



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN PROMEDIO EN LOS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA PREPARATORIA CASA DEL NIÑO DE URUAPAN,
MICHOACÁN, MÉXICO.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Víctor Manuel León Vergara

Asesora: Lic. Leticia Espinosa García

Uruapan, Michoacán. A 10 de octubre de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Triny y mi familia.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	6
Preguntas de investigación.....	7
Operacionalización de las variables.....	8
Justificación.....	9
Marco de referencia.....	10

Capítulo 1. Depresión, investigación y neurobiología.

1.1. Definición.....	13
1.2. Clasificación.....	14
1.3. Medición para fines de investigación.....	16
1.4. Diagnóstico.....	20
1.5. Neurobiología.....	22

Capítulo 2. Depresión y adolescencia.

2.1. Teoría de la depresión de Aaron Beck.....	31
2.2. Teoría de la depresión de Sigmund Freud.....	40
2.3. Teoría de la depresión de Melanie Klein.....	46

2.4.	Teoría de la adolescencia de Peter Blos.....	55
2.5.	Teoría de la adolescencia de Arminda Aberastury.....	80

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1.	Descripción metodológica.....	89
3.1.1.	Enfoque cuantitativo.....	90
3.1.2.	Diseño no experimental.....	95
3.1.3.	Estudio transversal.....	96
3.1.4.	Alcance exploratorio.....	96
3.1.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	97
3.2.	Descripción de la población.....	99
3.3.	Descripción del proceso de investigación.....	100
3.4.	Análisis e interpretación de resultados.....	102
3.4.1.	Depresión en estudiantes hombres de la preparatoria Casa del Niño.....	106
3.4.2.	Depresión en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño.....	107
3.4.3.	Depresión en la totalidad de estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.....	109
3.4.4.	Comparación de los porcentajes de depresión en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño respecto al porcentaje en México.....	110
3.4.5.	Comparación entre el nivel de depresión promedio en estudiantes hombres respecto al nivel depresión promedio en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño	111
3.4.6.	Comparación del porcentaje de depresión por nivel en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.....	112

Conclusiones.....	114
Bibliografía.....	118
Mesografía.....	120
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El aumento en el nivel de los trastornos del estado de ánimo requiere vigilar el comportamiento de esta entidad en poblaciones vulnerables, como los adolescentes. Es importante comprender que los sujetos mencionados se enfrentan a diversos estresores que pueden facilitar la presentación de depresión, aunado al proceso de adolescencia en sí. Como medida de protección, se deben estudiar los aspectos que podrían afectar su bienestar y les impidan un óptimo crecimiento personal y desempeño escolar.

El propósito del presente estudio consiste en estudiar uno de dichos aspectos, que podría afectar el bienestar de los estudiantes de nivel medio superior, así como su desempeño escolar, y que constituye una problemática frecuente de salud mental: se trata de la depresión.

Antecedentes.

La depresión es un problema de salud pública nacional y mundial, con repercusiones notables en el desarrollo de la vida de las personas, tanto en el entorno personal, como en el familiar, social y económico.

Beck (2010) define la depresión como una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, donde las ideas y creencias negativas son para el sujeto una

representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas (o a él mismo cuando no está deprimido) le parezcan inverosímiles.

En la búsqueda de antecedentes para la presente investigación, es necesario ubicar estudios de medición de prevalencia de poblaciones similares, pero ante la dificultad para localizar estudios en estudiantes de nivel medio superior, se incluyen los realizados en poblaciones de nivel superior en México.

El primer estudio referido en este apartado es denominado “Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios”, que consistió en una medición realizada mediante un estudio correlacional a una muestra de 80 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en México, D.F., donde se evaluó el nivel de depresión con el Inventario de Depresión de Beck como instrumento, y la ansiedad con la Escala de Ansiedad de Hamilton como instrumento; no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de depresión y ansiedad de los participantes (Flores y cols.; 2007).

Se detectó otro estudio, llamado “Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México”, que consistió en una medición realizada mediante un estudio correlacional a una muestra de 506 estudiantes de psicología de dos universidades de Monterrey, México, donde se evaluó el nivel de depresión con el Inventario de Depresión de Beck como instrumento, y la ansiedad con la Escala Social para Adolescentes como

instrumento; se confirmó la relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos con la depresión y la ansiedad (González y cols.; 2009).

En otro estudio, llamado “Prevalencia de episodio depresivo mayor en los médicos residentes del Hospital Juárez de México”; se realizó una medición mediante un estudio descriptivo a una muestra de 214 médicos residentes del Hospital Juárez de México, donde se evaluó el nivel de depresión con el Inventario de Depresión de Beck como instrumento; se encontró que el síndrome depresivo tiene una alta prevalencia en los médicos residentes (Rosales y cols.; 2005).

Finalmente, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, se reporta el nivel de depresión en México, que es del 3.3% para la población general, entre los 15 y 65 años; considerando que en la muestra se contemplaron 46.3% de hombres y 53.7% de mujeres, corresponde a que el diagnóstico de depresión en hombres es del 1.5279%, y en mujeres, del 1.7721% (Medina y cols.; 2003).

Planteamiento del problema.

Últimamente, el nivel de depresión ha sido motivo de estudio en poblaciones de nivel escolar superior, tal como se observó en el apartado de antecedentes, sin embargo, en lo que se refiere al nivel medio superior, no ha sido posible encontrar estudios de la misma naturaleza.

En un sentido hipotético, si se compararan los niveles de depresión del apartado de antecedentes con la prevalencia nacional de México, sería posible afirmar que las poblaciones estudiantiles requieren especial atención, incluso acciones en salud pública, ya que fácilmente superan la prevalencia de la media nacional en un sentido comparativo.

Sin embargo, no hay sido posible encontrar estudios sobre la medición del nivel de depresión en poblaciones de estudiantes de nivel medio superior en México, ni estudios donde se haga la comparación de la prevalencia de depresión de una población con la prevalencia de depresión nacional.

Considerando lo anteriormente descrito, se sugiere la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué nivel de depresión promedio presentan los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México?

Objetivos.

La consecución del presente estudio se verificó por medio de las directrices que enseguida se enuncian, las cuales contribuyeron a conservar el carácter científico del trabajo realizado y a regular los recursos disponibles.

Objetivo general.

Determinar el nivel de depresión promedio que presentan los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México.

Objetivos particulares.

1. Definir la depresión.
2. Clasificar la depresión.
3. Describir la neurobiología de la depresión.
4. Conocer los criterios diagnósticos del DSM IV-TR del episodio depresivo mayor.
5. Relatar la teoría de la depresión de Beck.
6. Señalar los principales aspectos teóricos de la depresión y de la adolescencia.
7. Analizar el nivel de depresión promedio de los estudiantes hombres de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México.
8. Investigar el nivel de depresión promedio de las estudiantes mujeres de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México.
9. Identificar el porcentaje de depresión de los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México.

Hipótesis.

Hernández y cols. (2010) describen las hipótesis como explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones. La presente investigación tiene un alcance exploratorio, por lo que normalmente no debe contener hipótesis, sin embargo, de acuerdo con Rusek (2002), existe una excepción a la regla, conforme a la clasificación de las hipótesis que se presenta a continuación:

- Por analogía: Inferidas mediante argumentos de equivalencia.
- Inductivas: Se forman con base en características observadas en algunos casos aislados, donde se formula una hipótesis general a partir del examen de ciertos casos particulares.
- Deductivas: Se producen por inferencias deductivas de otras proposiciones.
- Intuitivas: Se basan en el conocimiento anterior y la elaboración conceptual previa acerca del tema, aunque parezcan que nacen por inspiración, sin el trabajo teórico previo.
- Por construcción: Implican diferentes elaboraciones conceptuales y diversos procesos mentales y lógicos.

Conforme se avanzó en la presente investigación, fue posible elaborar una hipótesis de índole inductiva mostrada en su modalidad de investigación y su contraparte nula, las cuales se procesaron estadísticamente en el apartado 3.4.5.

Hipótesis de investigación.

La diferencia entre la depresión en hombres y mujeres es estadísticamente significativa.

Hipótesis nula.

La diferencia entre la depresión en hombres y mujeres no es estadísticamente significativa.

Preguntas de investigación.

1. ¿Cómo se define la depresión?
2. ¿Cómo se clasifica la depresión?
3. ¿Cuál es la neurobiología de la depresión?
4. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del DSM IV-TR del episodio depresivo mayor?
5. ¿Cómo se realiza la medición de la depresión para fines de investigación?
6. ¿Cuáles son los principales aspectos teóricos de la depresión y del adolescente?
7. ¿Cuál es el nivel de depresión promedio de los estudiantes hombres de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México?
8. ¿Cuál es el nivel de depresión promedio de las estudiantes mujeres de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México?

9. ¿Cuál es el porcentaje de depresión de los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México?

Operacionalización de las variables.

El operacionalizar una variable se refiere a estructurar una definición sobre la recolección de datos, Hernández y cols. (2010) refieren que constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado. En otras palabras, especifica que actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable.

La variable a operacionalizar en esta investigación es la de depresión, y para dicho fin se usa como indicador el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés), el cual fue estandarizado para México por Jurado y cols. (1998).

El inventario ofrece los siguientes cuatro indicadores, los cuales dependen de los puntajes obtenidos:

- Depresión ausente o mínima: cero a cuatro puntos.
- Depresión leve: cinco a siete puntos.
- Depresión moderada: ocho a quince puntos.
- Depresión grave: mayor que dieciséis puntos.

Finalmente, la definición operacional de la depresión consiste en un resultado igual o mayor que cinco puntos en el BDI.

Justificación.

La práctica de la presente indagación aportará beneficios a la psicología. Al psicólogo le puede proporcionar una alternativa para comprender mejor el fenómeno de la depresión en estudiantes de nivel medio superior, lo que conlleva beneficios en el ejercicio clínico del psicólogo.

Considerando los estudios referidos en el apartado de antecedentes, tanto el nivel de depresión en México como el de poblaciones estudiantiles universitarias, es importante incluir las necesidades de México, es decir, saber si este tipo de mediciones se realizan en poblaciones universitarias frecuentemente y en poblaciones de niveles diferentes.

En dicho sentido, la presente investigación permitirá establecer un precedente en estudios de esta naturaleza, es decir, en poblaciones de nivel medio superior, y así fomentar más indagaciones en otras poblaciones de México.

En el caso de la escuela preparatoria Casa del niño, no se cuenta con estudios donde se mida el nivel de depresión en la población estudiantil. Tampoco se dispone de valoraciones clínicas ni psicométricas de problemas de salud mental en estudiantes de nuevo ingreso, ni en el resto de ellos.

Los resultados que se obtendrían de este estudio tendrían utilidad para diversos sectores: serían benéficas para el personal directivo de la escuela preparatoria Casa del niño, y resultarían de interés para otros investigadores o autoridades en educación para la realización de más estudios donde se mida el nivel de depresión y otras enfermedades en poblaciones estudiantiles.

Marco de referencia.

El colegio Casa del Niño fue fundado por el sacerdote José Ochoa Gutiérrez el 8 de diciembre de 1954. En un inicio, se fundó como una obra social, donde las personas encontrarán un centro de formación religiosa, empleo en alguno de los talleres: zapatería, sastrería, telares, carpintería, imprenta, herrería, adoquinería, mosaiquería, tabiconería (www.casadelnino.edu.mx). La institución se encuentra ubicada en Calle del Niño #11, colonia Casa del niño, código postal 60090, en Uruapan, Michoacán, México.

La escuela preparatoria fue fundada en el año 2000 por el profesor Juan Paredes Prado, con la misión de ofrecer una educación integral evangelizadora que vive y anuncia los valores humanos y cristianos, teniendo como modelo la Sagrada Familia, y la visión de consolidar su oferta educativa con excelencia y calidad, formar hombres y mujeres dignos, íntegros, responsables y libres, que amen a sus instituciones, a su familia, a la patria y a Dios.

Por lo anterior, su objetivo es promover en los alumnos un desarrollo integral, mediante el estudio responsable de las ciencias humanas, la formación de hábitos que los conduzcan a la vivencia de valores humano-evangélicos y los capaciten a colaborar en la transformación de la sociedad.

Los estudiantes que asisten pertenecen a una clase de nivel socioeconómico medio-medio a medio-alto, pues se trata de una institución privada; los padres de familia incluyen profesionistas, empresarios y personas con nivel técnico o medio superior.

Mediante una entrevista realizada en noviembre de 2012 al profesor Juan Paredes Prado, en este momento director de dicha institución, se destaca que la infraestructura es de concreto y tabique, cuenta con: once aulas, cinco laboratorios, una biblioteca, dos módulos de baño, áreas verdes, canchas deportivas, estacionamiento y auditorio. El total de alumnos de la escuela preparatoria Casa del niño, en el ciclo escolar 2012-2013, es de 401, en población mixta.

CAPÍTULO 1

DEPRESIÓN, INVESTIGACIÓN Y NEUROBIOLOGÍA

El propósito de este capítulo, es dar a conocer diversas definiciones de lo que es la depresión, empleando la definición de la Real Academia Española, la de un texto clásico de psiquiatría: Kaplan y Sadock, y finalmente, la definición operativa que se emplea con el Inventario de Depresión de Beck.

También se comenta la clasificación de la depresión, abarcando diversos criterios, esto incluye la clasificación de índole diagnóstica y estadística propuesta por la American Psychiatric Association (2000, APA, por sus siglas en inglés), en su manual DSM-IV TR. Además, se menciona una clasificación de acuerdo con la gravedad, propuesta por Beck al emplear el Inventario de Depresión de Beck.

Enseguida se mencionan algunos tests e inventarios con los que es posible realizar investigaciones sobre depresión, destaca el empleado en la presente, el Inventario de Depresión de Beck.

Luego, y empleando la misma fuente que en la clasificación, se mencionan los criterios diagnósticos de la depresión según la Asociación Psiquiátrica Americana. En este apartado se realizan las aclaraciones pertinentes para el entendimiento y correcto uso de los términos “episodio depresivo mayor” y “trastorno depresivo mayor”.

Finalmente, se hace mención de los aspectos principales de la neurobiología de la depresión.

1.1. Definición.

A continuación se mencionan tres definiciones de la depresión, una es la que la Real Academia Española aporta al idioma español, después viene la propuesta en un libro clásico de psiquiatría y finalmente, la de Beck.

El diccionario de la Real Academia Española define la depresión como un “síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos” (www.rae.es).

En la sinopsis de psiquiatría de Kaplan y Sadock, se define la depresión como “un estado mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, baja autoestima y autorreproche” (Sadock y Sadock; 2009: 278); los signos acompañantes incluyen retraso psicomotor o en ocasiones, agitación, retirada del contacto interpersonal y síntomas vegetativos, como insomnio y anorexia. El término hace referencia a un estado de ánimo con estas características o a un trastorno del estado de ánimo.

Beck y cols. (2010), entiende la depresión como una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, donde las ideas y creencias negativas le parecen una

representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas o a él mismo, cuando no está deprimido, le parezcan inverosímiles.

Definir la depresión desde los enfoques ya referidos, constituye el punto de partida ideal para el correcto planteamiento de la presente investigación, pues facilita su comprensión desde el lenguaje cotidiano (con la definición de la Real Academia Española), desde el lenguaje técnico (con la definición propuesta en el libro de Sadock y Sadock) y en términos de investigación (con la definición operativa al emplear el Inventario de Depresión de Beck).

La definición elegida para la presente investigación es la última de las tres referidas. La razón es que Beck es un investigador de la orientación teórica cognitiva, por lo que su definición es apropiada para el uso del Inventario de Depresión de Beck, sin embargo, por motivos metodológicos, y a partir de la definición conceptual de depresión de Beck, se empleará la definición operacional de depresión referida en el apartado correspondiente, la que alude a los puntajes obtenidos en el inventario, para de esa manera especificar la presencia o no de la depresión.

1.2. Clasificación.

En este apartado se mencionan dos clasificaciones de la depresión. La primera es la de naturaleza diagnóstica y estadística, propuesta por la APA (2000) a través del DSM-IV TR, mientras que la segunda es una clasificación de acuerdo con la gravedad del padecimiento, empleando el Inventario de Depresión de Beck (1961).

En el estudio de la depresión, y acorde a los criterios del DSM-IV TR (APA; 2000), si se va a emplear el enfoque psiquiátrico, de la salud mental, es necesario estudiarla como parte de los trastornos del estado de ánimo, donde los clasifican con base en su fisiopatología en unipolares y bipolares.

Los trastornos unipolares del estado de ánimo están caracterizados por síntomas depresivos, en ausencia de historia de estado de ánimo patológicamente elevado. En los trastornos bipolares del estado de ánimo, la depresión se alterna o se combina con la manía o la hipomanía.

La segunda clasificación expuesta, es la empleada con el Inventario de Depresión de Beck (1961).

Es necesario recordar que Beck entiende la depresión como una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, donde las ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas o a él mismo, cuando no está deprimido, le parezcan inverosímiles. Este enfoque de la depresión se complementa y contrasta a la vez con la definición operacional porque permite, desde la definición conceptual, establecer grados de depresión; y la contrasta porque en lugar de hacer una descripción cognitiva del fenómeno, la define en términos de puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck, para establecer no solamente la presencia o ausencia de depresión, en caso de presentarla, sino saber si es leve, moderada o grave.

Las clasificaciones descritas constituyen solo dos formas en que es posible estudiar la depresión, en el siguiente apartado se mencionan otros medios que aportan sus respectivas clasificaciones.

1.3. Medición para fines de investigación.

Ahora se exponen algunos aspectos importantes para el estudio de la depresión en las investigaciones donde es necesario hacer mediciones cuantitativas, destacando que existe una amplia variedad de tests, inventarios y escalas para hacerlo.

En estudios de psicopatología experimental de la depresión, es posible emplear diversos instrumentos para su medición, incluyendo escalas y cuestionarios. A continuación se mencionan algunos y se destacan sus principales características:

- Escala de Hamilton para la Depresión, creada por Hamilton (1960), evalúa la gravedad del cuadro depresivo y es heteroaplicada.
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, creada por Montgomery y Asberg (1979), evalúa la gravedad del cuadro depresivo y el heteroaplicada.
- Escala de Depresión de Bech-Rafaelsen, creada por Bech y Rafaelsen (1980), evalúa la gravedad de la depresión y es heteroaplicada.

- Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde, creada por Zung (1965), evalúa la gravedad del cuadro depresivo y es autoaplicada.
- Escala de Depresión de Calgary, creada por Addington y cols. (1990), evalúa el nivel de depresión en pacientes esquizofrénicos y es heteroaplicada.
- Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, creada por Cox y cols. (1987), evalúa la depresión posnatal y es autoaplicada.
- Escala de Depresión Geriátrica, creada por Brink y cols. (1982), evalúa la presencia de depresión en personas ancianas y es autoaplicada.
- Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia, creada por Alexopoulos y cols. (1988), evalúa la sintomatología depresiva en pacientes con deterioro cognitivo y es heteroaplicada.
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión, creada por Zigmond y Snaith (1983), evalúa trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico y es autoaplicada.

En la presente investigación se emplea el BDI (Anexo 1), el cual tiene tres versiones: la primera de ellas es llamada simplemente BDI, creada como el instrumento original de Beck (1961); luego apareció el BDI-IA, que consiste en una revisión del instrumento original, realizada por Beck (Sanz y Vázquez; 1998); finalmente apareció el BDI-II, que también consiste en una revisión del instrumento realizada por Beck (Sanz y Vázquez; 1998). El BDI-II es comúnmente referido como

BDI solamente, pues es el de uso vigente en investigaciones recientes. La presente investigación se basa en esta versión del instrumento, que también se llamará BDI en adelante.

La versión empleada del BDI fue traducida por Sanz y Vázquez (1998) y cumple aceptablemente el espectro de síntomas diagnósticos contemplados en el DSM IV – TR en la definición de episodio depresivo mayor, para ello se empleó la última versión del instrumento.

Además, el BDI fue estandarizado para su aplicación en mexicanos, encontrando que cuenta con una confiabilidad y validez adecuados (Jurado y cols.; 1998).

Actualmente existen tres sub-versiones del BDI, una de cuarenta y dos ítems, una de veintiún ítems que es la más utilizada, y una abreviada de trece ítems.

El BDI, en su versión abreviada, cuyos reactivos son de opción múltiple, se les asigna una calificación que va de cero a tres puntos, la calificación final mínima es de cero y la máxima, de treinta y nueve. Tiene una confiabilidad y validez de 0.87 y 0.70, respectivamente (Jurado y cols.; 1998).

La interpretación del resultado, que ya fue expuesta en el apartado de operacionalización de variables, se realiza de la siguiente manera:

- Depresión ausente o mínima: De 0 a 4 puntos, lo que significa que ante la sintomatología depresiva, al ser ausente o mínima, la persona tiene una aceptable actividad en todas las áreas, está interesada e implicada en una amplia gama de actividades, es socialmente eficaz, generalmente está satisfecha de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.
- Depresión leve: de 5 a 7 puntos, lo que significa que ante la sintomatología depresiva, al ser leve, la persona tiene algunas dificultades sociales, laborales o escolares, pero en general funciona bastante bien y puede tener algunas relaciones interpersonales significativas.
- Depresión moderada: de 8 a 15 puntos, lo que significa que ante la sintomatología depresiva, al ser moderada, la persona tiene dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.
- Depresión grave: de 16 a 39 puntos, lo que significa que ante la sintomatología depresiva, al ser grave, la persona tiene alteraciones delicadas en las actividades social, laboral o escolar, incluso es capaz de causar lesiones a sí mismo.

Ante la amplitud de medios que es posible usar en una investigación, se puede comprender que existe un interés importante de los investigadores sobre el tema de la depresión, el cual es manifestado en múltiples publicaciones en diversos contextos, incluyendo el caso de México.

1.4. Diagnóstico.

El diagnóstico de la depresión se puede hacer de diversas maneras, siguiendo los criterios propuestos por diversas instancias, y una de ellas es la Asociación Americana de Psiquiatría. Se eligieron los criterios diagnósticos de dicha institución porque frecuentemente son parte de la formación profesional del psicólogo.

El conveniente puntualizar la relación entre el episodio y el trastorno depresivo mayor. La Asociación Americana de Psiquiatría especifica lo siguiente:

“Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej. trastorno depresivo mayor, trastorno distímico trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia de o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes” (APA; 2002: 157).

Ahora, en el entendimiento de la relación entre episodio y trastorno depresivo mayor, se destaca que el diagnóstico del episodio depresivo mayor es clínico, y que se emplean los criterios diagnósticos del DSM-IV TR:

A) “Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. NOTA: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica, a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todo el día, según lo indica el propio sujeto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse” (APA; 2000: 477).

Como ha sido expuesto, los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y del trastorno depresivo mayor, van de la mano, es decir, los síntomas descritos en el episodio se incluyen en el trastorno.

Existen otros criterios diagnósticos de la depresión, por lo que es necesario denotar que en México hay una gran influencia de las investigaciones realizadas en Estados Unidos de América y sus instituciones, patente en el frecuente uso del DSM-IV TR.

1.5. Neurobiología.

El propósito de este apartado es mencionar de manera precisa los componentes principales de la neurobiología de la depresión.

La neurobiología de la depresión es multifactorial, y depende de las aminas biógenas. Las aminas implicadas son noradrenalina, serotonina y dopamina, que son neurotransmisores de los sistemas cerebrales que se originan en el tronco cerebral (Sadock y Sadock; 2009). La neurotransmisión es muy compleja, ya que existe una interacción muy importante entre los distintos neurotransmisores, y dichas

interacciones hacen que la relación que la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo con un único neurotransmisor, sea imposible.

Por ejemplo, la alteración de la función noradrenérgica se relaciona con la anhedonia, la ansiedad y una activación excesiva; la alteración de la función dopaminérgica llevaría a deficiencias en la ejecución de conductas dirigidas a un objetivo y a incentivos emocionales; y la pérdida de la regulación serotoninérgica de la agresión se correlaciona con la conducta violenta, peligrosa, suicida, impulsiva, la ansiedad, las rumiaciones y los trastornos de la conducta alimentaria.

Sobre la noradrenalina, la correlación propuesta por los estudios básicos entre la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores beta adrenérgicos, y las respuestas clínicas antidepresivas, parece ser la pieza más convincente del papel directo del sistema noradrenérgico en la depresión (Sadock y Sadock; 2009).

También hay indicios de la implicación de los receptores beta 2 en la depresión, porque su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores beta 2 presinápticos, también están localizados en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada.

Sobre esta última sustancia, dado el enorme efecto que han tenido los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), como la fluoxetina, en el tratamiento de la depresión, la serotonina se ha convertido en el neurotransmisor de

la familia de las aminas biógenas, asociada con mayor frecuencia con la depresión (Sadock y Sadock; 2009).

Respecto a la dopamina, aunque la serotonina y la noradrenalina son las aminas biógenas asociadas con mayor frecuencia a la fisiopatología de la depresión, también se ha propuesto la participación de la dopamina en ese proceso, debido a que la actividad de esta se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en la manía (Sadock y Sadock; 2009).

Para explicar la relación entre la dopamina y la depresión, se han propuesto dos teorías:

1. La disfunción de la vía mesolímbica y la hipoactividad del receptor D1 de dopamina.
2. Existen otros neurotransmisores implicados en la fisiopatología de la depresión.

Ahora, hablando de las consideraciones neuroanatómicas, tanto los síntomas de los trastornos del estado de ánimo, como los resultados de los estudios biológicos, apoyan la hipótesis de que el trastorno del estado de ánimo incluye una anomalía anatomopatológica cerebral (Sadock y Sadock; 2009).

Las ciencias neurológicas afectivas modernas se centran en la importancia de cuatro regiones cerebrales para la regulación de las emociones normales (Sadock y Sadock; 2009):

1. La corteza prefrontal (CPF).
2. La corteza cingulada anterior (CCA).
3. El hipocampo.
4. La amígdala.

La CPF se considera la estructura que retiene las representaciones de objetos y las respuestas apropiadas para obtener esos objetivos. Dichas actividades son particularmente importantes cuando son múltiples, cuando las respuestas conductuales entran en conflicto o cuando se necesita superar una excitación afectiva. Parece existir alguna especialización hemisférica en la función de la CPF; por ejemplo, la activación de las regiones de la CPF está más implicada en comportamientos o apetitos dirigidos, mientras que las regiones de la CPF derecha, participan en comportamientos de evitación e inhibición de apetitos. En las distintas regiones de la CPF se localizan las representaciones de los comportamientos relacionados con la recompensa y el castigo.

La CCA actúa como punto integrador de las aferencias de la atención y las emociones (Sadock y Sadock; 2009), y se han identificado dos subdivisiones:

1. Una afectiva en las regiones rostral y ventral de la CCA.

2. Una subdivisión cognitiva que incluye la zona dorsal de la CCA.

La primera subdivisión comparte muchas conexiones con otras regiones límbicas, y la segunda interacciona más con la CPF y con otras regiones corticales.

La activación de la CCA facilita el control de la excitación emocional, particularmente cuando se ha frustrado un logro o cuando se encuentran problemas nuevos. El hipocampo es la estructura que se ve involucrada más claramente en varias formas del aprendizaje y la memoria, incluido el condicionamiento al miedo, al igual que la regulación inhibitoria de la activación del eje HHS.

El aprendizaje emocional o contextual implica una conexión directa entre el hipocampo y la amígdala.

La amígdala es una estación esencial para el procesamiento de nuevos estímulos de significado emocional, y la coordinación u organización de las respuestas corticales. Situada inmediatamente por encima del hipocampo bilateralmente, la amígdala se concibió durante mucho tiempo como el corazón del sistema límbico. Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el papel de la amígdala en la respuesta a estímulos de miedo o de dolor, pueden ser la ambigüedad o la novedad, más que la naturaleza aversiva del estímulo en sí misma, las que activen esta estructura.

Respecto a los factores genéticos implicados en la depresión, muchos estudios de familias, adopciones y gemelos han permitido documentar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, si bien recientemente el foco de atención de los estudios genéticos se ha centrado en identificar los genes de susceptibilidad específicos utilizando métodos de genética molecular (Sadock y Sadock; 2009).

En el caso de los estudios familiares, se aborda la cuestión sobre si es un trastorno de carácter familiar, o mejor dicho, si la tasa de la enfermedad entre los miembros de la familia de alguna persona que tiene el trastorno es mayor que entre la población general. Según los estudios familiares, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, su hijo tiene un riesgo entre el 10 y el 25% de tenerlo también (Sadock y Sadock; 2009).

Si ambos padres están afectados, el riesgo aumenta al doble, siendo mayor para el niño en cuanto más miembros de la familia estén afectados, al igual que si los familiares afectados lo son de primer grado que si son más distantes (Sadock y Sadock; 2009).

Los estudios de adopción permiten separar los factores genéticos de los ambientales en las enfermedades de transmisión familiar (Sadock y Sadock; 2009). Existe únicamente un pequeño número de estudios publicados de este tipo y sus resultados han sido contradictorios. En un estudio de gran tamaño se encontró un incremento de tres veces en la tasa de trastorno bipolar y de dos veces en la de trastorno unipolar en los familiares biológicos de los probandos con trastorno bipolar.

No obstante, los resultados obtenidos en otros estudios no han sido tan convincentes y no se han encontrado diferencias en las tasas de trastornos del estado de ánimo.

Los estudios con gemelos constituyen el procedimiento más potente para separar los factores genéticos de los ambientales, o dicho de otro modo, los efectos de la naturaleza con respecto a los de la educación (Sadock y Sadock; 2009). Los datos obtenidos en gemelos proporcionan evidencias convincentes de que los genes explican exclusivamente el 50% – 70% de la etiología de los trastornos del estado de ánimo.

El entorno o cualquier otro factor no hereditario deben explicar el resto, es decir, es la predisposición o la susceptibilidad a la enfermedad lo que se hereda. Si se tienen en cuenta los trastornos unipolares y los bipolares en conjunto, en estos estudios se determina una tasa de concordancia para el trastorno del estado de ánimo en los gemelos monocigóticos del 70 – 90%, comparado con los gemelos dicigóticos del mismo sexo del 16 – 35% (Sadock y Sadock; 2009).

Este es el dato más convincente acerca del papel de los factores genéticos en los trastornos del estado de ánimo.

En los estudios de ligamiento genético, los marcadores de ADN, son segmentos de ADN de localización cromosómica conocida, que muestran una elevada variabilidad entre los sujetos. Se utilizan para seguir la segregación de regiones cromosómicas específicas dentro de las familias afectadas por un trastorno. Cuando se identifica un

marcador en relación con una enfermedad en las familias, se dice que existe un ligamiento genético con la enfermedad. Los cromosomas 18q y 22q son las dos regiones que cuentan con las evidencias más potentes de ligamiento con el trastorno bipolar (Sadock y Sadock; 2009).

Después de describir sobre la depresión, su definición (incluyendo la de Beck), clasificación, medición para fines de investigación, diagnóstico y factores neurobiológicos, con el propósito de hacer un estudio integral, es posible mencionar los principales aspectos no biológicos, tema examinado en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA

El propósito del presente capítulo es exponer aspectos no biológicos de la depresión, es decir, los aspectos psicológicos que la relacionan con la adolescencia. En la presente investigación se incluyen postulados teóricos cognitivos y psicoanalíticos cognitivos, estos últimos porque el BDI fue elaborado acorde a la teoría cognitiva, y psicoanalíticos porque explican con mayor profundidad los factores subjetivos incluidos en la depresión.

Dichos postulados incluyen contenidos enfocados en la depresión, cognitivos en el caso de Beck, y psicoanalíticos en el caso de Freud y Klein; y enfocados en la adolescencia, psicoanalíticos en el caso de Peter Blos y Arminda Aberastury.

La teoría cognitiva se enfoca en el estudio de la relación de los pensamientos como determinantes en la conducta y emociones de la persona.

La teoría psicoanalítica se enfoca en el estudio de fenómenos psíquicos desde lo inconsciente, por lo que alude a las vivencias de los primeros años de vida.

Como primer tópico a examinar, se sigue la obra de Beck (2010) sobre la terapia cognitiva de la depresión, donde se mencionan los principales aspectos cognitivos implicados en el desarrollo de la depresión; después se sigue la obra de Freud (2007)

donde se mencionan los principios generales para el entendimiento de las diferencias entre el duelo y la melancolía (depresión); como tercera autora se sigue la obra de Klein, quien complementa la teoría de Freud y establece las posiciones (Segal; 2010), donde considera que la depresión es un momento normal y necesario del desarrollo libidinal; luego, como cuarto autor se sigue la obra de Blos (1981) quien propone etapas normales por las que el adolescente atraviesa durante su crecimiento; finalmente, se sigue la obra de Aberastury y Knobel (1988) quien enfoca el estudio de la adolescencia como un síndrome normal caracterizado por 10 síntomas y 3 duelos característicos.

2.1. Teoría de la depresión de Aaron Beck.

En el presente apartado se expone la teoría de la depresión de Beck (2010). Tal como se había mencionado, se incluye porque el autor, Beck, es un autor de la corriente teórica cognitiva, por lo que el BDI es una prueba eminentemente cognitiva.

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión (Beck; 2010):

- La triada cognitiva.
- Los esquemas.
- Los errores cognitivos, es decir, los que surgen en el procesamiento de la información.

Es en este momento necesario reiterar que Beck (2010), entiende la depresión como una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, donde las ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas o a él mismo, cuando no está deprimido, le parezcan inverosímiles.

En lo que se refiere al concepto de triada cognitiva, consiste en patrones cognitivos principales que inducen a la persona a considerarse a sí misma, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del individuo acerca de sí mismo, es decir, se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver la realidad, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil y carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en función de sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el

mundo le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye la persona las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva tiene proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

Un segundo concepto del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas (Beck; 2010). Este concepto se utiliza para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a incitaciones específicas, las combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la

misma situación de maneras distintas, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término esquema designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por estímulos ambientales específicos. Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona.

En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto, se ve alterado por una intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor, que mantiene una escasa relación lógica con ellos.

La persona pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, la persona generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad (Beck; 2010). A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, este se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos.

El tercer concepto se refiere a los errores en el procesamiento de la información (Beck; 2010). Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

Existen seis errores característicos en el procesamiento de la información en una persona con depresión:

- Inferencia arbitraria: Es relativo a la respuesta y se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión, en ausencia de la evidencia que la apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: Es relativo al estímulo y consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en función de ese fragmento.
- Generalización excesiva: Es relativo a la respuesta y se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y de aplicar el concepto tanto a circunstancias relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: Son relativas a la respuesta y quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización: Es relativa a la respuesta y se refiere a la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí misma, fenómenos externos, cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Es relativo a la respuesta y se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí misma, la persona selecciona las categorías del extremo negativo.

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo (Beck; 2010). Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

En respuesta a las situaciones traumatizantes, la persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

La conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Puede suceder que alguien que se encuentra en las primeras fases de una depresión, se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ella. Ofendidas, estas personas significativas podrían responder con rechazos o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorrechazo y la autocrítica del propio individuo, (en otros casos, el rechazo por parte de otros puede ser el primer eslabón de la cadena que conduce a la depresión clínica). Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente (que ya puede encontrarse deprimido) a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar

hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda ni las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

Una relación interpersonal armoniosa, por el contrario, puede actuar como amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de una depresión incipiente (Beck; 2010). Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si cuenta con un familiar o amigo que sirva como representación de la realidad social, para ayudarle a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.

Debe hacerse notar que existe una considerable variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función de otras personas. Se puede decir que algunas depresiones avanzan a lo largo de un camino inexorable a las influencias ambientales favorables.

Han surgido importantes cuestiones a la primacía de los factores cognitivos en el síndrome depresivo. Las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión. De hecho, muchas descripciones contemporáneas consideran la depresión simple y llanamente como un trastorno afectivo, ignorando por completo los aspectos cognitivos.

El modelo cognitivo, sin embargo, no se centra en la cuestión de la etiología última o de las causas de la depresión unipolar: por ejemplo, predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, lesión cerebral, trastornos bioquímicos, y sus combinaciones. La predisposición a la depresión según el modelo cognitivo, se centra en determinar cómo contribuyen a la predisposición y al desencadenamiento de la depresión algunas peculiaridades de la organización cognitiva. La formulación del papel de las estructuras cognitivas desadaptativas que predisponen a la depresión se basa, en parte, en observaciones clínicas a largo plazo y además, en la especulación lógica (Beck; 2010).

No parece plausible la idea de que los mecanismos cognitivos aberrantes se creen de nuevo cada vez que un individuo experimenta una depresión. Parece más lógico pensar que el individuo presenta alguna anomalía relativamente duradera en un sistema psicológico. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un análisis longitudinal en términos estructurales.

Los componentes del pensamiento en una persona con depresión adquieren las características ya mencionadas, y es importante considerarlas, pues en la población a investigar en el presente estudio, el pensamiento es una característica cambiante, un fenómeno propio de la adolescencia. Enseguida se comentan los postulados teóricos sobre la depresión de Freud.

2.2. Teoría de la depresión de Sigmund Freud.

Siguiendo a Freud (2007), se inicia comentando la necesidad de indagar en la naturaleza de la melancolía con un afecto normal: el duelo. Antes de continuar, es conveniente puntualizar que para Freud, el término melancolía equivale a la depresión, que es el motivo de estudio de la presente investigación. El conjuntar la melancolía con el duelo, está justificada por el cuadro total de ambos estados, es decir, por la similitud de las manifestaciones, y por las influencias de la vida que los ocasionan, destacando que es necesario explicar los aspectos específicos que las distinguen.

Este autor define el duelo de la siguiente manera: “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa en lugar de duelo, melancolía (y por ello sospechamos en ellas una disposición enfermiza)” (Freud; 2007: 241).

Esta definición es muy interesante, pues destaca la sutileza que existe entre el duelo y la melancolía, entre las influencias que las causan, es decir, entre la respuesta de la persona ante una pérdida, además de la pericia de Freud para conducir su investigación sobre el tema en un sentido clínico, caracterizando a ambas características como disposiciones enfermizas.

Enseguida, el autor destaca la importancia que un duelo implica en la persona graves desviaciones de la conducta normal en la vida, sin que sea necesario

considerarlo como un estado patológico que requiera ser remitido al médico para su manejo. Es decir, pasado el tiempo, la persona será capaz de superarlo. En este momento, Freud (2007) hace una consideración específica importante sobre el duelo, diciendo que perturbarlo se juzga inoportuno y aun dañino. Ante los argumentos expuestos, es posible comprender que el duelo es un fenómeno psíquico normal, que requiere de comprensión empática por los demás, en el sentido de permitir a la persona tiempo suficiente para procesar la pérdida que le aflige.

Ahora, este autor menciona aspectos compartidos entre el duelo y la melancolía:

- Desazón profundamente dolida.
- Cancelación del interés por el mundo exterior.
- Pérdida de la capacidad de amar.
- Inhibición de toda productividad.

Se menciona también una quinta característica, pero que es exclusiva de la melancolía, y es la perturbación en el sentimiento de sí.

Freud especifica en qué consiste el trabajo que el duelo opera: “el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de

buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma” (Freud; 2007: 242).

Dicha renuencia puede ser tan intensa que puede producir un extrañamiento de la realidad, y que el objeto sea retenido mediante una psicosis alucinatoria de deseo. Sin embargo, lo normal es que la realidad sea acatada, aunque la orden que la realidad imparte no es posible cumplirla de inmediato. Dicha orden se realiza paso a paso con una inversión considerable en tiempo y energía de investidura (es decir, energía libidinal puesta en un objeto), esto ocurre porque el objeto continúa existiendo psíquicamente.

En el caso de la melancolía y aplicando lo recién expuesto respecto al duelo, se considera que puede ser una reacción ante la pérdida de un objeto amado, aunque esta puede ser de naturaleza más bien ideal, es decir, como en el caso de una ruptura de pareja, el objeto no está realmente muerto, pero ha sido perdido como objeto de amor.

Dicha naturaleza ideal se concreta en una frase muy importante: “cuando él sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él” (Freud; 2007: 243). Esta frase ilustra la naturaleza subjetiva del ser humano, del hecho que algunas personas reaccionan favorablemente ante una pérdida y otras no. Es decir, la melancolía se trata de un fenómeno inconsciente, pues aunque cognitivamente la persona sepa que perdió un objeto, no sabe lo que perdió de él. Este punto también distingue al duelo de la melancolía, pues la melancolía es una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a

diferencia del duelo, proceso en el cual no hay aspectos inconscientes referentes a la pérdida.

Es posible resumir el párrafo anterior de la siguiente manera, tal como lo establece Freud: “en el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo” (2007: 242). Esta cita resulta oportuna y abre una serie de interrogantes, principalmente enfocadas en el origen de dicha diferencia, de conocer la razón por la que en la melancolía hay afectación en el yo y en el duelo, no; para dicho esclarecimiento es necesario conocer el destino del objeto perdido y de la energía con que ha sido investido.

Entonces Freud hace una aclaración importante respecto a estas manifestaciones de la melancolía, pues las considera secundarias, ya que constituyen la consecuencia de un trabajo interior que devora a su yo, trabajo desconocido y similar al del duelo.

Es posible considerar que no es esencial que el melancólico tenga razón en sus penosas rebajas de sí mismo, más bien lo que importa es que describa su situación psicológica. Aunque ha perdido el respeto por sí mismo, no es sencillo comprender la razón de ello si lo que ha perdido es un objeto, pero de sus declaraciones surge una pérdida en su yo, es decir, en la melancolía, los autorreproches son reproches contra un objeto de amor, que desde este han rebotado sobre el yo propio.

Freud realiza un comentario que alude a la reconstrucción de este proceso: “la investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida de objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación” (Freud; 2007: 246).

En este momento comienza el esclarecimiento del mecanismo de la melancolía, pues la identificación del yo con el objeto perdido explica las alteraciones del yo que diferencian a la melancolía del duelo. Sin embargo, sigue sin quedar clara aún la naturaleza de dicha identificación con el objeto perdido, de la razón por la que conduce a las alteraciones en el yo. Nótese que la identificación referida tiene una connotación narcisista, pues en lugar de que la libido se deposite en un objeto nuevo, ante la pérdida, se deposita en el yo.

La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que salga a la luz la ambivalencia en los vínculos de amor (Freud; 2007). Si el amor por el objeto se refugia en la identificación narcisista, entonces el odio, como componente de la ambivalencia, se ensaña como con el objeto sustitutivo y lo insulta, denigra, lo hace sufrir y obtiene satisfacción de tipo sádico en este sufrimiento.

La melancolía se caracteriza por un automartirio gozoso, que es un fenómeno paralelo al ocurrido en la neurosis obsesiva, por la satisfacción de tendencias sádicas y al odio, que repercuten sobre un objeto y por la vía de la identificación, han experimentado una vuelta hacia el yo, es decir, hacia la propia persona.

En la melancolía y en la neurosis obsesiva, los enfermos suelen lograr, por el empleo de la autopunición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a las demás personas con la justificación de saberse enfermos, tras haberse entregado a la enfermedad con el fin de no mostrar su hostilidad directamente. En otras palabras, ante la pérdida de un objeto, la persona se identifica con el objeto perdido, pero cuando la identificación conlleva tintes ambivalentes, se desarrolla la melancolía, es decir, si se pierde un objeto por el que se siente odio, al identificarse con él, el odio por el mecanismo narcisista se vuelca contra el yo y se manifiesta de la manera que se ha descrito a lo largo del presente capítulo.

Esta relación sádica con el objeto explica la posibilidad del suicidio que se presenta en los casos de melancolía. El análisis de esta condición permite entender que el yo únicamente puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto, es capaz de tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia los objetos del mundo exterior. En este momento es pertinente aclarar que el predominio de la angustia de empobrecimiento, deriva del erotismo anal, retirado de sus conexiones y mudado, pero en sentido regresivo.

Existe la contraparte de la melancolía, que es la manía, sin embargo, dado que no es el tema central de la investigación, basta decir que esta última condición es un estado que presenta los síntomas opuestos a la melancolía: “la manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, y ambas afecciones pugnan con el mismo complejo, al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía, mientras que en la manía lo ha dominado o lo ha hecho a un lado” (Freud; 2007: 251).

El tema de la manía se abordará nuevamente en el siguiente apartado, desde la perspectiva de Melanie Klein y destacando que tiene connotaciones específicas, a diferencia de Freud. El análisis realizado por este autor sobre la melancolía es fascinante y permitió el avance de otras propuestas teóricas sobre el tema, enfocando sus aportaciones en el entendimiento de la economía libidinal y manejo pulsional, rasgos característicos del psicoanálisis ortodoxo.

2.3. Teoría de la depresión de Melanie Klein.

En el presente apartado se describirán los principales aspectos de la teoría psicoanalítica de Klein.

La teoría de Klein complementa la de Freud en diversos aspectos, pues se propone que algunos fenómenos pueden presentarse antes de los previsto, incluso la autora modifica algunos postulados básicos. La teoría de Klein sobre la depresión es distinta a la de Freud, y las disertaciones sobre el tema son aportadas en múltiples

trabajos. Es por lo anterior que para la exposición del tema se hará uso de un libro introductorio a su obra (Segal; 2010).

La consideración final previa a la explicación del tema es que para llegar al estudio de la depresión, es necesario comenzar con el estudio procesos normales del desarrollo psicosexual, procesos amplios donde se propone que la depresión sería el último, por lo que en el presente apartado se expondrán primero una serie de postulados básicos, todo esto con el objetivo de un correcto conocimiento sobre lo que para Klein es la depresión.

El primer tema esencial para la comprensión de la teoría psicoanalítica de Klein sobre la depresión, es la fantasía. Segal (2010) destaca que su función principal es la expresión mental de las pulsiones, por lo que la fantasía tiene también la función de buscar objetos.

Las fantasías están siempre presentes y siempre activas en el individuo. Es decir, que su presencia no es índice de enfermedad ni de falta de sentido de realidad, así como no lo es la falta presencia del complejo de Edipo. Lo que determina el estado psíquico de la persona es la naturaleza de estas fantasías y su relación con la realidad externa.

Un aspecto más que resulta importante antes de la descripción del proceso de desarrollo psicosexual en la teoría de las posiciones de Klein, es la agresión.

Klein considera que se nace con instintos, de vida y de muerte, que mediante un proceso de deflexión se convierten en pulsión libidinal y pulsión agresiva. El desarrollo desde la teoría Kleiniana se basa en las posiciones esquizoparanoide y depresiva, y cada posición está integrada por tres elementos: angustia específica, relaciones de objeto y mecanismos de defensa (Segal; 2010).

La agresión es el medio por el que la persona contrarresta la acción del instinto de muerte. También es el origen de las angustias que la persona enfrenta en su desarrollo, por lo que es posible conceptualizar a la agresión como un motor de desarrollo, que la persona debe ser capaz de procesar.

Ahora, tal como se acaba de mencionar, el desarrollo psicosexual para Klein se sitúa en lo que llamó posiciones, a diferencia de Freud, quien los sitúa en lo que llamó etapas. Esto ocurre por el respeto que Klein sentía por Freud, por lo que fue incapaz de contradecir la teoría clásica. Sobre las posiciones esquizoparanoide y depresiva, es posible considerarlas como subfases de la etapa oral de Freud. Es incluso posible decir en un sentido descriptivo, que si Freud fue capaz de descubrir al niño en la psique del hombre, Klein fue capaz de descubrir al bebé en la psique del niño.

Klein ubica sus aportaciones sobre el desarrollo psicosexual dentro del primer año de vida, y es importante destacar que lo referente a las etapas anal y fálica descritas por Freud, está de acuerdo. El modelo de desarrollo psicosexual de Freud es lineal, es decir, ante el desarrollo exitoso de una etapa, en condiciones normales no se debiera retornar al modo de funcionamiento de un modo previo, podría

entenderse como lineal y excluyente; en el caso del modelo de desarrollo psicosexual de Klein se propone un funcionamiento en espiral, donde aunque la persona haya tenido un desarrollo exitoso en las dos posiciones, es normal que se presenten retornos al funcionamiento de cualquiera de ellas.

La posición esquizoparanoide es la primera de las dos. Inicia en el nacimiento, la angustia específica es la de aniquilación, las relaciones de objeto son parciales y los mecanismos de defensa son psicóticos (Segal; 2010).

El párrafo anterior menciona los tres conceptos específicos que tienen connotaciones que es necesario describir. La angustia de aniquilación se refiere a la sensación de muerte que la persona tiene durante esta posición de su desarrollo psicosexual. Las relaciones de objetos parciales se refieren a que cuando la persona nace, mediante la agresión vence el instinto de muerte y mediante la deflexión, cambia dicho instinto por la pulsión agresiva, por lo que hace uso del mecanismo de defensa de escisión; la escisión consiste en que ante el caos en el que la persona nace, se fragmenta el propio yo y los objetos en dos: en un yo bueno y uno malo, que a su vez se relacionan con objetos buenos y malos respectivamente, por eso es que se llaman relaciones de objetos parciales. Finalmente, sobre los mecanismos de defensa denominados psicóticos, no implican que los niños lo estén, como parte de la enfermedad psiquiátrica, más bien se refiere a un modo de funcionamiento normal de la persona, donde por lo primitivo de su funcionamiento yoico y desarrollo libidinal, la persona es incapaz de integrar objetos; estas aportaciones permitieron un mejor

entendimiento de las estructuras psicóticas, como la esquizofrenia, la paranoia y la enfermedad maniaco depresiva.

Como consecuencias de la escisión, el yo bueno de la persona se relaciona con el objeto bueno, el pecho bueno, y el yo malo con el objeto malo, que también es el pecho malo. Esto significa que en el funcionamiento propio de la persona en posición esquizoparanoide es incapaz de comprender que tanto la gratificación como la frustración pueden provenir del mismo objeto.

La integración de la división del yo y de los objetos es solucionada por un proceso que implica los mecanismos de defensa psicóticos, los primeros a explicar son la proyección y la introyección. Estos mecanismos de defensa se consideran opuestos y consisten en el exteriorizar o interiorizar una pulsión, es decir, en la proyección cuando la angustia persecutoria es mucha y la agresión es intolerable, se considera que los objetos son los agresivos, es decir se proyecta en ellos. Cuando un objeto provee gratificación se introyecta, y es precisamente la repetición de proyección e introyección lo que permite que la persona tenga un desarrollo psicosexual normal, pero debe haber predominio de introyección de objetos buenos. La consecuencia de este proceso es el paso a la posición depresiva, tema que se expondrá más adelante.

Ahora es posible comenzar a explicar la posición depresiva. Aquí la angustia específica es depresiva, las relaciones de objeto son totales y los mecanismos de defensa son maniacos (Segal; 2010).

De la misma manera que se hizo previamente al mencionar los tres componentes de la posición esquizoparanoide, es necesario especificar aspectos concisos para lograr una mejor comprensión del tema. La angustia depresiva se refiere a que la persona llega a darse cuenta que debido a su agresividad, al agredir al objeto malo, y como consecuencia de saber que el objeto que le provee gratificaciones y frustraciones es el mismo, siente dicha angustia depresiva ante la posibilidad de saber que pudo haber dañado y destruido a dicho objeto, y esto no significa que la persona se encuentre en un cuadro psiquiátrico de depresión, pues la angustia depresiva de la posición depresiva es un momento normal en el desarrollo psicosexual. Las relaciones de objeto totales surgen cuando la persona sabe que la gratificación y frustración provenían de la misma persona, por lo que ahora la relación no es solo con el pecho, sino con la madre, y por lo tanto, también es posible considerar la existencia de otros, como el padre. Cabe mencionar que más adelante se va a mencionar el conflicto edípico temprano.

Los mecanismos de defensa se denominan maniacos, y es necesario recordar lo expuesto en la teoría psicoanalítica de Freud sobre la depresión, donde la manía es la respuesta a la melancolía, es decir, depresión, en algunos casos donde la intención es negarla. En este caso la connotación es la misma, los mecanismos de defensa maniacos permiten a la persona procesar la angustia depresiva.

La posición depresiva comienza alrededor de los tres meses de edad, y como fenómeno central ocurre cuando la persona sabe que es su madre de quien puede obtener gratificaciones y frustraciones, y por lo tanto, al considerar la agresividad que

depositó en ella, le genera un estado depresivo por la posibilidad de haberle destruido, de saberse desamparado y completamente dependiente de su madre (Segal; 2010).

Los mecanismos de defensa de la posición depresiva son los siguientes:

- Control: Implica negar la dependencia, obliga a satisfacer la necesidad de dependencia y permite saberse no dependiente ni desamparado, es decir, un objeto que es controlado es un objeto con el que se cuenta.
- Triunfo: Es la negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración o importancia afectiva del objeto, es decir, omnipotencia; implica un ataque primario infligido al objeto y un triunfo experimentado al derrotarlo.
- Desprecio: Implica negar cuánto se valora al objeto, y defiende de la culpa al considerarle despreciable, por lo que justifica que se le siga atacando.
- Reparación maniaca: Implica no reparar, pues pretende compensar sin que aparezcan sentimientos de culpa o pérdida, no se dirige al objeto original, requiere no sentir nunca que ha dañado al objeto a reparar y se percibe al objeto como inferior, dependiente y profundamente despreciable.
- Reparación: Implica restaurar y recuperar al objeto, tanto interno como externo, pues reconoce la dependencia total hacia él, controla la destructividad, restaura el daño realizado, resuelve la angustia depresiva, acrecienta la confianza y renuncia al control omnipotente.

Es necesario destacar que en la perspectiva de Klein, la depresión es un aspecto normal y necesario para un correcto desarrollo psicosexual (Segal; 2010), pues como lo reflejan los mecanismos de defensa de reparación y reparación maniaca, una reparación sin dolor, o sea sin depresión, no es una reparación auténtica. Este aspecto específico es de gran importancia en el trabajo clínico con niños, aunque la explicación del tema no es el objetivo del presente apartado.

La explicación hasta el momento permite comprender la relación de la agresividad, la depresión y la manía, pero básicamente solo hacia la madre. En lo referente al padre, es necesario explicar el conflicto edípico temprano, lo cual se hará enseguida.

Para Klein, el complejo de Edipo surge desde la etapa oral, concretamente desde la posición depresiva, donde los objetos son totales (Segal; 2010). La evolución de la libido de la persona en relación con el complejo de Edipo, implica una serie de procesos específicos.

El primero de ellos se denomina posición femenina, y consiste en que al existir la relación de objetos totales, la niña y el niño realizan introyecciones del padre, que se simbolizan a manera de una incorporación del pene. Esto constituye un aspecto heterosexual en el caso de la niña y homosexual en el caso del niño, que posteriormente se constituye en heterosexual al emplearse como elemento implicado en el proceso de identificación, para la formación de la identidad del niño, lo que viene a reafirmar su heterosexualidad.

Después sigue la fantasía de los padres combinados, que se trata de una fantasía que se presenta cuando ante la aparición de las relaciones de objeto totales, la persona piensa que la madre posee los genitales propios y los del padre en su interior, fantaseándolos en un coito casi continuo, lo cual genera una gran angustia para la persona.

Enseguida se presenta el complejo de Edipo temprano, que se caracteriza por una gran intensidad de la ambivalencia, es decir, ama y odia a sus objetos, y se observa un Edipo temprano y oral, que después evoluciona a un Edipo anal y finalmente confluye con lo propuesto por Freud: un Edipo fálico; esto sucede como consecuencia de la evolución de los fines orales de la persona, de la incorporación del pecho y del pene, que se convierten en deseos anales y finalmente, genitales.

Finalmente, ocurre la declinación del complejo de Edipo temprano, que sucede por el amor de la persona por sus padres y el procesamiento de las fantasías agresivas.

Cabe mencionar que la resolución del complejo de Edipo temprano ocurre por amor y control de las fantasías agresivas, tal como se acaba de decir, que implica el procesamiento de la angustia depresiva mediante el mecanismo de reparación (Segal; 2010), pero que esto ocurre solamente en el complejo de Edipo temprano propuesto por Klein. En lo que respecta al complejo de Edipo de la etapa fálica, la resolución ocurre como Freud lo describió, es decir, por la imposición de la ley de prohibición del

incesto por el padre, postulado del psicoanálisis clásico con el que está de acuerdo Klein.

Hasta este punto se han explicado los postulados del psicoanálisis de Freud y de Klein sobre la depresión, lo que ha permitido una mejor comprensión del fenómeno central de la presente investigación. A continuación se explican, también desde la teoría psicoanalítica, aspectos del desarrollo de la adolescencia, que para la presente investigación, permitirán comprender mejor el contexto de la población de estudio.

2.4. Teoría de la adolescencia de Peter Blos.

En la teoría psicoanalítica, el estudio de la adolescencia plantea un reto único, pues se trata de una edad en la que suceden cambios importantes y se presenta una inestabilidad única en el desarrollo psicosexual de la persona. En la literatura psicoanalítica existen múltiples investigaciones en niños y en adultos, pero en adolescentes son menos. Uno de los autores más importantes al respecto es Blos (1981), quien en su obra postula una serie de etapas por las que el adolescente pasa durante su desarrollo psicosexual, haciendo puntualizaciones específicas entre hombres y mujeres. El presente apartado se basa en dicho autor.

Como punto inicial, es necesario especificar que en el estudio de los adolescentes se hará uso de dos conceptos: adolescencia y pubertad. La adolescencia es un fenómeno psíquico, que solamente ocurre en personas con estructura de personalidad neurótica, es decir, aquellas con estructura de personalidad psicótica, fronteriza o perversa, no serán jamás adolescentes, y la razón de ello es el proceso de

desarrollo psíquico que implica, el cual se describirá a profundidad. En lo referente a la pubertad, se trata de un proceso biológico (Blos; 1981).

El entendimiento de la adolescencia en sus aspectos psicológicos no había sido posible, hasta que el psicoanálisis exploró y sistematizó los cambios psíquicos ocurridos en la niñez temprana. El reconocimiento psicoanalítico de la niñez se obtuvo en un principio por la reconstrucción de análisis de adultos, posteriormente confirmado y elaborado por el análisis de niños y por observaciones directas. Es decir, lo que ha sido posible aprender sobre la adolescencia, se deriva casi completamente de los estudios clínicos en adolescentes.

En el caso de personas con estructura neurótica de personalidad, la adolescencia inicia con el advenimiento de la pubertad, pues este suceso biológico produce un nuevo impulso y una nueva organización en el yo (Blos; 1981). De este proceso es posible reconocer el modelo del desarrollo de la niñez temprana, donde las organizaciones mentales se forman en asociaciones con las funciones fisiológicas, estableciendo así las zonas erógenas del cuerpo.

En este momento es posible resumir que el término pubertad se emplea para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual, y el término adolescencia, para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

El objetivo final de la adolescencia es la formación de la identidad, y antes de que el adolescente pueda consolidarla, debe pasar por etapas de autoconciencia y de

existencia fragmentada. El proceso donde se forma la identidad se acompaña de sentimiento de aislamiento, soledad y confusión. La identidad lleva algunos de los más preciados sueños megalomaniacos de la infancia a un fin irrevocable, los cuales ahora deben ser relegados a la fantasía en su totalidad, o sea, su realización no puede ser considerada seriamente en adelante.

Este proceso donde la realización de la finalidad del término de la infancia, de la naturaleza envolvente de los compromisos y de la limitación concreta de la individual, tienen como consecuencia la creación de un sentido de urgencia, miedo y pánico; otra repercusión que se puede observar en más de un adolescente, es que trata de permanecer indefinidamente en una fase transitoria del desarrollo, condición llamada adolescencia prolongada.

Aunque el tema del presente apartado es la adolescencia, es necesario hacer una descripción breve de la etapa previa, la latencia, con el objetivo de tener una mejor comprensión de la etapa posterior.

La latencia inicia con la resolución del complejo de Edipo, aproximadamente a los seis años de edad, y finaliza con el inicio de la adolescencia, que ocurre con el advenimiento de la pubertad, aproximadamente a los diez años (Blos; 1981). Existen muchos aspectos importantes en el funcionamiento psíquico de la persona en latencia, de los que destacan el uso de la fantasía para el manejo de la angustia, quietud o silencio pulsional, presencia de fantasías masturbatorias y cambio del control del yo al control del superyó, en relación con el control del impulso de pulsiones libidinales y agresivas.

Existe la presencia de otro fenómeno más en la latencia, que requiere de una explicación aparte. En lugar de catectizar una zona erógena específica, se catectiza al yo de una manera específica, es decir, en los niños se catectiza el área motora (es decir, el resultado de investir libidinalmente un objeto), manifestado con el predominio de movimiento placentero. En las niñas se catectiza el área cognitiva, manifestada con el predominio de pasividad placentera.

En la latencia se presentan características únicas en el desarrollo psicosexual de la persona, y se realizan logros específicos, algunos de los cuales son:

- Cambio en la catectización del objeto externo al interno e internalización del objeto.
- Los objetos externos son sustituidos por identificaciones superyoicas, es decir, ya no identificaciones psicosexuales.
- Desarrollo de las funciones cognitivas.
- El desarrollo emocional y cognitivo van juntos, lo que permite un mayor control de los impulsos.
- La sublimación se convierte en un mecanismo de defensa importante.
- Aparece la existencia de un mundo fuera de casa, manifestado en la mayor búsqueda de amigos y pares.
- Hay una clara distinción entre la conducta pública y la conducta privada.
- Comienza a aparecer la vergüenza y la culpa.

- Comienza el empleo de metáforas y analogías.
- El sujeto llora menos.
- La inteligencia debe desarrollarse mediante una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica.
- La comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben haber adquirido una estabilidad considerable.
- La estatura física debe permitir independencia y control del ambiente.
- Las funciones del yo deben haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración, bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana.
- La capacidad sintética del yo debe ser efectiva y compleja.
- El yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo.

Pasando al tema de la adolescencia, para que ocurra de manera normal es necesario que se presenten dos procesos fundamentales:

- Cambio de objeto, de los padres a objetos fuera de la familia, es decir, cambiar la investidura libidinal.
- Desligue de los padres como objetos edípicos, lo que justifica el cambio de investidura libidinal.

Estos procesos fundamentales tienen como requisito la desidealización de los padres para poner distancia en el proceso edípico y resolverlo (Blos; 1981). Esto implica dos condiciones: exagerar los errores de los padres, lo que es un precursor de la autonomía, independencia y crecimiento emocional, y aflojamiento del superyó.

La adolescencia se divide en cinco fases o etapas:

- Preadolescencia, de los diez a doce años.
- Adolescencia temprana, de los doce a catorce años.
- Adolescencia propiamente, de los catorce a dieciocho años.
- Adolescencia tardía, de los dieciocho a veinte años.
- Post adolescencia, de los veinte años en adelante.

Lo referente a la preadolescencia, como ya se dijo, ocurre entre los diez y doce años, y el conflicto central es la reactivación del complejo de Edipo. Hay un aumento cuantitativo de la presión pulsional que conduce a catexias indiscriminadas de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación, que han servido a la persona durante los años tempranos de su vida (Blos; 1981). No es posible distinguir un objeto amoroso nuevo y una meta pulsional nueva. Cualquier experiencia puede transformarse en estimulación sexual, incluyendo los pensamientos, fantasías y actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias.

El resurgimiento de los impulsos genitales no se manifiesta de manera uniforme entre muchachos y muchachas, debido a que cada sexo se enfrenta a los impulsos puberales en aumento de manera distinta (Blos; 1981), lo que conduce a que el tema de la masculinidad y la feminidad implican diferentes configuraciones en el juego del muchacho y de la muchacha. Esto se debe a una preocupación, de naturaleza tanto consciente como preconsciente, con los órganos sexuales, su función, integridad y protección, y no la relación de estos con situaciones amorosas y de satisfacción, todo ello se manifiesta en el juego del preadolescente.

Es posible decir, de manera general, que un aumento cuantitativo en los impulsos caracteriza la preadolescencia, y que esta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad. Este suceso lleva a término la latencia, por lo que todo lo que se ha obtenido a través de la educación en años anteriores, en términos de control pulsional y conformidad social, podría decirse que está en camino a desaparecer.

La curiosidad sexual en los muchachos y en las muchachas cambia de la curiosidad por la anatomía y el contenido, por la función y el proceso. Saben de dónde vienen los bebés, pero la relación con su propio cuerpo sobre este proceso es aún desconocida.

La gratificación pulsional directa se enfrenta habitualmente a un superyó reprobatorio en la latencia. En este conflicto el yo recurre a soluciones conocidas, que incluyen las defensas de represión, formación reactiva y desplazamiento. Esto le permite al niño desarrollar habilidades e intereses que son aprobados por sus

compañeros de juego y además, el dedicarse a actividades compensatorias con conductas de tipo compulsivo y pensamientos obsesivos para aliviar su angustia. Aspectos típicos de la latencia son el interés por coleccionar objetos diversos, como timbres postales o monedas.

Una situación nueva para el servicio de la gratificación pulsional que aparece durante la preadolescencia, es la socialización de la culpa (Blos; 1981). Este nuevo instrumento para evitar el conflicto con el superyó, proviene de la madurez social lograda durante el desarrollo obtenido en la latencia; la persona lo utiliza para descargar su culpa en el grupo, o más específicamente, en el líder como instigador de actos no permitidos. La socialización de la culpa crea temporalmente defensas autoplásticas que son en cierto grado una forma de disciplina.

No todas estas defensas son suficientes para enfrentarse a las demandas pulsionales, pues miedos, fobias y tics nerviosos pueden aparecer como síntomas transitorios. También se presentan descargas tensionales como dolores de cabeza y de estómago, comerse las uñas, tartamudeo, jugar con el cabello, estar constantemente tocando los objetos, incluso chuparse los dedos.

En la preadolescencia hay dos formas típicas de conducta que orientan al conflicto central en los dos sexos: los muchachos son hostiles con las muchachas, las atacan, las evitan, son presumidos ante ellas y son burlones, lo cual surge por la reaparición de la angustia de castración, lo que conduce a los muchachos a llevarse exclusivamente con compañeros de su propio sexo. Las muchachas se caracterizan

por una actividad intensa en donde la actuación y asumir conductas masculinizadas, logran su clímax; en esta negación clara de la femineidad puede descubrirse el conflicto no resuelto en la niñez sobre la envidia del pene, que es el conflicto central en la joven preadolescente.

En el caso del muchacho preadolescente, el resurgimiento de la pregenitalidad marca la terminación del periodo de latencia, y lo manifiesta mostrando aumento difuso en la motilidad, voracidad, actitudes sádicas, actividades anales y juegos fálicos exhibicionista. Las actitudes sádicas anales pueden incluir placeres coprofilicos, lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza, fascinación por los olores y gran habilidad en la producción ruidos escatológicos (Blos; 1981). Previo al cambio exitoso hacia la masculinidad, es característico el empleo de una angustia homosexual en contra de la angustia de castración, lo cual es una solución defensiva subyacente en la conducta de grupo, manifestado como pandillas.

El presente estadio debe separarse de una fase homosexual transitoria y más elaborada de la adolescencia temprana, que ocurre cuando un miembro del mismo sexo se toma como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal. Es decir, la homosexualidad manifiesta en el muchacho preadolescente es una maniobra evasiva; en el muchacho en adolescencia temprana, un objeto narcisista se elige a sí mismo, por lo que las amistades con tintes eróticos son manifestaciones frecuentes.

A manera de resumen, se mencionan los principales aspectos que vive el muchacho preadolescente:

- Hay una rivalidad no ambivalente con el padre.
- Búsqueda de la madre fálica, de connotación no heterosexual, pues hay gran comodidad.
- Fantaseo violento sobre las mujeres por angustia de castración.
- Se reúnen para molestar a las muchachas.
- Ante la presencia de la primera eyaculación y erección, hay una respuesta inespecífica, se considera de origen no sexual, genera emociones intensas, reactiva la angustia de castración, frecuentemente se usa ropa floja para compensar, y la presencia de dichos fluidos corporales despierta fantasías eróticas.

En el caso de la muchacha preadolescente, los principales aspectos que vive son los siguientes:

- Hay una rivalidad ambivalente con la madre.
- Alejamiento del padre por angustia.
- Fantaseo heterosexual romántico.
- Se reúne con otras muchachas para hablar de muchachos.
- La presencia de la primera menstruación es distónica, pues genera angustia por la posibilidad de concebir, y el visualizar sangre se relaciona con la posibilidad de daño. La presencia de dichos fluidos corporales despierta fantasías románticas.

La manifestación y manejo de impulsos, presentan particularidades en ambos sexos, y se destacan las siguientes:

- Catexias indiscriminadas, pues cambian constantemente de objeto externo.
- Impulsos exacerbados, por el cambio hormonal, que producen regresión y aparición de impulsos pregenitales, principalmente anales.
- No hay preocupación por completar la función heterosexual.
- Son personas más difíciles de enseñar y educar, porque la catexia en la función yoica cognitiva desaparece.
- Dificultad en obedecer, que es una consecuencia lógica en la decatectización de los padres.

Finalmente, el manejo del conflicto edípico reactivado es distinto en los muchachos y las muchachas. A continuación se mencionan las principales características observadas en muchachos:

- Inquietud motora aumentada.
- Presencia de actividades anales, que incluyen la coprolalia y renuencia a la higiene.
- Preferencia por juegos fálicos exhibicionistas, que deben presentarse solo entre pares.
- Hostilidad con las niñas, como manifestación del mecanismo defensivo de formación reactiva.

- Renuncia activa a la procreación, manifestado como un estado de bisexualidad, o posición pasiva del complejo de Edipo.
- Presencia de actitudes homosexuales como defensa ante la angustia de castración.
- Aparición de la madre fálica, que es activa, gratificadora y proveedora. Esto implica una regresión anal a la madre que tiene pene.

En el caso de las muchachas, el manejo del conflicto edípico reactivado es el siguiente:

- Reactivación de la envidia de pene, expresada como una postura masculinizada.
- Separación de la madre, generada por la intensa ambivalencia que existe, y que provoca un antagonismo intenso entre ellas.

Ahora, respecto a la siguiente etapa, que es la adolescencia temprana, ocurre de los doce a los catorce años, y la característica principal es la falta de catexia de los objetos primarios de amor, por lo que la libido flota libremente y se dirige a objetos fuera de la familia (Blos; 1981). Los muchachos y las muchachas buscan de manera más intensa objetos libidinales extrafamiliares, es decir, con esto se ha iniciado el proceso genuino de separación de las ligas objetales tempranas.

En esta edad, 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 con el yo. A pesar de todo, durante la adolescencia, el autocontrol amenaza con romperse y en algunos extremos surge la delincuencia, estas actuaciones están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor, y pueden detenerse recurriendo a la fantasía, al autoerotismo y a las alteraciones en el yo, como una deflexión de la libido de objeto hacia el ser, es decir, una vuelta al narcisismo.

El retiro de las catexias de objeto, la ampliación de la distancia entre el yo y el superyó, dan como resultado un empobrecimiento del yo. Esto es experimentado por el adolescente temprano como un sentimiento de vacío, de tormento interno, el cual puede dirigirse a buscar ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle. La intensidad de la separación de objetos tempranos está determinada no solamente por el aumento y la variación del ritmo de la tensión pulsional, sino también por la capacidad del yo para defenderse de esta angustia conflictiva.

El adolescente joven se dirige hacia el amigo, el cual adquiere una importancia y significación de la que antes carecía, tanto para el muchacho como para la muchacha. La elección de objeto en la adolescencia temprana sigue el modelo narcisista. En esta edad, la amistad es diferente de las compañías preadolescentes, pues se hacen amistades que exigen idealizaciones del amigo. Algunas características en el otro son admiradas y amadas, porque constituyen algo que el sujeto mismo quisiera tener y, en la amistad, él se apodera de ellos.

Dado que en la adolescencia temprana, el superyó se debilita al perder o retirar catexia de los objetos primarios, se fortalece el yo, y surge el yo ideal (Blos; 1981). Esta estructura cuenta con características específicas, como son:

- Es de índole narcisista.
- Implica por una deflexión de la libido al yo.
- Esta vuelta narcisista implica un modelo narcisista y de idealización.
- Se manifiesta por expresiones del adolescente temprano, como “yo quiero ser así”.
- Es una manifestación más evolucionada del narcisismo primario.
- Proyecta lo perdido en el narcisismo para recuperar la perfección.
- La elección del objeto narcisista, que implica la idealización del amigo, es necesaria para crear al yo ideal.
- Esta construcción implica una postura homosexual.
- Esta elección de objeto homosexual, como yo ideal, es normal.
- Puede llevar a actuaciones homosexuales, tanto en la fantasía como en la realidad.

La adolescencia temprana en muchachos tiene un componente bisexual, que presenta las siguientes características:

- Presencia de amistades idealizadas (yo ideal).

- La tendencia bisexual es más reprimida.
- Prefieren la compañía de muchachos.
- Preferencia por actividades anales.
- La competencia se identifica para evitar la tentación bisexual.

La adolescencia temprana en muchachas tiene un componente bisexual, que presenta las siguientes características:

- Presencia de amistades idealizadas (yo ideal).
- Tendencia bisexual menos reprimida.
- Se presenta el flechazo en el enamoramiento.
- Existe el peligro de una actuación sexual temprana.

Una característica compartida por muchachos y muchachas es que la declinación de la tendencia homosexual-bisexual marca el inicio de la adolescencia como tal (Blos; 1981). Se observa una elección de objeto heterosexual, que deja de complementarse de manera narcisista. Previo al establecimiento de dicha relación heterosexual, se presenta la aparición del amor tierno en la adolescencia temprana, que implica un deseo al pertenecer al otro, es decir, el acercamiento a una muchacha implica un sentimiento de ternura y de devoción. Se trata de amor tierno para evitar la sensación de dependencia y sumisión emocional, e implica también la idealización del objeto de amor, con una unión que se da, pero en la fantasía; no se trata de relaciones maduras, son desplazamientos rudimentarios de la situación edípica.

Continuando con los cambios físicos generados por la pubertad, y con los procesos de desarrollo psicosexual vividos en las etapas de la adolescencia, en lo que concierne a la adolescencia propiamente, es pertinente recordar que la pubertad en forma implacable, empuja a la persona hacia adelante. En su búsqueda de relaciones de objeto o, por el contrario, el evitarlos, ilumina el desarrollo psíquico que está ocurriendo durante esta fase.

La adolescencia inicia específicamente con el abandono de la posición bisexual y narcisista, por una heterosexual y la búsqueda de su tamaño en el mundo (Blos; 1981). Esto sucede entre los catorce y dieciocho años de edad. La búsqueda de relaciones de objeto asume nuevos aspectos, diferentes de aquellos que predominaron en la fase preadolescente y en la adolescencia temprana. De manera más precisa, se habla de una afirmación gradual del impulso sexual adecuado, que gana ascendencia y que produce una angustia conflictiva en el yo. Los mecanismos defensivos y adaptativos en toda su compleja variedad, pasan al primer plano en la vida psíquica.

El retiro de la catexia hacia los padres, o mejor dicho, de la representación de los objetos en el yo, produce una disminución de la energía catéctica en el ser. En el muchacho, este cambio lleva a una elección narcisista de objeto basada en el yo ideal, y en esta constelación libidinal se presentan nuevos intentos de resolución de los aspectos remanentes reactivados del complejo de Edipo. En la muchacha se observa una perseverancia en la posición bisexual, con una sobrevaloración del componente fálico. En ambos sexos puede observarse un aumento en el narcisismo, y este hecho

debe enfatizarse porque produce una gran variedad de estadios en el yo, que son característicos.

El aumento en el narcisismo ya referido, precede a la consolidación del amor heterosexual, ya que está íntimamente ligado con el proceso de la búsqueda de objetos no incestuosos (Blos; 1981). Es fácil observar cómo los muchachos abandonan su gran autosuficiencia y actividades autoeróticas, tan pronto como tienen sentimientos de ternura por una muchacha.

El cambio de catexia del ser a un objeto nuevo, altera la economía libidinal, pues la gratificación se busca ahora en un objeto, en lugar de en uno mismo. La protección en contra de las desilusiones, los rechazos y los fracasos en el juego del amor, está asegurada por todas las formas de engrandecimiento narcisista. La adolescencia permite la preocupación mental con ideas que llevan a selecciones inventivas o a construcciones mentales útiles, que a su vez derivan en el desplazamiento de los impulsos inhibidos, como la intelectualización.

La cualidad narcisista de la personalidad adolescente es muy conocida. El retiro de la catexia de objeto lleva a una sobrevaloración del ser, a un aumento de la auto percepción a expensas de la percepción de la realidad, a una sensibilidad extraordinaria, a una autoabsorción general y a un gran engrandecimiento. Las defensas narcisistas son ocasionadas por la inhabilidad de dejar al padre gratificante, en cuya omnipotencia el niño llega a depender, más que en el desarrollo de sus propias facultades.

El aislamiento narcisista del adolescente es contrarrestado en muchas formas, que llevan a mantener su sujeción sobre las relaciones de objeto y sobre los límites firmes del yo (Blos; 1981). Ambos sostenes están constantemente en peligro y la amenaza de tales pérdidas ocasiona ansiedad y pánico; también inician procesos regresivos restitutivos que van desde leves sentimientos de despersonalización, hasta estados psicóticos. Un territorio intermedio en el que el tirón de la regresión narcisista es contrarrestado por la ideación relacionada al objeto y a la aguda percepción de los impulsos, existe en la vida de fantasía y sueños diurnos, que son extraordinariamente ricos en el adolescente. La vida de fantasía y la creatividad están en la cúspide en esta etapa; expresiones artísticas e ideacionales hacen posible la comunicación entre experiencias altamente personales que se vuelven un vehículo para la participación social. El componente narcisista permanece obvio, y la gratificación narcisista que deriva de tales creaciones es legítima.

Es típico de la adolescencia el llevar un diario, aunque considerando el contexto actual, va en disminución. La autoconcentración emocional que implica llevar un diario se ve fácilmente obstruida en un joven por connotaciones de pasividad; su necesidad de reafirmación física, tanto agresiva como defensiva, desvía su atención de la introspección. La necesidad de llevar un diario es proporcionalmente inversa a la oportunidad que tiene el adolescente de compartir sus necesidades emocionales con el medio ambiente. El soñar despierto, así como los acontecimientos y las emociones que no pueden ser compartidas con las personas reales, se confiesan al diario con desahogo. Volcarse en este recurso mantiene la fantasía, por lo menos parcialmente

relacionada a un objeto, el hecho de escribir sus pensamientos mantiene las actividades mentales del adolescente más cerca de la realidad, ya sea que estas actividades impliquen afectos o deseos, fantasías, aspiraciones o esperanzas, o exceso de arrogancia o desesperación.

Como una diferencia importante entre muchachos y muchachas, debido a que normalmente estas últimas están más preparadas para la heterosexualidad, su diario tiene la función de prevenir una actuación heterosexual prematura a través de la experimentación y la actuación de un papel en la fantasía (Blos; 1981). De este modo, el diario llena más de una función: permite actuar un rol sin envolver la acción en la realidad, está primero al servicio del proceso de identificación, y finalmente proporciona un mayor conocimiento de la vida interna, un proceso que por sí mismo otorga al yo más eficacia en sus funciones de conocimiento y síntesis.

La formación de la identidad sexual es el logro final de la diferenciación del impulso adolescente durante esta fase.

La siguiente etapa es la adolescencia tardía. Se ha considerado como un descenso natural en el torbellino del crecimiento. Con la declinación de la adolescencia, el individuo gana en acción propositiva, integración social, predictibilidad, constancia de emociones y estabilidad de la autoestimación. También surge una delineación de aquellos asuntos que realmente importan en la vida, que no toleran dilatación ni compromiso, que frecuentemente resultan en frustración, lucha y pena.

La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación y deben lograrse cinco objetivos específicos:

- Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo.
- Una extensión de la esfera libre de conflictos del yo, o autonomía secundaria.
- Una posición sexual irreversible, que es la constancia de identidad, resumida como primacía genital.
- Una catexia de representaciones del yo y del objeto relativamente constante.
- Estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo, y por consecuencia, 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. Es posible considerar que el objetivo final de la adolescencia tardía es el logro de relativa madurez (Blos; 1981).

En el caso de llegar a la adolescencia tardía con conflictos no resueltos, es posible decir que los conflictos infantiles no son eliminados al final de dicha etapa, sino que se restituyen específicamente, es decir, se tornan sintónicos con el yo. Se centran dentro de las autorrepresentaciones del adulto.

La resolución del complejo de edípico resucitado durante el periodo de la adolescencia, es parcial solamente. La parte que resistió la resolución adolescente se convierte en el centro de un esfuerzo continuado hacia este fin; procede dentro de los confines de selecciones personales, como trabajo, valores, lealtades y amor. La declinación del complejo edípico lleva a la formación de compromisos, pero, sobre todo, a la estructuración decisiva de una institución psíquica: el superyó. Durante la adolescencia propiamente dicha, la solución del conflicto y dilema del complejo edípico, incluso de las fijaciones pregenitales, son nuevamente transferidas a la modalidad genital, esta vez en busca de acomodo dentro del reino de la heterosexualidad no incestuosa, o sea, se requiere la transformación de estos residuos edípicos en modalidades yoicas.

Blos (1981) parafraseando a Freud, establece que la declaración de este, respecto a que el heredero del complejo edípico es el superyó, podría parafrasearse diciendo que el heredero de la adolescencia es el ser.

Una característica predominante de la adolescencia tardía no es tanto la resolución de los conflictos pulsionales, sino lo incompleto de esta resolución. El desarrollo del carácter neurótico o la formación de síntomas en la adolescencia tardía, representa un intento de autocuración, después de fracasar en la resolución de fijaciones infantiles articuladas al nivel del complejo de Edipo.

La vida amorosa del adolescente tardío demuestra clínicamente las varias condiciones de amor que se basan en la persistencia del complejo de Edipo, y son las siguientes:

- La necesidad de una tercera persona ofendida.
- El amor a una prostituta.
- Una larga cadena de objetos.
- El rescate de la persona amada.
- Una hendidura entre la ternura y la sensualidad.

Es necesario considerar que el fracaso para dominar la realidad interna y externa, es una posibilidad, y puede clasificarse en dos categorías:

- Debido a un aparato defectuoso (yo), una capacidad deteriorada para estudio diferencial, o una proclividad a la ansiedad traumática (pánico de la pérdida del yo).
- Debido a perturbaciones entre los sistemas, bloqueos al aprendizaje diferencial (inhibiciones), o evitar una ansiedad conflictiva (formación de síntomas).

Finalmente, los logros de la adolescencia tardía se pueden resumir de la siguiente manera:

- Consolidación de la identidad.
- Identidad sexual.
- Elección vocacional.
- Proceso de angostamiento y abandono de otras opciones para elegir solamente una.
- Catexia estable de las representaciones del yo y de los objetos.
- Resolución incompleta de los conflictos y pulsiones, para que sus remanentes se integran al yo como componentes del carácter.

Finalmente, se considera a la postadolescencia como la etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta, lo cual ocurre de los veinte años en adelante.

Aun después de que los conflictos de bisexualidad y del desembarazo de las tempranas ligas de objeto, el postadolescente ha encontrado bases estables después de que las tareas selectivas de la vida han adquirido forma, definición y articulación a través de la consolidación de roles sociales e identificaciones irreversibles; si bien aun después que las fases de desarrollo previas son atravesadas con éxito, todavía le falta armonía en la realización total.

En términos de desarrollo del yo y de la organización de impulsos, la estructura psíquica ha adquirido al final de la adolescencia tardía una fijación que permite al postadolescente volver al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad (Blos; 1981). Esta integración surge gradualmente, y generalmente ocurre como preparación para o como coincidencia con la selección ocupacional,

siempre que las circunstancias permitan al sujeto hacer la selección. La integración va de la mano con la actividad de rol social: el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad. La aparición del rol manifiesto del joven adulto, fácilmente empaña el estado incompleto de la formación de la personalidad.

Durante la postadolescencia emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima, mejor que en la dependencia superyoica y la gratificación pulsional. El yo ideal ha tomado posesión en varias formas de la función reguladora del superyó, y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia. La confianza antes depositada en el padre ahora se une al ser, de modo que todo tipo de sacrificios son hechos con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

Después de la terminación de la pubertad, una vez que la madurez física ha sido alcanzada, persiste una tarea psicológica cuya realización frecuentemente requiere muchos años. En la progresión de los estados del desarrollo, puede ocurrir un fracaso en cualquiera de ellos, debido ya sea a un prerrequisito de desarrollo insuficientemente completado, o a un obstáculo insuperable que evita el cumplimiento de esta tarea específica de la etapa. En este momento es posible decir que un fracaso para completar el proceso adolescente ocurrirá, siempre que no se logre la organización de un ser estable, o siempre que el yo deje de convertir cualquier conflicto sintónico con el yo, lo que dirigiría a un cumplimiento desviado de la tarea postadolescente.

Un bloqueo típico encontrado atravesando la postadolescencia se conoce como fantasía de rescate (Blos; 1981). En lugar de vivir para dominar las tareas de la vida, el adolescente espera que las circunstancias de la vida dominarán la tarea de vivir, o sea, espera que la solución del conflicto puede ser aliviada o eliminada por completo por el arreglo de un medio ambiente benéfico. En este caso parece que la dependencia original en el medio ambiente, especialmente la madre como la extinguidora de tensiones y la reguladora de autoestima, nunca ha sido abandonada. La sobreevaluación de los padres ha sido transferida al medio ambiente, que según la fantasía, podría si quisiera dotar de suerte y fortuna al niño elegido.

Los objetivos a conseguir en la postadolescencia son los siguientes:

- Lograr una integración.
- Instrumentar en la realidad las metas de vida definidas en la adolescencia tardía.
- Lograr un acercamiento, desprovisto de la liga sexual infantil, con las imágenes parentales.

A lo largo del presente apartado se han descrito los principales aspectos de las cinco etapas de la adolescencia, con la finalidad de lograr un mejor entendimiento de la población a estudiar en la presente investigación, sin embargo, en el siguiente y último apartado del presente capítulo se hace una breve integración de los contenidos referidos previamente, es decir, la unificación de los procesos de duelo normales que vive el adolescente.

2.5. Teoría de la adolescencia de Arminda Aberastury.

El presente apartado comprende el estudio de un enfoque complementario, donde se incluye el estudio de la adolescencia y del duelo, donde se conjuntan en una manera normal, es decir, los duelos normales de la adolescencia. Para la exposición de estos temas se hace uso de la obra de Aberastury y Knobel (1988), donde se le denominan a estos procesos de duelo, normales en la adolescencia, como “el síndrome normal de la adolescencia”.

Como punto inicial, se destaca que dicho síndrome consta de diez características fundamentales, denominadas también como síntomas (Aberastury y Knobel; 1988), los cuales se explican a continuación.

El primer síntoma es la búsqueda de sí mismo y de la identidad. Es preciso destacar que, el poder llegar a usar la genitalidad en la procreación, es un hecho biopsicodinámico que determina una modificación esencial en el proceso del logro de la identidad adulta, y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la identidad adolescente. El acontecimiento de la maduración genital, psicodinámicamente considerado, con la reactivación de todas las etapas pregenitales de la evolución libidinal y con la interacción tumultuosa de los procesos psicológicos básicos de disociación, proyección, introyección e identificación, irán estableciendo, de una manera algo confusa al principio y más estructurada después, la personalidad más o menos definida.

El segundo síntoma es la tendencia grupal. El individuo en esta etapa de la vida, recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, que puede brindar seguridad y estima personal. Allí surge el espíritu de grupo al que tan afecto se muestra el adolescente. Hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. A veces el proceso es tan intenso que la separación de grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo de pares que al grupo familiar (Aberastury y Knobel; 1988). Por eso se inclina a los dictados del grupo en cuanto a modas, vestimenta, costumbres y preferencias. En otro nivel, las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. En el grupo, el individuo adolescente encuentra un reforzamiento muy necesario para los aspectos cambiantes del yo que se producen en este periodo de la vida. De esta manera, el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental, ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar, y con los padres, en especial.

El tercer síntoma es la necesidad de intelectualizar y fantasear. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. Las elucubraciones de las fantasías conscientes y el intelectualizar, sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de pérdida tan dolorosa. Únicamente teniendo una relación adecuada con

objetos internos y positivos, y también con experiencias externas no demasiado negativas, se puede llegar a cristalizar una personalidad satisfactoria (Aberastury y Knobel; 1988). Tal huida en el mundo interior permite una especie de reajuste emocional, un autismo positivo en el que se da un incremento de la intelectualización, que lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos y sociales, que pocas veces implican formularse un plan de vida muy distinto al que se tenía hasta ese momento y que también permite la teorización acerca de grandes reformas que pueden ocurrir en el mundo exterior.

El cuarto punto es la crisis religiosa. Se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, es decir, como situaciones extremas. Entre ellas hay una gran variedad de posiciones religiosas y cambios muy frecuentes. Es común observar que un mismo adolescente pasa incluso por periodos místicos, o bien, de un ateísmo absoluto. Las tan frecuentes crisis religiosas no son un mero reflejo caprichoso de lo místico, como a veces suele aparecer a los ojos de los adultos, sino intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su yo corporal (Aberastury y Knobel; 1988). Además, comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y también la aceptación de la posible muerte de ellos.

El quinto síntoma es la desubicación temporal. El pensamiento del adolescente frente a lo temporal como a lo espacial, adquiere características muy especiales, convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo, y en cuanto a su expresión de conducta, parecería vivir en proceso primario, pues las urgencias son

enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Llegado el individuo a la adolescencia, ya tuvo oportunidad de vivenciar parcialmente separaciones, muerte de objetos internos y externos, de partes del yo, y cierta limitación de lo temporal en el plano vital. El transcurrir del tiempo se va haciendo más objetivo, se adquieren nociones de lapsos cronológicamente ubicados, por eso es posible hablar de un tiempo existencial (que sería el tiempo en sí), uno vivencial o experiencial y otro conceptual. Aceptar la pérdida de la niñez significa aceptar la muerte de una parte del yo y sus objetos, para poder ubicarlos en el pasado.

El sexto síntoma es la evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad. En este proceso se puede describir una oscilación permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, que tiene características especiales, donde hay más contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa, que solo se da con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, recién en la adultez (Aberastury y Knobel; 1988).

Al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia la búsqueda de la pareja de manera tímida, pero intensa. El enamoramiento apasionado es también un fenómeno que adquiere características singulares y que presenta todo el aspecto de vínculos intensos, pero frágiles, de relación interpersonal adolescente. Es importante considerar que el ejercicio genital procreativo, sin asumir la responsabilidad consiguiente, no es un índice de madurez genital, sino de serias perturbaciones en este nivel.

El séptimo síntoma es la actitud social reivindicatoria, ya que no todo el proceso de la adolescencia depende del adolescente mismo, como unidad aislada en un mundo que no existiera. La familia es la primera expresión de la sociedad que influye en la conducta del adolescente. La misma situación edípica que experimentan los adolescentes, la viven sus padres. La aparición de la instrumentación de la genitalidad, como realidad concreta en la vida del adolescente, también es percibida por los padres de este. Muchos padres se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos, reviviendo sus propias situaciones edípicas conflictivas; no son ajenos a las ansiedades que despierta la genitalidad de los hijos y el desprendimiento de los mismos, y los celos que esto implica. Llega a ocurrir un fenómeno de ambivalencia dual, ya que la misma situación ambivalente que presentan los hijos separándose de los padres, la presentan estos al ver que aquellos se alejan (Aberastury y Knobel; 1988).

Si se agregan los mecanismos proyectivos y esquizoparanoides típicos del adolescente, y la relación de la sociedad en la que se mueve, es posible ver que toda la sociedad interviene muy activamente en la situación conflictiva del adolescente. En la medida que este no encuentre el camino adecuado para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad de realización, no podrá nunca ser un adulto satisfecho.

El octavo síntoma son las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida,

en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder ser controlado. El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces se intenta y la busca; su personalidad se caracteriza por ser permeable, que recibe todo y que también proyecta todo enormemente, es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes (Aberastury y Knobel; 1988).

Esto hace que no pueda haber una línea de conducta determinada, que ya indicaría una alteración de la personalidad del adolescente, esto implica que un indicio de normalidad se observa en la labilidad de su organización defensiva, pues el mundo adulto no tolera los cambios de conducta del adolescente, no acepta que pueda tener identidades ocasionales, transitorias o circunstanciales, y exige de él una identidad adulta, que no tiene por qué tener. Estas contradicciones, con la variada utilización de defensas, facilitan la elaboración de los duelos típicos de este periodo de la vida y caracterizan la identidad adolescente.

El noveno síntoma es la separación progresiva de los padres. Una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente es la de ir alejándose de los padres, lo que está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en este momento cronológico del individuo (Aberastury y Knobel; 1988). La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de estos, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumarán las experiencias infantiles y la actual de la propia adolescencia. Muchas veces los padres niegan el crecimiento de

los hijos y los hijos viven a los padres con las características persecutorias más acentuadas. Esto ocurre especialmente si la fase genital previa se ha desarrollado con dificultades y las figuras de los padres combinados, y la escena primaria ha tenido y tiene caracteres de indiferenciación de persecución. Si la figura de los padres aparece con roles bien definidos, en una unión amorosa y creativa, la escena primaria disminuye sus aspectos persecutorios y se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará realmente.

El décimo y último síntoma se conforma por las constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos, determinará la mayor o menor intensidad de esta expresión y de estos sentimientos (Aberastury y Knobel; 1988). En el proceso de fluctuaciones dolorosas permanentes, la realidad no siempre satisface las aspiraciones del individuo, es decir, sus necesidades pulsionales básicas, o su modalidad específica de relación objetal en su propio campo dinámico. El yo realiza intentos de conexión placentera con el mundo, que no siempre logra, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda de satisfacciones puede ser muy intensa.

El adolescente se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia, preparándose para la acción; elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y fracasos. Los cambios de humor son típicos de esta etapa y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos. Al fallar estos intentos de elaboración, tales cambios de humor pueden aparecer como microcrisis maniaco-depresivas.

Para finalizar el presente apartado, es necesario mencionar los tres duelos por los que pasa el adolescente (Aberastury y Knobel; 1988), los cuales están implicados en las descripciones previas:

- Duelo por el cuerpo infantil perdido.
- Duelo por el rol y la identidad infantil.
- Duelo por los padres de la infancia.

La adolescencia es un momento de cambios trascendentales en el desarrollo psicosexual de la persona, tal como ha sido expuesto en el presente capítulo, y ha sido posible presentar de una manera clara el contexto de la población involucrada en la presente investigación, desde los procesos psíquicos implicados en la melancolía o depresión patológica, en la angustia depresiva como un proceso normal, hasta las particularidades del desarrollo durante la segunda década de la vida, es decir, de la adolescencia.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez expuestos los pormenores teóricos sobre el problema de estudio, se explican en el presente capítulo las características, recursos y procedimientos empleados para recolectar procesar la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos de investigación.

3.1. Descripción metodológica.

El tema de la presente investigación fue el estudio de la depresión en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.

Del tema de investigación se desprende la pregunta de investigación que fue: ¿Qué nivel de depresión promedio presentan los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México?

Como parte de la metodología de investigación, se eligió un estudio de enfoque cuantitativo, porque el planteamiento del problema estuvo delimitado, se empleó un marco teórico para la elaboración de las hipótesis, los resultados fueron procesados estadísticamente y se empleó un razonamiento deductivo; un diseño no experimental, porque no se modificó la evolución del fenómeno estudiado; un tipo de estudio transversal ya que realizó la medición de la depresión de los estudiantes de la

preparatoria Casa del Niño en un solo momento; y alcance exploratorio porque como no se tuvieron antecedentes de niveles de depresión, se quiso profundizar en ese fenómeno en estudiantes adolescentes de nivel medio superior.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

Por su enfoque, esta investigación fue cuantitativa, porque el planteamiento del problema estuvo delimitado, se empleó un marco teórico para la elaboración de las hipótesis, los resultados fueron procesados estadísticamente y se empleó un razonamiento deductivo.

Para Hernández y cols. (2010), la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno.

Existen tres tipos de enfoque de investigación: cuantitativo, cualitativo y mixto, con características que son comunes:

- Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluaciones realizadas.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.

- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, o incluso para generar otras.

El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no es posible omitir o eludir pasos, y presenta las siguientes características (Hernández y cols.; 2010):

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto.
- Una vez planteado el problema de estudio, se consideran las investigaciones previas y se construye un marco teórico, del cual derivan una o varias hipótesis y las somete a pruebas.
- La hipótesis se genera antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición, mediante procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- Los resultados se expresan mediante números y se analizan con métodos estadísticos.
- El proceso busca el máximo control, para lograr que otras explicaciones posibles distintas a la hipótesis sean desechadas y se excluya la incertidumbre y minimice el error.
- Los análisis se interpretan a la luz de las predicciones iniciales y de estudios previos, su interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.

- Intenta ser lo más objetiva posible, el fenómeno observado o medido no debe ser afectado por el investigador.
- Siguen un patrón predecible y estructurado y debe tener presente que las decisiones críticas se efectúan antes de recolectar datos.
- Se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento a una colectividad mayor, y que los estudios efectuados puedan replicarse.
- Intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos, por lo que la meta principal es la construcción y demostración de teorías.
- Se sigue rigurosamente el proceso, y los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.
- Se utiliza la lógica o el razonamiento deductivo, que comienza con la teoría, y de esta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba.
- Pretende identificar las leyes universales y causales.
- Ocurre en la realidad externa al individuo, lo que conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esa aproximación a la investigación.

Referente al enfoque cualitativo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos, se pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos (Hernández y cols.; 2010).

El enfoque cualitativo posee las siguientes características:

- El investigador plantea un problema, pero no sigue un proceso claramente definido, pues sus planteamientos no son tan específicos como en el enfoque cuantitativo y las preguntas de investigación no siempre se han conceptualizado ni definido por completo.
- Comienza examinando el mundo social y en este proceso, desarrolla una teoría coherente con los datos, de acuerdo con lo que se observa, es decir, se basa en una lógica y proceso inductivo, va de lo particular a lo general.
- En la mayoría de los estudios no se prueban hipótesis, ya que se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son resultado del estudio.
- Se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico.
- Utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión de grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades.
- El proceso de indagación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría, es decir, su propósito consiste en reconstruir la realidad.

- El enfoque cualitativo evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación respecto a la realidad.
- Se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los seres humanos y sus instituciones.
- Postula que la realidad se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación, respecto de sus propias realidades.
- El investigador se introduce en las experiencias de los participantes y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado.
- Las indagaciones no pretenden generalizar de manera probabilística los resultados a las poblaciones más amplias, ni necesariamente obtener muestras representativas.
- Puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos.

En lo referente al enfoque mixto, es posible decir que en términos generales incluye aspectos de ambas orientaciones metodológicas: cuantitativa y cualitativa.

3.1.2. Diseño no experimental.

Por su diseño, esta investigación fue no experimental porque no se realizó ninguna experimentación y por lo tanto, no modificó la evolución de los fenómenos estudiados.

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea (Hernández y cols.; 2010). Además, se menciona que los estudios cuantitativos se dividen en experimentales y no experimentales, cabe destacar que cada uno de ellos se subdivide en otros.

La diferencia entre los estudios experimentales y los no experimentales radica en la posibilidad de intervención, donde el investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella, en comparación con quienes no lo hacen, es decir, los estudios experimentales manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones (denominadas variables independientes), para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes) en una situación de control (Hernández y cols.; 2010).

Respecto a los estudios no experimentales, es posible definirlos como investigaciones que se realizan sin manipular deliberadamente variables, o sea, no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Consiste en observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

3.1.3. Estudio transversal.

Por su tipo, esta investigación fue transversal, ya que realiza la medición de la depresión de los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño en un solo momento.

Las investigaciones cuantitativas no experimentales se clasifican de acuerdo con su dimensión temporal, o el número de momentos o puntos en el tiempo, en los cuales se recolectan los datos (Hernández y cols.; 2010), y existen dos tipos: transversal y longitudinal.

Los estudios transeccionales o transversales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Por otra parte, los estudios longitudinales analizan cambio a través del tiempo de determinadas categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades, o bien, las relaciones entre estas.

3.1.4. Alcance exploratorio.

Por su alcance, esta investigación fue exploratoria, porque se intentó conocer una variable: la depresión, realizando una exploración inicial en un momento específico, en una población de la que no se encontraron antecedentes de investigación.

Los estudios transversales pueden ser de tres tipos (Hernández y cols.; 2010): exploratorios, donde se intenta conocer una variable o un conjunto de variables, una

comunidad, un contexto, un evento o una situación, donde se realiza una exploración inicial en un momento específico, aplicada a problemas de investigación nuevos o poco conocidos y se constituye el preámbulo a nuevos estudios; descriptivos, donde se tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, y con un procedimiento consistente en ubicar en una o diversas variables un grupo de personas u otras entidades de estudio y así proporcionar su descripción; correlacionales-causales, donde se describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, estos estudios pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Álvarez-Gayou (2003) describe la técnica como un conjunto de medios utilizados en una ciencia, mediante los cuales los investigadores obtienen la información que buscan en los estudios, es decir, como la manera de adquisición y elaboración del conocimiento. La técnica empleada fue la encuesta, y Apodaca (1991) la describe como medio que brinda una imagen instantánea de la forma en que la gente piensa y se comporta en un cierto momento.

El instrumento que se usó fue el BDI. Tal como se mencionó en el apartado 1.3., el BDI tiene tres versiones: la primera de ellas es llamada simplemente BDI, creada como el instrumento original de Beck (1961); luego apareció el BDI-IA, que consiste en una revisión del instrumento original, realizada por Beck (Sanz y Vázquez; 1998);

finalmente apareció el BDI-II, que también consiste en una revisión del instrumento realizada por Beck (Sanz y Vázquez; 1998).

El BDI fue traducido por Sanz y Vázquez (1998) y estandarizado para su aplicación en mexicanos por Jurado y cols. (1998), quienes encontraron que este instrumento cuenta con una confiabilidad y validez adecuadas, del 0.87 y 0.70 respectivamente.

Se entiende por confiabilidad el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes, y por validez el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir (Hernández y cols.; 2010). Al estandarizar un instrumento de medición, es necesario determinar también la confiabilidad y la validez, sin embargo, Sanz y Vázquez (1998) no lo efectuaron.

En la presente investigación se usó el BDI, en su versión abreviada de trece reactivos.

Por último, es necesario establecer que en la presente investigación se emplearon los niveles de depresión considerados en el BDI, y además, la definición operacional de depresión, que es el resultado igual o mayor que cinco puntos en el BDI.

3.2. Descripción de la población.

Los participantes de este estudio fueron los estudiantes de la preparatoria Casa del niño. Por esta razón, se estudió la totalidad de la población y no se requirió del empleo de una muestra.

El único criterio de inclusión empleado en la investigación fue el estar registrado en listados oficiales de asistencia de la institución. Dado que se trata de una investigación transversal exploratoria, no fue necesario establecer criterios de exclusión ni de eliminación. De los 401 estudiantes registrados, fueron evaluados 385, que representan el 96%, los motivos por los que los 16 estudiantes faltaron a la evaluación, fue por asistir a entrevistas de ingreso en instituciones universitarias.

Hernández y cols. (2010) definen a la población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones; y como muestra a un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, teniendo que ser representativo de dicha población.

La población estudiantil evaluada de la escuela preparatoria Casa del Niño, fue de 385 estudiantes, considerada ahora como el 100%. De dicha población, fueron 169 hombres y 216 mujeres, que representan el 43.9% y 56.1% respectivamente.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

La realización de la investigación planteó particularidades para su aplicación y dificultades no previstas.

El proceso inició al plantear el estudio a las autoridades de la institución en noviembre de 2012, incluyendo al director y a las dos psicólogas que comprenden el departamento psicopedagógico. La respuesta fue positiva y en la organización se acordó la aplicación con autorización del director para interrumpir clases, y con ayuda de las psicólogas, tanto para la presentación del investigador frente a los alumnos, como para la entrega y recolección de los inventarios.

Posterior a completar el material requerido, incluyendo lapiceros y carpetas para la organización de los inventarios, se procedió a la aplicación de los mismos.

La respuesta inicial de los estudiantes incluyó interés expresado directamente o con sonrisas, aunque también se incluyeron en menor medida estudiantes con respuesta indiferente, con expresión de desaprobación y fastidio. La aplicación de los test no presentó incidentes, y se realizó la devolución de los inventarios de manera inmediata.

Se procedió a buscar a los estudiantes de toda la escuela en el transcurso de un solo día, haciendo la aplicación de los inventarios a 385 estudiantes, de los 401 estudiantes registrados en el ciclo escolar, lo que representa el 96%.

Al finalizar la aplicación, se procedió a la calificación de los inventarios para la elaboración de la base de datos. Los resultados numéricos, es decir, sin un procesamiento estadístico final, fueron mostrados al director de la institución y a las psicólogas del departamento psicopedagógico, destacando los grupos donde se presentaron diagnósticos de gravedad para que los directivos tomaran las medidas que consideraran necesarias.

Como comentario final de la descripción metodológica, se expresó en todos los grupos que si algún estudiante tenía necesidad de hablar sobre su estado de ánimo, se acercaran con las psicólogas del departamento psicopedagógico. Con los datos obtenidos se procedió a elaborar el análisis e interpretación de resultados.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Las circunstancias que originan la depresión han sido expuestas en los capítulos uno y dos, y ha sido posible comprender que es multifactorial, es decir, depende de factores biológicos, vivencias y etapa del desarrollo de la persona.

Para la explicación de los resultados se consideraron principalmente las aportaciones teóricas de Beck (2010), Blos (1981), así como Aberastury y Knobel (1988), porque estudiaron el origen cognitivo de la depresión, incluyendo en adolescentes que son la población de la presente investigación; en caso necesario, se hicieron referencias a los demás autores del capítulo dos.

Desde el modelo cognitivo de Beck (2010), se postula que son tres los conceptos específicos que explican el origen de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos, es decir, los errores en el procesamiento de la información.

En la descripción de la adolescencia y la depresión, en el apartado 2.5., desde la teoría de Aberastury y Knobel (1988), se mencionó que el adolescente enfrenta tres duelos específicos: duelo por el cuerpo infantil perdido, duelo por el rol y la identidad infantil y duelo por los padres de la infancia. Complementando lo recién expuesto, en el apartado 2.1., desde la teoría de Freud (2007) se mencionaron las características específicas por las que un proceso de duelo se convierte en melancolía, recordando que para Freud, melancolía y depresión son vocablos sinónimos.

Para la exposición ordenada de los resultados, se crearon 6 categorías que se muestran a continuación:

1. Depresión en estudiantes hombres de la preparatoria Casa del Niño.
2. Depresión en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño.
3. Depresión en la totalidad de estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.
4. Comparación de los porcentajes de depresión en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño respecto al porcentaje en México.
5. Comparación entre el nivel de depresión promedio en estudiantes hombres respecto al nivel de depresión promedio en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño.
6. Comparación del porcentaje de depresión por nivel en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.

Finalmente, es conveniente recordar que el décimo síntoma descrito en la teoría de la adolescencia de Aberastury, justifica porque los adolescentes muestran signos depresivos, pues el yo realiza intentos de conexión placentera con el mundo, que no siempre se logra, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda de satisfacciones puede ser muy intensa y obligar al individuo a refugiarse en sí mismo.

En los siguientes apartados se muestra el análisis estadístico (en el cual se emplearon medidas de tendencia central, de variabilidad y la prueba de t de Student, así como porcentajes) de las 6 categorías referidas previamente.

Para el análisis estadístico de los resultados, se emplearon medidas de tendencia central, que Hernández y cols. (2010) definen como puntos en una distribución obtenida, los valores medios o centrales de esta, y que ayudan a ubicarla en la escala de medición.

Las medidas de tendencia central son tres, y el nivel de medición de la variable determina cuál es la medida de tendencia central apropiada para interpretar; para la presente investigación la apropiada es la media:

- La moda es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia y se utiliza con cualquier nivel de medición (Hernández y cols.; 2010).
- La mediana es el valor que divide la distribución por la mitad, esto es, la mitad de los casos por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de esta (Hernández y cols.; 2010).
- La media es el promedio aritmético de una distribución (Hernández y cols.; 2010).

Respecto a las medidas de variabilidad, estas indican la dispersión de los datos de la escala de medición y responden a la pregunta: ¿dónde están diseminadas las

puntuaciones o los valores obtenidos? Las medidas de tendencia central son valores de una distribución y las medidas de variabilidad son intervalos que designan distancias o un número de unidades en la escala de medición (Hernández y cols.; 2010).

Las medidas de variabilidad más utilizadas son:

- Desviación estándar o típica, que es el promedio de desviación de las puntuaciones respecto a la media.
- Varianza, que es la desviación estándar elevada al cuadrado.

Para verificar si los promedios de hombres y mujeres son realmente diferentes, se utilizó el tratamiento estadístico mediante el uso de la t de Student, la cual Hernández y cols. (2010) describen como una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable.

En la prueba de t de Student se emplea el estadístico “t”, y su fórmula es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Es necesario el cálculo de grados de libertad, y la fórmula es:

$$gl = (n_1 + n_2) - 2$$

La interpretación de los resultados consiste en el cálculo del estadístico t y del valor de la t en una tabla, y se hace de la siguiente manera:

- Si la t calculada es mayor que la t de tabla, significa que existen diferencias significativas.
- Si la t calculada es menor que la t de tabla, implica que no que existen diferencias significativas.

3.4.1. Depresión en estudiantes hombres de la preparatoria Casa del Niño.

La moda en esta categoría fue de 0, y significa que el número que se repitió más fue este. La mediana en esta categoría fue de 4, y significa que los datos se distribuyeron por arriba y por debajo de este punto.

La media en esta categoría fue de 4.8, y significa que fue el nivel promedio de depresión, lo que quiere decir que mostraron una depresión ausente o mínima, cuyas características fueron: la persona tiene una aceptable actividad en todas las áreas, está interesada e implicada en una amplia gama de actividades, es socialmente eficaz, generalmente está satisfecha de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

La desviación estándar en esta categoría fue 4.13, y significa que el promedio de desviación de las puntuaciones respecto a la media fue este. La varianza en esta categoría fue 17.1, y significa que el valor de la desviación estándar elevado al cuadrado fue este.

Por otro lado, en lo referente al análisis porcentual de esta categoría, de los 169 estudiantes hombres evaluados en la investigación, 88 no tuvieron diagnóstico de depresión y 81 sí, equivalentes al 52% y 48% respectivamente. La presentación visual de los resultados se presenta en la gráfica 1 (Anexo 2). En estos resultados llama la atención la proximidad a un resultado depresivo positivo en la mitad de los estudiantes hombres evaluados, y si se consideran los cambios ocurridos en lo que Aberastury llamó el síndrome de la adolescencia normal, es decir, los diez síntomas descritos y los tres duelos propios de la adolescencia, es posible considerar que se trata de un resultado esperado, y conjeturar que se trata de un fenómeno normal en la adolescencia, tanto por factores psicológicos, como sociales y culturales.

3.4.2. Depresión en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño.

La moda en esta categoría fue de 3, y significa que el número que se repitió más fue este. La mediana en esta categoría fue de 6, y significa que los datos se distribuyeron por arriba y por debajo de este punto.

La media en esta categoría fue de 7.06, y significa que fue el nivel promedio de depresión, lo que significa que mostraron una depresión leve, cuyas características

fueron: la persona tiene algunas dificultades sociales, laborales o escolares, pero en general funciona bastante bien y puede tener algunas relaciones interpersonales significativas.

La desviación estándar en esta categoría fue 5.44, y significa que el promedio de desviación de las puntuaciones respecto a la media fue este. La varianza en esta categoría fue 29.61, y significa que el valor de la desviación estándar elevado al cuadrado fue este.

Desde otro punto de vista, en lo referente al análisis porcentual de esta categoría, de las 216 estudiantes mujeres evaluadas en el estudio, 85 no tuvieron diagnóstico de depresión y 131 sí, equivalentes al 39% y 61% respectivamente. Los resultados se presentan visualmente en la gráfica 2 (Anexo 3). En estos resultados llama la atención que el resultado depresivo positivo supera la mitad de las estudiantes mujeres evaluadas, y si se consideran los cambios ocurridos en lo que Aberastury llamó el síndrome de la adolescencia normal, es decir, los diez síntomas descritos y los tres duelos propios de la adolescencia, es posible considerar que se trata de un resultado esperado, y conjeturar que se trata de un fenómeno normal en la adolescencia, tanto por factores psicológicos, como sociales y culturales.

3.4.3. Depresión en la totalidad de estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.

La moda en esta categoría fue de 3, y significa que el número que se repitió más fue este. La mediana en esta categoría fue de 5, y significa que los datos se distribuyeron por arriba y por debajo de este punto.

La media en esta categoría fue de 6.11, y significa que fue el nivel promedio de depresión, lo que significa que mostraron una depresión leve, cuyas características fueron: la persona tiene algunas dificultades sociales, laborales o escolares, pero en general funciona bastante bien y puede tener algunas relaciones interpersonales significativas.

La desviación estándar en esta categoría fue 5.02, y significa que el promedio de desviación de las puntuaciones respecto a la media fue este. La varianza en esta categoría fue 25.23, y significa que el valor de la desviación estándar elevado al cuadrado fue este.

Desde otra perspectiva, en lo referente al análisis porcentual de esta categoría, de los 385 estudiantes evaluados en el estudio, 173 no tuvieron diagnóstico de depresión y 212 sí, equivalentes al 45% y 55% respectivamente. Los resultados se presentan en la gráfica 3 (Anexo 4). En este caso, llama la atención que el resultado depresivo positivo supera la mitad de la totalidad de estudiantes evaluados, y si se consideran los cambios ocurridos en lo que Aberastury llamó el síndrome de la adolescencia normal, es posible considerar que se trata de un resultado esperado, y

conjeturar que se trata de un fenómeno normal en la adolescencia, tanto por factores psicológicos, como sociales y culturales.

3.4.4. Comparación de los porcentajes de depresión en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño respecto al porcentaje en México.

Contemplando los resultados referidos en las primeras tres categorías, es posible realizar una comparación más en la presente, empleando los resultados obtenidos por Medina y cols. (2003) en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, donde los niveles de depresión reportados fueron de 3.3% para la población general entre los 15 y 65 años, 1.53% en hombres y 1.77% en mujeres.

Retomando que la población de estudiantes evaluados fue de 385, los que presentaron un diagnóstico positivo de depresión fueron 212, que corresponden al 55% de la población estudiada. Desglosando el resultado anterior, se reportó que hubo 81 hombres y 131 mujeres, que equivalen al 21% y 34% respectivamente, por lo que es posible organizar la información en la tabla 1 (Anexo 5), haciendo la comparación con la población general de México. En estos resultados llama la atención que los resultados en adolescentes, tanto en el porcentaje por sexos como en el porcentaje de la totalidad, son mayores que los porcentajes de la población en México. Si se consideran los cambios ocurridos en lo que Aberastury llamó el síndrome de la adolescencia normal, y se consideran también los cambios descritos por Blos en las diferentes etapas de la adolescencia, es posible considerar que se trata de un

resultado esperado, y conjeturar que se trata de un fenómeno normal en la adolescencia, tanto por factores psicológicos, como sociales y culturales.

El estudio realizado por Medina y cols. (2003), refiere los resultados en porcentajes de la población en México, que cumplen con los criterios diagnósticos de diversos trastornos mentales, incluyendo la depresión, sin embargo, no mencionan parámetros de estadística descriptiva, como medidas de tendencia central, por lo que resulta imposible hacer una comparación para determinar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa mediante pruebas como la t de Student.

3.4.5. Comparación entre el nivel de depresión promedio en estudiantes hombres respecto al nivel de depresión promedio en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del niño.

Para la comparación de la presente categoría se empleó la prueba de t de Student, por lo que se establecieron las siguientes hipótesis:

- H0: La diferencia entre la depresión promedio en hombres y mujeres no es estadísticamente significativa.
- H1: La diferencia entre la depresión promedio en hombres y mujeres es estadísticamente significativa.

El resultado de la fórmula t de Student fue de 4.45.

El resultado de la t de Student de tabla, empleando un valor de $\alpha = 0.05$, fue de 1.645, por lo tanto, dado que el valor de la t de fórmula es mayor que el valor de la t de tabla, se descarta H_0 , es decir, la hipótesis nula, por lo que se concluyó que la diferencia entre la depresión en hombres y mujeres es estadísticamente significativa, y se representa en la gráfica 4 (Anexo 6).

En estos resultados llama la atención que se determinó que la diferencia entre los resultados es estadísticamente significativa, siendo mayor la depresión en mujeres que en hombres. Si se consideran los cambios ocurridos en lo que Aberastury llamó el síndrome de la adolescencia normal, es posible considerar que la adolescencia es un momento de vulnerabilidad para el desarrollo de depresión, y es posible conjeturar que la diferencia observada ocurre por factores tanto psicológicos, como sociales y culturales, como lo es la limitación social en la expresión de emociones, en el caso de los hombres.

3.4.6. Comparación del porcentaje de depresión por nivel en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.

En la presente categoría, los resultados son los siguientes: del 100% de los estudiantes evaluados, 45% tuvieron depresión ausente, 25% depresión leve, 25% depresión moderada y 5% depresión grave. Los resultados se muestran con detalle en la gráfica 5 (Anexo 7). En estos resultados llama la atención que el resultado depresivo negativo o ausente, es mayor que los resultados positivos por separado. Este aspecto no coincide con lo expuesto en el marco teórico, pues se esperaría que el resultado

más frecuente implicara predominio de un diagnóstico positivo. Aun así, y de manera similar que en la categoría 3, si se consideran los diagnósticos positivos como un solo resultado, habría congruencia con la teoría.

CONCLUSIONES

Se establecieron al principio del estudio, los objetivos particulares siguientes, todos dirigidos a la depresión en adolescentes:

El primer objetivo particular fue definir la depresión. Se alcanzó en el capítulo 1, entendiendo la depresión como “síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos” (www.rae.es). También se define como “un estado mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, baja autoestima y autorreproche” (Sadock y Sadock; 2009: 278). Beck (2010) entiende la depresión como una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, donde las ideas y creencias negativas le parecen al individuo una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas o a él mismo, cuando no está deprimido, le parezcan inverosímiles.

El segundo objetivo particular fue clasificar la depresión. En el capítulo 1 se clasificó desde dos criterios: el primero es el propuesto por la APA (2000) a través del DSM-IV TR, donde se clasifica con base en su fisiopatología en unipolares y bipolares. El segundo criterio es el propuesto por Beck (1961) a través del BDI, donde se clasifica por la puntuación obtenida en ausente, leve, moderada o grave.

El tercer objetivo particular fue describir la neurobiología de la depresión. Al respecto, en el capítulo 1 se mencionaron los principales aspectos neurobiológicos,

destacando la participación de las aminas biógenas noradrenalina, serotonina y dopamina, así como de las estructuras cerebrales como la corteza prefrontal, corteza cingulada anterior, hipocampo y amígdala.

El cuarto objetivo particular fue conocer los criterios diagnósticos del DSM IV-TR del episodio depresivo mayor. Para ello, en el capítulo 1 se mencionaron los nueve criterios diagnósticos incluidos en el criterio A, donde se requieren cinco por lo menos durante dos semanas, y uno de ellos debe ser estado de ánimo depresivo o disminución en la capacidad para el placer.

El quinto objetivo particular fue relatar la teoría de la depresión de Beck. En el capítulo 2 se describieron los principales aspectos relacionados, incluyendo la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos, es decir, los errores en el procesamiento de la información.

El sexto objetivo particular consistió en señalar los principales aspectos teóricos de la depresión y de la adolescencia. En este sentido, en el capítulo 2 se mencionaron varias posturas teóricas y autores; desde Freud (2007) la importancia de la ambivalencia en la génesis de la melancolía se genera a partir de un duelo; desde Klein (referida por Segal; 2010) el considerar el desarrollo de la depresión como una angustia específica que es normal y necesaria en el desarrollo de toda persona; desde Blois (1981), las cinco etapas en que divide la adolescencia y los fenómenos específicos de cada una; finalmente desde Aberastury y Knobel (1988) los diez

síntomas del síndrome de adolescencia normal, así como los tres duelos normales por los que el adolescente atraviesa.

El séptimo objetivo particular fue analizar el nivel de depresión promedio de los estudiantes hombres de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México. En el capítulo 3 se obtuvo un resultado de 4.8 como valor promedio, lo que significa que ante la sintomatología depresiva al ser ausente o mínima, la persona tiene una aceptable actividad en todas las áreas, está interesada e implicada en una amplia gama de actividades, es socialmente eficaz, generalmente está satisfecha de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

El octavo objetivo particular fue investigar el nivel de depresión promedio de las estudiantes mujeres de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México. En el capítulo 3 se obtuvo un resultado de 7.06 como valor promedio, lo que significa que ante la sintomatología depresiva, al ser leve, la persona tiene algunas dificultades sociales, laborales o escolares, pero en general funciona bastante bien y puede tener algunas relaciones interpersonales significativas.

El noveno objetivo particular fue identificar el porcentaje de depresión de los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, México. En el capítulo 3 se obtuvo un resultado donde el 55% de la población estudiantil evaluada tuvo un diagnóstico de depresión.

Finalmente, el objetivo general fue determinar el nivel de depresión promedio que presentan los estudiantes de la escuela preparatoria Casa del Niño, de Uruapan,

Michoacán, México, y se alcanzó en el capítulo 3, en análisis e interpretación de resultados, concluyendo que en promedio, los hombres y mujeres muestran una depresión leve, lo que significa que ante la sintomatología depresiva en ese nivel, la persona tiene algunas dificultades sociales, laborales o escolares, pero en general funciona bastante bien y puede tener algunas relaciones interpersonales significativas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A; Knobel, M. (1988)
La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico.
Paidós, Distrito Federal.
- Álvarez-Gayou, J. (2003)
Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología.
Paidós, Distrito Federal.
- American Psychiatric Association (APA). (2000)
DSM-IV TR.
Elsevier Masson, Madrid.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM-IV TR. Breviario. Criterios diagnósticos.
Elsevier Masson, Madrid.
- Apodaca, M. (1991)
Curso Sobre metodología y técnicas de investigación social.
Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal.
- Beck, A; Rush, A; Shaw, B; Emery, G. (2010)
Terapia cognitiva de la depresión.
Descleé de Brouwer, Madrid.
- Blos, P. (1981)
Psicoanálisis de la adolescencia.
Editorial Joaquín Mortiz, Distrito Federal.
- Freud, S. (2007)
Duelo y melancolía.
Ammorortu editores, Buenos Aires.
- Hernández, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista, P. (2010)
Metodología de la investigación
McGraw-Hill, Distrito Federal.
- Rusek, E. (2002)
Buenos consejos. Para quienes quieren investigar el comportamiento humano (sin sufrir).
Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro.
- Sadock, B; Sadock, V. (2009)
Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría.
Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Segal, H. (2010)
Introducción a la obra de Melanie Klein.
Paidós, Distrito Federal.

MESOGRAFÍA

- Addington, D.; Addington, J.; Schissel, B. (1990)
“A depression rating scale for schizophrenics”
Schizophrenia research. Vol. 3. No. 4. Págs.: 247 – 251
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2278986>
- Alexopoulos, G. Abrams, R. C.; Young, R.C.; Shamoian, C.A. (1988)
“Cornell scale for depression in dementia”
Biological psychiatry. Vol. 23. No 3. Págs.: 271 – 284
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3337862>
- Bech, P.; Rafaelsen, J. (1980)
“The use of rating scale exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scale”
Acta psychiatrica scandinavica. Vol. 62. No. 285. Págs.: 128 – 131
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1980.tb07683.x/abstract>
- Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961)
“An inventory for measuring depression”
Archives of general psychiatry. Vol. 4. Págs.: 561 – 571
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Brink, T.; Rose, T.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M.; Leirer, V. (1982)
“Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report”
Journal of psychiatric research. Vol. 17. No. 1. Págs.: 37 – 49
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>
- Cox, J.; Holden, J.; Sagovsky, R. (1987)
“Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale”
British journal of psychiatry. Vol. 150. Págs.: 782 – 786
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
- Flores, R.; Jiménez, S.; Pérez, S.; Ramírez, P.; Vega, C. (2007)
“Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios”
Revista electrónica de psicología Iztacala. Vol. 10. No. 2. Págs.: 94 – 105
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6V10N2jun07.pdf>

González, M.; Hernández, R.; García, J. (2009)
“Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México”
Revista panamericana de salud pública. Vol. 25. No. 2. Págs.: 141 – 145
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a07.pdf>

Hamilton, M. (1960)
“A rating scale for depression”
Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. Vol. 23. Págs.: 56 – 62
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14399272>

Jurado, S.; Villegas, M.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, V.; Varela, R. (1998)
“La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México”
Salud mental. Vol. 21. No. 3. Págs.: 26-31
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11318&id_seccion=3&id_ejemplar=1169&id_revista=1

Medina, M.; Borges, G.; Lara, C.; Benjet, C.; Blanco, J.; Fleiz, C.; Villatoro, J.; Rojas, E.; Zambrano, J.; Casanova, L.; Aguilar, S. (2003)
“Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México”
Salud mental. Vol. 26. No. 4. Págs.: 1-16
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
<http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2003/Prevalencia%20de%20trast.%20ment.%20y%20uso%20de%20serv.2003.pdf>

Montgomery, S.; Asberg, M. (1979)
“A new depression scale designed to be sensitive to change”
British journal of psychiatry. Vol. 134. Págs.: 382 - 389
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/444788>

Rosales, J.; Gallardo, R.; Conde, J. (2005)
“Prevalencia de episodio depresivo mayor en los médicos residentes del hospital Juárez de México”
Revista de especialidades médico – quirúrgicas. Vol. 10. No. 1. Págs.: 25 – 36
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2005/rmq051e.pdf>

Sanz, J.; Vázquez, C. (1998)
“Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck”
Psicothema. Vol. 10. No. 2. Págs.: 310 – 318
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=167>

Zigmond, A.; Snaith, R. (1983)
“The hospital anxiety and depression scale”
Acta psychiatrica scandinavica. Vol. 67. No. 6. Págs.: 361 – 370

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
Zung, W. (1965)
“A self-rating depression scale”
Archives of general psychiatry. Vol. 12. Págs.: 63 – 70
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14221692>

<http://casadelnino.edu.mx/historia.html>

<http://lema.rae.es/drae/?val=depression>

ANEXO 1

Formato del BDI empleado.

COLEGIO CASA DEL NIÑO

ESCUELA PREPARATORIA

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario en el que hay un grupo de afirmaciones. Por favor, lee íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoge la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que te sientes hoy, es decir, actualmente. Haz una cruz en el círculo de la afirmación que hayas escogido.

La participación es anónima, solamente encierra cuál es tu sexo: FEMENINO MASCULINO

<input type="radio"/>	No me encuentro triste.
<input type="radio"/>	Me siento triste.
<input type="radio"/>	Constantemente me siento triste y no puedo superarlo.
<input type="radio"/>	Me siento tan triste o infeliz que no puedo superarlo.
<input type="radio"/>	No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.
<input type="radio"/>	Me siento desanimado respecto al futuro.
<input type="radio"/>	No tengo nada que esperar del futuro.
<input type="radio"/>	No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.
<input type="radio"/>	No me siento fracasado.
<input type="radio"/>	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
<input type="radio"/>	Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos.
<input type="radio"/>	Creo que como persona soy un completo fracasado.
<input type="radio"/>	No estoy particularmente descontento.
<input type="radio"/>	No disfruto de las cosas como antes.
<input type="radio"/>	No encuentro satisfacción en nada.
<input type="radio"/>	Me siento descontento de todo.
<input type="radio"/>	No me siento particularmente culpable.
<input type="radio"/>	Me siento malo o indigno muchas veces.
<input type="radio"/>	Me siento culpable.
<input type="radio"/>	Pienso que soy muy malo e indigno.
<input type="radio"/>	No me siento decepcionado conmigo mismo.
<input type="radio"/>	Estoy decepcionado conmigo mismo.
<input type="radio"/>	Estoy disgustado conmigo mismo.
<input type="radio"/>	Me odio.

<ul style="list-style-type: none"> ○ No tengo pensamientos de dañarme. ○ Creo que estaría mejor muerto. ○ Tengo planes precisos para suicidarme. ○ Me mataría si tuviera la ocasión.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés por los demás. ○ Estoy menos interesado en los demás que antes. ○ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos. ○ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes. ○ Trato de no tener que tomar decisiones. ○ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones. ○ Ya no puedo tomar decisiones.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo que mi aspecto haya empeorado. ○ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo. ○ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo. ○ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Puedo trabajar igual de bien que antes. ○ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo. ○ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa. ○ No puedo realizar ningún trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No me canso más que antes. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso por cualquier cosa. ○ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no es peor de lo normal. ○ Mi apetito no es tan bueno como antes. ○ Mi apetito es ahora mucho peor. ○ He perdido el apetito

Gracias por tu participación.

Gráfica 1

Depresión en estudiantes hombres de la preparatoria Casa del Niño



Gráfica 1: Depresión en estudiantes hombres de la preparatoria Casa del Niño.

Gráfica 2

Depresión en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño



Gráfica 2: Depresión en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño.

Gráfica 3

Depresión en la totalidad de estudiantes de la preparatoria Casa del Niño



Gráfica 3: Depresión en la totalidad de estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.

Tabla 1

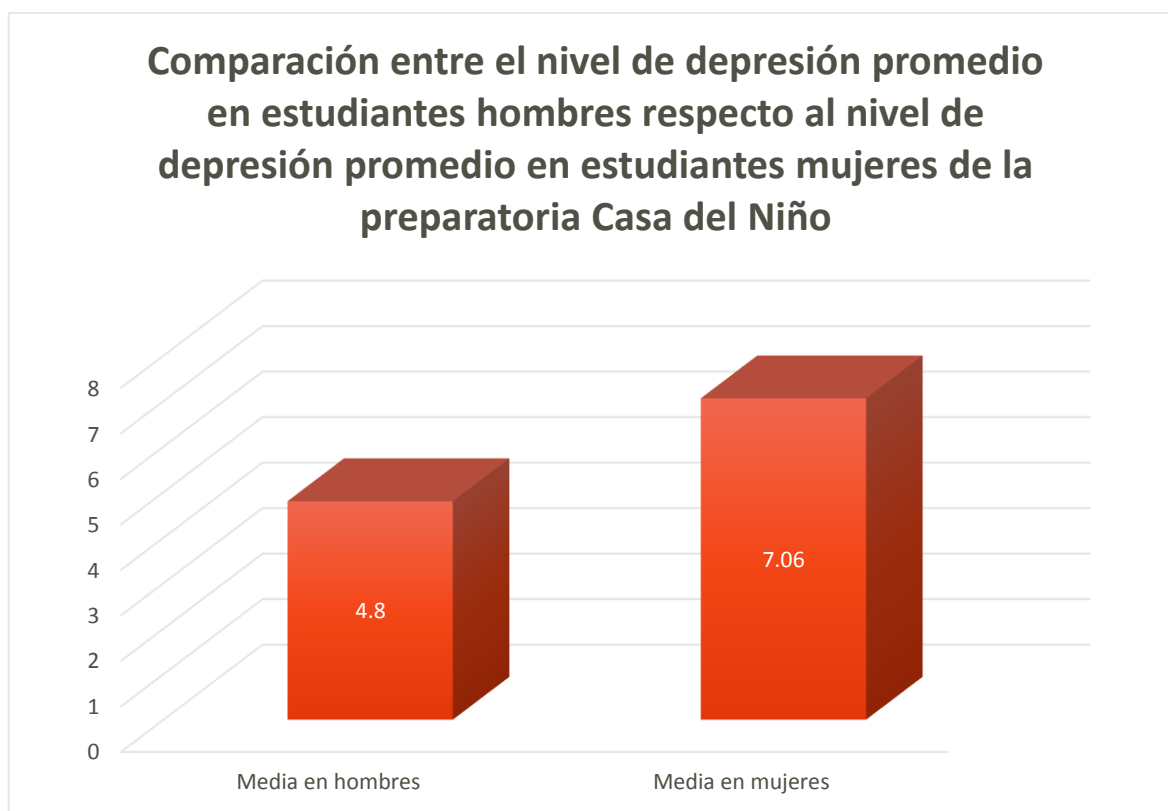
Comparación de los porcentajes de depresión en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño respecto al porcentaje en México

Personas con depresión / Población evaluada	Casa del niño	México
Porcentaje de hombres	21%	1.53%
Porcentaje de mujeres	34%	1.77%
Porcentaje de la totalidad	55%	3.3%

Tabla 1: Comparación de los porcentajes de depresión en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño respecto al porcentaje en México

Gráfica 4

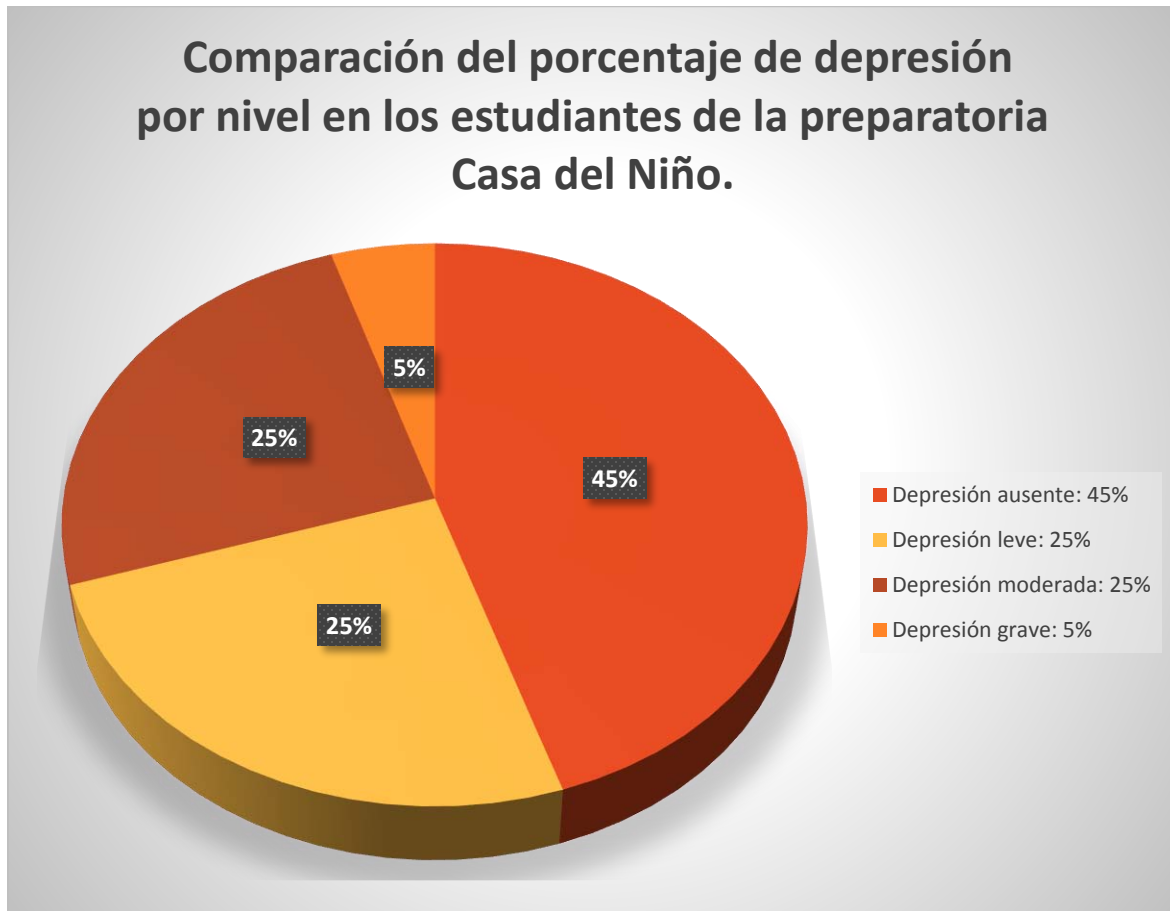
Comparación entre el nivel de depresión promedio en estudiantes hombres respecto al nivel de depresión promedio en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño



Gráfica 4: Comparación entre el nivel de depresión promedio en estudiantes hombres respecto al nivel de depresión promedio en estudiantes mujeres de la preparatoria Casa del Niño.

Gráfica 5

Comparación del porcentaje de depresión por nivel en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño



Gráfica 5: Comparación del porcentaje de depresión por nivel en los estudiantes de la preparatoria Casa del Niño.