



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE
ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS DE
UNA ESCUELA SECUNDARIA PÚBLICA”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARCIA GEORGINA RAMÍREZ ALONZO

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MI PADRE

A ti papá te dedicó este trabajo, porque estés en donde estés siempre me acompaña tu bendición y tu presencia, siempre en los momentos difíciles tengo presente tu ejemplo y tu valor para levantarme y seguir caminando, y conseguir lo que me propongo, gracias por darme la vida.

A MI MADRE

A ti que me diste el don de la vida, que me supiste educar, guiar y me diste el mejor de los ejemplos, gracias mamá por caminar siempre a mi lado y no dejarme sola, eres el pilar más fuerte de mi vida, este logro también es tuyo, te amo.

A MIS HIJOS

Por ser mi mayor tesoro, mi fuerza mi motor para seguir adelante, Aldair, Joshua e Iker es lo mejor que dios y la vida me dieron, ustedes son mi ejemplo de amor y fuerza, gracias por permitirme ser su mamá, estoy orgullosa de ustedes, los amo.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por siempre ir de mi mano, no abandonarme y bendecirme, darme la fortaleza, la paciencia y la calma para poder cumplir mi sueño que es un gran logro en mi vida.

A MIS HERMANAS:

A Evelyn por ser una excelente persona, por escucharme, apoyarme y darme ánimos para seguir siempre adelante, gracias por ser mi hermana y acompañarme en todo momento, te agradezco inmensamente que siempre tienes una palabra de aliento para mí, eres muy fuerte.

A Mirna por apoyarme en todo lo que hago y estar ahí cuando lo necesito.

A MIS AMIGAS:

A Valen, Tere, Miriam y Bety, a cada una de ustedes por permitirme estar en sus vidas, por compartir todo lo maravilloso, lo triste, los logros, por crecer juntas, siempre apoyándonos, gracias por ser parte importante de mi vida y sobre todo por ser mis "amigas".

A MIS ASESORES:

Martha Laura y Emiliano gracias por brindarme sus conocimientos, su experiencia y su ayuda, en este proceso tan importante para mi, por darme su apoyo en todo momento.

INDICE

Índice	I
Resumen	IV
Introducción	V
CAPITULO 1 Adolescencia	
1.1 Definición de adolescencia	1
1.2 Etapas de la adolescencia	4
1.2.1 Pre-adolescencia	4
1.2.2 Adolescencia temprana	5
1.2.3 Adolescencia propiamente dicha	6
1.2.4 Adolescencia tardía	7
1.2.5 Post-adolescencia	8
1.3 Desarrollo biopsicosocial de la adolescencia	9
1.3.1 Desarrollo biológico del adolescente	9
1.3.2 Desarrollo social y de la personalidad del adolescente	11
1.3.3 Características cognitivas y afectivas del adolescente	14
1.4 Características sexuales de los adolescentes entre los 14 y 16 años	17
CAPITULO 2 Depresión	
2.1 Definición de la depresión	18
2.2 Teorías de la depresión	20
2.2.1 Teorías psicoanalíticas	23
2.2.2 Teorías cognitivas	20
2.2.3 Teorías biológicas	22
2.3 Características de la depresión	25
2.4 Criterios para el diagnóstico de la depresión en adolescentes	27
2.5 Depresión en el adolescente	30

CAPITULO 3	Alcoholismo	
3.1	Antecedentes y conceptualización del alcoholismo	33
3.2	Factores genéticos	35
3.3	Factores sociales	36
3.3.1	Factores macro-sociales	37
3.3.2	Factores micro-sociales	38
3.4	Criterios para el diagnóstico del abuso del alcohol	39
3.5	Características del alcohólico	40
3.6	El alcoholismo en adolescentes	41
3.7	Dependencia al alcohol	43
CAPITULO 4	Escuelas Secundarias Diurnas	
4.1	Creación de la Secretaría de Educación Pública	45
4.2	Definición y objetivos de la Educación media básica en México	50
4.3	Plan de Estudios 2011	51
4.4	Competencias	52
4.5	Mapa Curricular de la Educación Básica	55
4.6	Perfil de Egreso	56
CAPITULO 5	Instrumentos de Medición	
5.1	Test Birleson	58
5.1.1.	Generalidades	58
5.1.2.	Evaluación	58
5.1.3.	Validez	59
5.1.4.	Validez	60

5.2. Test Audit	60
5.2.1.Generalidades	60
5.2.2.Desarrollo y Validación	61
5.2.3.Puntuación e Intepretación	61
CAPITULO 6 Metodología	63
CAPITULO 7 Resultados	67
Conclusiones, sugerencias y limitaciones	73
Bibliografía	74

RESUMEN

El alcoholismo es un grave problema en nuestra sociedad que aun cuando se ha presentado de manera continua en diferentes culturas, ha tomado un significativo papel actualmente particularmente entre los adolescentes, su presencia ha sido asociada con diversos factores de tipo familiar, social y emocional.

En este sentido, se le ha vinculado frecuentemente con factores emocionales, entre los que destaca la depresión. Por ello, para efectos de este estudio se estableció como objetivo indagar si existía relación entre el consumo de alcohol y la depresión entre alumnos de nivel secundaria.

Para ello se trabajó con 120 alumnos que fueron evaluados con la aplicación de test Birleson para la medición de depresión y el Audit, para la evaluación de consumo de alcohol.

Los resultados mostraron que efectivamente había diferencias significativas en cuanto a consumo de alcohol, entre los alumnos que mostraron mayores niveles de depresión y los que mostraron menores niveles, lo que puede atribuirse a que la búsqueda de identidad que caracteriza a los adolescentes los vuelve más vulnerables, con mayores probabilidades de presentar depresión y, esto puede vincularse con su consumo de alcohol. De hecho, la cultura del alcoholismo implica una red social donde las normas del grupo promueven el consumo de alcohol.

Es importante considerar que aún cuando el grupo de sujetos deprimidos obtuvo un mayor puntaje en el test que mide consumo de alcohol, los resultados no muestran que, por el momento, el consumo tenga un carácter patológico

INTRODUCCION

El tema del alcoholismo es muy antiguo ya que este problema existe desde tiempos muy remotos, las personas siempre han consumido alcohol para celebrar o bien para proporcionar tranquilidad a tensiones emocionales.

Las bebidas alcohólicas siempre han estado presentes en todas las culturas, sin embargo su aceptación dentro de nuestra sociedad ha generado que se vuelva una hábito en el que, las personas que ingieren alcohol en ocasiones no pueden controlar su manera de beber, siendo así una enfermedad progresiva, crónica y a veces mortal.

Actualmente el consumo de alcohol se ha hecho más grave en nuestra sociedad, sobre todo en los estudiantes, ya que es una manera de pertenecer a un grupo determinado, tener aceptación, lo que aunado con la poca o nula comunicación familiar, la violencia intrafamiliar, los antecedentes de alcoholismo dentro de la misma, los amigos, la mercadotecnia etc, influyen para convertirse en una grave problemática.

Otro elemento que también puede considerarse importante es el factor emocional y, en este sentido, la depresión juega un papel significativo dado que se presenta en los jóvenes de una manera cada vez más frecuente; es un padecimiento grave dentro de nuestra sociedad que se caracteriza por un estado de ánimo de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente y, tradicionalmente se ha sugerido que puede estar vinculado con el consumo de alcohol.

Por ello, se considera importante para esta investigación, indagar si realmente existe relación entre el consumo de alcohol y la depresión manifestada por adolescentes de nivel secundaria, considerando que es una población altamente vulnerable para la presentación de estas problemáticas y que sus repercusiones tienen un significativo alcance en el desarrollo del adolescente y su integración a la sociedad

A fin de cumplir este objetivo, en la presente investigación en el capítulo 1 se hablará sobre la adolescencia, el capítulo 2 incluirá una revisión sobre la depresión en la adolescencia, el capítulo 3 abordará el alcoholismo en adolescentes, el capítulo 4 especificará las características de las secundarias diurnas, en el capítulo 5 se revisarán los instrumentos de medición que se utilizaron en la presente investigación, en el capítulo 6 se revisará la metodología seguida, para finalmente en el capítulo 7 incluir resultados y, posteriormente las conclusiones del estudio.

Siendo la adolescencia una etapa donde se sufren cambios importantes tanto físicos como emocionales, hay una crisis por aspectos sociológicos y culturales, y es esta búsqueda de identidad y de conformar su personalidad, en la que no son ni adultos ni niños, en donde son muy susceptibles a caer en problemas de alcoholismo, depresión u otros.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

En este capítulo se presenta la conceptualización de adolescencia, sus etapas y las características de cada una de ellas

1.1 Definición de la adolescencia

La palabra adolescencia se deriva del latín “adoleceré”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez (R.E.Muss, 2003)

Adolescencia es el período de crecimiento acelerado, el llamado “estirón”, que separa a la niñez de la pubertad. Es como una etapa en la cual se sufre una serie de cambios importantes tanto físicos como emocionales (Biehler, 1986)

Es una etapa en que se operan profundas modificaciones en el organismo, en que la estructura corporal se desenvuelve; varios procesos fisiológicos y químicos se modifican y las funciones espirituales se orientan hacia la vida adulta. La maduración física se va a establecer por el aumento de la dimensiones de varias partes del cuerpo. (Peter Blos, 1971).

Hay un afán de “empezar de nuevo”, una intención de cambiar lo establecido, que obedece no tanto a un error de perspectiva en el conocimiento del hijo sino a una predisposición o actitud de los padres para prolongar la relación de dependencia establecida en la infancia, ya sea por resistencia al cambio o miedo al futuro

La adolescencia se ha abordado desde diferentes perspectivas:

Peter Blos (1971), define el término de la adolescencia para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

Peter Blos (1971) ve la adolescencia como la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones externas e internas que confrontan al individuo. Esta mezcla infantil es responsable del carácter grotesco y regresivo de la conducta adolescente de recuperar o de retener un equilibrio psíquico que ha sido sacudido por la crisis de la pubertad.

Grinder (1976) marca el período de la adolescencia con el aumento rápido de la estatura que es entre los 11 y 12 años hasta los 18 años.

Freud (1936) consideraba que esta etapa era muy importante ya que la veía como aquella en la que uno define su ser, por lo que sugería que “el heredero de la adolescencia es el ser”

Papalía (2009), menciona que la adolescencia es un período crítico, un tiempo de creciente divergencia entre la mayoría de los jóvenes que están en la búsqueda de una vida adulta productiva y satisfactoria, y una minoría con dificultades para manejar problemas importantes. Los adolescentes que reciben ayuda para superar los peligros que encuentran en el camino pueden contar con un futuro brillante.

Como estudio de la psicología el hombre puede ser visto como una unidad biopsicosocial u orgánico social. Lo mismo debe decirse del adolescente, que se

vuelve una abstracción sino es considerado como un ser en desarrollo y como una unidad orgánica.

La adolescencia es un período de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, y cuya duración e incluso existencia han sido discutidas y definidas como épocas de crisis.

Si bien es cierto que cada cambio de etapa en la vida es época de crisis, también es cierto que si un individuo tiene una infancia poco problemática tendrá una adolescencia menos problemática.

La adolescencia es una época de la vida en la que la biología, psicología y la interacción social del individuo se ponen en crisis.

Esta crisis está determinada por aspectos sociológicos y culturales. En otras etapas, la crisis destaca o se especifica en algún aspecto, pero en la adolescencia la crisis se generaliza.

Son notables los cambios biológicos que aparecen en la adolescencia. La etapa se caracteriza por la maduración de funciones y la aparición de nuevas sensaciones psicológicas, como un concepto diferente a la amistad, y una distinta percepción de la sociedad.

El adolescente que ya no es un niño pero que todavía no es un adulto y al cual se le exige que se comporte a veces como un niño y a veces como un adulto, tiene mucho trabajo biológico, intrapsíquico y social que desarrollar. Quiere llegar a ser "alguien", pero no sabe como, aun cuando dice saberlo.

Necesita de la familia, la escuela, la sociedad y si no se le brinda esta ayuda de forma discreta, desinteresada y afectiva, va a ser un adulto con problemas en la vida.

Este proceso de la existencia obliga al YO a realizar una difícil labor de integración. En virtud de que presente un resurgimiento de las energías psicosexuales, y el YO debe dominar los primitivos conflictos infantiles y unificarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta (Benedeck, 1979).

1.2 Etapas de la adolescencia

1.2.1 Pre-adolescencia

Abarca desde los 8 hasta los 11 años, aquí comienzan a aparecer los primeros indicios de que el cuerpo está preparado para comenzar la pubertad. Los niños preadolescentes tienen una visión diferente del mundo de los niños más pequeños.

- Tienen más tareas, como ayudar en la casa.
- Ven las relaciones humanas de manera diferente
- Sentido de auto-identidad.
- Sentimientos de independencia.
- Opinión acerca de la moralidad.
- Pensamientos y acciones más maduras.
- Son responsables de sus hermanos menores.
- Comienzan a experimentar el amor.
- Se empiezan a preocupar por su apariencia y lo que están usando.
- Cambios de humor

La psicología del desarrollo descriptivo habla de descargas tensionales en esta etapa: frecuentes dolores de cabeza y de estómago, el comerse las uñas, morderse los labios, tartamudeo, el taparse la boca con la mano, jugar con los cabellos, algunos niños se chupan todavía el pulgar (Gessell, 1956).

En la pre-adolescencia observamos que los deseos pasivos están sobre compensados y que la defensa en contra de ellos se ve poderosamente reforzada por la maduración sexual (A. Freud, 1936).

Las relaciones interpersonales predominantes son la necesidad primordial de compañeros del mismo sexo, necesita la oportunidad de saberse igual a otros, que se refleja en la mutualidad y reciprocidad en las relaciones interpersonales, surge el sentimiento de independencia (Sullivan, 1981)

1.2.2 Adolescencia Temprana

Es de los 12 a los 15 años, hay muchos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales, sienten presión por sus compañeros para usar el alcohol, tabaco y drogas así como participar en actividades sexuales. También se presentan trastornos alimenticios, depresión, dificultades de aprendizaje y problemas familiares. Comienzan a tomar decisiones por cuenta propia sobre amigos, deportes, estudio y escuela. Se vuelven más independientes y desarrollan su propia personalidad y sus propios intereses. Los adolescentes tempranos todavía necesitan la guía y el apoyo de los padres en todas sus elecciones.

Son más capaces de pensar en forma abstracta, de expresar sentimientos donde hablan de ellos, tienen un sentido más claro de lo que esta bien y de lo que está mal.

El superyó se convierte en un adversario, por lo tanto, el yo queda debilitado, aislado, inadecuado enfrente de una emergencia (A. Freud, 1936).

Peter Blos (1971) hace referencia en que en esta etapa la característica principal radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuoso, y como consecuencia encontramos una libido que flota libremente y que clama por acomodarse. Los valores, las reglas y las leyes morales han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas con el yo y operan parcialmente dentro del yo. A pesar de todo, durante la adolescencia temprana el autocontrol amenaza con romperse y en algunos extremos surge la delincuencia.

1.2.3 Adolescencia Propiamente Dicha:

Es de los 15 a los 18 años, se aprecia una clara maduración mental que se refleja en el alto desarrollo de la capacidad intelectual.

Existe una capacidad para el pensamiento abstracto y a la vez una mayor reflexión y sentido crítico que en la fase anterior. La idea del adolescente sigue siendo condicionada por el estado de ánimo.

La maduración afectiva expresa un enriquecimiento como resultado de una mayor profundización en la intimidad, por lo que el adolescente es muy introvertido, se vuelve obstinado, terco, con afán de contradicción, si se le da una orden con violencia y rigor, lo único que se consigue es fortalecer su obstinación.

Sullivan (1981) dice que en esta etapa sus experiencias cognoscitivas son sintácticas, orientadas hacia aspectos sexuales. Sus necesidades sociales son de

dos tipos: eróticas hacia el sexo opuesto, y de intimidad hacia un compañero del mismo sexo, que en caso de confusión puede llevar a la homosexualidad, sus relaciones son totalmente independientes.

Igualmente postula que uno de los rasgos dentro de la madurez afectiva es la necesidad de amor y de ser amado. Por lo que hay lugar para la amistad y el primer amor. Otro rasgo típico en algunos adolescentes es la timidez, tiene su origen en la desconfianza de sí mismo y en los demás. A veces, la agresividad de esta fase se radicaliza dando lugar a transgresiones de la ley moral de forma intencionada.

1.2.4 Adolescencia Tardía:

Comprende de los 16 a los 18 años, es un período de crecimiento físico, mental y emocional rápido e intenso donde el adolescente seguirá afirmando su independencia y buscando su propia identidad en el mundo. El individuo gana en capacidad propositiva, integración social, producibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima.

Una de las características de esta etapa es la integración de un YO que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología. Toma finalmente conciencia de sí mismo como un ser social.

Su cuerpo esta totalmente maduro, su sistema de self, integrado y estabilizado, sus experiencias cognoscitivas, totalmente sintácticas. Las relaciones interpersonales resultan de una fuerte seguridad en contra de la ansiedad y de prolongada duración, es miembro activo de algunos grupos sociales, (Sullivan 1981).

Según Peter Bloss (1971), la adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación, esto quiere decir que hay un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo, una extensión de la esfera libre de conflictos del yo, una posición sexual irreversible resumida como primacía genital, una catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante, la estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico. Este proceso de consolidación relaciona a la estructura psíquica y al contenido, la primera estableciendo la unificación del yo, y el segundo preservando la continuidad dentro de él.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo y, es un tiempo de crisis, que frecuentemente somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa del individuo y resulta en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa. Erickson (1956) ha hablado de esto extensamente como una “crisis de identidad”.

1.2.5 Post-adolescencia

Entre los 18 a los 21 años, se dice que el adolescente pasa a ser un adulto joven, aquí se da la formación de su personalidad y el logro de la madurez psicológica.

Peter Bloss (1971) menciona que la transición de la adolescencia a la edad adulta esta marcada por una fase intermedia, la post-adolescencia, que puede ser reclamada con derecho por ambas y puede ser vista desde cualquiera de estas dos

etapas. El sujeto que aquí se describe como postadolescente es correctamente referido como un adulto joven.

Greenacree (1958) opina diciendo “ningún sentido de identidad funcional adulta puede ser completado hasta que la adolescencia esté bien pasada y asimilada”.

1.3 Desarrollo Biopsicosocial de la Adolescencia

Este apartado especifica de manera más puntual el desarrollo biopsicosocial del adolescente, ya que como se había mencionado que se debe comprender al adolescente como un proceso integral en donde se conjuntan los procesos biológicos sociales y psicológicos por lo tanto resulta conveniente ampliar dichas características.

1.3.1 Desarrollo Biológico

En relación con los procesos biológicos, de manera general se puede considerar la continuación del crecimiento físico y la maduración del sistema nervioso. Sin embargo una de las características del desarrollo más llamativas en esta fase consiste en el desarrollo y maduración de las características sexuales del ser humano. Por ello a continuación se mencionan algunas características sexuales en los adolescentes:

Características sexuales primarias :

Son los órganos necesarios para la reproducción. En la mujer, los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina; en el hombre los

testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata; en la pubertad estos órganos se agrandan y maduran.

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de maduración sexual que involucran, por ejemplo el crecimiento de los senos en las mujeres y los anchos hombros de los hombres, cambios de la voz y la textura de la piel, desarrollo muscular y crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal.

El crecimiento rápido en la adolescencia comienza entre los 9 y los 14 años en las mujeres, y en los varones entre los 10 y los 16 años, dura cerca de dos años y después la persona alcanza la madurez sexual.

En los varones, el principal signo de madurez sexual es la producción de esperma, esto ocurre cuando encuentran manchas húmedas o secas en sabanas son eyaculaciones nocturnas (conocido como sueño húmedo).

En las mujeres la madurez sexual es la menstruación, el cambio mensual del tejido del revestimiento del útero, la primera menstruación llamada menarquía.

Los cambios sexuales y fisiológicos en varones se manifiestan en crecimiento de testículos y escroto, crecimiento de vello púbico, crecimiento rápido del cuerpo, crecimiento del pene, glándula prostática, vesículas seminales, cambio de voz, espermarquía, aparición del vello facial y axilar, aumento en secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas. Mientras que los cambios sexuales y fisiológicos en mujeres se manifiestan en el crecimiento mamario, aparición de vello púbico, crecimiento rápido del cuerpo, menarquía, aparición del vello axilar, aumento en la secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas.

1.3.2 Desarrollo social y de la personalidad del adolescente:

Las relaciones fáciles, mutuas, dentro del grupo del mismo sexo que se dan a fines de la primaria, se van destruyendo por los cambios que se mencionan. El advenimiento de la pubertad conduce a reflexiones introspectivas sobre la madurez sexual, el aumento en tamaño físico y la mayor aproximación a la apariencia del adulto acarrea la cuestión de actuar como adulto. El grupo de compañeros que en los últimos años de la primaria había empezado a desplazar a los padres y a los adultos como modelos a los que imitar y personas a las que impresionar y agradar, se vuelve todavía más importante en los años de escuela secundaria.

La llegada de la pubertad centra la atención en las diferencias físicas entre hombres y mujeres y despierta el interés sexual. Entre la escuela primaria y la secundaria, la indiferencia o la hostilidad hacia los miembros del sexo opuesto están desplazadas por sentimientos de atracción intensos y a menudo incompletamente entendidos.

El adolescente muestra una amplia "locomoción social", y los campos sociales y psicológicos en que se mueve no están estructurados. No posee clara comprensión ni de su status ni de sus obligaciones sociales y su conducta refleja inseguridad.

Las situaciones no familiares causan crisis que provocan retraimiento, sensibilidad e inhibición y también agresividad.

Los cambios de la sociedad actual no solo se producen en el terreno de la técnica, de las condiciones materiales y de la vida, sino también en el ámbito de las ideas y valores. Somos testigos de la pérdida de los valores morales y espirituales que antes daban sentido a la vida de los seres humanos.

Jean Piaget (1960) dice que los rasgos de personalidad se inician a partir de la infancia (8 a 12 años), con la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como regulación y jerarquización moral de la tendencia. Existe en la persona un sistema “personal” en el doble sentido particular de un individuo dado y de implicado de una coordinación autónoma.

La adolescencia es una época tanto de oportunidades como de riesgos, ya que se encuentran al borde del amor, del trabajo y de la participación en la sociedad adulta.

Según Erick Erickson (1968) la búsqueda de identidad en los adolescentes es una concepción del YO formada por metas, valores y creencias con lo que se comprometen de manera firme. Erickson (1950) enfatiza, el esfuerzo por darle sentido al YO, es parte de un proceso sano que se construye sobre las bases de los logros conseguidos en etapas anteriores (la confianza, la autonomía, la iniciativa y la industria) y que coloca los cimientos para enfrentarse a los retos de la vida adulta. Sin embargo, es raro que la crisis de identidad se resuelva por completo durante la adolescencia.

La tarea principal de la adolescencia, dijo Erickson (1968), es enfrentarse a la crisis de identidad versus confusión de identidad a fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del YO y un papel valorado dentro de la sociedad.

Según Erickson, la identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres cuestiones principales: la elección de una ocupación, la adopción de los valores con los que vivirán y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

Según Erickson la moratoria psicosocial, el período de libertad que proporciona la adolescencia, les permite a los jóvenes buscar compromisos a los que pueden ser fieles.

El psicólogo David Elkind (1998), dice que muchos adolescentes encuentran que se les impone una adultez prematura ya que carecen del tiempo y de la oportunidad para tener una moratoria psicosocial.

De acuerdo con Erickson los adolescentes que resuelven la crisis de identidad de manera satisfactoria desarrollan la virtud de la fidelidad: lealtad sostenida, esperanza o una sensación de pertenecer a una persona amada o a los amigos o compañeros. También puede significar una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, (Erickson, 1982).

Erickson consideraba que el peligro principal en esta etapa era la confusión de identidad o rol, que puede demorar enormemente la llegada de la adultez psicológica.

El psicólogo James E. Marcia (1966, 1980) distinguió entre cuatro tipos de estado de identidad: logro de identidad, exclusión, moratoria y difusión de identidad. Estas categorías difieren según la presencia o ausencia de crisis o compromiso, los dos elementos que Erickson consideraba como esenciales para la formación de la identidad.

1.3.3 Características cognitivas y afectivas del adolescente:

A menudo los adolescentes se encuentran entre el pensamiento de los niños y el de los adultos porque están aún limitados por formas del pensamiento egocéntrico. La inmadurez cognoscitiva afecta a los jóvenes en su vida diaria de muchas formas que incluyen la manera como piensan sobre temas morales.

Según Piaget (1972), los adolescentes entran al nivel más elevado del desarrollo cognoscitivo, el cual denominó Operaciones Formales, y está marcado por la capacidad para el pensamiento abstracto.

Llegar al nivel de las operaciones formales permite al adolescente contar con una nueva forma para manipular la información. En la etapa de las operaciones concretas, los niños pueden pensar con lógica solo con respecto a lo concreto, aquí y ahora. Los adolescentes ya no tienen esos límites, ahora pueden manejar abstracciones, comprobar hipótesis y ver posibilidades infinita.

Algunas características típicas del pensamiento del adolescente son:

- Encontrar fallas en la figuras de autoridad
- Tendencia a discutir
- Indecisión
- Aparente hipocresía
- Autoconciencia

En la época en que tienen lugar las transformaciones mencionadas el joven tiene que afrontar los numerosos cambios que se producen en las actividades de las

personas que lo rodean, en su posición respecto al grupo social y el rol que se le ofrece.

Su identidad se encuentra ligada a la cultura en la que vive como un conjunto afectivo intelectual y desde un contexto ético. Así, la identidad con él mismo tiene como base la identidad del otro (identidad social), que generan modalidades en el sentimiento de seguridad, en la elaboración de la experiencia y la aplicación de los ideales.

La sexualidad surge como elemento organizador de la identidad en general. Esta identidad sexual que empieza a formarse a temprana edad, entra en conflicto con el adolescente que tiene que abandonar su rol de niño o niña para adoptar el de hombre o mujer.

La búsqueda de identidad es un viaje que dura toda la vida, cuyo punto de partida esta en la niñez y acelera su velocidad durante la adolescencia. Como Erikson (1950) señala, este esfuerzo para lograr el sentido de sí mismo y el mundo no es un “tipo de malestar de madurez”, es un proceso saludable y vital que contribuye al fortalecimiento del ego del adulto.

Aunque los adolescentes tienden a pensar de manera más abstracta que los niños menores, hay opiniones encontradas acerca de la edad precisa en que ocurre este avance (Eccles, Wigfield y Byrnes, 2003). Los escritos de Piaget dan muchos ejemplos de niños que presentan aspectos de pensamiento científico antes de la adolescencia. Muchas personas en la adolescencia tardía y la adultez parece no

tener la capacidad de pensamiento abstracto como Piaget lo definió (Gardiner y Kosmitzki, 2005, Kohlberg y Gilligan 1971; Papalina, 1972).

El concepto de Piaget acerca de las operaciones formales como cúspide del pensamiento maduro quizá sea demasiado estrecho. La investigación neopiagetiana sugiere que los procesos de pensamiento en la adolescencia son más flexibles y variados. El tipo de pensamiento que emplean los jóvenes está más vinculado con aquello en lo que piensan, al igual que con el contexto del problema y los tipos de información y pensamiento que se consideran importantes en una cultura (Case y Okamoto, 1966; Kuhn, 2006).

Según Elkind (1984,1998), el comportamiento grosero, falta de toma de decisiones etc., deriva de los intentos del adolescente para utilizar el pensamiento de las operaciones formales. Sugiere Elkind que esta inmadurez del pensamiento se manifiesta en cuando menos seis maneras características:

- Idealismo y tendencia a la crítica.
- Tendencia a discutir.
- Indecisión
- Aparente hipocresía
- Autoconciencia
- Suposición de singularidad e invulnerabilidad.

1.4.- Características sexuales de los adolescentes entre los 14 y 16 años

Características físicas: Aceleración en el ritmo del crecimiento, incremento en la estatura y el peso, torpeza en los movimientos, aspecto corporal desgarrado, cansancio y apatía permanentes.

Características secundarias: aparece vello púbico y axilar, cambios de voz, vello facial y corporal, crecimiento de los senos y anchura de la pelvis en las niñas.

Maduración sexual: Maduración de los órganos sexuales, capacidad de reproducción, menstruación, eyaculación, masturbación, embarazos no deseados, contagios de sida y otras enfermedades.

CAPITULO 2

Depresión

En este capítulo se hablará de la Depresión que es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la historia de la humanidad, se han hecho muchos estudios para conocer más este problema que cada vez es más frecuente en esta sociedad, y sobre todo es más común en los adolescentes, ya que con mayor frecuencia se sabe de mas casos de depresión en los jóvenes, por lo que se requiere de implementar de medidas preventivas o poder tener un tratamiento adecuado para esta enfermedad.

2.1 Definición de la depresión

La Depresión (del latín depressio, que significa “OPRESIÓN”, “encogimiento” o “abatimiento”), es un trastorno del estado de ánimo desde el punto de vista psicológico como desde el punto de vista de la psiquiatría.

La psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Depresión es un estado de ánimo en que se viven parcialmente o totalmente los dolorosos sentimientos de la posición depresiva. Puede ser una reacción normal a experiencias de pérdida, o una reacción patológica de carácter neurótico o psicótico, (Klein, 1981)

La depresión es un tono afectivo de tristeza y tal vez la afección de la que más se quejan los pacientes psiquiátricos. Puede variar desde abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. El sujeto es incapaz de tomar decisiones y no puede ejecutar actividades mentales. (Kolb,).

Durante muchos años se reconoció la presencia en un mismo enfermo de estados afectivos opuestos (depresión y júbilo) y hasta 1896 Emil Kraepelin dio el nombre de locura maniaco-depresiva a esta alteración patológica, concluyó que se trataba de variaciones de un mismo proceso patológico cuya base eran causas fisiológicas.

La depresión es un fenómeno creciente en todo el mundo, es difícil de diagnosticar, puede llevar al suicidio si no es detectada a tiempo.

Conlleva una carga de problemas e incertidumbre relacionados con todos sus aspectos, desde sus síntomas hasta su diagnóstico, e inclusive, durante su tratamiento y sus efectos secundarios. Comúnmente se utiliza para expresar un estado anímico decaído o una forma de tristeza que puede ser muy ligera y temporal.

Hasta que apareció el científico austriaco Sigmund Freud (1856-1939) logró un mejor conocimiento, tanto de la naturaleza de la melancolía y la depresión, como de otros aspectos de los desordenes mentales. Freud (1939) puso énfasis en las características más comunes de la pena y la depresión, así como el sentimiento de desesperanza por una pérdida y falta de interés en el mundo exterior.

Hollan y Beck (1979), citados en Calderón (1990), definen a la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectivas, conductuales y cognitivas considerando que estas distorsiones cognitivas son la

causa principal del desorden a partir del cual se desatan los comportamientos restantes.

2.2.-Teorías de la Depresión:

2.2.1.- Teoría Cognitiva:

La teoría cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento, para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas.

El modelo cognitivo de la depresión de A. Beck (1975) postula que la principal alteración en la depresión esta en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de ver la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas se adquieren durante la infancia, pueden permanecer inactivos y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

Para Beck (1975), el contenido de los esquemas depresógenos esta constituido por la “tríada cognitiva”, que consiste en una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

La modalidad depresiva presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información entre las que destaca:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización
- Abstracción selectiva
- Personalización

Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

Las cogniciones de la persona determinan como siente y actúa (Contwell y Vold. 1991), las emociones no surgen de los sucesos, sino de los pensamientos acerca de ellos. Esto explica porque unas personas se deprimen y otras no ante idénticas situaciones.

Los acontecimientos vitales negativos o estresantes siempre han estado asociados a la depresión, encontrando según Paykel, 1979 (en Miller I.) que la mayor correlación se da con las separaciones recientes, fracasos y conflictos interpersonales; Mientras que Holmes y Rahe (en J. Saiz, 1989) observaron el mayor grado de estrés en la muerte del cónyuge, divorcio y separación.

El concepto de pérdida como precipitante de la depresión ha sido subrayado por psicoanalistas (pérdida del objeto amado), conductistas (perdida activadora de mecanismos cognitivo depresivo) aunque en dimensiones diferentes.

2.2.2.- Teoría Biológica:

La depresión es una condición del cerebro. Hay muchas causas, incluyendo los genes, causas ambientales, psicológicas y factores bioquímicos. Comienza entre los 15 y los 30 años, y es más común en mujeres. (Instituto nacional de salud mental).

Según la teoría biológica la Depresión es originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Se ha observado que cuando se está deprimido hay un desequilibrio, y cuando se toman los medicamentos adecuados, los neurotransmisores se equilibran y el estado de ánimo cambia.

La investigación muestra que las disfunciones en la neurotransmisión del cerebro, probablemente debidas a la herencia y están asociadas con la depresión.

La depresión puede ser causada por un déficit de ciertos neurotransmisores específicos en la sinapsis del cerebro, de modo similar, se presume que la manía puede ser causada por un exceso en estas sustancias (Bunney, Pert, Rosenblatt, Pert y Gallaper, 1979).

Para viajar de una neurona a otra el impulso eléctrico debe liberar neurotransmisores que estimulan a la neurona receptora (Sulser 1979).

Estudios en diversos países han mostrado que la gente con depresión registra niveles mayores de cortisol en la sangre que las personas que no están deprimidas (OMS,1987).

Gillespie y Nemecroff (2007) han propuesto una hipótesis algo diferente. Ellos observan que en las etapas tempranas de la vida muchos individuos con depresión hubo algún evento traumático como maltrato, negligencia o pérdida de los padres. Por lo que la exposición al estrés durante las primeras etapas del desarrollo afectan los niveles de cortisol y al sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Ello ocasiona que el individuo sea más propenso a la depresión más adelante, sobretodo los que tienen vulnerabilidad genética. Por lo tanto el estrés, el tiempo de inicio y la predisposición genética interactúan para generar la depresión.

2.2.3.- Teoría Psicoanalítica:

El primer estudio sobre la depresión desde el ángulo psicoanalítico fue hecho por Abraham K. (1924). Fue el primer analista que aplicó el tratamiento a pacientes maniaco-depresivos. Llamó la atención sobre que las ideas de culpabilidad en el depresivo contienen un cumplimiento de un deseo, y este deseo ha sido con anterioridad vivido con agresión al objeto, agresión reprimida una y otra vez.

Freud (1917) en su artículo “Duelo y melancolía”, parte de la comparación entre la pena normal y la melancolía. La pena normal sobrevive por la pérdida de un ser amado o su equivalente abstracto. En este duelo la pérdida del objeto es real “el mundo se ha hecho pobre y vacío” y no hay tan marcado descenso de la autoestima.

La melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, en el que cesa el interés por el mundo exterior, la pérdida incluso de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la autodepreciación, la pérdida del amor propio.

Melanie Klein (1960) que los estados depresivos se da en la primera infancia y están en conexión con las pérdidas de objeto y el duelo subsiguiente que ha de aparecer con posterioridad.

Melanie Klein (1960) dice que en el niño se da la posición depresiva, que es el hecho de que las pérdidas de objeto, entiéndanse, frustraciones que en estos estadios tienen lugar, suscitan la elaboración a su modo de las mismas.

Bibring (1936) sostiene en esencia la tesis de que la depresión es un “estado yoico”, un estado afectivo y partiendo de algunos ejemplos clínicos concluye lo siguiente:

- La depresión constituye la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del YO.
- Es el resultado de la tensión entre unas aspiraciones narcisistas sobrecargadas y la conciencia que tienen el YO de su desvalimiento y su incapacidad de mantenerse a la altura de esos patrones.

Mahler y Col (1952) descubrieron que la falta de aceptación y comprensión emocional de la madre ocasiona una disminución de la autoestima del niño y conduce a una ambivalencia. Estas actitudes hacen que la agresión se vuelva contra el self, además de provocar un sentimiento de desvalimiento que genera el afecto depresivo básico.

Mahler (1952) intenta demostrar la llamada depresión básica por una falta de comprensión y aceptación materna que reduce la autoestima del niño.

Bowlby (1980, 1988) desde una perspectiva etológica y de relaciones objetales, plantea brevemente la predisposición a la depresión en individuos con apego ansioso y con autodependencia compulsiva. Los individuos con apego ansioso buscan contacto interpersonal y son excesivamente dependientes de otros. Los individuos con autoconfianza compulsiva son excesivamente autónomos y evitan las relaciones interpersonales cercanas. Ambas situaciones generan una vulnerabilidad a la depresión.

2.3.- Características de la Depresión

La depresión es muy difícil de entender, hay sentimientos de inutilidad, lentitud en sus movimientos, incapacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas. También puede haber fallas en la memoria, problemas para pensar con claridad, cuando este estado de ánimo se presenta en un período prolongado, que va de dos semanas consecutivas o más, se habla de una depresión clínica.

La persona deprimida sufre un cambio drástico en su estado de ánimo. Cambia la forma en que se percibe a sí mismo y lo que la rodea. Los sentimientos de tristeza o angustia parecen ser mucho mayores de lo que son las aparentes causas externas.

Algunos de los síntomas de la depresión citados por Maclaren (2000) son :

- El llanto: Es uno de los primeros síntomas de la depresión, incluso es el que puede ayudar a formalizar el diagnóstico.

- Apariencia personal: Es un buen indicador ya que las personas que están bajo una depresión severa se niegan a cuidar su arreglo personal, utilizan ropa que no es apropiada para la ocasión, usan la ropa que no está del todo limpia, dejan de peinarse y se niegan a seguir con su rutina de higiene personal, al extremo de que su falta de baño se hace obvia para los demás.

- Desordenes alimenticios: En algunos casos las personas comen más de lo que normalmente acostumbran, pero generalmente las personas que la padecen sufren de una pérdida de interés por la comida.

- Sudoración: Se observa que algunas personas durante este proceso han padecido ataques de sudoración. Esta sudoración repentina se asocia con ataques de pánico, lo cual supone un síntoma de ansiedad y son tratados con fármacos, llamados “ansiolíticos”.

- Desinterés y apatía: Cuando ya está avanzada la depresión dejan de mostrar interés por muchas cosas que antes les llamaban la atención.

- Pérdida del deseo sexual: Hay una pérdida de la capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales, ya que existe una patente disminución en su libido.

2.4.- Criterios para la Clasificación de la Depresión:

El Instituto Nacional de Salud Mental clasifica la depresión en

- Depresión grave: Síntomas severos que interfieren con su habilidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar la vida. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en la vida de una persona, pero frecuentemente, una persona padece varios episodios.
- Trastorno distímico o distimia: Síntomas de depresión que duran mucho tiempo (2 años o más) pero son menos graves que los de la depresión grave. Algunos de sus síntomas son: variación del apetito, insomnio, baja autoestima, poca concentración mental, sentimiento de desánimo
- Depresión leve: Similar a la depresión grave y distimia, pero los síntomas son menos graves y pueden durar menos tiempo.

Según el DSM IV (APA, 1995) divide los trastornos del estado de ánimo de la siguiente manera:

Episodios afectivos que se dividen en :

Episodio depresivo mayor, se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños o adolescentes puede ser estado de ánimo irritable, pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnias, fatiga o pérdida de energía cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte.

Episodio Maníaco, se caracteriza por un período diferenciado de un estado de ánimo normal y persistentemente elevado o irritable que dura al menos una semana, durante el período de alteración del estado de ánimo persisten los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, más hablador de lo normal o verborreico, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distractibilidad, aumento de la actividad intencionada o agitación motora.

Episodio Mixto, se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos una semana de duración en el que se cumplen los criterios tanto para episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor, los síntomas son que hay una alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás o necesidad de hospitalización por los síntomas psicóticos que presentan.

Episodio Hipomaníaco, es un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistente, elevado, expansivo o irritable durante al menos cuatro días, durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los siguientes síntomas, autoestima exagerado, disminución de la necesidad de dormir, más hablador de lo habitual o verborreico, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de la actividad intencionada.

Todos los episodios antes mencionados sirven para poder diagnosticar los trastornos del estado de ánimo que son los siguientes:

Trastorno depresivo mayor se caracteriza principalmente por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Trastorno distímico, presenta un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, de la mayoría de los días, durante al menos dos años, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración de un año, presencia mientras esta deprimido de dos o más de los siguientes síntomas, pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

Trastorno depresivo no especificado,

El C.I.E. 10 clasifica a la depresión de la siguiente manera:

- Episodio depresivo leve: La persona se encuentra afectado por los síntomas y tiene dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, y es probable que no las deje por completo.
- Episodio depresivo moderado: La persona tiene dificultad para poder continuar desarrollado su actividad social, laboral o doméstica.
- Episodio depresivo grave: La persona presenta una considerable angustia o agitación a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación así mismo, los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es notable en los casos graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre.

2.5.- Depresión en el Adolescente:

La depresión ha sido estudiada por mucho tiempo ya que algunos la consideran como una enfermedad y otros como un trastorno. Durante el desarrollo en la adolescencia influyen ciertos factores que son el biológico, psicológico, social y cultural, que intervienen conjuntamente en la percepción que el adolescente tiene de sí mismo. Por lo anterior la depresión ha sido un trastorno mental que se presenta con más frecuencia en la adolescencia pero que también afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social y en ciertos períodos del ciclo vital como la menopausia y andropausia.

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, ha sido considerado como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizada por tristeza, pesimismo, irritabilidad, idea de culpa, desesperación, problemas de memoria, concentración etc. (Calderón 1990).

“Si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para esta etapa de la vida este sería la depresión” (Irene Jocelyn citado en Garver, 1920). Para la mayoría de los adolescentes tales sentimientos son pasajeros, son parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse entre los jóvenes, sin embargo para algunos la depresión o la melancolía puede ser el estado de ánimo predominante; es este tipo de casos es cuando se debe poner atención para que el estado de depresión no se torne crónico y acarree problemas más serios.

La depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes

pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento, o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continúa búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda de peligro

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no quiere decir que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene; La segunda se basa en las antiguas y repetidas expresiones de derrota y fracaso. Lo que desencadena este tipo de depresión, es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia (o) o un amigo.

Cuando se inicia la adolescencia a muchos jóvenes y en particular a los más brillantes y de mentalidad más compleja, les puede resultar difícil adaptarse sin objeción a las creencias sociales, políticas y religiosas de sus padres, no creen que por el solo hecho de que sus padres tienen creencias particulares, necesariamente todas las personas de pensamiento recto tienen que compartirlas.

La depresión en la actualidad resulta un tema de gran interés se considera como una enfermedad que enmascara múltiples trastornos y enfermedades físicas. Se consideraba enfermedad de adultos, sin embargo se ha observado (Beck, 1996; Bello et. Al.,2005) que actualmente un alto índice de población adolescente manifiesta el padecimiento, la OMS señala que actualmente es la 2ª. Causa de

discapacidad en población entre 15 y 44 años y para 2020 este lugar lo ocupará en la población de todas las edades, así como subirá la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (Pardo, Sandoval y Umbarita, 2004).

En México se estima que la depresión ha afectado por lo menos una vez en su vida a 40% de la población, es decir a casi tres millones de personas (Salgado,2008).

Los adolescentes que son más propensos a resultar deprimidos cuando experimentan eventos estresantes, tienen baja autoestima, son muy autocríticos, sienten poco control sobre los acontecimientos negativos.

CAPITULO 3

ALCOHOLISMO

A continuación se incluirá una revisión de los antecedentes y conceptualización del alcoholismo, así como los factores relacionados con su presentación y las características del alcohólico, particularizando en el adolescente

3.1. Antecedentes y Conceptualización de Alcoholismo

El alcohol viene de la palabra árabe Alkuhi que significa esencia o espíritu, desde el punto de vista médico, el CIE-10 define el sistema de dependencia alcohólica como un trastorno no como una enfermedad, mientras que el DSM IV plantea que la dependencia a sustancias psicoactivas, extensivo al alcohol, es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo.

Desde las épocas más lejanas que registra la historia, las personas han consumido alcohol para conseguir euforia, celebrar diversas festividades, solemnizar rituales religiosos, alegrar funciones sociales y proporcionar el fin de tensiones emocionales inmediatas o continuas. El alcohol empezó con los inicios de las sociedades industriales de occidente, aunque ya desde hacia muchos siglos se conocían las consecuencias de su abuso continuo.

La utilización de bebidas alcohólicas viene de tiempos muy remotos. Las civilizaciones chinas, egipcias y la cultura mesopotámica ya usaban el vino aunque con un carácter ritual. Las bebidas alcohólicas han estado presentes en todas las culturas y civilizaciones del mundo. Es difícil concebir una reunión o fiesta en la que no esté representado el alcohol.

El consumo de alcohol es un hábito, forma parte de los llamados estilos de vida. No es un solo comportamiento individual, sino que se encuentra influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos.

- Es una enfermedad, donde las personas que ingieren alcohol no pueden controlar su manera de beber porque están enfermos en sus cuerpos, en sus mentes o emociones. Es una enfermedad crónica, progresiva y a veces mortal.
- Es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que están en el sistema nervioso central.
- En el cerebro el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. La gravedad de esta enfermedad está afectada por factores de índole genético, psicológico, cultural y de dolor físico.

Feighner (1972) señaló que se debe diferenciar el alcoholismo per se y el alcohólico. Algunos definen el alcoholismo como existente en alguien que muestra:

- 1.- Graves efectos médicos o psicológicos por la ingestión repetida de alcohol.
- 2.- Incapacidad para controlar la ingestión.
- 3.- Conducta antisocial al estar embriagado.
- 4.- Insatisfacción familiar, social o personal por el patrón de ingestión anormal de alcohol

El problema del consumo de alcohol se ha incrementado en los últimos años. Los datos epidemiológicos han permitido conocer su evolución, cuales son los grupos de mayor riesgo, en que grupo se presenta el mayor porcentaje de consumidores, la edad de inicio del consumo. En México se han hecho encuestas entre la población estudiantil, desde 1976. Las dos instituciones que son pioneras en este tipo de investigaciones: Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Las encuestas más recientes (2004) indican que el consumo de drogas ha tenido un incremento entre los estudiantes sobretodo en alcohol; Las edades de inicio de consumo de alcohol van de 13 a 14 años.

La cultura del alcoholismo implica una red social donde las normas del grupo (patrones preestablecidos para percibir la realidad, pensar, sentir y actuar) promueven el consumo de alcohol.

Esta cultura tiene que ver con la manera de hablar, caminar, vestirse, comportarse, gesticular, creer, pensar, etc.

La OMS propone que el termino “alcoholismo” sea subtulado por la frase “síndrome de dependencia al alcohol” (Edwards y cols., 1977)

3.2.-Factores Genéticos:

Los que sufren alcoholismo severo, se ha identificado un gen que afecta la función de una estructura nervio-celular conocida como receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual influye en la actividad de la dopamina. Este gen también esta en las personas con trastorno de déficit de atención, por lo que corren mayor riesgo de alcoholismo.

La asociación de este gen con estos problemas neurológicos conduce a algunos expertos a creer que el gen receptor de dopamina D2 no es una causa principal del alcoholismo, si no que las personas con este gen tienen una probabilidad mayor de tomar para medicar los síntomas psicológicos y conductuales de sus trastornos neurológicos.

3.3 Factores Sociales

El consumo de alcohol en la adolescencia ha generado un preocupación social. En nuestro país un sector de adolescentes asocian el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de lo compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan (1980) otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, como el modelo del

desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar.

Hawkins, Catalana y Miller (1992) han hecho estudios y han identificado diversos factores de riesgo para el consumo de drogas y alcohol en la adolescencia, que a continuación se explicitarán .

3.3.1 Factores Macro-sociales:

- Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias: En nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto disponible de fácil acceso, por los diferentes establecimientos donde puede adquirirse, los horarios de venta, precio accesible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores.

- Institucionalización y aprobación social de las drogas legales: El alcohol es una droga aceptada socialmente; la televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo.

- Publicidad: Es una fuente importante de presión social hacia el consumo. Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura. Estos mensajes son difíciles de persuadir por los jóvenes.

- Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio: El consumo de drogas en la adolescencia se encuentra relacionado al tiempo libre, los fine de semana, ciertos

lugares como discotecas, bares etc. Y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.

3.3.2 Factores Micro-sociales:

En este rubro pueden señalarse diferentes factores:

- Estilos educativos inadecuados: ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente (Arbex et al,1995)
- Falta de comunicación y clima familiar conflictivo: La comunicación satisfactoria evita el aislamiento ayuda a las relaciones familiares, promueve la expresión de sentimientos y facilita el desarrollo personal, y todo lo contrario contribuye a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede compensar recurriendo a las drogas, varios autores destacan la relación entre las vivencias negativas de las relaciones familiares y el uso de drogas (Elzo, Lidón y Urquijo, 1992, Marcia, 2006, Recio 1992, Varo 1991).
- Consumo familiar de alcohol: Los estudios revelan una relación significativa del consumo de padres, hermanos e hijos (Méndez y España, 1999)
- Influencia del grupo de amigos: Los amigos son el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad del adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. La probabilidad de beber aumenta si el adolescente se integra con un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta o directa del grupo (Comas, 1992).

3.4- Criterios Diagnósticos de Abuso de Alcohol:

Según el DSM IV los divide de la siguiente manera:

- Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por uno o más de los siguientes síntomas, durante 12 meses.
- Consumo recurrente de la sustancia, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (manejar un auto, o una máquina).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
- Consumo continuado de la sustancia, que a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes

Los criterios específicos para el diagnóstico de intoxicación de alcohol, son los siguientes:

- Ingestión reciente de alcohol
- Cambios psicológico comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) se presenta durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma.

Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.- Características del Alcohólico:

Es una persona que sufre una enfermedad, el alcoholismo. No puede mantener su forma de beber bajo control, aunque le haga daño a su salud, a su empleo, a su mente y familia.

El alcohólico se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y por la incapacidad de detener o abstenerse. La falta de bebida provoca síntomas de abstinencia.

Al principio el alcohólico puede aparentar una tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal y más adelante el alcohol cobra cada vez mayor importancia en sus relaciones personales, familiares, el trabajo etc.

La persona pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo y medir su consumo.

- Encuentra que solo el alcohol puede hacerlos sentir confiados y serenos frente a otra gente.

- A menudo desean “uno más” al final de una fiesta.
- Buscan las ocasiones para beber y piensan en ellas frecuentemente
- Se emborrachan cuando no planean hacerlo.
- Tratan de controlar su forma de beber cambiando el tipo de licor, huyendo de sitios o haciendo promesas.
- Esconder licor, mentir sobre su forma de beber, beber en el trabajo, en el colegio.
- Beber solo.
- Tener lagunas, es decir no recordar al día siguiente lo que dijo o hizo la noche anterior.
- Beber en las mañanas para aliviar los severos malestares, sentimientos de culpa o de miedo, dejar de comer, desnutrirse, cirrosis del hígado, temblar violentamente o tener convulsiones cuando se deja de beber

Los jóvenes que beben presentan mayores probabilidades de resultar víctimas de crímenes violentos, sufrir accidentes de tránsito y tener problemas escolares serios como consecuencia del consumo del alcohol.

Los padres tienen más influencia sobre los valores y decisiones de sus hijos sobre la bebida antes de que ellos comiencen a consumir alcohol.

3.6 El Alcoholismo en Adolescentes:

El consumo juvenil del alcohol presenta hoy unas características propias que han generado una “cultura del consumo del alcohol” diferenciado del consumo tradicional.

Se va consolidando un patrón juvenil de consumo de alcohol, caracterizado por ser en el fin de semana y por ser principalmente un articulador del ocio y de las relaciones sociales de los jóvenes.

El problema no es que beban sino que sus formas de beber están más lejos del modelo tradicional, y tienen que ver con sus estilos de vida y su manera de divertirse. Analizando esta situación todo viene desde los valores de nuestra sociedad, el sistema productivo, la publicidad, el papel de la familia, de la escuela, etc.

Para el adolescente el alcohol es la droga preferida, usan más el alcohol que el tabaco y la adolescencia es una etapa de riesgo grande para comenzar a experimentar con el alcohol.

El alcohol afecta la mente y el cuerpo de manera impredecible pero especialmente con los jóvenes, estos carecen de juicio y la capacidad para sobrellevar las consecuencias del consumo de alcohol; por lo que:

- Los accidentes de tránsito ocasionados por el consumo de alcohol son una causa importante de muerte entre los jóvenes; Y también está relacionado el consumo de alcohol con las muertes por inmersión, suicidios y homicidios.
- Los adolescentes que consumen alcohol son más proclives a la actividad sexual a edades más tempranas, a tener relaciones más a menudo y sin protección.
- Los que beben son más propensos a ser víctimas de crímenes violentos, asaltos y robos.

- La mayoría de los adolescentes que beben lo hacen hasta embriagarse (los varones toman 5 ó más tragos cada vez que tienen oportunidad; las mujeres toman 4 o más).

3.7 Dependencia al Alcohol:

Según el DSM IV hace referencia al alcohol diciendo que es un depresor del sistema nervioso central utilizado con mayor frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerable. En Estados Unidos las estadísticas indican que cerca del 90% de los adultos han tenido alguna experiencia con el alcohol (60% varones y 30% mujeres).

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia, que se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para aliviar los síntomas de abstinencia. Los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea, y cuando esto se acompaña con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica.

La dependencia y el abuso de alcohol forman parte de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos entre 1980 y 1985, se usaron criterios del DSM III se encontró que cerca del 8% de la población adulta presentaba dependencia alcohólica y cerca del 5% abusaba del alcohol en algún momento de su vida. Un estudio sobre población adulta no institucionalizada entre 15 y 54 años, se realizó en 1990-1991, aquí se utilizaron los criterios del DSM III R, reveló que alrededor de 14% de la muestra presentaba dependencia alcohólica en algún momento de la vida.

CAPITULO 4

Escuelas Secundarias Diurnas

Dado que el presente estudio se llevará a cabo en una Escuela Secundaria, en el presente capítulo se incluirá una revisión de la educación secundaria, su desarrollo histórico y su situación actual

4.1 Creación de la Secretaria de Educación Pública

De acuerdo con las ideas defendidas por Carranza acerca de la autonomía municipal, en la Constitución de 1917 se suprimió la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, pues contraria a la aspiración de democratizar la administración educativa, solo abarcaba al D.F. y los territorios Federales.

En 1919, la educación pública resentía la falta de una adecuada organización, solo quedaban en el D.F, 148 escuelas abiertas de las 344 existentes en 1917.

Con la llegada de Adolfo de la Huerta al poder, se iniciaron los cambios para poner remedio a esta situación. Ya no bastaba con declarar la educación gratuita, laica y obligatoria que estaba postulado en el artículo tercero constitucional. Por lo que se creo un proyecto en donde crear una Secretaria de Educación Pública Federal, mientras esta reforma constitucional ocurría, asume la rectoría de la Universidad

Nacional el Licenciado José Vasconcelos Calderón, quien se había revelado como uno de los más firmes partidarios de dar a la educación carácter federal.

Como rector de la Universidad y titular del Departamento Universitario, el Licenciado Vasconcelos inició la formulación práctica del proyecto, estableció diversas medidas con el objeto de reunir a los distintos niveles educativos, depuró las direcciones de los planteles, inició el reparto de desayunos escolares y llevó a cabo su idea fundamental: Que la nueva Secretaría de Educación tuviese una estructura departamental.

Los tres departamentos fundamentales fueron:

- 1.-El departamento escolar en el cual se integraron todos los niveles educativos, desde el jardín de infancia, hasta la universidad
- 2.-El departamento de bibliotecas, con el objeto de garantizar materiales de lectura par apoyar la educación de todos los niveles.
- 3.-El departamento de Bellas artes para coordinar las actividades artísticas complementarias de la educación.

A través de la publicación del decreto en el Diario Oficial de la Federación se creó la Secretaría de Educación Pública el 3 de octubre de 1921.

En sus inicios la actividad de la Secretaría de Educación Pública se caracterizó por su amplitud e intensidad, organización de cursos, apertura de escuelas, edición de libros y fundación de bibliotecas, todo esto en conjunto fortaleció un proyecto

educativo nacionalista que recuperaba también las mejores tradiciones de la cultura universal.

En 1921 el número de maestros de educación primaria aumento a 9,560, en 1919 a 25,312. Habían 35 escuelas preparatorias, 12 de abogados, 7 de médicos alópatas, 1 de médicos homeópatas, 4 de profesores de obstetricia, 1 de dentistas, 6 de ingenieros, 5 de farmacéuticos, 36 de profesores normalistas, 3 de enfermeras, dos de notarios, 10 de bellas artes y 7 de clérigos.

Educación Secundaria en México: Pasado y Presente

Se denomina Educación Secundaria al nivel educativo que atiende a los alumnos entre 12 y 15 años. Primero se desarrollo la educación primaria denominada durante mucho tiempo como “educación elemental” y hasta 1993 la única obligatoria.

La educación secundaria es el puente entre la educación elemental y la preparatoria tiene a penas ochenta años. Durante mucho tiempo se denominó la secundaria como “educación media básica” para distinguirla del bachillerato, al cual se le llama “educación media superior”. Actualmente la educación secundaria se define como el último nivel de educación básica obligatorio.

Un antecedente de la educación secundaria mexicana se encuentra en la Ley de Instrucción de 1865 la cual establecía que la escuela secundaria fuera organizada al estilo Liceo Francés y que su plan de estudios debería cubrirse en 7 u 8 años (Solana et al, 1981).

Cincuenta años después, en 1915 se celebró en la ciudad de Jalapa el Congreso Pedagógico de Veracruz, del cual se derivó la Ley de Educación Popular del Estado, la cual fue promulgada el 4 de octubre de ese año (Santos 2000). Es posible considerar este acontecimiento como el momento en el cual se instituye y regula de manera formal la Educación Secundaria.

Por este decreto se define la educación secundaria y se le desliga de la educación preparatoria, esta última destinada a los estudios profesionales. El propósito consistió en instituir una enseñanza propedéutica y que fuera un punto intermedio entre los conocimientos de primaria (elemental) y los que se impartían en la universidad (profesionales). Es hasta un año después en 1916 cuando de hecho se inician las clases para jóvenes que hubiesen concluido la educación elemental.

El plan de estudios se planteó para tres años, y este plan de estudios no consiguió su plena implantación ya que solo duraría dos años, pues en 1918 se produjo un replanteamiento de los objetivos y en consecuencia de la distribución de materias (Santos, op. Cit).

En 1923 en la Ciudad de México, el Subsecretario de educación Doctor Bernardo Gastelum propuso ante el consejo universitario reorganizar los estudios preparatorianos, donde sugería la necesidad de establecer una clara distinción de la escuela secundaria, concibiéndola como ampliación de la primaria.

En diciembre de 1923 en la Ciudad de México, el Subsecretario de Educación Doctor Bernardo Gastélum propuso ante el Consejo Universitario reorganizar los estudios

preparatorianos, donde sugerí la necesidad de establecer una clara distinción de la escuela secundaria, concibiéndola como ampliación de la primaria.

En diciembre de 1923 el Consejo universitario autorizó el Proyecto del Subsecretario Gasélum y este fue promulgado por el Secretario de Educación Pública José Vasconcelos; Después el Maestro Moisés Sáenz creó el Departamento de escuelas secundarias, el cual tenía a su cargo solo cuatro planteles.

En 1925 se expidieron dos decretos presidenciales, los cuales le dieron más solidez al proyecto de la educación secundaria. El primero de ellos fue el Decreto 1848 del 29 de agosto, por el cual se autorizaba a la Secretaria de Educación Pública (SEP) para crear escuelas secundarias y darles una organización. El segundo se publicó el 22 de diciembre y fue el Decreto 1849 a través del cual se facultó a la SEP para que creara la Dirección General de escuelas secundarias mediante la cual se realizará la administración y organización del nivel.

Poco a poco empezaron a aumentar las escuelas secundarias y en 1927 estas se clasificaron en escuelas oficiales ya sea que fueran federales o de los estados y de las secundarias particulares serían identificadas como incorporadas o no incorporadas.

A raíz del creciente aumento de la matrícula en el nivel de educación secundaria, en 1977 siendo secretario de educación Porfirio Muñoz Ledo se propuso hacerla obligatoria. Sin embargo esta iniciativa no prosperó. Se retoma en el contexto de las reformas de la década de los noventa y se establece su obligatoriedad por mandato constitucional en julio de 1993.

La administración de este nivel educativo adquiere una mayor importancia al interior de la burocracia de la SEP y es así que en 1981 se establece la Subsecretaría de Educación Media para administrar, controlar y evaluar los servicios escolarizados de educación secundaria, bajo su cargo se encuentran la Dirección General de Educación Secundaria (DGES), la Dirección General de Educación Secundaria Técnica Básica (DGESTB) y la recién creada Unidad de Telesecundaria (Santos op. Cit.).

4.2- Definición y Objetivos de la Educación Media Básica en México.

Es parte del sistema Educativo que conjuntamente con la primaria, proporciona una educación general y común dirigida a formar integralmente al educando y a prepararlo para que participe positivamente en la transformación de la sociedad.

Sus principales objetivos son:

- Propiciar que se cumplan las finalidades de la educación de acuerdo a la filosofía social derivada de la Constitución y de la Ley Federal de Educación.
- Estimular el conocimiento de la realidad del país para que el educando, al valorarla esté en condiciones de participar en forma consciente y constructiva en su transformación.
- Inculcar en el educando el amor y el respeto al patrimonio material y espiritual de la nación, capacitándolo para que lo aproveche en forma racional y justa.
- Promover las actitudes deseables, respecto de la conservación de la vida y la salud física y mental del educando.

- Profundizar en el conocimiento y el seguimiento del educando en cuanto a su desarrollo integral y a su adaptación al ambiente familiar, escolar y social para orientar sus capacidades, intereses e inclinaciones y ayudarlo a lograr su plena realización.

-Capacitar al alumno para proseguir estudios superiores o bien para incorporarse al mundo laboral. Se pretende que el alumno al terminar su Educación Secundaria desarrolle las suficientes habilidades, valores y actitudes para lograr un buen desenvolvimiento en la sociedad.

4.3.- Plan de Estudios 2011:

El Plan de estudios 2011 de la Educación Básica de la Secretaría de Educación, plantea que educar en y para el siglo, representa un desafío mayor para los sistemas educativos nacionales en el mundo.

La Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB) presenta áreas de oportunidad que es importante identificar y aprovechar, y así dar sentido a los esfuerzos acumulados y encausar positivamente el ánimo de cambio y mejora continua con el que convergen en la educación los maestros y maestras, madres y padres de familia, las y los estudiantes, y una comunidad académica y social realmente interesados con la Educación Básica.

La RIEB y el plan de estudios 2011, representa un avance significativo en el propósito de contar con escuelas mejor preparadas para atender las necesidades específicas de aprendizaje de los estudiantes. Para lograr una mejor calidad en la educación, es indispensable fortalecer los procesos de evaluación, transparencia y

rendición de cuentas que indiquen los avances y oportunidades de mejora para tener una educación de calidad.

Con la promulgación del Artículo Tercero Constitucional en 1917 y la creación de la Secretaría de Educación Pública en 1921, la educación y el sistema educativo se consolidaron como un motor poderoso y constante para el desarrollo de la sociedad mexicana.

La sociedad mexicana en el siglo XXI es resultado de la fusión de varias culturas importantes que contribuyen y proyectan al país.

El Plan de Estudios 2011:

- Reconoce que la equidad en la Educación Básica es uno de los principales componentes
- Irrenunciables de la calidad educativa.
- Están encaminados hacia el desarrollo de actitudes, prácticas y valores sustentados en los principios de la democracia: el respeto a la legalidad, la igualdad, la libertad con responsabilidad, participación, diálogo y búsqueda de acuerdos.
- Parte de una visión que incluye los diversos aspectos que conforman el desarrollo curricular y se basan en principios pedagógicos, que son esenciales para la implementación del currículo, la transformación de la práctica docente, el logro de los aprendizajes y la calidad educativa.

4.4.- Competencias:

En la actualidad hay una alta demanda en cuanto a la educación por lo que se implementó un programa de competencias, para generar un cambio que contribuyan a elevar los aprendizajes en los niños, dotarlos de herramientas para el pensamiento

complejo y para un desarrollo humano pleno e integral, así como competencias cívicas y sociales que ayuden a que todas las personas gocen de iguales derechos, libertades y oportunidades.

Dentro del enfoque de competencias para la vida, se busca un desarrollo pleno e integral de los niños y jóvenes hacia la generación de competencias y capacidades para la vida personal, pública y laboral.

Es necesario que los profesores y profesoras de educación básica eduquen con equidad, que eviten la exclusión de personas y favorecer derechos y oportunidades.

También hay avances en las ciencias, las humanidades, la pedagogía y la tecnología que requieren habilidades de los docentes para el aprendizaje y la actualización disciplinaria permanente.

La primera competencia es que el maestro domine los contenidos de enseñanza del currículo y que sepa desarrollar capacidades intelectuales y de pensamiento abstracto y complejo en los niños.

Se espera que los profesores despierten la curiosidad intelectual de los niños, favoreciendo en ellos el gusto, el hábito por el conocimiento, el aprendizaje permanente y autónomo, poniendo en práctica recursos y técnicas didácticas innovadoras, cercanas a los enfoques pedagógicos actuales, utilizando las tecnologías de la información y la comunicación.

Otra competencia es contar con las habilidades, valores, actitudes y capacidades para la formación humana de los jóvenes que serán los ciudadanos del futuro, desarrollando en ellos competencias cívicas y éticas para un adecuado crecimiento socio-emocional.

La docencia exige como competencias el trabajo colaborativo y la creación de redes académicas para el desarrollo de proyectos de innovación e investigación educativa, y así reflexionar sobre la práctica docente en individual y en conjunto.

El enfoque de competencias para la vida se sustenta en tres pilares:

- 1.- Dominio disciplinar de los planes y programas comprendiendo las competencias que se pretenden desarrollar y como es que éstas pueden alcanzar estos aprendizajes esperados.
- 2.- Gestión de ambientes de aprendizaje áulico.
- 3.- Transversalidad con el propósito de enseñar para la atención de problemas del mundo y de la vida.

Las competencias ciudadanas se enmarcan en la perspectiva de derechos y brindan herramientas básicas para que cada persona pueda respetar, defender y promover los derechos fundamentales, relacionándolos con las situaciones de la vida cotidiana.

Si estas habilidades y conocimientos se desarrollan desde la infancia, los niños y niñas podrán ir construyendo los principios que fundamentan los derechos humanos y así los tendrán como horizonte para su acción y si reflexión.

En educación ser competente significa saber y saber hacer, la competencia implica poder usar el conocimiento en la realización de acciones o productos.

Anteriormente se enseñaron contenidos y temas que se consideraba que todos los niños y niñas debían conocer. La revolución educativa, reflejada en la noción de competencia, propone que lo importante no es solo conocer, sino también saber

hacer. Entonces las personas deberán usar sus capacidades de manera flexible para enfrentar problemas nuevos de la vida cotidiana.

Las competencias movilizan y dirigen todos los componentes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores hacia objetivos concretos. Poseer conocimientos o habilidades no significa ser competente.

Las siguientes competencias se deben desarrollar en los tres niveles de Educación Básica y a lo largo de la vida:

- Competencias para el aprendizaje permanente, para desarrollarla se requiere de habilidad de lectura, integrarse a la cultura escrita, comunicarse en más de una lengua, habilidades digitales y aprender a aprender.

- Competencias para el manejo de la información, su desarrollo requiere identificar lo que se necesita saber, aprender a buscar, identificar, evolucionar, seleccionar, organizar y sistematizar información, apropiarse de la información de manera crítica, utilizar y compartir información con sentido ético.

- Competencias para el manejo de situaciones y se requiere enfrentar el riesgo, la incertidumbre, plantear y llevar a buen término procedimientos, administrar el tiempo, propiciar cambios y afrontar lo que se presente, tomar decisiones y asumir consecuencias, manejar fracasos, frustración y la desilusión, actuar con autonomía en el diseño y desarrollo de proyectos de vida.

- Competencias para la convivencia: requiere de empatía, relacionarse armónicamente con otros y la naturaleza, ser asertivo, trabajar de manera colaborativa, tomar acuerdos y negociar con otros, crecer con los demás, reconocer la diversidad social, cultural y lingüística.

-Competencias para la vida en sociedad: se requiere de decisión y actuar con juicio crítico frente a los valores y las normas sociales y culturales, proceden en favor de la democracia, la libertad, la paz, el respeto a la legalidad y los derechos humanos.

4.5.- Mapa curricular de la Educación Básica:

La educación básica en sus tres niveles educativos, plantea un trayecto formativo congruente para desarrollar competencias y al concluirla los estudiantes sean capaces de resolver eficaz y creativamente los problemas cotidianos que enfrenten, por lo que promueven una diversidad de oportunidades de aprendizaje que se articulen y distribuyen a lo largo del pre-escolar, la primaria y la secundaria y se reflejen en el mapa curricular.

El mapa curricular de la Educación Básica se representa por espacios organizados en cuatro campos de formación, que permiten visualizar de manera gráfica la articulación curricular.

En el mapa curricular se observan de manera horizontal la secuencia y la gradualidad de las asignaturas que constituyen la educación básica. La organización vertical en períodos escolares indica la progresión de los Estándares Curriculares de español, matemáticas, ciencias, inglés y habilidades digitales.

4.6.- Perfil de Egreso:

El perfil de egreso de la Educación Básica juega un papel importante en el proceso de articulación de los tres niveles (pre-escolar, primaria y secundaria) que forman la etapa de escolaridad obligatoria. Las razones de ser de dicho perfil son las siguientes:

- 1.- Define el tipo de estudiante que se espera forman a lo largo de la educación básica.
- 2.- Ser un referente común, tanto para la definición de los contenidos como para las orientaciones didácticas que guían el estudio de las asignaturas que forman el currículo.
- 3.- Servir de base para valorar la eficacia del proceso educativo.

El perfil de egreso plantea un conjunto de rasgos que los estudiantes deberán mostrar al término de la educación básica como garantía de que podrán desenvolverse en cualquier ámbito en el que decidan continuar desarrollándose.

Estos rasgos son el resultado de una formación que destaca la necesidad de desarrollar competencias para la vida, que además de conocimientos y habilidades incluyen actitudes y valores para enfrentar con éxito diversas tareas. El logro de los rasgos del perfil de egreso es una tarea compartida entre los campos de conocimiento que integran los planes de estudio de la educación básica.

CAPITULO 5

INSTRUMENTOS DE MEDICION BIRLESON Y AUDIT

5.1 Test Birleson (DSRS):

5.1.1 Generalidades

Se desarrolló a partir de 1978 como parte de la tesis para la maestría del autor en filosofía en la Universidad de Edimburgo. Tras la escala de Depresión de Zung, surgen 37 reactivos relacionados con el trastorno depresivo mayor en la infancia, se presenta como enunciados positivos y negativos distribuidos aleatoriamente para edades de 7 a 13 años.

El trastorno depresivo mayor es la psicopatología más frecuente dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como la farmacodependencia, el trastorno por déficit de atención, el trastorno de ansiedad de separación y el suicidio.

El Trastorno Depresivo Mayor en la infancia y la adolescencia ha tomado gran importancia últimamente, por lo que hay gran numero de investigaciones a nivel mundial por que se asocia a pacientes y no psiquiátricos, para poder cuantificar la severidad de la sintomatología y medir confiablemente la depresión.

Es la primera escala validada en México con esta población. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes.

5.1.2.- Descripción del Instrumento:

La escala fue elaborada por Peter Birmaher en 1981 en Inglaterra. Mide síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de depresión y puede cuantificar la severidad de la sintomatología en niños y adolescentes, así mismo puede utilizarse también para verificar la respuesta al tratamiento. El tiempo de respuesta y calificación no es muy largo. Su aplicación va de 10 a 15 minutos.

Birmaher postula las siguientes características de la Depresión: a) Evidencia donde se exprese infelicidad, tristeza, llanto; b) Historia del cambio de comportamiento después de dos semanas pero menos de un año; c) Evidencia de un cambio en las relaciones interpersonales y/o un cambio en su desempeño escolar; d) Presencia de uno o más síntomas: disturbios en el sueño, cambios de apetito, menos energía de lo usual, reducción de interés en las actividades, ideas de intento de suicidio, irritabilidad, padecimientos somáticos.

El instrumento es una escala auto aplicable tipo Likert que consta de dieciocho reactivos; todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis. El evaluado determina la respuesta con la que este de acuerdo o no, por lo que es un método confiable.

5.1.3.- Evaluación

Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 puntos (1,2,4,7,8,9,11,12,13,16) y los ocho reactivos restantes de 2 a 0 puntos (3,5,6,10,14,15,17,18).

La escala esta constituida por: instrucciones, ítems y hoja de respuestas, de los cuales se da una muestra a continuación.

El tiempo de respuesta de la prueba varía de 5 a 10 minutos, esto depende de cada persona.

Ya contestada la escala, se suman las respuestas para obtener un total, si el total es de 15 o más sugiere una psicopatología o stress de manera importante.

5.1.4.- Validez

Se han hecho varios estudios de validez de esta escala, en donde proponen puntos de corte para determinar si existe la presencia de psicopatología. Así Birleson (1987) encuentra un punto de corte de 13 puntos, De la Peña y colaboradores (1996) hallaron un punto de corte de 15, Ivarsson (1994) encontró un punto de corte de 15 y Vivar y col. (2005) encontraron un punto de corte de 13.

Lo primero que se hizo fue la traducción de la escala pidiendo la autorización del autor, el Dr. Birleson por lo que la primera versión fue de inglés al español, hecha por un traductor independiente. Esta escala se puede utilizar no solo en estudios clínicos sino también en estudios epidemiológicos orientados al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno.

Existen diferencias de género, las niñas puntúan más alto que los adolescentes. Aunque la validez en general es adecuada.

Se podría puntualizar que algunas ventajas de la escala son que tiene un lenguaje muy simple, breve, facilidad de uso y puntuación.

5.2.- Test Audit (alcohol use disorders identification test)

5.2.1 Generalidades

El audit es el Test de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, y describe como utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo

perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Ayuda a la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. La 1ª. Edición de este manual fue publicado en 1989 (docto. No. WHO/MNH/89.4) y fue actualizado en 1992 (WHO/PSA/92.4).

De la Fuente y Kershenovich probaron la validez en población mexicana de un instrumento de tamizaje llamado AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification test), hecho para la identificación temprana de bebedores con consumo excesivo de alcohol.

5.2.2.- Desarrollo y Validación del AUDIT:

El Audit fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferencias culturales.

Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de dependencias y problemas relacionados con el alcohol.

Este estudio comparativo de campo fue llevado a seis países (Noruega, Australia, Kenia, México y EUA).

5.2.3.- Puntuación e Interpretación:

El Audit es fácil de puntuar cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4

Todas las puntuaciones de las respuestas deben ser entonces sumadas y anotarse en el cuadro denominado "total"

Las puntuaciones iguales o mayores a 8 son indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol.

Aplicación: Se estima que el test AUDIT requiere de unos 3 –5 minutos, aunque este tiempo puede ser menor o prolongarse de 10 a 15 minutos.

CAPITULO 6

METODOLOGIA

En este capítulo se tratará sobre la metodología que se llevó a cabo para responder a la pregunta de investigación que anima este trabajo, la cual postula el problema de la relación entre la presencia de consumo de alcohol y si este corresponde a la presencia de síntomas de depresión en adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran estudiando el tercer grado de educación secundaria. Este problema de interés se desprende de estudios recientes que afirman que el inicio del consumo de alcohol empieza en la adolescencia, por lo tanto es conveniente analizar los factores que pueden estar incidiendo en este comportamiento. Por ello se considera que analizar el papel de la depresión puede aportar elementos que permitan dar alguna respuesta a esta problemática.

Objetivo General:

Determinar si existe relación significativa entre la presencia de síntomas de depresión y consumo de alcohol en adolescentes de entre 14 y 16 años que cursan la Educación Media Básica.

Hipótesis de investigación:

Existe una relación significativa entre síntomas de depresión y el consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria del Distrito Federal

Hipótesis nula: No existe una relación significativa entre síntomas de depresión y el consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria del Distrito Federal

Variable Independiente:

Depresión.

Definición Conceptual

Depresión: Es considerada como un trastorno del estado de ánimo, donde su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Definición Operacional:

La Depresión se medirá a través del Test Birleson (DSRS)

Variable Dependiente:

Consumo de alcohol.

Definición conceptual

Consumo de Alcohol: Es un hábito, forma parte de los llamados estilos de vida, se encuentra influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos. Es una enfermedad, donde las personas que ingieren el alcohol no pueden controlar su manera de beber.

Definición Operacional:

El consumo de alcohol se medirá a través del Test AUDIT (Alcohol use Disorders Identifications Test), esta prueba determina que las puntuaciones totales, iguales o mayores a 8 son indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol.

Población

Se eligió para este estudio alumnos del 3er. Grado de Educación Secundaria de una institución pública.

En total fueron 120 alumnos de estos 66 eran mujeres y 54 hombres.

Criterios de Inclusión

Alumnos de 3er. Grado de educación secundaria todos inscritos en la escuela secundaria No. 130 “Guadalupe Cenicerros de Zavaleta”. Edades de 14 a 16 años

Sexo: masculino y femenino

Nivel socioeconómico: medio bajo

Escenario

La aplicación del Test Audit y del Test Birleson se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Diurna del D.F., se aplicaron los cuestionarios a 6 grupos de 3er grado en el salón correspondiente a cada grupo, bien iluminados, con buena ventilación.

Procedimiento:

Se solicitó a la Directora de la escuela la autorización para poder aplicar los test de Birleson y Audit a los grupos de 3er año, la cual dio todas las facilidades para esta investigación. Se seleccionó a los alumnos de 3er año ya que se ha observado que hay mayor incidencia de consumo de alcohol y síntomas de depresión tanto en varones como mujeres. Se pasó a cada grupo por la mañana y se les explicó a los alumnos para que es el cuestionario y el que no quisiera contestarlo se respetaba la decisión, se les dieron indicaciones de lo que tenían que hacer, los salones tienen aproximadamente 30 alumnos por grupo

Se aplicó primero el test Birleson, se les dio el tiempo necesario para contestarlo y si había alguna duda se les explicaba nuevamente.

Al siguiente día se pasó nuevamente a los grupos y se les aplicó el test Audit, se les pidió autorización a los jóvenes y el que no quisiera contestarlo no habría problema, también se les dio el tiempo necesario para contestarlo.

Se les indicó a los jóvenes que se enumeraran como estuvieran sentados para poder tener un número que tendrían que poner en las dos pruebas y así poder cotejar los resultados.

Al final de la aplicación se les agradeció a los alumnos por su cooperación.

CAPITULO 7

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos por los alumnos en ambos instrumentos, incluyendo, edad y género; asimismo se anota el número 1 para los sujetos que, a partir de la evaluación (14 o menos puntos) muestran niveles bajos de depresión y, el número 2 para los sujetos que muestran altos niveles de depresión (puntaje superior a 15)

DEPRESIÓN BIRLESON	ALCOHOLISMO AUDIT	EDAD	GÉNERO	ALCOHOLISMO
14	0	14	2	2
6	1	14	2	2
9	0	15	1	2
15	2	14	2	2
9	0	15	1	2
5	0	15	2	2
9	0	16	2	2
14	8	14	2	1
12	0	16	2	2
28	1	15	1	2
6	6	16	2	2
12	9	18	1	1
9	0	14	1	2
18	1	13	16	2

DEPRESIÓN BIRLESON	ALCOHOLISMO AUDIT	EDAD	GÉNERO	ALCOHOLISMO
22	9	15	2	1
10	7	15	1	2
8	5	17	2	2
2	2	16	1	2
9	0	15	2	2
17	0	14	2	2
12	4	16	1	2
17	0	14	1	2
4	0	16	1	2
11	0	15	1	2
20	7	16	1	2
2	7	16	1	2
2	0	16	1	2
8	3	14	1	2
14	3	14	2	2
3	0	15	1	2
25	10	14	2	1
15	23	14	2	1
15	11	16	2	1
6	17	15	1	1
11	2	14	1	2
12	1	14	1	2
9	3	15	1	2
13	7	14	1	2
7	23	15	2	1
5	0	15	1	2
4	14	14	1	1
26	0	15	1	2
1	2	15	2	2
12	0	14	2	2
11	4	15	1	2
3	0	14	2	2
20	9	15	1	1
14	0	14	2	2
13	0	14	1	2
6	10	14	2	1
13	10	15	2	1
11	10	15	2	1
12	2	15	1	2
4	4	15	2	2
6	0	14	2	2

DEPRESIÓN BIRLESON	ALCOHOLISMO AUDIT	EDAD	GÉNERO	ALCOHOLISMO
8	3	14	2	2
8	11	15	2	1
9	1	16	1	2
4	9	14	2	1
8	2	14	1	2
3	3	15	2	2
14	3	16	1	2
20	8	15	1	1
5	7	14	1	2
7	0	14	1	2
4	1	14	2	2
6	0	15	1	2
18	1	15	2	2
10	6	15	1	2
7	11	14	2	1
13	3	15	2	2
15	8	15	1	1
20	8	14	2	1
5	4	15	1	2
18	4	15	1	2
13	0	15	2	2
12	1	14	1	2
6	1	13	1	2
6	2	15	2	2
10	0	15	1	2
2	2	14	2	2
11	1	14	2	2
16	0	15	2	2
16	8	14	2	1
22	3	14	1	2
13	9	14	1	1
16	10	14	2	1
11	2	14	2	2
8	3	15	2	2
10	10	15	2	1
22	11	14	1	1
9	4	15	2	2
20	0	15	2	2
14	3	14	2	2
13	1	14	2	2
16	3	15	2	2

DEPRESIÓN BIRLESON	ALCOHOLISMO AUDIT	EDAD	GÉNERO	ALCOHOLISMO
11	2	16	2	2
15	0	14	2	2
11	4	14	2	2
11	0	14	1	2
16	14	15	1	1
5	2	14	2	2
25	12	15	1	1
14	1	15	2	2
9	9	15	1	2
12	1	14	2	2
6	7	14	2	2
8	7	15	2	2
10	7	16	2	2
17	0	14	1	2
3	5	15	2	2
12	22	14	1	1
12	0	14	2	1
7	8	15	1	1
12	4	14	2	2
8	4	14	1	2
8	17	14	2	1
11	0	14	1	2
5	0	15	2	2
13	0	15	2	2

De acuerdo a los criterios establecidos por el test Birleson, que indican que aquellos sujetos con un puntaje superior a 15, muestran un alto nivel de depresión, se clasificó la población en: 29 sujetos que mostraban alto nivel de depresión y 91 sujetos que mostraban un bajo nivel de depresión.

A fin de comparar los resultados obtenidos en el test Audit entre ambos grupos, se procedió a calcular la calificación z para muestras independientes a través del programa SPSS -16, obteniéndose los siguientes resultados:

	depression	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
cuestionario audit	presencia de depression	29	6.1379	5.68032	1.05481
	ausencia de depression	91	4.0000	4.87625	.51117

		Levene's Test for		t-test for Equality of Means						
		Equality of Variances							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
cuestionario audit	Equal variances assumed	2.695	.103	1.974	118	.051	2.13793	1.08296	-.00663	4.28249
	Equal variances not assumed			1.824	41.975	.075	2.13793	1.17214	-.22759	4.50345

Como puede observarse el valor calculado de T fue de 1.974, que al contrastar con la T de tablas a un nivel de significación de .95, de 1.66, puede concluirse que la hipótesis de investigación es aceptada

Por tanto, puede señalarse que existe una diferencia significativa en cuanto al consumo de alcohol se refiere entre sujetos que muestran un alto nivel de depresión, con respecto a aquellos que muestran un bajo nivel de depresión

Es importante señalar que si bien existen diferencias significativas entre ambos grupos, el puntaje promedio obtenido en el test de Audit para los sujetos con alta depresión fue de 6.13, mientras que para los sujetos con bajo nivel de depresión fue de 4.0. Ambos puntajes, de acuerdo a la clasificación propuesta para Audit, no implican que exista una conducta problemática en el consumo de alcohol en ambos

grupos, sin embargo si evidencian que el grupo que muestra alta depresión puede ser más vulnerable al consumo.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis efectuado se concluye que la hipótesis de investigación se acepta, por lo que se confirma que hay diferencias significativas en cuanto a consumo de alcohol se refiere en adolescentes de entre 14 y 16 años, al contrastar el puntaje obtenido en el test Audit en sujetos que muestran un alto nivel de depresión, con respecto a los que muestran un bajo nivel de depresión.

Como se indicó previamente, es importante considerar que aun cuando el grupo de sujetos deprimidos obtuvo un mayor puntaje en el test que mide consumo de alcohol, los resultados no muestran que, por el momento, el consumo tenga un carácter patológico

No obstante, los hallazgos resultan relevantes, dado que en los últimos años se ha detectado que hay un mayor número de adolescentes que presentan síntomas depresivos, en 2004, 9% de los jóvenes de 12 a 17 años habían experimentado cuando menos un episodio de depresión mayor y solo 40% de ellos habían recibido tratamiento (NSDUH,2005) siendo la causa probable de esta situación, toda la dinámica familiar, el tipo de vida que hay en la actualidad. Aunado a esto, resulta también significativo que la adolescencia, como señala Bloss (1971) es una etapa de muchos cambios fisiológicos, emocionales, biológicos, psicológicos, que generan conflicto al adolescente, pues es en este momento que se presenta una búsqueda de una vida adulta productiva y satisfactoria (Papalía, 2009).

En este sentido, esta etapa de adolescencia, Erick Erickson (1968) la caracteriza como la búsqueda de identidad en los adolescentes es una concepción del YO

formada por metas, valores y creencias con lo que se comprometen de manera firme.

Y, puede decirse que es en esta búsqueda de identidad, en donde son más vulnerables e influenciables. Las encuestas recientes (2004) indican que el consumo de drogas y alcohol se incrementan en los estudiantes, y alarmantemente puede apreciarse que las edades de inicio van de 13 a 14 años.

De hecho, la cultura del alcoholismo implica una red social donde las normas del grupo promueven el consumo de alcohol. Al respecto, Bandura (1977) en su teoría del aprendizaje social recalca la influencia negativa de los compañeros y adultos que de manera directa o indirecta presionan para que los jóvenes inicien a ingerir alcohol.

Así mismo pueden presentarse también factores genéticos que contribuyen a que se presente más fácilmente este problema, se ha detectado que los que padecen de alcoholismo severo tienen un gen que afecta la función de una estructura nervio-celular, que es la dopamina (DRD2), las personas que tienen esta alteración tienen mayor probabilidad de caer en el alcoholismo.(Dr. Romeo y asociados, 1970).

Factores como reconocer el alcohol como una droga legal, toda la publicidad que existe con respecto a su consumo y al ensalzamiento que se hace al respecto, confunden a los adolescentes ya que están en esta transición a la adultez, y ello, en conjunto con la poca comunicación familiar, ambigüedad en las normas familiares, clima familiar conflictivo etc. influye en el adolescente negativamente para propagar su consumo.

Finalmente, cabe señalar que, dentro de las limitaciones que se presentaron en la investigación se encuentran:

Las respuestas del cuestionario de alcoholismo pudieron no ser del todo confiables, ya que los alumnos por pena, temor a ser exhibidos realmente contestan no siempre la verdad, a pesar de que les fue precisado que la información será manejada estrictamente de manera anónima y confidencial.

Con los resultados obtenidos a través de esta investigación puede concluirse que hay una problemática bastante delicada y que debe de haber más estudios que indaguen al respecto para tratar de prevenir el problema de depresión y de alcoholismo que hay en los jóvenes de educación secundaria. Así, se tendrían que implementar medidas preventivas para detectar a tiempo situaciones de riesgo y así canalizar a tiempo, o en su caso buscar el mejor tratamiento.

Cabe señalar lo importante que sería concientizar a los jóvenes de las consecuencias del consumo de alcohol, así mismo a los padres de familia de la importancia de tener una buena comunicación con los jóvenes.

BIBLIOGRAFIA

- -Babor Thomas F., John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro, (2001) "Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol", OMS,
- -Blatt Sidney J., (1966), "Contribuciones del Psicoanálisis al entendimiento y tratamiento de la Depresión", traducción:Ezequiel Benito,
- -Bloss Peter,(1971), "Psicoanálisis de la Adolescencia", 1ª edición, México.
- -Cueli José y Luci Reidl, (1981), "Teorias de la Personalidad", 9ª. Reimpresión.
- -Organización Mundial de la Salud, (2003),Clasificación Internacional de Enfermedades 10°, CIE 10°, revisión.
- -De la Peña Francisco, Ma. Del Carmen Lar, José Cortes, Humberto Nicolini, Francisco Páez, Luis Almeida,(1996) "Traducción al Español y validez de la Escala de Birlson (DSRS). para el trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia".Salud Mental V.19, suplemento octubre.
- -Diaz Cerón Carolina y Ana Laura Hernández,(2010), Tesis: "El Autoconcepto del Adolescente de nivel secundaria de una escuela particular y su relación con la Depresión".
- -Diaz, Lino y Barriga Salgado, "Consumo de Alcohol y Alcoholismo", Centros de Integración Juvenil, A.C.
- -Dirección General de Desarrollo Curricular,(2011), "Acuerdo Número 592 en que se establece la articulación de la Educación Básica".

- -Espada José, Xavier Méndez, Kenneth W. Griffin y Gilbert Botuin, (2003)” Adolescencia: Consumo de Alcohol y Drogas”, universidad de Murcia.
- -Gómez Prieto Alfonso, (2006), “Interpretación Psicoanalítica de la Depresión”. Colaboración, psicoanálisis.
- -Instituto Nacional de Salud, Depresión en Adolescencia, artículo Medline Plus, NIH.
- -Instituto National on Alcohol (NIAAA), publicación revisada, (2009).
- -Jean Piaget (1972), “Intellectual evolution from adolescence to adult thood. Human Development”, 15, 1-12.
- -Kolb L,C, (1966), “Psiquiatria Clínica”, edit. Prensa Médica Mexicana.
- -Laren Liz, (2000), “ Como Entender y aliviar la Depresión”, edit. Tomos A. mayo.
- -López Villalobos José Antonio, Ma. Isabel Sánchez Azón, Eva Sotelo Martin, Ma. Teresa Rodríguez Martín, (1994), “Terapia Cognitivo Conductual en la Depresión. Un modelo de competencia”, Palencia: Lilly.
- -Manual, Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, edit. Masson España, (1995), 1ª reimpresión.
- -Morales Rodriguez Rosamari, (2010), “ Tesis: Correlación entre la prueba perfil de valores Hartman con la prueba Birleson”.
- -Murra y R. Spiegel, Larry J. Stephens, “Estadística Shuman”, 4ª edición, edit. Mc. Grawn Hill.
- -Papalia Diane, Sally Wendks Olds, Ruth Duskin Feldman, (1990) “ Desarrollo Humano”, 9ª. Edición, edit. Mc. Gran Hill.

- -Papalia Diane,(2009) "Psicología del Desarrollo", 7ª edición, edit. Mc. Grawn Hill.
- -Rodríguez Sánchez Iris, Dr. Juan Castillo Ledo, Dra. Dinorah Torres Lugo, Est. Yenice Jiménez Hernández, Est. Mariela Zurita pacheco," Alcoholismo y Adolescencia tendencias actuales". Artículo.
- -Sue David, Dedraldwing,(2010) "Psicopatología, comprendiendo la conducta anormal", 9ª. Edición, edit. Lenguaje Learning.
- -Zorrilla Margarita,(2004), "Revista Electronica Iberomericana sobre la calidad, eficacia y cambio deEducación", vol. 2, No,. 1.