 2003).

También las anormalidades biológicas permiten se desarrolle la depresión, por ejemplo se ha visto en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor ciertas características, como la de disminución de la secreción de hormona del crecimiento, que después del uso de sustancias como la insulina, clonidina, L-dopa, desmetilimipramina, puede provocar desregulación de la función serotoninérgica central, aumento de la secreción de prolactina en las niñas prepúberes y alteraciones en la respuesta a la prueba de supresión con dexametasona.

La depresión, en el adolescente suele ser considerada como si fuera normal, la cual formaría parte de las fluctuaciones psicológicas y psicopatológicas que acompañan inevitablemente a la "crisis de la adolescencia". La adolescencia acarrea un doble movimiento, independencia y desidealización de los padres, se presenta una realidad externa y de renuncia a los vínculos infantiles con las imágenes interiorizadas de estos padres. (Barrett ML. 1991). La alternancia de movimientos de contactos intensos funcionales y pasionales, "tormentosos" malhumorado, opositor o incluso negativista,

con una tonalidad sensitiva, son características de la adolescencia. Al adolescente le resulta difícil percatarse de los trastornos emocionales que le agitan, así como pensar en ellos. Sin embargo, se pueden ver reflejados en diarios íntimos y poemas, posteriormente se reconocen, una vez que se es adulto. El sufrimiento de adolescente no lo puede reconocer ni expresarlo ante un padre del que hay que distanciarse ni en el mundo de los adultos. (Brent DA, 1995).

De acuerdo a (Ortiz, 2004). La depresión es un factor de alto riesgo para que los jóvenes hagan uso de alcohol y drogas, las cuales son una fuga al malestar que les produce, además de que también se ve exacerbada la afeción, las ideas de muerte y las auto-agresiones empiezan a concretarse en ellos. Preciso que la depresión puede presentar síntomas o manifestarse de los 15 a 21 años. Y que de acuerdo a cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México hay cinco millones de personas con depresión, por lo que se trata de un problema de salud pública.

Investigaciones psicosociales han centrado su atención en acontecimientos vitales, encontrando que en pacientes depresivos existen precedentes de acontecimientos vitales en los 6 meses previos al inicio de la depresión de forma más significativa que en la población en general. Lo que significa que los efectos de los acontecimientos vitales son importantes en el desarrollo de una depresión, que los estresores crónicos y la pérdida de un soporte social adecuado son factores que actúan incrementando la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo. (Vallejo, 2000).

1.3.5 Enfoques teóricos de la etiología de la depresión.

Factores psicoanalíticos y psicodinámicos. E. Bibring refirió a la depresión como un afecto que surgía de la tensión entre las aspiraciones del Yo y la realidad. Cuando los pacientes deprimidos se dan cuenta de que no viven según sus ideales se sienten débiles e indefensos. Son necesarias ciertas respuestas del ambiente para sostener la autoestima y el sentimiento de plenitud (Kaplan, 1996).

Indefensión aprendida. De acuerdo con la teoría de la indefensión aprendida, la depresión puede mejorarse si el especialista logra introducir en el interior del paciente un sentido de control y dominio sobre el ambiente. En Kaplan (1996).

Teoría cognitiva. Según esta teoría, los errores cognitivos más frecuentes son las distorsiones negativas de experiencias de la vida, autoevaluación negativa, pesimismo y desesperanza. Estos pensamientos aprendidos conducen a un sentimiento de depresión. El terapeuta intenta identificar las cogniciones negativas utilizando tareas conductuales, como el registro y la modificación de estos pensamientos negativos. En Kaplan (1996).

1.4 Clasificación de la depresión.

De acuerdo a Kaplan Harold I, et. al, (1996). Los cuadros afectivos se clasifican en: Trastornos afectivos primarios y secundarios, que se dividen en trastorno depresivo mayor (también conocido como depresión endógena o trastorno unipolar); trastorno distímico, estado de ánimo depresivo por más de dos años, sin presentar las características de un trastorno depresivo mayor; trastornos bipolares, en los que se presente la sintomatología maníaca; trastorno ciclotímico, estado de ánimo crónico que reúne periodos de síntomas hipomaníacos y depresivos sin que tengan frecuencia, gravedad, importancia y duración de un episodio maníaco o depresivo.

Los trastornos depresivos primarios se presentan sin que haya un evento visible que los precipite, una historia de antecedentes familiares del padecimiento, hallazgos de laboratorio característico, y en algunos casos ostentan un patrón estacional caracterizado por un inicio en el otoño o invierno y remiten en la primavera.

Los trastornos afectivos secundarios son aquellos que tienen una causa específica y que en un momento dado reúnen a las entidades que la corriente psicoanalítica abarca, es decir: Duelo, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno depresivo mayor. En el DSM-IV. El nombre de depresión mayor se ha sustituido por el de trastorno depresivo mayor. Además de especificar que el trastorno ha causado un intenso malestar en el paciente. Esto es: Presencia de cinco o más síntomas en 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa:

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
3. Pérdida importante de peso sin régimen o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de culpa inapropiados.
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin tentativa o plan específico para suicidarse.
10. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

Trastorno depresivo menor: Hay una prevalencia del 5% en la población general, es un trastorno más frecuente en la mujer. Afecta a personas de cualquier edad, desde la infancia a la senectud. Las teorías biológicas que involucran la actividad de los sistemas de aminas biógenas noradrenérgicas y serotoninérgicas, y los ejes neuroendocrinos adrenal y tiroideo. Las teorías psicológicas se centran en aspectos como pérdidas, culpa, y superyós punitivos. El diagnóstico permite identificar aquellos pacientes cuyas vidas se ven afectadas por síntomas depresivos, los cuales no son tan graves como el trastorno depresivo mayor. Los

síntomas son idénticos al trastorno depresivo mayor, excepto en que son más leves: Alteración del estado de ánimo, mínimo de 2 y un máximo de cuatro síntomas durante un mismo período de 2 semanas y que han producido un cambio respecto al nivel previo de actividad. Y al menos: Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, en los niños y adolescentes el ánimo puede ser irritable. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todos los días. Pérdida de peso significativa en ausencia de un régimen de adelgazamiento o ganancia de peso, aumento o disminución de apetito casi cada día. Insomnio o hipersomnia casi cada día. Agitación o enlentecimiento psicomotores. Fatiga o falta de energía. Sentimientos inapropiados de inutilidad o de culpa. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión. Ideas recurrentes de muerte, de suicidio sin un plan específico para llevarlo a cabo. Además de que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes.

1.4.1 Clasificación de la depresión en el DSM IV.

De acuerdo al DSM-IV, en cuanto a depresión, la clasificación sería la siguiente:

- **Episodio depresivo mayor.**
- **Trastornos depresivos**
 - Trastorno depresivo mayor, episodio único.
 - Trastorno depresivo mayor recidivante.
 - Trastorno distímico.
 - Trastorno depresivo no especificado.
- **Otros trastornos del estado de ánimo**
 - Trastorno del estado de ánimo debido a (enfermedad médica).
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- **Trastorno del estado de ánimo no especificado.**

Episodio depresivo mayor.

Criterios para el diagnóstico:

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: Para diagnosticar. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., Una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., Hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastorno depresivo mayor episodio único.

Criterios para el diagnóstico:

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: No se aplica la exclusión si todos los episodios similares a la manía, a los mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Trastorno depresivo mayor, recidivante.

Criterios para el diagnóstico:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto ó un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Trastorno distímico.

Criterios para el diagnóstico:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- 1. Pérdida o aumento de apetito.**
 - 2. Insomnio o hipersomnia.**
 - 3. Falta de energía o fatiga.**
 - 4. Baja autoestima.**
 - 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.**
 - 6. Sentimientos de desesperanza.**
- C. Durante el período de 2 años (**1 año en niños y adolescentes**) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (**1 año para niños y adolescentes**); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (**1 año en niños y adolescentes**) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., Una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., Hipotiroidismo).
- H. Los Síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno depresivo no especificado.

Criterios para el diagnóstico:

Esta categoría del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas; estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades, se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica; y remitieron a los pocos días del inicio

de las menstruaciones, en la mayoría de las menstruaciones del último año. Síntomas de suficiente gravedad como para **interferir** notablemente en el trabajo, **los estudios** o las **actividades habituales** y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los indicadores exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses; no asociados con los ciclos menstruales.
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Los casos en que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Otros trastornos del estado de ánimo.

Trastornos del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica).

Criterios para el diagnóstico:

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
 - 1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas las actividades.
 - 2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Criterios para el diagnóstico:

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- 1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
 - 2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1) o 2):
- 1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia.
 - 2) El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente):

Nota: Codificar en el cuarto dígito. Puede ser aplicable al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I y II sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas con las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez que han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor).

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

1.4.2 Clasificación de la depresión en el CIE 10.

De los trastornos afectivos relacionados con depresión según el **CIE-10**, se clasifican en los siguientes:

F 32 Episodios depresivos.

- F 32.0 Episodio depresivo leve.
- F 32.00 Sin síndrome somático.
- F 32.01 Con síndrome somático.
- F 32.1 Episodio depresivo moderado.
- F 32.10 Sin síndrome somático.
- F 32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F 32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F 32.8 Otros episodios depresivos.

F 33. Trastorno depresivo recurrente.

- F 33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F 33.00 Sin síndrome somático.
- F 33.01 Con síndrome somático.
- F 33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F 33.10 Sin síndrome somático.
- F 33.11 Con síndrome somático.
- F 33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F 33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F 33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F 34. Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

- F 34.1. Distimia.
- F 34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F 34.9 Trastornos del humor (afectivos) persistentes sin especificación.

F 38. Otros trastornos del humor (afectivos).

- F 38.0. Otros episodios del trastorno del humor (afectivos) aislados.
- F 38.00 Episodio de trastorno del humor (afectivos) mixto.
- F 38.1. Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F 38.10 Trastorno depresivo breve recurrente.
- F 38.8 Otros trastornos del humor (afectivos) específicos.

F 39. Trastornos del humor (afectivos) sin especificación.

F32 Episodios depresivos.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. **Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.** En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran

placenteras. Pérdida de respuesta emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertar por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz, pueden ser observadas o referidas por terceras personas. Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso, del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes. Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:*

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).*

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos).*

Episodios de alteraciones del humor (afectivas) que duran al menos dos semanas, caracterizado por una mezcla o una alternancia rápida (por lo general de pocas horas) de síntomas hipomaníacos, maníacos o depresivos.

Durante el año anterior se han presentado cada mes episodios depresivos recurrentes breves. Todos los episodios depresivos aislados duran menos de dos semanas; típicamente dos o tres días, con recuperación completa, pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave (F32.0, F32.1, F32.2).

Categoría residual para episodios simples que no satisfacen las pautas ninguna otra de las categorías F30 a F38.1.

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

Incluye: Psicosis afectiva sin especificación.*

Excluye: Trastorno mental sin especificación (F99).

Depresivo sin especificación.

Incluye:*

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

1.5 La depresión en el adolescente.

1.5.1 La adolescencia.

La adolescencia es un período de aparición y duración variable, que inicia al término de la etapa de la infancia entre los 11 y 13 años y finaliza al inicio de la etapa adulta entre los 19 y 21 años. Se caracteriza por cambios importantes del desarrollo psicológico y social. El inicio se caracteriza en lo biológico por el rápido crecimiento esquelético y el principio del desarrollo físico sexual; en lo psicológico se produce una aceleración del desarrollo cognitivo y se consolida la formación de la personalidad; en lo social, la adolescencia es un período de preparación para asumir el futuro rol de adulto. (Stassen, 2004).

Desarrollo biológico.

Desde el punto de vista biológico el proceso adolescente comienza en la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo del inicio de la pubertad hasta la madurez, suele empezar alrededor de los 14 años en los varones y 12 en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general, se define como el periodo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente. Además los cambios que en ellos ocurren, suelen tener ciertos efectos sociales, es decir como son vistos socialmente, esto dependerá de la cultura en que se desarrollen (Consejo Contra las Adicciones, 2004).

Desarrollo físico.

Comienza la pubertad se asocia con los cambios físicos. La hipótesis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento acelera el desarrollo físico, produciendo que el cuerpo alcance su altura y peso adultos en, aproximadamente, dos años. En las mujeres antes que en los varones, las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres está marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de

semen. Las hormonas que provocan estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Sustancias que están asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los hombres aparece el vello corporal y púbico, y la voz se hace mas profunda. En mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden relacionarse con las manifestaciones psicológicas de hecho, estudios sugieren que quienes maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran mas tarde (Consejo Contra las Adicciones, 2004).

Desarrollo intelectual.

Los cambios que ocurren en las funciones intelectuales, se dan en la capacidad para entender problemas complejos, que ocurre gradualmente. Jean Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que en todos los individuos se da sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Otras investigaciones refieren que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos esta en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida (Consejo Contra las Adicciones, 2004).

Desarrollo sexual.

Los cambios físicos en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual, nuevas exigencias de satisfacción sexual, mas tarde, la ansiedad domina al adolescente cuando se reconoce así mismo como ser sexuado, una vez atravesadas etapas previas, puede pasar ya a los hechos, es decir, desarrollar una conducta sexual. (Cultural, 1997).

El instinto sexual, es una tendencia a vincularse y relacionarse con determinadas personas. El fin es conseguir placer a través de la pareja o de uno mismo (masturbación). La actividad sexual sirve para importantes propósitos. Aparte de la gratificación física, los adolescentes pueden demostrar su madurez e independencia de los padres. De ahí la necesidad de procurar escapar de la autoridad paterna que supone un paso decisivo hacia la identidad psicosexual. El grado de compromiso emocional presente en una relación será factor que determine el nivel de actividad sexual. Tanto las chicas como los chicos tenderán a introducir el sexo en una relación cuando exista un compromiso emocional. (Cultural, 1997).

Durante la adolescencia aparecen conjunta o separadamente, prácticas sexuales que serán luego abandonadas. Sin embargo en estos momentos su conducta sexual aún no se ve consolidada, y la aparición de conductas homosexuales, por ejemplo, no implica una definitiva orientación hacia la homosexualidad. (Cultural, 1997).

La relación sexual en esta etapa de la adolescencia como en el ser humano, no se limita a un comportamiento encaminado a la reproducción, sino que pone en juego un profundo intercambio de deseos y peculiaridades individuales. Durante la adolescencia el deseo sexual de los jóvenes puede verse afectado por tendencias particulares (fetichismo, sadismo, masoquismo), al igual que en los adultos. También entre otras conductas sexuales,

puede aparecer la masturbación que es una forma de satisfacción sexual, que en su caso queda limitada al orgasmo producido por la manipulación de los genitales, con la participación de fantasías eróticas. (Cultural, 1997).

La evolución de las costumbres sociales ha introducido cambios importantes en la iniciación heterosexual de los jóvenes. Las prácticas heterosexuales son en la actualidad algo normal entre los adolescentes, y las relaciones prematrimoniales, además de haber obtenido el beneplácito social, cuentan incluso con el apoyo de los especialistas. (Cultural, 1997).

Sin embargo también ocurre que en el proceso de desarrollo sexual el adolescente, encuentre que la satisfacción sexual se puede hacer complicada, por tabúes sociales, falta de conocimiento adecuado sobre sexualidad, o bien de la información a la que puede acceder a través de medios masivos o clandestinos, la cual no siempre es la más apta para el buen desarrollo psicosexual. Además de que algunos adolescentes no se ven interesados o carecen de información acerca de la responsabilidad sexual y sus implicaciones para el control de natalidad e infecciones de transmisión sexual, que como consecuencia harán presentes en gran medida los problemas por embarazo no deseado así como infecciones de transmisión sexual con todas sus implicaciones. (Chapela, 1997).

Desarrollo emocional.

Stanley Hill afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. No obstante, en estudios la antropóloga Margaret Mead muestra que el estrés emocional es evitable, aunque esta determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto. Eric Ericsson entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continua a lo largo de toda la vida, (Consejo Contra las Adicciones, 20004).

El adolescente experimenta emociones desordenadas a causa de los numerosos conflictos internos que posee y la inadecuada preparación. Entre más sean las nuevas situaciones a las que deba enfrentarse, mayor será su desequilibrio, llevándolo a una sensación de angustia. Pueden pasar sin razón aparente de la alegría a la tristeza, de la exaltación al abatimiento, para estos cambios pueden influir en gran medida los factores sociales, y no solo las modificaciones glandulares y físicas. (Cultural, 1997).

Desarrollo de la personalidad.

Ante las transformaciones psicológicas y fisiológicas que acompañan el desarrollo de la personalidad, no se puede evitar asociar la adolescencia a la idea de crisis, el adolescente deja atrás la etapa infantil, para enfrentarse en el mundo de los adultos. Han de modificar sus relaciones con sus padres, con los demás, con el otro sexo particularmente, poner a prueba los valores impuestos por padres y maestros en el terreno ideológico y cultural, y enfrentar la elección profesional. También están en la búsqueda de su identidad “adulta”. En la adopción de indumentaria o en la adopción de ciertas modas y formas culturales. En el grupo de iguales experimenta las conductas adultas (Cultural, 1997).

La personalidad del adolescente no está fijada. Le resulta difícil escoger, ya que aun no se conoce bien a sí mismo. Ignora sus aptitudes. Se convierte en adulto en el plano sexual e intelectual, pero sigue siendo un niño en el plano social y afectivo. Es incapaz de deslindarse de los lazos anteriores o prescindir de ellos. Durante la adolescencia se presenta el cambio y consolidación en el concepto de sí mismo. En este proceso influyen la imagen del propio cuerpo, la personalidad, el transfondo familiar, el ambiente social, etc. (Cultural, 1997).

La familia.

Una vez asumida su condición de joven adulto, los conflictos del adolescente se desplazan hacia la reivindicación de ciertos derechos personales: Libertad, independencia, libre elección amistades, de aficiones, etc. Es cuando necesita poder experimentar sus propios deseos más allá del círculo familiar y, lo este o no, ha de imaginarse reprimido por los padres, la angustia de los padres juega un decisivo papel, son muchos los que, consciente o inconscientemente, no saben renunciar a tiempo a una actitud sobreprotectora o exageradamente permisiva (Cultural, 1997).

Como hecho social.

La larga dependencia de a la familia y la dificultad en encontrar trabajo pueden alargar artificialmente la adolescencia, mientras que en otros la situación familiar, socioeconómica y personal pueden acortar o prolongar el periodo de adaptación del joven a la vida adulta. En pueblos primitivos, el paso de la infancia a la edad adulta se ritualizaba mediante ceremonias simbólicas de iniciación en el momento de la pubertad. En las sociedades occidentales industrializadas, la duración de los estudios universitarios o las dificultades en encontrar trabajo prolongan a menudo la dependencia del joven con respecto a sus padres hasta más allá de su mayoría de edad (Biblioteca práctica para padres y educadores 1997). El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución, de una persona dependiente a una persona independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición de problemas emocionales es frecuente entre los adolescentes (Consejo Contra las Adicciones, 2004).

1.5.2 Manifestaciones clínicas del adolescente con depresión.

La depresión en la adolescencia tiene una incidencia negativa en el desarrollo de la personalidad. Ya que la fase de depresión interfiere directamente en la actitud frente a la vida, predominando la depresión, apareciendo entre otros síntomas: baja autoestima, miedos, bloqueo emocional, dificultad para tomar decisiones, rumiación, impulsos suicidas, abatimiento, sentimientos de inferioridad, opresión y cefaleas. Además de un sentimiento generalizado de ansiedad e indefensión. Ocurriendo esto, será difícil que esos sentimientos no se mantengan presentes frente a la vida, es decir, serán parte de su personalidad y que es muy probable predominen durante toda su vida. Mientras que en el adulto aparecen por primera vez en su adultez, una vez superada la depresión, vuelve a su patrón de personalidad normal. (Bassas y Tomas, 1996).

1.5.2.1 Descripción clínica.

Presencia de Cambios de humor, distintos y duraderos: La manifestación reconocible de síntomas afectivos que produzcan malestar o deterioro, para quienes tengan contacto con un adolescente deprimido podrá distinguir, un cambio general en su estado anímico o en su conducta. De ser alegre habitualmente cambiar a disfórico y/o irritabilidad. Incremento de infelicidad, llanto, reacciones de enfado o verdaderos ataques de rabia ante provocaciones mínimas. Los cambios en el tono emocional y la capacidad de regulación emocional, diagnosticables como manifestaciones clínicas de depresión, van más allá de la tristeza o el mal humor de la adolescencia. Los cambios de humor duran más de unos pocos días, son más significativos que uno o dos días pasajeros de sentimientos de tristeza o irritabilidad. Los adolescentes raramente buscan por sí solos el contacto con algún profesional de la salud mental, aunque pueden contactar con profesionales o servicios disponibles en la escuela. (Puig-Antich 1983). En Shaffer. (2003).

Lo anterior coincide con Carr Alan. En la descripción que hace de los Rasgos clínicos de depresión en niños y adolescentes:

- **Ánimo:** Ánimo decaído, imposibilidad de expresar placer, humor irritable, ansiedad y aprehensión.
- **Comportamiento:** Psicomotricidad retardada o agitada, estupor depresivo.*
- **Relaciones familiares:** Deterioro en las relaciones familiares, distanciamiento hacia la familia, mal desempeño escolar.
- **Estado físico:** Fatiga, desórdenes en el sueño, dolores y malestares, bajo apetito o comer en exceso, cambios en el peso,* variación en el estado de ánimo por la mañana, poco interés en el sexo.
- **Cognitivos:** Falta de interés en el aprendizaje, por el mundo y el futuro, culpa excesiva, ideación suicida,* piensa que está equivocado,* distorsiones cognitivas, dificultad en la concentración. Indecisión.
- **Percepción:** todo lo ve de forma negativa, alucinaciones.* (Carr Alan, 2001).

*Episodios severos de depresión.

Problemas escolares: Hammen (1999), menciona que, el bajo rendimiento académico, ausentismo y fracaso escolar son problemas relacionados en adolescentes con depresión. Esto ocurre por que los componentes cognitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o de rendimiento normal. Aunque también los jóvenes con depresión pueden experimentar problemas por una disminución del interés en el progreso académico, se les dificulta concentrarse, prestar atención en los deberes escolares, y manifiesta pérdida de energía y motivación que en ocasiones dejan de asistir a la escuela. En Shaffer (2003).

Manifestaciones en la familia: Hammen (1999), dice que, es común que se incrementen los conflictos familiares que en ocasiones se relacionan con las causas de la depresión en jóvenes, pueden aparecer disputas relacionadas con los roles familiares ya que se es incapaz de mantener determinadas funciones que previamente le han sido asignadas o que él mismo ha asumido. Los adolescentes que presentan los síntomas de la depresión a menudo intentarán buscar instintivamente otras maneras de sobrellevar la creciente disforia, realizando actividades donde inviertan mucho tiempo y energía con ciertos grupos de compañeros, evitando tareas impuestas en la escuela, experimentando con la sexualidad y con sustancias de uso ilegal, que los adultos pueden considerar problemáticas o poco saludables, y que los puede llevar a la consulta de un especialista. En Shaffer (2003).

Crisis suicidas: En adolescentes, puede ser que el primer motivo de consulta de la depresión sea una crisis suicida. Que puede ser el resultado de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento autolesivo, que oscila desde la autolesión no suicida, como rasguños superficiales en la piel de las muñecas, hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir. Aunque no todos los que han sufrido crisis suicidas presentan trastornos de ánimo, la depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas (Gould, 1998). En Shaffer (2003).

Uso de sustancias ilegales: Los síntomas afectivos pueden estar presentes, antes, durante o posteriores a un período de consumo o abuso de sustancias ilícitas en adolescentes. Los jóvenes deprimidos frecuentemente buscan formas de aliviar su creciente disforia experimentando o intoxicándose regularmente con sustancias ilícitas (Costello y Kandel, 1999). En Shaffer (2003).

Síntomas somáticos: Los adolescentes pueden asistir al médico con síntomas físicos, tales como dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesquelético, que dichos síntomas pueden estar relacionados con la depresión. Pero también en los jóvenes puede ser un estado comórbido o una complicación de una enfermedad o tratamiento médico. También es habitual la depresión en adolescentes con diabetes mellitus (Goldston, 1994). En Shaffer (2003).

Diagnóstico en adolescentes: Investigadores en las décadas de 1970 y 1980 aplicaron los criterios para síndromes depresivos en adultos a pacientes más jóvenes y encontraron de forma consistente que niños y adolescentes presentaban constelaciones similares y concomitantes de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales. Actualmente, en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se utilizan los mismos criterios diagnósticos para diagnosticar un episodio depresivo mayor, con dos excepciones. En

primer término, el estado de ánimo principal ha sido modificado en niños y adolescentes para permitir la inclusión del síntoma de irritabilidad como un equivalente depresivo en jóvenes. En segundo término, en vez del criterio específico de pérdida de peso para niños y adolescentes, considera que dado que se espera que un adolescente con un desarrollo normal seguirá creciendo a lo largo de la mayor parte de la adolescencia, especifica que un paciente pediátrico como lo es el adolescente, puede presentar el criterio de falta de apetito y alteración del peso por no alcanzar el peso y altura esperados normalmente. El resto de los criterios operativos de la depresión mayor son idénticos para adultos y jóvenes.

1.6 Teoría cognitiva.

En el pasado, predominó casi sólo el marco teórico psicodinámico como única explicación de los trastornos psiquiátricos, pero este ha sido rebasado. Ahora existen otras explicaciones y abordajes como son las teorías conductuales que hacen referencia a la interacción del individuo con su ambiente, visto como un reforzamiento inadecuado o insuficiente en el individuo. La cognitiva, que considera que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro, expresada en distorsiones cognitivas negativas. (Beck, 1983).

Las teorías cognitivas de la depresión postulan que la presencia de actitudes disfuncionales, incluida una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro, o un estilo atribucional negativo en un individuo, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas, relacionadas con uno mismo, estables frente a transitorias y globales frente a específicas, preceden al desarrollo del trastorno depresivo. Se cree que tales factores cognitivos podrían crear una diátesis para la depresión en jóvenes y adultos. Publicaciones médicas dicen que presencia de esas alteraciones cognitivas "depresógenas" en pacientes con depresión (V.Gotlib, 1999) constituyen las bases teóricas para el uso de terapias cognitivas en jóvenes y adultos. Referido por Shaffer (2003).

La esperanza y desesperanza en la depresión, se refiere a la estimación de una persona de su habilidad para alcanzar ciertas metas. Esta estimación depende de éxitos previos con metas específicas, así como la efectividad para alcanzar metas generales. Un desamparo muestra desesperanza con respecto a su futuro, "cuando cree que sus habilidades ya no serán efectivas para alcanzar metas generales". El desamparo muestra desesperanza con respecto a su futuro " cree que ha fracasado por incompetencia y que debe depender de otros", siente que sus esfuerzos previos, hacia metas a largo plazo, han fracasado. Para el depresivo aunque se sienta incapaz de obtener sus metas, éstas siguen siendo importantes y le preocupan. (Melges y Bowlby, 1967). Citado en Shaffer (2003).

El deprimido no siente esperanza de alcanzar sus objetivos, se culpa a sí mismo de sus fracasos. Los tipos de depresión progresan en severidad, a medida que la creencia de desesperanza avanza de una situación específica -menos severa-. De un estímulo total de la conducta hacia la satisfacción total del ambiente -más-severa-. En casos más severos hay

sentimientos intensos de inutilidad, mayor pasividad y menos confianza. Lichtenberg, traza la génesis de la depresión al desarrollo de expectativas de alcanzar metas durante la etapa indefensa de la infancia y durante la niñez, cuando los estilos conductuales se están iniciando. (Lichtenberg, 1957) En Shaffer (2003).

La desesperanza y el desamparo hacen a una persona más susceptible a la depresión, así como a la enfermedad y a la muerte. Schmale afirma que la pérdida o la amenaza de pérdida están relacionadas con la ira, el temor y especialmente la desesperanza y el desamparo. Engel menciona que en pacientes hospitalizados, un sentimiento profundo de impotencia psicológica precedía a la enfermedad y la muerte. Los pacientes referían sentimientos de desesperanza y desamparo, con minusvalía de sí mismos, pérdida de gratificación en su vida y su futuro les parecía incierto. (Schmale, 1958) y (Engel, 1968). Citado por Shaffer (2003).

1.6.1 Modelo cognitivo de la depresión.

Las manifestaciones cognitivas de la depresión como son la baja autoestima, desesperanza y desamparo, son relevantes. Considerando que la secuencia en la percepción conduce a la cognición y a la emoción en sujetos normales, donde las cogniciones determinan el afecto, se puede observar que estas también se encuentran presentes en los depresivos. La diferencia sería que en los depresivos las cogniciones son dominadas por contenidos y procesos idiosincráticos, mismas que determinan la respuesta afectiva en la depresión. Beck en el análisis de contenido ideosincrático del pensamiento de los depresivos, encuentra concepciones distorsionadas e irreales. Las verbalizaciones y asociaciones libres de los pacientes revelan temas recurrentes de poco respeto así mismos, privación, autocrítica y autocensura, problemas y obligaciones agobiantes, autodominio, autoprohibiciones y deseos escapistas y suicidas. Dichas cogniciones son distorsionadas e irreales por la tendencia del sujeto a exagerar sus errores y los obstáculos en su camino. (Beck, 1976).

En el modelo cognitivo de la depresión que postula Beck (1983). Presenta tres conceptos específicos donde explica el sustrato psicológico de la depresión: 1) La triada cognitiva, 2) Los esquemas, y 3) Los errores cognitivos (en el procesamiento de información).

La triada cognitiva, consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo ideosincrático.

El primer componente se centra en la visión negativa del paciente de sí mismo. Se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Sus experiencias desagradables se las atribuye a un defecto suyo, psíquico, moral, o físico. Por su forma de ver las cosas, cree que por estos defectos, es un inútil, carente de valor. Se subestima y se critica en base a sus defectos. Por último, piensa que no tiene los atributos esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva está centrado en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Cree que el mundo le demanda

demasiado y presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus relaciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente de la tríada cognitiva esta en su visión negativa acerca del futuro. En sus proyectos de gran alcance, anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. En tareas de futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Errores cognitivos. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Cuando piensa que erróneamente va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales como son, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc., también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad es provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. Puede verse como una carga inútil y consecuentemente que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviera muerto.

La dependencia en términos cognitivos, hace que se vea el paciente como inepto ya que sobrestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Por último, el modelo cognitivo también explica los síntomas físicos de la depresión, la apatía y poca energía puede ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo lo que se proponga. La visión negativa del futuro puede producir “inhibición psicomotriz”.

Los esquemas. El modelo cognitivo refiere al modelo de esquemas, para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que hacen sufrir y contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.

El término esquema designa patrones cognitivos estables, cuando una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. En la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de forma que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que

mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

1.6.2 Procesos del pensamiento cognitivo del depresivo.

Beck, (1967) plantea cinco procesos del pensamiento importantes para el desarrollo del estado cognoscitivo:

1. **Deducción arbitraria**, que es la tendencia a sacar conclusiones; comúnmente de carácter denigratorio de la persona misma, de una situación que le es neutral o impersonal.
2. **Abstracción parcial**, que implica, concentrarse sobre un aspecto de una situación tomarla fuera de su contexto y llevarla a la exageración.
3. **Generalización excesiva**, que significa una conclusión de carácter general fundada en una experiencia o accidente concreto, con frecuencia de poca importancia.
4. **Modificación y minimización** que deben considerarse como evoluciones distorsionadas y exageraciones de una situación o de una experiencia, exageran las dificultades y minimizan logros y capacidades.
5. **Clasificación inexacta**. Hace referencia a la clasificación de una experiencia en forma exagerada, con relación directa con la respuesta afectiva y la clasificación, en lugar de asociar la respuesta real con la experiencia del momento.

1.7 Identificación de la depresión.

Hasta el momento no se puede medir la manifestación clínica de los trastornos psiquiátricos de una manera confiable a través de parámetros fisiológicos y biológicos, por ello se han utilizado diversas escalas para transformar los fenómenos clínicos en datos objetivos y cuantitativos. Las escalas en psiquiatría pueden utilizarse para:

- Establecer un diagnóstico.
- Documentar el estado clínico de un paciente en un momento determinado.
- Completar la información clínica obtenida por otros medios.

Puede ser aplicado en el campo clínico y de investigación, pero su uso ha sido más generalizado en la investigación. Como la Escala de Hamilton para Depresión, Escala de Montgomery-Asberg (MADRS), Escala de autoevaluación de Zung (para depresión), y el Inventario de Beck que es al que se hace referencia en el presente trabajo. (Glaxo, 2000).

1.7.1 Inventario de Depresión de Beck (IDB).

1.7.1.1 Descripción del instrumento.

Esta escala autoaplicable evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión.

Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica de 0-3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma.

Los rubros que se miden en esta escala van de la A a la U y significan lo siguiente:

A= Tristeza, B= Pesimismo, C= Sensación de fracaso, D= Insatisfacción, E= Culpa, F= Expectativas de castigo, G= Autodesagrado, H= Autoacusaciones, I= Ideas suicidas, J= Llanto, K= Irritabilidad, L= Aislamiento social, M= Indecisión, N= Cambios en la imagen corporal, R= Anorexia, S= Pérdida de peso, T= Preocupación somática, U= Pérdida de libido.

Los resultados de la escala se evalúan de la siguiente manera: De 0 a 13, no hay depresión; de 14 a 20, depresión leve o moderada; más de 20 puntos, depresión severa.

El inventario de Beck se presenta en un cuestionario que consta de grupos de afirmaciones; donde el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación de cuatro opciones en cada categoría presentada, y sin omitir ninguna de las categorías, que hacen un total de 21 categorías. La persona contesta la que describa de mejor manera cómo se ha sentido, ya sea la semana pasada, incluso hoy, y encerrar en un círculo el número al lado de la afirmación que haya escogido. El evaluado debe leer todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección.

INVENTARIO DE BECK.

El cuestionario consta de grupos de afirmaciones; el evaluado debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación, en cada grupo, que describa de mejor manera cómo se ha sentido, ya sea la semana pasada, incluso hoy.

Los rubros que se miden en esta escala van de la A a la U y significan lo siguiente:

A	Tristeza	K	Irritabilidad
B	Pesimismo	L	Aislamiento social
C	Sensación de fracaso	M	Indecisión
D	Insatisfacción	N	Cambios en la imagen corporal
E	Culpa	O	Retardo laboral

F	Expectativas de castigo	P	Insomnio
G	Autodesagrado	Q	Fatigabilidad
H	Autoacusación	R	Anorexia
I	Ideas suicidas	S	Pérdida de peso
J	Llanto	T	Preocupación somática
		U	Pérdida del libido.

Los resultados de la escala se evalúan:

EVALUACIÓN

PUNTAJE	GRADO DE DEPRESIÓN
0 - 13	No hay depresión
14 - 20	Depresión leve
20 o más	Depresión Severa

1.7.1.2 Aplicación del Inventario de Depresión de Beck en México.

En México se cuenta con un estudio de traducción y estandarización del Inventario de Beck para población mexicana realizado por Méndez en 1995, donde participaron 1589 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación. Obtuvieron la confiabilidad a través del Alpha de Cronbach la cual dio un resultado de 0.8734, lo que indica que el instrumento es muy confiable en población mexicana. En cuanto a discriminación de reactivos entre puntajes altos y bajos, las pruebas t por reactivo, dieron una significancia de $p > .000$ en cada uno de los reactivos del instrumento.

Méndez (1995), en la literatura encontró, trabajos realizados utilizando el Inventario de Depresión de Beck (IDB), que existen seis trabajos: Alvarado (1991); Guzmán (1991), Redmon (1991); Sánchez (1991); Amieva (1992); Sáinz (1992). Siendo los más significativos los siguientes:

Alvarado aplica el Inventario de Depresión de Beck, en una muestra de 120 estudiantes entre 15 y 20 años del Colegio de Ciencias y Humanidades en el cual reporta que los alumnos con Depresión Mayor y reacción de ajuste con ánimo depresivo obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los alumnos sin diagnóstico, concluyendo que el IDB es un instrumento con validez adecuada para empleo en población estudiantil de nivel medio superior.

Guzmán (1991), hace un estudio con 30 pacientes internados en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica. Aplicó el instrumento en dos momentos diferentes, encuentra un coeficiente de correlación de

Pearson $r=.908$ y un coeficiente de correlación por rangos de Spearman de $.550$ con un intervalo de tiempo de 48 horas. El autor concluye que el Inventario de Depresión de Beck es confiable en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez o en poblaciones similares. Citado por Loperena (2004).

1.7.1.3 Validez.

Un instrumento es válido hasta donde mide un constructo dado y no otras variables extrañas (Brown, 1980).

Redmon (1991), en un estudio de validez concurrente en una población de 50 pacientes neumológicos diagnosticados como deprimidos fueron contrastados con los no deprimidos; utilizando el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton, encontrando que los pacientes deprimidos obtuvieron puntajes más altos a los obtenidos por los no deprimidos, aplicando la t de Student encontró un valor de 5.64 y una $p < .001$; con dichos resultados se consideran las dos escalas como útiles instrumentos en el estudio de síndromes depresivos.

En Jurado, et.al., (1998). Concluyen que la versión mexicana del IDB, cumple con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleada como instrumento de evaluación de la depresión, ya que reporta cifras estadísticas que demuestran la validez de contenido, de criterio y de constructo. Con base a su estudio se pudo ver que mide el constructo, ya que cada reactivo ha sido analizado de acuerdo al contexto de la cultura mexicana. También que el IDB tiene propiedades psicométricas para ser utilizado en la población mexicana.

En Rodríguez Sayago, (1999). La validez del inventario de depresión de Beck, incluye lo siguiente:

Validez de contenido: Moran y Lambert (1983), comparan el contenido del Inventario de Depresión de Beck revisado con los desórdenes afectivos del DSMIII, y concluyen que el primero refleja seis de los nueve criterios del segundo. En Rodríguez Sayago (1999).

Validez Discriminante: Estudios indican que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También discrimina entre Desórdenes Distímicos y de Depresión Mayor.

Validez de Constructo: Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) encuentran que la escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el Inventario. (Beck y Steer, 1987).

Validez Concurrente: Beck, Steer y Garbin (1988) con la ecuación de Pearson, producto-momento, que las correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de $.60$.

Validez factorial: El Instrumento se ha analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beck, Steer y Garbin 1988) dando como resultado que el número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas.

De acuerdo a Rodríguez, Sayago (1999). Demuestra en su estudio que el Inventario de Depresión de Beck (IDB) correlaciona significativamente con la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung $r=.7041$; $p<.000$. donde el valor de r puede ir de $+1.00$ a -1.00 , lo que representa que mientras más alto sea el valor de r , indicará una mayor relación entre las variables, en el trabajo el valor de $r=.7041$ presenta un buen valor entre las dos escalas y apoya la validez del Inventario de Depresión de Beck. Este estudio apoya el estudio psicométrico de la Escala estandarizada por Méndez (1995). Por lo que el trabajo realizado refuerza la confiabilidad y validez del IDB así como su uso en el diagnóstico clínico.

MÉTODO.

Consideraciones previas.

La depresión es una enfermedad frecuente entre la población en general. Se estima que alrededor del 14% de la población general podría presentar a lo largo de su vida al menos un episodio de depresión que requeriría tratamiento médico y que de ellos más del 50% sufre depresión, en la adolescencia, la prevalencia es de 38% a 40%. (De la Peña 1999).

Problema de investigación.

La depresión en el adolescente presenta en el ánimo, decaimiento, imposibilidad de expresar placer, humor irritable, ansiedad y aprehensión. En su comportamiento, presenta psicomotricidad retardada o agitada. Sus relaciones familiares deterioradas, distanciamiento hacia la familia y mal desempeño escolar. El estado físico presenta fatiga, desórdenes en el sueño, dolores y malestares generales, bajo apetito o comer en exceso, cambios en el peso, variación en el estado de ánimo por la mañana, poco interés en el sexo. En el aspecto Cognitivo una falta de interés en el aprendizaje, el mundo y el futuro, culpa excesiva, ideación suicida, pensar que esta equivocado, dificultad en la concentración e indecisión. Y en la percepción ver todo de forma negativa. (Carr Alan, 2001).

Todo lo anterior hace necesario conocer la prevalencia de las 21 categorías del Inventario de Depresión de Beck. Categorías que representan: Pensamiento obsesivo, autoevaluación, autodegeneración, expectativas negativas, culpa, crítica y vergüenza inapropiada, indecisión, fallas en la memoria y la concentración, alteración de la imagen corporal, que vienen siendo los síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas de la depresión. Conocer las diferencias estadísticas de las variables como la edad, rendimiento académico, la ocupación, el uso de sustancias, con quien reside y el nivel de depresión. Aspectos que involucran la etapa de la adolescencia y se enfatizan con la depresión.

Preguntas de investigación.

¿Qué porcentaje de alumnos de una escuela Técnico Bachiller presentan depresión?

¿Qué rasgos cognitivos de depresión se presentan con mayor frecuencia en los alumnos de una escuela de nivel Técnico Bachiller?

¿Los alumnos presentan diferencias significativas de acuerdo al semestre, la edad, el rendimiento académico, la dependencia económica, el uso de sustancias, con quien reside y depresión?

Objetivo general:

Identificar con el Inventario de Depresión de Beck si existe depresión en los adolescentes que asisten a una escuela a nivel bachillerato y cuáles son los rasgos cognitivos más destacados en la depresión. Así como las diferencias de la depresión con la edad, semestre cursado, promedio académico, el consumo de sustancias y la dependencia económica.

Objetivos específicos:

Identificar el porcentaje de depresión en alumnos de una escuela de nivel bachillerato.

Identificar de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck, cuales son los rasgos cognitivos de depresión más destacados en los estudiantes de una escuela de nivel bachillerato.

Identificar las diferencias significativas entre depresión y el semestre, edad, promedio, consumo de sustancias, con quien reside, la dependencia económica, en los alumnos de una escuela de nivel bachillerato.

Hipótesis.

Hipótesis de trabajo: Los patrones cognitivos principales que presenta el depresivo incluyen la visión negativa de sí mismo. Sus experiencias desagradables las atribuye a un defecto suyo, psíquico, moral, o físico. Se subestima y se critica en base a sus defectos, y piensa que no tiene los atributos esenciales para lograr la alegría y felicidad. También hay la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Además su visión es negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Beck (1983).

Dichos patrones cognitivos se verán reflejados a través del Inventario de Depresión de Beck, en las 21 categorías de su inventario. Los rubros que miden su escala que son: Tristeza, Pesimismo, Sensación de fracaso, Insatisfacción, Culpa, Expectativas de castigo, Autodesagrado, Autoacusación, Ideas suicidas, Llanto, Aislamiento social, Irritabilidad, Indecisión, Cambios en la imagen corporal, Retardo laboral, Insomnio, Fatigabilidad, Anorexia, Pérdida de peso, Preocupación somática, Pérdida del libido. Los cuales contemplan: Pensamiento obsesivo, autoevaluación, autodegeneración, expectativas negativas, culpa, crítica y vergüenza inapropiada, indecisión, fallas en la memoria y la concentración, alteración en la percepción de la imagen corporal, que son características propias de la depresión. Dichos patrones cognitivos se ven relacionados con la edad, escolaridad, ocupación, uso de drogas, grado escolar y con quien reside. Que afectan el desempeño del individuo.

Hipótesis estadísticas:

Hipótesis nula 1.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al semestre que se cursa de los 6 a cursar.

Hipótesis alterna 1.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al semestre que se cursa de los 6 a cursar.

Hipótesis nula 2.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo a la edad.

Hipótesis alterna 2.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo a la edad

Hipótesis nula 3.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en el promedio académico de los sujetos, de acuerdo a las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck.

Hipótesis alterna 3.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en el promedio académico de los sujetos, de acuerdo a las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck.

Hipótesis nula 4.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al consumo de sustancias.

Hipótesis alterna 4.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al consumo de sustancias.

Hipótesis nula 5.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo a con quien resida.

Hipótesis alterna 5.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo a con quien resida.

Hipótesis nula 6.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, entre alumnos independientes económicamente y los dependientes económicamente.

Hipótesis alterna 6.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, entre alumnos independientes económicamente y los dependientes económicamente.

Variables.

Definición conceptual.

Dependiente.

Depresión: “Desorden afectivo en el cual las cogniciones de los sujetos deprimidos están dominadas por contenidos y procesos idiosincrásicos e irreales, tendiendo a una exageración de errores y encontrando obstáculos en todas sus acciones”. (Beck, 1986).

Independientes.

Se consideraron las variables sociodemográficas:

Rendimiento escolar: eficacia de los métodos y hábitos de estudio que utiliza el alumno para acercarse a los conocimientos y aprender, que se refleja en las evaluaciones académicas. (López 1998).

El bajo rendimiento escolar: Se da generalmente durante la adolescencia, en estudiantes que no presentan dificultades aparentes en el aprendizaje, pero que sin embargo, tienen bajas calificaciones de lo previsible de su capacidad intelectual (Kimmel y Weiner 1998).

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento en una persona. Periodo de vida (Diccionario Larousse, 1999).

Sexo: Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer. (SEP, 2000).

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio. (Diccionario Larousse, 1999).

Grado escolar: Periodo que lleva cursado un estudiante en una escuela. (Diccionario Larousse, 1999).

Ocupación: Empleo, oficio que desempeña un individuo. (Diccionario Larousse, 1999).

Uso de drogas: Estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre el organismo vivo y un fármaco, estado que se caracteriza por modificaciones de comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar la sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo (OMS, 1969), en CONADIC (2004).

Carrera: Estudios hechos para ejercer una profesión determinada de un individuo. (Larousse 1999).

Con quien reside: Grupo de personas que tienen lazos de parentesco, costumbres y hábitos comunes, donde cada miembro desempeña un rol. Cuando viven en un mismo techo comparten afectos, alegrías, logros, preocupaciones, recursos económicos, tareas y responsabilidades. (SEP, 2000). De acuerdo a las características roles, condiciones de sus miembros, procura la transmisión de la cultura hábitos y costumbres, formas de organización, que puede ser matriarcado, la familia panalúa, la familia sindai, asmica, el patriarcado y familia monogámica. (Anda Gutiérrez, 1997).

Definición Operacional.

Variable dependiente.

Inventario de Depresión de Beck: Escala autoaplicable, evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales. (Glaxo, 2000). Conforme a la teoría cognitiva de Beck, la depresión se centra en las distorsiones cognitivas que se consideran constantes, que incluye la atención selectiva a los aspectos negativos de las circunstancias y a las influencias mórbidas poco realistas sobre sus consecuencias. Como es la apatía y el bajo tono energético por las expectativas de fracaso en todas las áreas (Beck, 1983).

Depresión, será medida y analizada a través de las respuestas que los estudiantes den al instrumento y la evaluación en cada una de las escalas de Beck.

Variables independientes.

Aprovechamiento escolar: En base a los parámetros establecidos por el Conalep Aeropuerto del cual se obtuvo la muestra, definiendo que los alumnos tienen calificación académica, con un valor numérico de cero a diez, de los cuales son considerados como acreditados aquellos que tienen calificaciones de 7 a 10 y reprobados a los que tienen de 0 a 6. Promedio de las materias cursadas, obtenido del último semestre cursado.

Cuestionario socioeconómico: Donde el estudiante indicara su Edad (años cumplidos), Sexo (masculino o femenino), Escolaridad (semestre que cursa), Trabajo (si o no), Uso de drogas (ninguna, alcohol, tabaco, otras), Con quien vive (padres, papá, mamá, familiares, ninguno). Serán contestados indicando una opción para cada pregunta.

Diseño: Tipo de investigación.

De una sola muestra, no experimental ex post facto, ya que las condiciones estaban dadas y no se manipularon variables. Investigación descriptiva-comparativa, pues permitirá la identificación de la depresión, utilizando el inventario de Beck. Además, la edad, sexo, escolaridad, trabajo, uso de drogas, con quien reside y carrera. También depresión y

aprovechamiento escolar; con el listado de calificaciones. Por otro lado la frecuencia de los rasgos cognitivos de depresión contenidos en el Inventario de Depresión de Beck.

Población y sujetos.

Alumnos de una escuela de Enseñanza Pública de nivel medio superior, con características de Profesional Técnico Bachiller.

La población escolar estuvo constituida por los alumnos, entre 15 y 21 años de edad. Se aplicó el instrumento a los alumnos inscritos y que asistieron al salón de clases el día de la aplicación.

Contexto y escenarios.

A los alumnos asistentes dentro de su salón de clases, en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, plantel Aeropuerto, en la Ciudad de México, D.F.

Procedimientos.

Se obtuvo el listado de los alumnos, así como el promedio final del semestre, de la población por grupo.

Se asistió al salón de clases y se solicitó a los asistentes su cooperación para contestar el Inventario de Depresión de Beck, teniendo como única condición que su edad fuera entre 15 y 21 años.

Se les indicó siguieran las instrucciones impresas, llenaran los datos demográficos y procedieran a contestar el Inventario de Depresión de Beck, y que de surgir alguna duda la hicieran saber al aplicador para ser aclarada. Además que las respuestas y datos proporcionados serían de estricta confidencialidad. Este mismo procedimiento se llevó de igual manera en todas las aplicaciones, agradeciéndoles a todos y cada uno de ellos por su participación en este trabajo.

Instrumentos.

- ◆ Cuestionario sociodemográfico que contiene: Edad, Sexo, Escolaridad, Trabajo, Uso de drogas, Estructura familiar, Carrera.
- ◆ Inventario de Depresión de Beck.
- ◆ Lista de calificaciones con el promedio del último semestre, por ser de distintos semestres.

Diseño estadístico.

Se utilizó la estadística descriptiva y la diferencial, así mismo se aplicó la *t* de Student.

ANÁLISIS DE DATOS

Presentación de resultados.

México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia se hace relevante. (Medina-Mora, 2004). La depresión está presente en los adolescentes en un 5 %. A partir de los 14 años. (Chávez-León, 2007). Y estudios epidemiológicos realizados han reportado tasas de prevalencia de la depresión en adolescentes desde 0.4 a 8.3%. Así la depresión se convierte en un problema de salud pública ya que por lo menos el 15% de los adolescentes son potencialmente vulnerables a la enfermedad. (Partners, 2005).

Partiendo de lo anterior, esta investigación tuvo como objetivo analizar en los adolescentes, la relación de la depresión con el semestre que esta cursando, la edad, el rendimiento académico, la actividad laboral, el consumo de sustancias y con quien viven. Además de conocer el nivel de depresión de los jóvenes.

Análisis de datos.

Se utilizó la estadística descriptiva y la inferencial, se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias, y diferencias.

Se obtuvo razón F para ver la diferencia entre medias, se realizó el análisis de varianza, para determinar si había diferencias estadísticamente significativas entre dos o más variables. Todo esto a través del estadístico ANOVA.

Con la aplicación del cuestionario (encuesta sociodemográfica), se obtuvieron las variables: semestre, edad, promedio académico, uso de sustancias, con quien vive. Con el Inventario de Depresión de Beck se obtuvo la variable de depresión y rasgos cognitivos de depresión. Dichas variables se analizaron con el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (2003). Donde para los datos sociodemográficos se utilizó la estadística descriptiva con media, frecuencia y porcentajes, en los reactivos de edad, promedio escolar.

Por medio de frecuencias, en los resultados del Inventario de Depresión de Beck se obtuvo el porcentaje de los alumnos con depresión.

Se llevó a cabo un Análisis de varianza simple para muestras desiguales, para observar la relación de las siguientes variables:

- Nivel de depresión y rasgos depresivos.
- Nivel de depresión y semestre cursado.

- Nivel de depresión y edad.
- Nivel de depresión y promedio académico.
- Nivel de depresión y uso de sustancias.
- Nivel de depresión y con quien vive.
- El puntaje de cada uno de los rasgos del Inventario de Depresión de Beck.

Se usó la T de Student con el objetivo de conocer las diferencias para las siguientes variables:

- Nivel de depresión y trabajo.

Análisis estadístico.

Tomándose en cuenta la hipótesis de trabajo y de acuerdo a las hipótesis planteadas, se presenta el análisis correspondiente a cada una de éstas, lo que incluye: los resultados del Inventario de Depresión de Beck y los factores psicosociales que contribuyen para que se presente la depresión y que se relacionan con la edad, rendimiento académico, ocupación, uso de drogas, grado escolar y con quien se reside. Así como el nivel de depresión y factores cognitivos más relevantes.

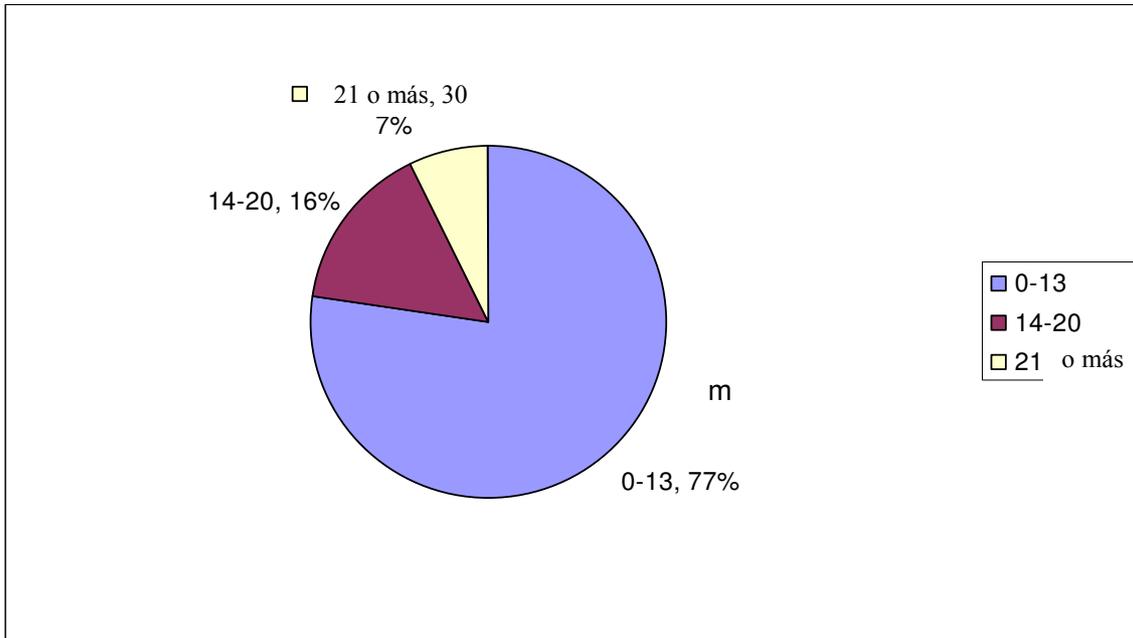
Nivel de depresión.

De acuerdo grado de depresión del Inventario de Depresión de Beck y el número de alumnos, se tiene que:

De 0-13 indica No hay depresión en 317 alumnos, de 14-20 indica Depresión leve en 64 alumnos y de 21 o más indica Depresión severa en 30 alumnos.

0-13	317	No hay
14-20	64	Leve
21 o más	30	Severa

El gráfico señala que el 23% sufre depresión y el 77% no presenta depresión.



Rasgos cognitivos.

La tabla 1. Se refiere a los rubros que más respondieron del Inventario de Depresión de Beck, según el grado de malestar fueron:

En **poco malestar** el rasgo más destacado fue Fatigabilidad (Q) con un 37% de respuesta.

Como **malestar** el rasgo más destacado fue la Sensación de fracaso (C) con 23% de respuesta.

Y como de **malestar importante** el rasgo más destacado fue el Llanto (J), con un 13% de respuesta.

Los rubros que se miden en esta escala van de la **A** a la **U** y significan lo siguiente:

A	Tristeza	L	Aislamiento social
B	Pesimismo	K	Irritabilidad
C	Sensación de fracaso	M	Indecisión
D	Insatisfacción	N	Cambios en la imagen corporal
E	Culpa	O	Retardo laboral
F	Expectativas de castigo	P	Insomnio
G	Autodesagrado	Q	Fatigabilidad
H	Autoacusación	R	Anorexia
I	Ideas suicidas	S	Pérdida de peso
J	Llanto	T	Preocupación somática
		U	Pérdida del libido.

Tabla 1.

Rasgos	1 Poco malestar%	Rasgos	2 Malestar %	Rasgos	3 Malestar importante %
Q	37%	C	23%	J	13%
H	32%	G	13%	B	6%
D	31%	M	12%	F	5%
F	31%	O	7%	C	5%
P	30%	P	7%	B	4%
T	29%	R	7%	S	4%
R	26%	U	6%	P	4%
K	25%	B	6%	D	3%
L	25%	N	6%	N	3%
O	21%	F	5%	H	2%
A	16%	K	5%	K	2%
E	16%	L	5%	L	2%
M	15%	S	4%	Q	1%
I	14%	H	3%	R	1%
S	12%	T	3%	T	1%
C	12%	D	3%	A	1%
N	12%	Q	2%	U	1%
G	11%	E	1%	I	1%
J	9%	A	1%	E	0%
U	8%	J	1%	G	0%
B	6%	I	0%	O	0%

Así, tomando una a una las subsecuentes hipótesis estadísticas nula y alterna, en las que en cada caso se indica el estadístico aplicado y el resultado obtenido, tenemos lo siguiente:

Semestre

Considerando que el semestre que se este cursando puede ejercer en el alumno diferentes demandas y expectativas escolares, las cuales pueden incidir en el nivel de depresión. Se puede observar en la tabla 2. El puntaje del Inventario de Depresión de Beck con respecto a los semestres lo siguiente:

De 171 alumnos de 2° semestre; en el 74% no hay depresión, en el 17% depresión leve y en el 9% depresión severa.

De 121 alumnos de 4° semestre; en el 81% no hay depresión, en el 15% hay depresión leve y en el 4% depresión severa.

De 119 de 6° semestre; en el 78% no hay depresión, en el 14% depresión leve y en el 8% depresión severa.

Tabla 2.

	SEMESTRES			
PTJE IB	2o	4o	6o	TOTAL
0-13 NO/DEP	74%	81%	78%	77%
14-20 DEP/LEV	17%	15%	14%	16%
20-(+)DEP/SEV	9%	4%	8%	7%
Alumnos %	171-100%	121-100%	119-100%	411-100%

Se empleó análisis de varianza simple para muestras desiguales, de acuerdo al procedimiento estadístico ANOVA, sugerido por Rivera y García (2005). Los datos de los semestres 2°, 4° y 6° son los siguientes:

Semestre	\bar{X}	F	No significativa
2°	9.25	2.45	Al nivel de .05
4°	7.53	“	“
6°	9.16	“	“

F obtenida = 2.45

F tablas = 2.99

Dado que la F obtenida es inferior al valor de la F tablas (valores de F), se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza del .05

Edad.

En la tabla 3. Se puede observar la respuesta de los jóvenes de acuerdo a su edad, según la estimación numérica 0, 1, 2, 3, asignadas a los rubros de la escala del Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 3.

PUNTAJE IB	Respuestas	Respuestas	Respuestas	Respuestas
	0 Sin malestar	1 Poco malestar	2 Malestar	3 Malestar importante
	71%	20%	6%	3%
15 años	68%	24%	5%	2%
16 años	71%	19%	6%	4%
17 años	72%	20%	5%	3%
18 años	71%	20%	5%	4%
19 años	73%	18%	5%	4%
20 años	65%	23%	9%	4%
21 años	80%	14%	3%	3%

Se empleo el estadístico ANOVA, en los grupos de edades 15 años, 16 años, 17 años, 18 años, 19 años, 20 años y 21 años, para determinar si la edad influye en el nivel de depresión, las medias obtenidas para cada grupo de edad fueron las siguientes:

Edad	\bar{X}	F	No significativa
15 años n= 39	$\bar{X} = 9$.997	Al nivel de .05
16 años n= 99	$\bar{X} = 9.29$	“	“
17 años n= 87	$\bar{X} = 8.29$	“	“
18 años n= 87	$\bar{X} = 9.05$	“	“
19 años n= 47	$\bar{X} = 8.27$	“	“
20 años n= 38	$\bar{X} = 10.36$	“	“
21 años n= 14	$\bar{X} = 6.14$	“	“
F obtenida = .997			
F tablas = 2.99			

Dado que la F obtenida es inferior al valor de la F tablas (valores de F), se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza del .05.

Rendimiento académico.

En la tabla 4. Se presenta el promedio académico de **0** a **10** y la relacionado con el Inventario de Depresión de Beck.

Se señala el número de sujetos y el porcentaje que representa dicho dato.

Los puntajes de Beck, donde 0-13 indica que No hay depresión, 14-20 nos indica Depresión leve y 21 o más como Depresión severa.

Tabla 4.

PROMEDIO ACADEMICO							
PUNTAJE IB.	0 A 5	6	7	8	9	10	total
0-13 NO/DEP	15-75%	26-72%	30-58%	210-80%	19-83%	17-89%	317-77%
14-20 DEP/LEV	2-10%	6-17%	14-58%	39-15%	2-9%	15%	64-16%
20- (+)DEP/SEV	3-15%	4-11%	8-15%	12-5%	2-9%	15%	30-7%
Total general	20-100%	36-100%	52-100%	261-100	23-100%	19-100%	411-100%

Se empleó el estadístico ANOVA, para los datos de las calificaciones del Inventario de Depresión de Beck en cada uno de los grupos y el promedio académico.

Promedio académico	\bar{X}	F	No significativa
5 n = 20	$X_1 = 10.7$	3.65	Al nivel de .05
6 n = 36	$X_2 = 9.94$	3.65	“
7 n = 52	$X_3 = 11.92$	3.65	“
8 n = 261	$X_4 = 8.08$	3.65	“
9 n = 23	$X_5 = 8.26$	3.65	“
10 n = 19	$X_6 = 6.78$	3.65	“

F obtenida = 3.65

F tablas = 2.09

Dado que la F obtenida es más grande que al valor de la F tablas (3.65 valores de F), se acepta la hipótesis alterna al nivel de confianza del .05.

Uso de sustancias.

En la tabla 5. Se presenta el Inventario de Depresión de Beck y el uso de sustancias.

El **(0)** representa a quienes **no usan de sustancias**, para éste rubro se presentó lo siguiente: En No hay depresión contestaron 187(77%), para Depresión leve 46(19%) y en Depresión severa 11(5%).

El **(1)** refiere a quienes **beben alcohol**, presentándose lo siguiente: En No hay depresión 43(72%), en Depresión leve 12(20%) y en Depresión severa 5(8%).

El **(2)** representa a quienes **fuman**, en éste se dio lo siguiente: Para No hay depresión fueron 72(69%), en Depresión leve 27(26%), en Depresión severa 5(5%).

Tabla 5.

USO DE SUSTANCIAS						
PUNTAJE IB.	0		1		2	
0-13 NO/DEP	187	77%	43	72%	72	69%
14-20 DEP/LEV	46	19%	12	20%	27	26%
20-(+)DEP/SEV	11	5%	5	8%	5	5%
Total general	244	100%	104	100%	104	100%

Se empleó el estadístico ANOVA Los datos de los grupos *No consume*, *Consume alcohol*, *Consume tabaco*, son los siguientes:

Grupo	\bar{X}	F	No significativa
No consume n = 244	$X = \bar{8.29}$	2.45	Al nivel de .05
Consume alcohol n = 60	$X = \bar{10.43}$	2.45	“
Consume tabaco n = 104	$X = \bar{8.98}$	2.45	“

F obtenida = 2.45

F tablas = 2.99

Dado que la F obtenida es inferior al valor de la F tablas (valores de F), se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza del .05.

Vive con.

La tabla 6 muestra con quien viven los adolescentes y la relación con el Inventario de Depresión de Beck. Indicando el número de alumnos y su porcentaje por cada grupo.

El **(1)** indica que de 310 alumnos que **viven con ambos progenitores**, 240 un 50%, No hay depresión. 49 un 16%, Depresión leve. 21 un 7% Depresión severa.

El **(2)** indica que 69 alumnos **viven solo con la madre**, de los cuales 54 que es un 78% No hay depresión. 12 un 17% Depresión leve, 3 un 4%, Depresión severa.

El **(3)** indica que de 9 alumnos que **viven con familiares**, 8 un 89% No hay depresión. Ninguno con Depresión leve. 1 que es 11%, Depresión severa.

El **(4)** presenta de 24 alumnos en **otros**, 15 un 66% No hay depresión. 4 con 17% Depresión leve. Y 4 que es un 17%, Depresión severa.

Tabla 6.

VIVE CON	Papá/mamá	madre	Familiares	otros	
PUNTAJE IB.	1	2	3	4	Total general
0-13 NO/DEP	240-50%	54-78%	8-89%	15-66%	317-77%
14-20 DEP/LEV	49-16%	12-17%	0-0%	4-17%	65-16%
20-(+)DEP/SEV	21-7%	3-4%	1-11%	4-17%	29-7%
Total general	310-100%	69-100%	9-100%	24-100%	411-100%

Se empleó el estadístico ANOVA. Los datos de los grupos *Padre y Madre, Madre, vive solo y Otros*, son los siguientes:

Grupo	\bar{X}	F	No significativa
Padre y Madre n = 310	X = 8.73	1.57	Al nivel de .05
Madre n = 69	X = 8.85	1.57	“
Vive solo n = 9	X = 5.4	1.57	“
Otros n = 23	X = 11.08	1.57	“

F obtenida = 1.57
F tablas = 2.60

Dado que la F obtenida es inferior al valor de la F tablas (valores de F), se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza del .05.

Actividad laboral.

En la tabla 7. Se observa que de un total de 411:

Hay 111 alumnos que trabajan **(1)**. De los cuales según el Inventario de Depresión de Beck, 86-77% No hay depresión, 13-12% Depresión leve, 12-11% Depresión severa.

De los 300 que no trabajan **(2)**. En 231-77% No hay depresión, 51-17% Depresión leve, 18-6% Depresión severa.

Tabla 7.

TRABAJA			
	SI	NO	
PUNTAJE IB.	1	2	TOTAL GRAL
0-13 NO/DEP	86-77%	231-77%	317-77%
14-20 DEP/LEV	13-12%	51-17%	64-16%
20-(+)/DEP/SEV	12-11%	18-6%	30-7%
Total general	111-100%	300-100%	411-100%

Se empleó el estadístico prueba *t* para muestras independientes con N desiguales, de acuerdo a la fórmula propuesta por Levin (1987):

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\delta_{dif}}$$

Los datos de los grupos *Sí trabaja* y *No trabaja*, son los siguientes:

Grupo Sí trabaja n = 111	Grupo No trabaja n = 300	Razón <i>t</i>	Nivel de significancia
$\bar{X} = 8.81$	$\bar{X} = 10.96$	t obtenida = t tablas = gl = P =	4.24 1.960 409 .05

Para aceptar la hipótesis alterna al nivel de confianza del 95% *t* obtenida debe ser igual o mayor que *t* tablas. Así, se acepta la hipótesis alterna.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Discusión.

La depresión, afecta alrededor de 121 millones de personas en el mundo y en México, tan sólo en el 2000, según cifras del Sistema Nacional de Salud, seis mil 395 personas requirieron ser hospitalizadas, hasta por 17 días, por esta causa. (Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., 2003). En México el cinco por ciento de la población sufre depresión y de éste 5%, en los adolescentes hay una prevalencia de 38 a 40% (De la Peña, 1999).

El que la depresión en el adolescente sea un problema en aumento y genere serias dificultades para su desarrollo en todos los ámbitos en que se desenvuelve, parte de éste es la escuela. Por eso es que se realizó la investigación en una escuela de nivel bachillerato, la cual contempla en su mayoría jóvenes entre 15 y 21 años, en los cuales se pudo identificar a través del Inventario de Depresión de Beck, que el 23% sufre depresión. Se encontró que los rasgos cognitivos depresivos más destacados fueron la fatigabilidad, sensación de fracaso, y llanto, que en los semestres 2º y 6º se dan los puntajes más altos en cuanto a depresión, indicando que los períodos escolares pueden influir en la ocurrencia de la depresión, que la depresión ocurre en cualquier momento de la adolescencia. Además en las calificaciones escolares medias puede darse la depresión y no necesariamente en la reprobación o promedios altos, por otro lado las drogas pueden ser solo un síntoma de la depresión, además con quien viva no afecta para que surja la depresión. En lo referente a dependencia económica se vió que influye en la depresión.

A partir de la presentación de los resultados anotados en el apartado anterior, es necesario profundizar el sentido del nuestro análisis y llevar a cabo algunos comentarios y observaciones para cada una de las hipótesis.

Alumnos deprimidos.

De acuerdo a los resultados, en una muestra de 400, que es casi la cuarta parte de la población, el porcentaje de depresión en la escuela fue de 23%, lo cual es significativo dado que del 5% de personas con depresión en México, la prevalencia es de 38 a 40% en adolescentes que la padecen, lo que representa un malestar importante entre los jóvenes y adolescentes, digno de atención, por sus consecuencias y limitaciones. Además de considerarse un problema de salud importante.

Rasgos depresivos más frecuentes.

En la aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Los rasgos más destacados fueron: La categoría **1** que indica poco malestar de depresión, sin embargo indica un grado de depresión, donde el puntaje mayor se vió en la **Fatigabilidad**, que se podría reflejar en ausentismo o poco compromiso escolar. En la categoría **2** la cual indica malestar, donde se hace más notorio como rasgo de depresión, el mayor puntaje se dió en la **Sensación de fracaso**, esta puede relacionarse con las expectativas que tienen hacia si mismos y al futuro.

Y en la categoría **3** que indica un malestar importante, que ya es un rasgo muy notorio como de depresión, la más alta fue el **Llanto**.

Con respecto a las hipótesis planteadas en cuanto a la relación de la depresión con el grado escolar, la edad, el aprovechamiento escolar, la ocupación, el uso de drogas y con quien vive. Se encontró lo siguiente:

Hipótesis 1.- No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al semestre que se cursa.

Aún siendo el 4º semestre el más bajo con una media de \bar{X} 7.53, que los otros dos semestres, su valor de significancia es mayor a .05, por lo tanto no es significativa.

Se acepta la hipótesis nula. No existen diferencias significativas en los puntajes del nivel de depresión de acuerdo al semestre que se cursa. Nótese sin embargo que la diferencia entre F obtenida y F tablas es mínima. Además que los puntajes más altos se dan en 2º y 6º, lo que puede significar que es posible que los alumnos de 2º se encuentren en un período de ajuste de elección de carrera y al sistema escolar, y los de 6º ante la presión del ciclo escolar y proximidad de involucrarse al ámbito laboral se sientan con una expectativa incierta.

Hipótesis 2.- No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo a la edad.

Conforme los adolescentes se acercan a la adultez tienden a ser más estables emocionalmente por lo que se esperaba se dieran diferencias, en cuanto a depresión entre una edad y otra. Barrett ML. (1991). No obstante se aceptó la hipótesis nula. Se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza del .05. No existen diferencias significativas en las puntuaciones del nivel de depresión de acuerdo a la edad.

Esto ocurrió ya que la población siendo adolescente, sin importar la edad puede presentar depresión. DSM IV (1995).

Hipótesis 3.- Hay diferencias estadísticamente significativas en el promedio académico de los sujetos, de acuerdo a las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck.

De acuerdo a la literatura, la depresión produce en los adolescentes bajo aprovechamiento escolar. (Loza, 1995). Al respecto se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio académico de los sujetos diagnosticados de acuerdo a la puntuación obtenida de los resultados del Inventario de Beck. Se acepta la hipótesis alterna al nivel de confianza del .05.

Esto se dió especialmente entre el grupo sin depresión y el grupo de depresión leve. Sin embargo los puntajes más altos en cuanto a depresión se dan entre los promedios de 7 y 8. Esto pudo haber ocurrido por la presión que ejerce en los jóvenes no sólo la acreditación sino el mantener un promedio académico para mantenerse en la escuela.

Hipótesis 4.- No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al consumo de sustancias.

La literatura refiere que ante la depresión, los jóvenes tienden a hacer uso de sustancias con la intención de evitar el dolor por depresión. (Ortiz, 2004).

Ocurre que muchos usuarios de sustancias padecen de depresión. Sin embargo no se encuentran datos significativos, este resultado pudo haber ocurrido por que los jóvenes tienden a negar el uso de sustancias, probablemente por que la aplicación se hizo en la escuela, o por temor a represalias, no obstante la advertencia, de confidencialidad o bien por que socialmente es mal visto su uso.

Hipótesis 5.- No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo a con quien resida.

Considerando que el ambiente familiar influye de manera importante para que se de la depresión, por aprendizaje o herencia, con quien viva el adolescente puede influir en el surgimiento de la depresión. (Kovacs M., 1994).

Se ha visto que de acuerdo a con quien este viviendo el adolescente, esto es, si vive con sus padres, con uno solo o con ninguno de ellos, en él adolescente pueda influir para que se sienta amparado o desamparado, o que se ejerza en él mayor o menor presión. Por lo que se piensa que estos factores pueden influir en la depresión.

Sin embargo se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del nivel de depresión, de acuerdo a con quien viva el adolescente. Tiene un valor de significancia mayor a .05, por lo tanto no es significativa.

No obstante es posible que lo que influya, es el tipo de convivencia que establezcan los jóvenes para que surja la depresión.

Hipótesis 6.- Hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, entre alumnos independientes económicamente y los dependientes económicamente.

Siendo una escuela pública se espera que los alumnos tengan en su mayoría ciertas limitaciones económicas, además que en la literatura se afirma que las restricciones económicas influyen en el surgimiento de la depresión. (Kovacs M., 1994).

Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión, entre alumnos independientes y los dependientes económicamente. Para aceptar la hipótesis alterna al nivel de confianza del 95% t obtenida debe ser igual o mayor que t tablas. Así, se acepta la hipótesis alterna.

El puntaje más alto se dio en el grupo de los que no trabajan, esto puede obedecer a la dependencia económica que tienen y como consecuencia la falta de satisfactores que a esto obedece, así como la dependencia moral familiar que esta genera.

Conclusiones.

Índice de depresión.

De acuerdo a los resultados del inventario de Beck aplicado el 23% de la población sufre depresión y el 77% no presenta depresión, dato muy cercano a las estadísticas con un punto más, ya que indican que en México el 15% de los adolescentes son potencialmente vulnerables a la enfermedad. (Partners, 2005).

Rasgos depresivos más frecuentes.

De los rasgos que incluyen en la depresión, los que más tienden a manifestar los jóvenes son, la Fatigabilidad, sensación de fracaso así como el llanto.

Semestre.

La presión que ejerce el semestre que se este cursando, no afecta en el nivel de depresión del adolescente.

Edad.

La edad no influye para que aparezca la depresión en los adolescentes. Sin embargo el hecho de que un 23% de la población escolar la padezca, nos hace ver la importancia de la depresión en el período de la adolescencia, que en este caso incluye de los 15 a los 21 años.

Rendimiento académico.

El rendimiento académico influye en el nivel de depresión. El adolescente se enfrenta a presiones, por demandas escolares, presiones familiares por el desempeño académico incluso en sus propias expectativas escolares, por tanto se hace un motivo de depresión el aprovechamiento escolar.

Uso de sustancias.

No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del nivel de depresión, de acuerdo al consumo de sustancias.

Vive con.

En este caso no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Es decir con quien se viva no afectará para el nivel de depresión.

Actividad laboral.

El aspecto económico es un factor que afecta a todos los miembros de la sociedad, cuando este es limitado puede afectar en el buen desempeño de todo individuo y por lo tanto influya en la depresión de los adolescentes activos económicamente y sin empleo.

En este sentido el haber destacado las características de la depresión en la población con dependencia económica y con independencia económica, es una aportación que apunta en ese sentido.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

SUGERENCIAS.

1. Dado que hay un 23% de alumnos deprimidos es conveniente establecer acciones para abatir el problema de la depresión en el plantel.
2. Sería conveniente que se llevara a cabo en todos los planteles de nivel bachillerato evaluaciones para detectar depresión y atender aquellos jóvenes que resulten deprimidos.
3. Hacerse más estudios sobre los aspectos que inciden en el desarrollo de la depresión del adolescente, es una actividad que tiene que seguirse realizando si queremos llegar a la comprensión de nuestra población materia de trabajo.
4. Quizá sería interesante el que posteriores estudios que utilicen como instrumento el Inventario de Depresión de Beck, destacasen cuales son los rubros que con mayor sensibilidad detecten rasgos cognitivos de depresivos en nuestras poblaciones, un esfuerzo de este tipo, seguramente permitiría realizar acciones preventivas y de intervención, mas allá de las pretensiones descriptivas de un trabajo como el que aquí se presenta.
5. Debido a que las Expectativas de castigo son notorias sería conveniente explorar como las percibe el alumno para valorar si desde el ámbito escolar se puede llevar a cabo alguna acción, en cuanto a la Sensación de fracaso sería importante sersiorarse si se relaciona con su proyecto de vida, perspectiva escolar o se relaciona con su relación familiar. En lo que se refiere al Llanto hay que explorar con que se asocia este sentimiento para así realizar acciones o estudios.

LIMITACIONES.

1. La población considerada pareciera presentar rasgos muy homogéneos a pesar de ser numerosa, quizá una muestra con el mismo N tomada de diferentes centros escolares hubiese resultado más representativa.
2. Dado la cantidad de sujetos, no hubo la oportunidad de hacer una entrevista individualizada.
3. La muestra fue tomada de los alumnos que se encontraban en el salón de clases.

4. El que la escuela de su apoyo a una investigación, limita el responder a preguntas, como el uso de sustancias, ya que el alumno se siente en riesgo de castigo. Aunque se le diga que se respetará el anonimato.

REFERENCIAS

Alvarado Fernández, Elena. (1991) Validez de una Traducción del Castellano del Inventario de Beck para la Depresión en Estudiantes de Bachillerato. Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Anda Gutiérrez Cuauhtémoc. (1997). Introducción a las Ciencias Sociales. México: Limusa.

Amieva González Ma. del Rosario. (1992). "Validez del inventario para la Depresión de Beck en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M." Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Amonte V. Carlos et. al. (2003). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Arca Silva, José Gustavo. (1998). Depresión y Constructivismo Narcisista. Barcelona: Axos-Tau.

Barrett M.L. Berney TP. Bhate S. et.al. (1991). Diagnosing Childhood Depression: Who Should be Interviewed Parent or Child. The Newcastle child Depression Project. Br. J. Psychiatry 159 (suppl 11) 22-27.

Bassas Nuria, Tomas Joseph. (1996). Carencia Afectiva, Hipercinesia, Depresión y Otras Alteraciones en Infancia y la Adolescencia. Barcelona: Alertes.

Beck, Arón T. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York.

Beck. Aarón T. et.al. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión 5ª ed. España: Desclee de Broouer.

Beck, A., Steer, R.A. y Harbin, M. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of Evaluation Clinical Psychology Review, vol. 8, 77-100.

Beck. Aarón T. (1995). Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Barcelona: Paidós.

Benjet, Corina. (2006). Et.al. La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Benjet, Corina et.al. (2006). La Depresión con Inicio Temprano: Prevalencia, Curso Natural y Latencia para Buscar Tratamiento. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” México. <http://www.insp.mx/salud/index.htm>

Berger, Kathleen Stassen. (2004). Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Brent DA, Birmaher B. Holder D. Johnson B. Kolko DJ. (1995). A Clinical psychoterapy trial for adolescent mayor depression, Presented at the 42 and Anual Meeting of the Academy of the Child and Adolescent Psychiatry. New Orleans.

Brown, F. (1980). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno.

Carr, Alan. (2002). Depression and Altempted Suicide in Adolescence Oxford: BPS Blac Well.

(CIMAC) Aumentan los Suicidios Entre Adolescentes. México, DF., 19 de abril de 1999.

Chapela Luz María. (1997). Hablemos de Sexualidad. México: Conapo, Mexfam.

Chávez- León Enrique (2007). Depresión en el Adolescente Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán 26 y 27 de abril, México.

CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, Meditor.

Corlay Irma. (2003). La Depresión, Enfermedad del Siglo XXI, Afecta en México a 10 Millones. México: IMSS.

Claude, Lorin. (1995). La Psicología del Niño y del Adolescente. Bilbao: Mensajero.

Consejo Contra las adicciones del Distrito Federal. (2004). Curso de Capacitación Básica en Adicciones para Personal Técnico Operativo. México: Gobierno del Distrito Federal.

Cultural, S.A. Pedagogía y Psicología Infantil. (1997). Pubertad y Adolescencia XI El adolescente de 15 y 16 años, 3. "Desarrollo de la inteligencia", (Biblioteca Práctica para padres y educadores). Madrid – España: Cultural.

Cultural, S.A. Pedagogía y Psicología Infantil. (1997). Pubertad y Adolescencia XI El adolescente de 15 y 16 años, 3. "Desarrollo de la Personalidad", (Biblioteca Práctica para padres y educadores). Madrid – España: Cultural.

Cultural, S.A. Pedagogía y Psicología Infantil. (1997). Sexualidad. Programa educativo. Infancia y adolescencia. (Biblioteca Práctica para padres y educadores). Madrid: Cultural.

De la Peña Estrada, Almeida y Paéz. (1999). Prevalencia de los Trastornos Depresivos y su Relación con el Bajo Rendimiento Escolar en Estudiantes de Secundaria. México: Salud Mental

De la Peña Francisco. (2004). Depresión, Riesgo de Adolescentes. Pfiser/PR Partners esmas.com.México.

Dupont Marco Antonio, Compilador. (1997). Manual Clínico de Psiquiatría. Trastornos afectivos. México: JGH editores.

Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. 2003. México.

Glaxo Smith Kline. (2000). Escalas Autoaplicables y Aplicables para la Evaluación de Trastornos Depresivos. S/A, México S/P.

González-Forteza y Jiménez (2003). El fenómeno Suicida Adolescente Desde una Perspectiva de Salud Mental Pública. México: Salud Pública.

González Nuñez, José de Jesús. (2001). Psicología del la Adolescencia. México: Manual Moderno.

González Ruelas Enrique. (2000). Depresión: La Enfermedad del Siglo. México: Glaxo Wellcome.

Guevara, Langet, J. Alienta la Crisis la Depresión Psíquica. Gaceta, UNAM, 2283, mar. 14/88, México.

Gutiérrez Rodríguez Francisco. (2005). Suicidio en Niños y Adolescentes, en Aumento. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS).

Guzmán, I., (1991). Reproducibilidad del Inventario de Beck para Depresión en Pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ibarra Aragón Sara Uno de Cada 5 Mexicanos ha Sufrido de Depresión. México: Notimex, 15/03/07.

Ituarte de Adavin, Angeles. (1997). Adolescencia y Personalidad. México: Trillas.

Jacobson James L, Jacobson Alan M. (2003). Secretos de la Psiquiatría Tomo I. 2da Edición. México: McGraw Hill Interamericana.

Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman MEP. (1994). The Prevention of Depressive Symptoms in School Children. Behav Res ther.32: 801-816.

Jurado Samuel et.al. (1998). La Estandarización del Inventario de la depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México. Vol. 21 No.3. México: Salud Mental.

Kaplan Harold I et al. (1996). Sinopsis de Psiquiatría 7ª. Ed. Buenos Aires: Panamericana.

Kimmel, D.C., y Weiner, IB. (1998). La adolescencia: Una Transición del Desarrollo. España: Ariel.

Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas S, Richard C, D, Depressive disorder in childhood: Iv. A. Longitudinal Study of Comorbidity with and risk for Anxiet y Disorders. Arch gen Psychiatry 46: 776-782.

Laruss Ilustrado. (1999). Diccionario, México.

Levin, J. (1987). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México: Harla.

Lewinshon PM Clarke Gn Seeley JR Rohde. (1996). Mayor Depression in Community Adolescents: Age Onset, Episode Duration, and Time to Recurrence. J Am Acad Child Adolesc Psychatry. 334: 809-818.

Loperena Santillán Verónica. (2004). Validez de Criterio Entre las Escalas de Depresión de Beck y Zung. En Estudiantes de Bachillerato Tecnológico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

López Orozco Rocío Estela. (2004). “Suicidio en Niños y Adolescentes” México. <http://www.escuelaparapadres.com/neiya/comportamiento/snya.htm>

López, P.N. (1998). Hábitos de Estudio en Alumnos de cuarto Año de Bachillerato de la Universidad Latinoamericana. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Loza Canales Georgina Susana. (1995). Estudio de las Características del Paciente con Conductas Suicidas, Usuario del Sistema de Apoyo Psicológico (Saptel). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Manrique Gálvez Edwin Revista de Psiquiatría y Salud Mental, “Hermilio Valdizan” Vol. IV No.2 Julio-Diciembre 2003.

Martínez Sandoval, Michel. (2002). Depresión y Bajo Rendimiento Escolar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Mayer Ortega Julián Rafael. (1992). Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck y Validez Concurrente con la Escala para Depresión de Hamilton en un Hospital Psiquiátrico. Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Medina Mora, María Elena. (2004). Et.al. Prevalence, age of onset, and demographic correlates of DSMIV psychiatric disorders in Mexico: Results From The Mexican Psychiatric Suvery. En prensa, México.

Méndez Salvatore Ma. de Lourdes. (1995). Traducción y Estandarización del Inventario de Beck para Población Mexicana. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Mc Cullough, James p. (2003). Tratamiento para la Depresión Crónica sistema de Análisis Cognitivo Conductual. Manual moderno, México.

Ortiz Silvia La Depresión, Problema de los Jóvenes. México: El Economista. 04/02/2004.

Mghir R, Vincent J. (1995). Phototherapy of Seasonal Affective Disorderin an Adolescent Female. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 30: 440-442.

Partners, PR. (2005) Depresión, riesgo de adolescentes. esmas.com

Pérez Escalante Tila Koral. (2007). Adolescentes con Riesgos de Suicidio. México: Asociación Vive con sentido.

Pérez- Stadelmann Cristina Jóvenes Suicidas, Tendencia en Aumento. México: El Universal Viernes 10 de febrero de 2006.

Pierrer Pichot et.al. DSM IV. (1995). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición, España: Masson.

Pinguarre, Philippe. (2003). La Depresión: una Epidemia de Nuestro Tiempo. Barcelona: Random House, Mondadon.

Poling K, Living with Depression: A Survival Manual for Families Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and clinic.

Redmon, M., (1991). Validez de Diagnostico y Concurrente de la Aplicación de una Traducción al Castellano del Inventario de Beck para la Depresión en Pacientes Neumológicos Hospitalizados. Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Reynolds W M, Coates Kl. (1995). A Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Relaxation Training Forthe Treatment of Depression in Adolescents. Consult: Clin Psychol. 54: 653-660.

Rivera, S. y García M. (2005). Aplicación de la Estadística a la Psicología. México: Porrúa-UNAM

Roa V Ryan ND, Birmaher B et.al. (1995). Unipolar Depression in Adolescents: clinical autcome in adulthood. Jam Acad Child Adolesc Psychiatry. 34: 566-578.

Rodríguez Sagayo, Alejandra Fabiola. (1999). Validez Concurrente de los Inventarios de Depresión Beck y Zung en Personas Deprimidas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Roldán Ceballos María Ofelia. (2002). Validación de Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher en Adolescentes Mexicanos. México. Tesis de Maestría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sáinz, S., (1992). Evaluar la Validez de la Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck. Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, S., (1991). Frecuencia de Depresión en Embarazadas Detectadas con el Inventario de Depresión de Beck en una Unidad de Medicina Familiar. Tesis de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

SEP. (2000). Libros de Papá y Mamá, “El Amor en la Familia”. México.

Shaffer, David. (2003). Las Múltiples Caras de la Depresión en Niños y Adolescentes. Barcelona: Ars Médica.

SPSS (2003). Versión 12.0

Stassen Berger Kathleen, Thompson Ross A. (2004). Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Vallejo Ruiloba, Julio. (2000). Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Salvat.