

UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO DE DIPLOMA

**ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO Y EXPRESION DE
LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS
DE APRENDIZAJE**

DIPLOMANTE: KARINA GIRALDO BUSTOS

TUTOR: DR. C LUIS FELIPE HERRERA JIMENEZ

SANTA CLARA, CUBA

CURSO 2006-2007



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general: caracterizar las manifestaciones de la depresión en un grupo de adolescentes con dificultades para aprender comprendidos entre las edades de once y doce años de edad.

La muestra estuvo integrada por 50 estudiantes de quinto y sexto grado, 25 correspondientes a la escuela especial Mariano Clemente Prado identificados como el grupo estudio y 25 integrantes de la escuela Marcelo Salado Lastra como el grupo testigo, ambas instituciones localizadas en la Ciudad de Santa Clara.

La información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación se obtuvo mediante la aplicación de diferentes técnicas como: Análisis psicológico de los datos de la historia vital, entrevista psicológica semiestructurada a adolescentes, padres y profesores guías, Inventario diagnóstico para evaluar la Depresión como rasgo y estado (IDERE), Escala de autovaloración de Dembo-Rubinstein, Cuestionario de autoestima, Escala de Síntomas Depresivos de M.M. Casullo, Cuestionario de Aislamiento y Soledad de M.M. Casullo, Inventario de Problemas Juveniles, Prueba de Zung y Conde y el Inventario de Beck. Los datos obtenidos fueron procesados de forma cuantitativa con sus correspondientes valoraciones cualitativas. En este proceso de análisis de la información se emplearon programas estadísticos contenidos en el SPSS/PC.

Se comprobó la existencia de síntomas depresivos en los adolescentes con dificultades para aprender que los diferencian significativamente de sus pares con buen aprovechamiento escolar. Entre estos síntomas se notaron afectaciones anímicas, interpersonales, motivacionales, cognitivas y físicas. Llama la atención la existencia de familias monoparentales y generacionales donde priman los estilos educativos inadecuados en los adolescentes del grupo estudio. También se notaron manifestaciones de depresión en muchos miembros del grupo testigo. Por último se ofrecen conclusiones y recomendaciones que pueden ser de interés para los profesionales vinculados con la educación y atención sanitaria de los adolescentes con dificultades para aprender.

Palabras claves: Depresión, adolescentes, dificultades para aprender.



INDICE

	Pág.
Introducción	1
Capítulo I. Fundamentación teórica	6
Capítulo II. Metodología	40
Estrategia general de trabajo	40
Descripción de la muestra	40
Criterios de inclusión	41
Criterios de exclusión	41
Criterios de eliminación	41
Descripción de las técnicas empleadas	43
Capítulo III. Análisis de los resultados	55
Análisis de los resultados obtenidos según la técnica empleada	55
Análisis estadístico matemático de los resultados	71
Análisis integral de los resultados	77
Conclusiones	
Recomendaciones	
Bibliografía	
Anexos	



INTRODUCCION

En la actualidad se ha incrementado la preocupación por estudiar las cuestiones que afectan a la adolescencia en la mayoría de las naciones del mundo, resultando un tema central en muchos eventos y forum científicos internacionales la problemática de las adicciones, la violencia, la agresividad y conductas antisociales, el embarazo precoz, las enfermedades de transmisión sexual y los problemas de salud mental entre muchachas y muchachos que no han arribado a los veinte años. Estas preocupaciones han rebasado el contexto del marco escolar y medio familiar para convertirse en una preocupación de alcance social que de no atenderse puede dejar secuelas de gran impacto a nivel comunitario.

La adolescencia (del latín *adolescere*: desarrollarse), no sólo es una fase en el desarrollo psíquico del individuo, hacia una supuesta madurez, sino también una transformación en algo nuevo que conserva en sí lo pasado: nunca desaparece la infancia, como nunca se accede a una madurez absoluta. La adolescencia consiste más en un proceso, en una etapa de transición que en un estadio con límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Sin embargo, aunque estos cambios pueden ser tan importantes para el propio desarrollo volitivo del ser humano, pueden encontrarse acompañados de algunas dificultades que pueden ser o no típicas de la edad como por ejemplo afectaciones emocionales tales como la depresión que acarrear preocupaciones tanto para el propio individuo como para la sociedad que gira en torno a él.

Este ha sido uno de los fenómenos más estudiados y no por eso, mejor comprendidos. Una de las fuentes de confusión que suele influir en las discusiones sobre este tópico se encuentra en el hecho de que el término tiene significados distintos en diferentes campos, como por ejemplo en la neurofisiología, la farmacología, la psiquiatría y la psicología. De hecho, en una misma disciplina como la psicopatología, la palabra depresión suele usarse



indistintamente para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma y a un síndrome.

Las dificultades emocionales tales como la depresión en los escolares constituyen un serio y difícil problema tanto para la educación y la salud mental de los estudiantes como para los padres cuyos hijos no logran en la escuela un rendimiento acorde con sus esfuerzos y expectativas. La mayoría de los alumnos que presentan dificultades emocionales y conductuales poseen leves alteraciones en su desarrollo cognitivo, psicomotor o emocional, sin que, por lo general, puedan ser asignados a categorías diagnósticas específicas tales como retardo mental, síndrome de déficit atencional o trastornos específicos del aprendizaje.

La duración, la frecuencia y la intensidad con que ocurre la manifestación emocional son algunos de los elementos que permiten concluir que el alumno presenta un problema.

Cada estudiante presenta características cognitivo-afectivas y conductuales distintas, y las escuelas a nivel mundial, en general, otorgan una enseñanza destinada a niños “normales” o “promedio” que prácticamente no presentan diferencias entre sí y que no muestran alteración, desviación, déficit o lentitud en ningún aspecto de su desarrollo. Esto provoca que todos los niños que por alguna razón se desvían o alejan de este “promedio” están en riesgo de bajo rendimiento y de fracaso escolar. Un estudiante en riesgo no significa que sea retrasado o que tenga alguna incapacidad. La designación “en riesgo” se refiere a características personales o a circunstancias del medio escolar, familiar o social que lo predisponen a experiencias negativas tales como deserción, bajo rendimiento, trastornos emocionales, alteraciones de la conducta, drogadicción, etc. Es por esta razón, que se resalta la importantísima labor que se desarrolla a nivel nacional con respecto a la educación diferenciada acorde a las propias capacidades y habilidades de todos y cada uno de los escolares.

Sin embargo, en la actualidad son más reiterados los casos que se presentan en las escuelas de enseñanza especial, presentando cada vez mayor número de



alumnos en sus aulas, dificultando de esta manera la posibilidad de acudir oportunamente a las necesidades que demandan los estudiantes en su esfera afectiva, así como generalmente se realiza a nivel educativo, logrando con ello la desestimación de factores de riesgo de este tipo tanto en dichos escolares, como en la propia institución de enseñanza.

Los factores de riesgo del estudiante incluyen déficits cognitivos, del lenguaje, atención lábil, escasas habilidades sociales y problemas emocionales y de la conducta. Los factores de riesgo de la escuela se refieren a aquellas características y circunstancias específicas ligadas a los docentes y administrativos como los prejuicios y las bajas expectativas de rendimiento, la inhabilidad para modificar el currículo, la falta de recursos y la carencia de estrategias de enseñanza adecuadas, la estructura, el clima organizacional y los valores del sistema escolar.

Hoy en día, muchos escolares presentan bajo rendimiento, perturbaciones conductuales y emocionales. Muchos de ellos no reciben la ayuda profesional que necesitan ni dentro ni fuera del ámbito escolar. Estos problemas de rendimiento, de conducta y emocionales cuando no son tratados, no sólo provocan problemas en el aprendizaje de estos estudiantes, sino además afectan la capacidad de los profesores para enseñar y la de sus compañeros para aprender, lo que hace sentir a muchos maestros sobrepasados por las alteraciones emocionales que estos alumnos presentan en clases.

Muchas veces el reconocer un problema puede ser considerado como admitir una falla en el sistema escolar, especialmente si la escuela no está preparada y no tiene ni la organización ni el apoyo de profesionales para enfrentar al alumno con problemas de esta índole.

En algunos casos, el profesor puede considerar el problema como “propio del niño” y, por lo tanto, la responsabilidad de la dificultad emocional recae sobre el propio estudiante. De acuerdo a esta perspectiva, el profesor no cree que su metodología de enseñanza exacerba aún más la perturbación que el alumno



presenta. Asimismo, si el profesor estima que es el resultado de alguna dificultad en el hogar del estudiante, va a tener bajas expectativas sobre su rendimiento escolar.

Los padres y profesores comparten la preocupación por la alteración emocional que el alumno presenta. Si bien no se debe exagerar ante un problema de estado de ánimo, tampoco debe minimizarse ya que, en general, son el extremo más visible de los alumnos con problemas para aprender. Los padres inevitablemente se preocupan por la manera en que el hijo se comporta y esta preocupación se complica con sentimientos de frustración y rabia cuando el progreso escolar es lento o es escaso y las críticas de otros padres y de algunos profesores aumentan.

Los problemas emocionales son citados tanto como complicaciones secundarios de los trastornos del aprendizaje como en la etiología de los mismos. De tal manera que generalmente un alumno que presenta alteraciones conductuales y emocionales sufre también de cierta dificultad para aprender que puede tener distintas etiologías. Dentro de este contexto, es posible confundir las diferencias en el desarrollo psíquico individual con patologías o trastornos. Existen, además, variadas manifestaciones del desarrollo psíquico que varían de lo que se considera "normal" originadas por la vida en extrema pobreza, en carencias afectivo-familiares y/o en la falta de incentivos para aprender que no necesariamente se traducen en patologías pero que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar.

Es así pues, que esta problemática se constituye como una emergencia en tanto se tratan de distintas capacidades emocionales de los escolares que reflejan importantes diferencias entre su adaptación y desarrollo. Los menores no solo desarrollan capacidades y estrategias adecuadas a través de un rango de afectos, sino que también aprenden a confiar en su experiencia emocional para enfrentar los avatares de la vida.



La novedad teórica de la presente investigación radica en además de ofrecer una caracterización general de la adolescencia como parte importante del ciclo vital humano y aportar datos de interés teórico sobre los problemas de aprendizaje en la edad escolar, ofrece un minucioso detalle con respecto a la depresión y sus particularidades en adolescentes con dificultad para aprender. Además se exponen investigaciones que confirman la implicación de los factores afectivos además de los cognitivos en las dificultades en el aprendizaje.

En el orden práctico la investigación ofrece una visión amplia de los problemas de aprendizaje propiamente dichos, sin embargo, estos no deben ser analizados desde lo puramente cognitivo en los escolares, pues como se ha demostrado, los factores anímicos pueden influir de manera directa en el rendimiento escolar de cada uno de los estudiantes. Por lo tanto, su diagnóstico e intervención debe ser referida en ambas líneas.

Teniendo en cuenta cada uno de los aspectos mencionados, se constituye como problema científico de nuestra investigación:

- ¿Cómo se manifiesta la depresión en adolescentes con dificultades para aprender?.



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Comprender la adolescencia como una etapa de cambios importantes y trascendentales para el ser humano resulta indispensable, sin embargo por sus propias características es posible encontrarse con erróneas representaciones sobre su normal desarrollo y específicamente cuando se refiere a las variabilidades que se manifiestan con gran ímpetu en la esfera afectiva, trayendo consigo un manejo inadecuado tanto en el contexto familiar como en el contexto educativo y aún más cuando se puntualiza en adolescentes que expresan dificultades en el aprendizaje ya que se consolidan todos los esfuerzos pedagógicos y sociales en soslayar estos déficit intelectuales, subestimando de esta manera la repercusión de la afectividad como posible causa y/o consecuencia de los mismos.

La adolescencia es una etapa que se presenta con características bien definidas en el gradual desarrollo del hombre, aparece como un salto importante entre la infancia y la adultez; para algunos autores, la adolescencia se considera como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los problemas de ser en función de sí mismos y en relación a su grupo familiar, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano.

Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y estatus social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta. (Hamel y Cols. 1985).

De esta forma podría decirse que el intervalo temporal en que transcurre comienza a los 11-12 años y se extiende hasta los 18-20. Sin embargo no se



puede equiparar a un niño de 13 con uno de 18 años; por ello se habla de “adolescencia temprana” entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego de un segundo periodo de “juventud” o “adolescencia tardía” entre los 15-20 años; su prolongación hasta llegar a la adultez, dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal. (Marquez L., Phillippi A. 1995).

Las modificaciones cardinales en la estructura de la personalidad del adolescente están determinadas por el cambio cualitativo en el desarrollo de la autoconciencia, debido al cual se perturba la relación anterior entre el niño y el medio. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es el surgimiento en él de la noción que ya no es un niño (se siente adulto); el aspecto activo de esta noción se manifiesta en la tendencia a ser y a considerarse adulto. Lo singular de esta característica reside en que el adolescente rechaza su pertenencia a los niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto, aunque tiende a ello y necesita que los demás lo reconozcan como tal. (Petrovsky, A.)

La sensación de la propia adultez puede surgir desde la iniciación de la maduración sexual. La adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente. Este tipo de cambios pueden modificar de manera precisa la integración del adolescente con sus coetáneos y con el sexo opuesto pareciendo así ser más maduras ciertas características de la personalidad pudiendo demostrar, mayor preocupación por su peso, talla y rasgos faciales dados por los cambios físicos que se denotan con mayor énfasis durante esta etapa.

Muchos de los cambios físicos de la adolescencia son tan repentinos y notables, que varones y mujeres adquieren de ellos una aguda conciencia. Aunque en años anteriores los niños se mostraban perfectamente indiferentes en lo relativo a su aspecto personal, actualmente comienzan a visualizarlo con y sin ayuda del espejo. (Gesell, A. 1963)



Felizmente en algunos aspectos del tamaño corporal y las desproporciones físicas, las tendencias del crecimiento son previsiblemente favorables, ofreciendo buenas razones para tranquilizarlo. El yo es tanto somático como psicológico. Los sentimientos relativos al yo nos demuestran suficientemente que mente y cuerpo constituyen dos facetas distintas de un mismo proceso evolutivo. (Gesell, A. 1963).

Este período de la vida humana es de rápido e intenso crecimiento físico acompañado de profundos cambios en la economía entera del organismo. En el ritmo y grado de estos cambios se observan amplias variaciones individuales, pero el orden sucesivo en que ocurren es relativamente consecuente en ambos sexos. El individuo tiende a mostrarse fiel a su constitución genética, determinada básicamente por los genes. Ni siquiera las hormonas, que desempeñan su complejo papel, inician en realidad las transformaciones metabólicas; simplemente alteran la velocidad con que se producen los cambios.

De los cinco a los diez años el ritmo de las transformaciones anatómicas y fisiológicas es relativamente gradual. El aumento de estatura se produce según una línea ligeramente ascendente, hasta que, de pronto, se observa un súbito estirón en las niñas (de diez a once años) y luego en los varones (de doce a trece). Este aumento repentino se halla íntimamente relacionado con la aparición de la pubescencia y con la regulación endocrina de las estructuras y funciones genitales. La menarquia (primera menstruación) se produce por lo común entre los doce y trece años. La primera eyaculación (emisión seminal) ocurre generalmente entre los trece y catorce años.

El organismo entero se halla involucrado en extensas transformaciones, entre las que se cuentan las siguientes: aumento del apetito y de la ingestión de alimentos; de la energía muscular con una duplicación de las fuerzas de los diez a los dieciséis años; aumento de la adiposidad puberal; modificaciones de la conformidad corporal (ensanchamiento de la pelvis en las mujeres y de los hombros en los varones); modificaciones de la fisonomía provenientes de la aceleración del crecimiento de los segmentos superiores del rostro; aumento de la



presión sanguínea; aceleración del pulso y de la respiración, seguida luego de cierta disminución, hasta situarse dentro de una línea mayor de estabilidad; cambio de voz; cambios neurales y bioquímicos evidenciados en la mayor actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas; mayor predisposición al acné y demás reacciones epidérmicas (granitos, pústulas, puntos negros, ronchas).

A los síntomas físicos del crecimiento que acabamos de mencionar podríamos agregar una formidable lista de válvulas de escape de la tensión. Estas válvulas tienden a variar en intensidad y configuración en los diferentes niveles cronológicos, de la manera siguiente: movimiento general del cuerpo, golpes en el suelo con los pies, inspiraciones ruidosas por la nariz y visajes, a los once años; balanceo y vaivén a los doce; a los trece, el sujeto se rasca la cabeza; a los quince se saca la cutícula, hace movimientos nerviosos con el cuerpo y hace sonar los nudillos. Estas válvulas de escape suelen ser pasajeras. Pueden hallarse relacionadas con la fatiga o bien pueden derivar de ciertos tics de la conducta infantil. En su mayoría son relativamente benignas, a menos que se hallen vinculadas con complicaciones emocionales de profundo arraigo. (Gesell, A. 1963).

Son precisamente estos cambios eminentemente objetivos, que hacen que el adolescente comience a tener plena conciencia de que está experimentando nuevas transformaciones hacia la vida adulta.

Otras fuentes del sentimiento de adultez son sociales. Puede surgir cuando en las relaciones con los adultos, el adolescente objetivamente no ocupa la posición de niño, participa en el trabajo y tiene obligaciones importantes. Una temprana independencia y la confianza de quienes lo rodean hacen del niño un adulto no sólo en el plano social, sino también en lo subjetivo. El adolescente también comienza a sentirse adulto en caso de que quienes él considera mucho mayores lo traten como a un igual. La misma sensación puede nacer como resultado de que el adolescente establezca la similitud entre él y una persona a la que considera adulta, según uno o varios parámetros (en conocimientos, en la fuerza, la viveza, la valentía).



Esta nueva formación de la autoconciencia es la principal peculiaridad de la personalidad, su centro estructural, porque expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones, vivencias y reacciones afectivas. La actividad social específica del adolescente consiste en una gran receptividad para asimilar las normas, los valores y las formas de conducta que existen en el mundo de los adultos y en sus relaciones. Esto tiene consecuencias muy trascendentes porque los adultos y los niños constituyen dos grupos distintos y tienen distintas obligaciones, derechos y privilegios. (Petrovsky, A.)

La equiparación del adolescente a las personas mayores se evidencia en el afán de parecerse a ellas exteriormente, de incorporarse a algunos aspectos de su vida y actividad, de adquirir sus cualidades, aptitudes, derechos y privilegios, por los demás sobre todo aquellos en los que muestra más visiblemente la diferencia de los adultos y sus ventajas con respecto a los niños.

Además existe la formación de un nuevo tipo de interrelaciones con los adultos. La pretensión del adolescente en materia de nuevos derechos se extiende principalmente a toda la esfera de las relaciones con los adultos. Comienza a resistirse a las exigencias que antes cumplían de buen grado; se ofende y protesta cuando limitan su independencia y, en general, cuando lo protegen, dirigen, controlan, le exigen obediencia, lo castigan, no consideran sus intereses, relaciones, opiniones, etcétera. Limita los derechos de los adultos, pero amplía los suyos propios y pretende que se respete su personalidad y su dignidad humana, se le tenga confianza y aumente su independencia, es decir, aspira a cierta igualdad de derechos con los adultos y se esfuerza por lograr que éstos lo admitan así. (Petrovsky, A.)

Con respecto a la relación del adolescente con sus coetáneos, puede decirse que se corresponde al contenido ético del sentimiento de su propia adultez. Los cambios específicos que se operan en el desarrollo al comenzar la adolescencia determinan una semejanza de fondo entre los adolescentes en cuanto a nuevas



necesidades, aspiraciones, vivencias, exigencias con respecto a los adultos y a los compañeros. A partir de los 8 años es lo “extremo de la personalidad” lo que motiva las simpatías. Desde los 10 años las motivaciones tienen en cuenta preferentemente la conducta del individuo frente al grupo (por ejemplo ser buen compañero). A partir de los 11-13 años la elección de compañeros se basa sobretodo en aspectos individuales del carácter. La simpatía en el momento de la adolescencia se dirige cada vez más hacia la personalidad total del otro; y tiene en cuenta, sobretodo, las cualidades afectivas del otro. (Gesell, A. 1963)

Con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, que de hecho se hace capaz de vivir la amistad dado que tiene la capacidad de sociabilidad.

En la sensibilidad social se distingue entre: sensibilidad ante la persona, y la sensibilidad a las normas del grupo. Son estos dos aspectos los que se manifiestan en las relaciones con los otros, como más característicos en la adolescencia. La amistad juvenil permite que se tome conciencia de la realidad del otro, se forman actitudes sociales, se toma experiencia en las relaciones interpersonales. Si las amistades juveniles contribuyen a un aprendizaje de las relaciones interpersonales, el pertenecer a un grupo o a una banda puede aparecer como un aprendizaje de la vida en sociedad.

La influencia del grupo de iguales parece decisiva en la adolescencia, en cuanto al sentimiento de pertenencia a un grupo y a la identificación con las actividades propias de ese grupo, como son diversiones, gustos, forma de vestir, música,... Estas influencias se complementan con las ejercidas por los padres en temas relacionados con valores, estudios, futuro, etc.

Por tanto en este periodo el grupo de iguales cumple un importante papel porque proporciona un entorno en el que los adolescentes ven reforzada su autoestima, en el que pueden experimentar y practicar su nuevo rol, compartir sus nuevos



intereses, así como también aprender nuevas habilidades para relacionarse. Este contexto (grupo de iguales) representa además un microsistema relacional estable en un periodo de cambio, que les sirve de referencia en su búsqueda de autonomía e identidad.

Durante esta época el desarrollo de las facultades cognoscitivas del adolescente le permite constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo. A esta edad se encuentra más preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres. (Rivero, C. 2000).

El aprendizaje infantil prepara al individuo para afrontar la adolescencia. Si han aprendido en independencia, autonomía, iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades estará más preparado para afrontar los retos que la adolescencia les va a plantear. Por lo tanto su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado.

En función del desarrollo cognitivo, durante esta etapa no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Jean Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva.

El adolescente de pensamiento formal tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones en vez de objetos concretos únicamente (pensamiento proposicional). Es capaz de entender plenamente, y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y las críticas literarias, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía y moral, en las que son abordados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad. Desarrolla estrategias de pensamiento hipotético-deductivas, es decir, ante un problema o situación actúa elaborando hipótesis (posibles explicaciones con condiciones supuestas), que después



comprobará si se confirman o se refutan. Puede manejar las hipótesis de manera simultánea o sucesiva, y trabajar con una o varias de ellas.

La comprobación de las hipótesis exige la aplicación del razonamiento deductivo: capacidad de comprobar sistemáticamente cada una de las hipótesis establecidas, después de seleccionarlas y analizarlas. (Márquez L., Phillippi A., 1995 y Coleman J., 1980)

Durante la adolescencia el lenguaje continúa desarrollándose teniendo un mayor dominio de las estructuras sintácticas, frases más largas, incremento del vocabulario y uso de terminología más abstracta. Conjuntamente con esto, se va desarrollando un nivel de abstracción mayor, que facilita el desarrollo del pensamiento formal. (Piaget, J., 1972)

Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación que ha recibido. (Hamel y Cols. 1985)

En relación con lo anterior, la asimilación de los conocimientos escolares no son entonces, sólo un proceso de enseñanza, sino también un proceso complejo de educación, directamente relacionado con la formación de la personalidad del escolar. He aquí por que es importante comprender la especificidad de la asimilación de los conocimientos en los grados medios, para poder aclarar la influencia que esta ejerce en la formación de la personalidad del adolescente.

Sin embargo, ante dichas condiciones pueden existir ciertos desórdenes que son intrínsecos al menor, presuntamente causados por un disfuncionamiento del sistema nervioso central, manifestándose de esta manera, dificultades persistentes en la adquisición y en la utilización de la escucha, de la palabra, de la lectura, de la escritura, del razonamiento o de las matemáticas, o de habilidades



sociales, constituyéndose así en un término genérico de las dificultades de aprendizaje. (National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD). 1987).

Aunque una dificultad de aprendizaje puede manifestarse en concomitancia con otras condiciones que producen handicaps (por ejemplo las deficiencias sensoriales, el retraso mental, las perturbaciones sociales o emocionales), con otras influencias socioambientales (por ejemplo, las diferencias culturales, una instrucción insuficiente o inapropiada, factores psicogenéticos) y particularmente con una perturbación en la atención, que pueden todas ellas causar dificultades en el aprendizaje, estas no son la consecuencia directa de estas condiciones o influencias (J.P: Brunet, 1998).

En relación con los factores que pueden provocar dificultades en el aprendizaje, debemos enfatizar que estos son múltiples y generalmente actúan de forma combinada.

El sujeto al nacer debe venir dotado de una estructura anátomo-funcional sana, pero el sistema nervioso central muy especialmente requiere de una estimulación ambiental para completar su desarrollo. Por ejemplo no es posible el desarrollo del lenguaje, al no existir el estímulo verbal, aunque los órganos que intervienen en la recepción y emisión del lenguaje estén intactos. Tampoco desarrolla las cualidades perceptivas si sobre él no actúan un conjunto de estímulos visuales, auditivos, cenestésicos desde su nacimiento.

Las dificultades en el aprendizaje se explican por el pobre desarrollo que presentan en sus diferentes procesos psíquicos: percepción, memoria, lenguaje, pensamiento, emociones, motivos, intereses. Al comenzar en la escuela no han alcanzado la maduración necesaria de toda su actividad psíquica que le permita responder con éxito a las exigencias del programa escolar. Presentan una percepción inexacta, poco diferenciadora. Su vocabulario es muy limitado en el orden cuantitativo y cualitativo. Hay disminución de la productividad de la memoria por los trastornos de la atención y escasos recursos para la



memorización. Generalmente su pensamiento funciona a nivel concreto situacional.

El factor anterior no pocas veces se une al llamado abandono pedagógico, que a su vez se combina con frecuencia al abandono sociofamiliar.

Regularmente el niño que no aprende al ritmo de la media del grupo, o mantiene una conducta que molesta e interfiere la disciplina escolar, o se muestra muy inhibido se deja a su suerte. Pocas veces se les manda a participar en clases, no se atienden adecuadamente sus dificultades, no se le asignan tareas diferenciadas ni se da atención individual según sus necesidades. Ante este tratamiento pedagógico estos escolares poco a poco se van incorporando al grupo de niños con dificultades en el aprendizaje, provocado y agravado por el abandono pedagógico.

Los menores con dificultades para aprender son aquellos que tienen resultados académicos por debajo de la norma expresados en la suspensión de tres asignaturas o más, pero sin embargo logran marchar a la par de sus compañeros de grado por lo que cursan estudios en la misma enseñanza que sus coetáneos.

Lo más peligroso en el intento de caracterización de los individuos con dificultades en el aprendizaje es tratar de elaborar un patrón universal de sus características, sin tener en cuenta que cada niño de esta categoría constituye una variante diferente y típica de la dinámica entre los factores biológicos, psíquicos y ambientales que se expresan en el aprendizaje. No obstante se constata que existen afectaciones comunes en las esferas psicológicas y pedagógicas que permiten estructurar una caracterización general.

Las características fundamentales de los menores con dificultades del aprendizaje son las siguientes:



- Fracaso escolar: Los niños con dificultades en el aprendizaje no pueden seguir con éxito el curso regular de los estudios, sino que necesitan un reajuste curricular. Las dificultades que experimentan pueden ser específicas o generalizadas.
- Insuficiente desarrollo de los procesos cognoscitivos: los trabajos básicos en este campo hablan a favor de unos y otros déficit en los diferentes procesos cognoscitivos pero no permiten la creación de modelos que faciliten una comprensión mas profunda de las insuficiencias cognoscitivas que presentan los menores con dificultades en el aprendizaje.
- Inmadurez en la esfera afectiva: estas alteraciones son el resultado en numerosas ocasiones de las frustraciones y el fracaso permanente en la actividad escolar.

Por ejemplo: Los menores de edad escolar necesitan de reconocimiento de los adultos que lo rodean, necesitan de la aprobación de sus compañeros, necesitan probarse a si mismos que son capaces de realizar con éxito determinadas tareas. Estos menores raramente logran satisfacer estas necesidades. Cuando el menor no tiene éxito en la actividad escolar puede refugiarse en la realización de otras actividades en las cuales él puede satisfacer sus necesidades de aceptación y aprobación y en los cuales él puede demostrarse a sí mismo que es capaz de lograr dicha actividad exitosamente. (J. Betancourt, 2002).

- Capacidad potencial de aprendizaje: La capacidad potencial de aprendizaje que presentan los niños con dificultades en el aprendizaje es muy superior a aquella que exhiben los retrasados mentales. La Zona de Desarrollo Potencial, concepto expuesto por S.L. Vigotsky tiene importantes implicaciones para el diagnóstico de los menores con dificultades en el aprendizaje, pues conlleva no solamente evaluar la capacidad que el niño tiene para resolver de modo independiente las tareas intelectuales que se plantean, sino también conocer sus potencialidades, es decir, la capacidad que tiene para resolver tareas intelectuales cuando se le orientan diferentes niveles de ayuda.



La presencia de dificultades en el aprendizaje, sin lugar a dudas, constituye un fenómeno que produce un fuerte impacto, en tanto estas:

- Provocan problemas en la vida escolar, lo que no siempre desaparecen totalmente durante su desarrollo posterior.
- Producen sentimiento de frustración que afectan su autoestima.
- Generan experiencias negativas en la vida del propio niño y expectativas desfavorables tanto en él como en su entorno.

Investigaciones realizadas en México por H. Hinojosa (1991) también refieren afectaciones emocionales en estos escolares tales como la *Depresión*, pues estas dificultades pueden constituirse como sucesos estresantes para los menores siendo causa de posibles trastornos del estado de ánimo. Esto quiere decir que es muy probable que ciertos acontecimientos que son lo suficientemente intensos desencadenen los primeros síntomas, sin obviar que las dificultades en el aprendizaje también pueden ser consecuencia de los mismos. Es decir, que dichos trastornos pueden ser causa y/o consecuencia de los individuos que presentan dificultades en el aprendizaje.

La depresión es un tipo de trastorno del estado del ánimo que está ocupando lugares estadísticos importantes, de acuerdo al reporte anual de salud de la Organización Mundial de la Salud 2001 (OMS), actualmente la depresión ocupa un cuarto lugar, y se espera que para el 2020 ocupe un segundo lugar, adelantado únicamente por las cardiopatías isquémicas, pero superando a todas las demás enfermedades, especialmente enfermedades como el cáncer y el sida principales causas de muerte de las sociedades occidentales.

Si bien es cierto, en este estilo de vida tan convulsionado y competitivo que nos caracteriza, todos sufrimos de algún tipo de cambio en nuestro ánimo, se considerará un trastorno cuando este estado anímico no nos permita continuar de forma adaptativa y funcional con nuestra vida. (Bustelo, P. 2000).



Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven.

Existen muchos los intentos de definir la depresión, entre las que sobresalen las descritas por Kraepelin, Márquez, Polaino, Freud e incluso Hipócrates quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales.

Kraepelin, citado en Polaino (1980), por ejemplo la denominó locura maniaco-depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

Estas son definiciones importantes que pueden dar una visión general de lo que significa el término depresión y están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), el cual concluye que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, entendiendo esta como aquella energía o fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias, según lo dice Márquez (1990); así pues y entonces el secreto de este sentir de la felicidad no es otro que mantener el equilibrio y sincronizar con la naturaleza y con todo lo que nos rodea. Freud por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad.

El trastorno de depresión es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo el individuo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de



tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. (Figuroa, D. 2003)

Otras definiciones no menos importantes que las anteriores son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

Otro concepto es el propuesto por el DSM III (Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders), que la describe como una pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales.

Este trastorno se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales. Además considera un "eje nuclear afectivo", es decir "Tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto", hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Secundarios a este eje nuclear afectivo, pueden emerger otros estados emocionales como irritabilidad y ansiedad. (Rivero, C. 2000).

Además puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés. Sin embargo,



sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar depresión. El sentirse triste puede ser una reacción normal frente a algún acontecimiento negativo; y también puede aparecer en diferentes cuadros psicopatológicos denominados trastornos del estado de ánimo.

En la actualidad, se han contabilizado hasta 53 subtipos diferentes de depresión (por ejemplo: enmascarada, existencial, juvenil, melancólica, menstrual, etc.). Algunas de las dicotomías que han sido más empleadas a lo largo de las pasadas décadas para clasificar los trastornos afectivos son:

Endógena-reactiva

El debate se originó, en parte, por la contraposición entre la visión freudiana y la kraepeliana. Es decir la discusión entre causas psicológicas frente a causas biológicas.

El eje endógeno-reactivo alude a una supuesta distinción entre *depresiones biológicas* (o endógenas) y *depresiones psicosociales* (o reactivas). Esta distinción etiológica no tiene ningún apoyo empírico; por ejemplo, muchos estudios han demostrado que las depresiones de aquellas personas que reciben el diagnóstico de “depresión endógena” han padecido factores estresantes ambientales en la misma intensidad que aquellas otras a las que se les diagnostica una “depresión reactiva”. La existencia o no de precipitantes psicosociales es irrelevante para distinguir los subtipos de depresión o para efectuar cualquier clasificación de los trastornos afectivos.

Esta distinción suele utilizarse para distinguir dos subtipos de depresión que difieren entre sí por sus síntomas pero no por su etiología: Las depresiones endógenas (hoy llamadas melancólicas) serían aquellas con mayor sintomatología vegetativa (pérdida de peso, insomnio, retardo psicomotor, etc.) y síntomas graves como el suicidio, y más recurrentes. Mientras que la depresión endógena tiene una razonable validez si nos atenemos a este patrón específico de síntomas, existe un apoyo empírico escaso que justifique el término de



“depresión reactiva”. Así pues se utiliza la distinción entre “depresiones endógenas” y depresiones “no endógenas”, dejando así de lado el concepto de reactividad.

Psicótica-neurótica

Esta diferencia diagnóstica ha desaparecido en las clasificaciones más modernas y fiables.

En el contexto de los trastornos afectivos el término de “depresión psicótica” se ha utilizado para designar indistintamente depresiones endógenas, depresiones graves o depresiones con síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). Por otro lado el término depresión neurótica también ha sido empleado para denominar depresiones ligeras, depresiones secundarias a trastornos de personalidad, estados depresivos crónicos, etc. En realidad bajo la distinción “psicótica vs. neurótica” subyace simplemente una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica. Debido a esta imprecisión conceptual y terminológica se ha desaconsejado el uso de esta dicotomía clasificatoria.

No obstante el DSM-III y sus sucesores conservan el término de “psicótico” para clasificar aquellos trastornos afectivos en los que existen o bien *delirios* (normalmente ideas delirantes de culpa, de enfermedad o de ruina económica), o bien *alucinaciones* voces acusatorias o visiones de familiares fallecidos) acompañando al trastorno depresivo.

Unipolar-Bipolar

Esta dicotomía es la que más se emplea en la actualidad en los sistemas de clasificación oficiales. El trastorno bipolar o maníaco-depresivo en anteriores terminologías se caracterizaba por la aparición de episodios de manía (existan o no episodios depresivos). Por el contrario, los trastornos unipolares depresivos se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maníaco. Los unipolares son 10 veces más frecuentes que los bipolares.



Lo más habitual es que en el transcurso de la vida el paciente bipolar presente episodios de depresión y de manía con una duración de varios meses cada uno de ellos. Un paciente que presente un episodio de manía sin que nunca haya tenido un episodio depresivo también se diagnostica como bipolar, pues es muy probable que a lo largo de su vida alguna vez desarrollen episodios depresivos.

Primaria-secundaria

“Primario” hace referencia a cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe *aisladamente*, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (alcoholismo, fobias, TOC, esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales, etc.). Por el contrario los trastornos anímicos secundarios hacen referencia a pacientes “con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente y diferente a la depresión o a la manía”. Por lo tanto esta distinción alude a un orden de presentación. La idea es separar depresiones puras o aisladas de otras en las que haya cierta contaminación de otros cuadros médicos o psiquiátricos coexistentes.

Esta diferencia es importante tanto desde el punto de vista descriptivo como para la predicción del curso y el manejo clínico.

La clave para comprender el sistema diagnóstico de los trastornos de estado de ánimo es el concepto de episodio. El DSM-IV distingue tres tipos de episodios: episodio depresivo mayor, episodio maníaco y episodio hipomaniaco. La combinación de uno u otro modo de estos episodios, o cumplir plenamente o no los criterios diagnósticos de los mismos, es lo que va a configurar la definición de los diversos tipos de *trastornos* específicos del estado de ánimo. Por ejemplo la distinción entre “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares” obedece a la presencia o no de episodios maníacos: los trastornos depresivos son aquellos en los que nunca ha habido episodios maníacos o hipomaníacos en la vida del sujeto, mientras que los trastornos bipolares son aquellos en los que el sujeto - haya padecido o no depresiones en su vida- manifestó alguna vez episodios maníacos o hipomaníacos. (Bellock).



TRASTORNOS DEPRESIVOS

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves, y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de síntomas y signos que se puede reducir a 5 grandes núcleos básicos:

Síntomas anímicos

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Pero aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. Incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es incapaz de tener ningún sentimiento; en estos casos es normal que los pacientes digan que les es imposible llorar.

Síntomas motivacionales y conductuales.

La anhedonia o pérdida de la capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan el estudio, trabajo, etc. en su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como *retardo psicomotor*, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta.

Síntomas cognitivos



El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficits formales, el contenido de las cogniciones está alterado, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos claves de las cogniciones de estas personas.

Síntomas físicos

Un 70 u 80% padecen problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche, o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos son: fatiga, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual que, en los hombres incluso puede acompañarse de problemas en la erección. También los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas: dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.

Síntomas interpersonales

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más. Esta área puede ser el foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión.

El concepto clave de los trastornos depresivos es el de "Episodio Depresivo Mayor". Se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un período prácticamente continuado de 2 semanas. Además se requiere que al menos uno de esos síntomas sea necesariamente o bien un estado de ánimo triste deprimido, o bien una pérdida del placer (anhedonia) con



las cosas que uno solía disfrutar. Además se requiere que estos síntomas interfieran con la vida del paciente.

Junto a estos elementos de inclusión, el diagnóstico de episodio depresivo mayor requiere cumplir dos criterios adicionales de exclusión:

- Los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias.
- Los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

El DSM-IV plantea los siguientes niveles de gravedad:

Ligero: para cuadros en los que existan pocos síntomas más que los mínimos requeridos para el diagnóstico, y el deterioro laboral o social existe pero es pequeño.

Moderado: deterioro social moderado.

Grave no psicótico: presencia de bastantes síntomas más que los mínimos requeridos y además existencia de un deterioro marcado ocupacional, social o interpersonal.

Con características psicóticas: episodios en los que existen *delirios* o *alucinaciones*. En este caso conviene señalar, si es posible, si estos síntomas son congruentes con el estado de ánimo (delirios de pobreza o enfermedad, o voces inculpatorias) o incongruentes (delirios de persecución, inserción de pensamiento, etc.): se supone que el tipo de síntomas psicóticos puede afectar el curso general del trastorno.

En remisión parcial: estado intermedio entre “ligero” y “en remisión total”.

En remisión total: no ha habido signos o síntomas significativos en los pasados 6 meses.



De acuerdo con Alonso Fernández, la depresión produce un hundimiento del plano vital en cuatro dimensiones: humor depresivo, anergia (falta de impulsos), discomunicación, y, por último, alteración de los ritmos vitales de sueño-vigilia y alimentación.

En el estado de ánimo depresivo sobresale inicialmente el pesimismo o amargura, la desesperanza, la tristeza, el hastío de la vida o la falta de placer, las preocupaciones morales o económicas, la hipocondría, las cefaleas, la opresión precordial y distintas sensaciones de malestar corporal.

En la anergia o vaciamiento de impulsos suele aparecer con mucha frecuencia desde el principio el aburrimiento o la apatía (falta de ganas), las cavilaciones obsesivas, la indecisión, la disminución de la actividad habitual en los trabajos o diversiones, la abstemia o dinamia (fatiga corporal), y el apagamiento de la libido sexual.

En el sector de la discomunicación los rasgos mas frecuentes inicialmente son la aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento, la irritabilidad, el abandono de las lecturas, radio o televisión y el descuido en el arreglo personal y en el vestuario.

En la dimensión de la ritmopatía o desregulación de los ritmos suele sobresalir inicialmente la hiposomnia precoz, media o tardía, el empeoramiento por las mañanas, la pérdida del apetito y de peso, la inestabilidad del estado subjetivo y objetivo a lo largo del día (oscilación circadiana de la sintomatología) El 50 % de las fases depresivas comienzan con un trastorno del sueño.

Siempre que una persona joven, adulta o anciana (en niños es diferente) muestre por lo menos 3 o 4 trazos de este conjunto, sobre todo si pertenecen a la misma dimensión y se mantienen como un mínimo 2 semanas, es preciso pensar seriamente que se este iniciando una depresión.

Esta es una enfermedad que no discrimina ya que ataca a todas las personas, de todas las culturas, edades y estilos de vida; además, tiende a ser recurrente.



Lo que podemos observar en las personas es que su conducta, su pensamiento y sus emociones están alteradas, por lo que encontraremos; una persona negativa en su forma de enfrentar el mundo y su cotidianeidad, así como su futuro; negativismo respecto a sí mismo/a y hacia los demás, desesperanza, disminución en la capacidad de autocuidado o en la de brindar cuidado a los otros; su forma de relacionarse con los demás se altera, disminuye su calidad de vida, así como la calidad del trabajo que la persona está acostumbrada a sobrellevar y empeora su condición física en general. (Fernández, A. 1998).

En algunas ocasiones las personas intentarán disfrazar estas características de la enfermedad, por lo que se pueden encontrar algunas variantes en las descripciones anteriores, tales como no comentar que se siente triste, decaída y deprimida; pero las demás personas si observan cambios en su conducta y ánimo habitual; se nota anhedonia importante, se aíslan poco a poco, intentan esconder sus pensamientos negativos, hay un comportamiento autodestructivo que lo quieren disimular; por ejemplo, rehusar frecuentemente a participar en actividades, si la persona sufre de alguna enfermedad rechaza la medicación, mucha irritabilidad, múltiples quejas somáticas sin fundamento aparente. Y en niños/as y adultos mayores puede pasar desapercibida debido a la atipicidad de la población.

Aarón Beck, teórico de la Terapia Cognitiva (Beck, 1970) hace mucho énfasis en el potencial de estas personas para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean. Por su parte, Lynn P. Rehm (en Caballo y Cols., 1998), quien lleva diecisiete años realizando investigaciones sobre depresión, encontró los siguientes componentes psicológicos:

1. Las personas con depresión atienden selectivamente a acontecimientos negativos de sus vidas (lo que Beck llama abstracción selectiva).
2. Atienden selectivamente a las consecuencias inmediatas, y no a las demoradas, de su conducta.
3. Establecen exigentes patrones de evaluación para su conducta, a menudo son perfeccionistas y ven que su conducta nunca es tan buena como debería



ser, se rigen por el “todo o nada”, y esta evaluación se aplica más a sí mismos/as que a los demás.

4. Tienden a hacer atribuciones internas en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas en el caso de sucesos positivos.
5. Se autoadministran recompensas contingentes insuficientes.
6. Se autoadministran un castigo excesivo, esto debido a una fuerte culpa y autocrítica.

En los factores predisponentes se encuentran: episodios depresivos previos, historia familiar de depresión, estrés severo o inesperado. El reporte de la OMS (2001) informa que estudios en el campo de la psicología han mostrado que ciertos tipos de trastornos de conducta, tales como la ansiedad y la depresión pueden resultar cuando la persona fracasa al intentar lidiar o enfrentar adaptativamente los eventos de la vida diaria.

Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV)

El Manual de Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV, 1994) clasifica el episodio depresivo mayor de la siguiente manera:

- A. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer.
 1. Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 2. Una notable disminución del interés o del placer en todas, o casi todas las actividades.
 3. Pérdida significativa del peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso, o aumento o disminución del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.



5. Agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o un intento de suicidio.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoativa o a una enfermedad médica.
 - E. Los síntomas no se explican mejor por el duelo (p. Ej., después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento motor).

El Trastorno depresivo mayor es el que se emplea para describir a una persona que presenta un *episodio depresivo mayor* y además cumple una serie de condiciones adicionales:

- Nunca ha tenido un episodio de manía o de hipomanía (en cuyo caso estaríamos frente a un trastorno bipolar); y
- No se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, o un trastorno psicótico, es decir, no se trata de un problema “jerárquicamente” superior a los trastornos del estado de ánimo.

Sólo se pueden diagnosticar dos tipos de Trastorno depresivo mayor:

- De episodio único: para aquellos que el episodio actual sea el único que hallan tenido en sus vidas.
- Recurrente: para aquellos casos en los que ha habido por lo menos algún otro episodio depresivo mayor en su vida.



El curso de la depresión mayor es muy variable. Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en 1 o 2 años, aproximadamente un 15% de los casos va a tener un curso crónico (2 años o más deprimidos), en concreto, el 18% de los pacientes con depresión permanecería deprimido tras dos años de seguimiento, y el 10% estaba aún deprimido al cabo de 5 años.

Factores que incrementan la probabilidad de la recurrencia y/o recaídas en la depresión:

- Trastorno bipolar
- Antecedentes de cronicidad previa
- Número de episodios previos
- Gravedad del episodio inicial
- Mala respuesta al tratamiento agudo.
- Comienzo tardío del primer episodio
- Mayor edad
- Pocas semanas o meses desde el último episodio
- Presencia de estresores psicosociales crónicos.
- Presencia de distorsiones cognitivas no tratadas.

El mayor riesgo de recaídas está en los primeros meses después de recuperarse de un episodio depresivo. El primer año constituye un período de alto riesgo, pero a medida que transcurre el tiempo sin que haya una recaída, la posibilidad de otro episodio es cada vez menor. La existencia de varios episodios previos de depresión en el curso de la vida hace que la probabilidad de recaída sea también mayor. Otro importante predictor de recaídas es el tipo de depresión: las depresiones secundarias tienen un peor pronóstico que las primarias.

Por último, los casos en los que hay síntomas psicóticos, especialmente si son incongruentes con el estado de ánimo, se recuperan más lentamente que los deprimidos sin síntomas psicóticos, aunque a largo plazo sus tasas de recuperación son prácticamente iguales.



Episodio Depresivo Mayor Melancólico (DSM-IV)

El DSM-IV propone que un episodio depresivo puede tener características de “melancolía” cuando ocurren una serie de síntomas. No obstante aunque persiste este subtipo de clasificación en todos los sistemas diagnósticos, hay dudas sobre su validez. En general el patrón de melancolía no implica mayor gravedad ni una causa diferente, sino mayor componente de síntomas vegetativos y anhedonia. Este tipo se presenta:

A. Durante el período peor del episodio actual:

- a) Pérdida de placer generalizada, o
- b) Falta de reactividad ante estímulos positivos.

B. Presencia de por lo menos TRES de los siguientes síntomas:

- 1) Cualidad diferente del estado de ánimo.
- 2) Normalmente la persona se siente peor por las mañanas.
- 3) Insomnio tardío.
- 4) Retardo o agitación psicomotriz.
- 5) Anorexia significativa o pérdida de peso.
- 6) Culpa excesiva o inapropiada.

Trastorno Distímico (DSM-IV)



Se trata de estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, que sin llegar a cumplir los criterios del "episodio depresivo mayor" se caracterizan por la presencia de síntomas depresivos:

A. Estado de ánimo deprimido prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos DOS AÑOS.

B. Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas, que acompañan este estado de ánimo:

- 1) Baja autoestima, baja autoconfianza o sentimientos de inadecuación.
 - 2) Pesimismo, desesperación o desesperanza.
 - 3) Pérdida generalizada del interés o placer.
 - 4) Aislamiento social.
 - 5) Fatiga o cansancio crónicos.
 - 6) Sentimientos de culpa o repaso del pasado.
 - 7) Sensación de irritabilidad o ira excesivas.
 - 8) Eficacia general disminuida.
 - 9) Problemas de concentración, memoria o indecisión.
- Durante esos 2 años, no ha habido un período de más de dos meses libre de los síntomas de A y B.

D. En los primeros dos años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.



F. No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico como esquizofrenia o trastorno delirante.

G. No es debido a medicamentos, drogas, o a una condición médica general.

La diferencia fundamental con los trastornos depresivos mayores es que los distímicos muestran una sintomatología de tipo semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo, y rara vez requiere hospitalización.

Un aspecto importante en el diagnóstico de la distimia consiste en efectuar una adecuada exclusión de otras posibilidades diagnósticas. En primer lugar, una distimia no es un estado de depresión subsindrómica tras experimentar un trastorno depresivo mayor. Por ejemplo: si la primera experiencia de trastorno afectivo de un paciente fue un trastorno depresivo mayor hace tres o cuatro años y aunque mejoró mucho nunca se ha mejorado del todo, no nos encontramos frente a un caso de distimia -aunque cumple los criterios A y B- sino en un caso de trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Otro aspecto a tener en cuenta es que, al tratarse de un trastorno depresivo, el paciente nunca ha debido tener en su vida un episodio de manía o hipomanía. Finalmente se requiere que este cuadro no sea debido a trastornos psicóticos ni al uso de medicamentos o drogas.

Por definición, la distimia se diagnostica como un cuadro caracterizado por la persistencia prolongada de síntomas depresivos que, en ocasiones, en períodos de exacerbación de síntomas, puede llevar a la manifestación de un episodio depresivo. Los datos de recuperación de la distimia son, en consecuencia, peores que los de la depresión. Por ejemplo, los distímicos tienen una tasa de recuperación en torno al 40% al cabo de un año, mientras que los pacientes con depresión mayor es casi el doble (un 75%) en ese mismo período. Por otro lado los pacientes con depresión doble se recuperan antes del episodio depresivo que los pacientes que sólo presentan episodios depresivos mayores, las recaídas son más rápidas que en estos últimos, lo que indica que en las depresiones dobles, los cambios son más rápidos pero las mejorías más transitorias.



Trastorno depresivo no especificado.

Permite dar nombre a aquellos trastornos depresivos que el clínico juzga que no se adecuan bien ni al concepto de trastorno depresivo mayor ni al de distimia. El DSM-IV incluye diversos tipos de depresiones que pueden ser clasificadas en este apartado:

- *Trastorno disfórico premenstrual:* síntomas depresivos casi sistemáticos que se dan durante la última semana del ciclo menstrual y que remiten en los primeros días de la menstruación.
- *Depresión postpsicótica en la esquizofrenia:* aparición de un episodio depresivo mayor durante la fase residual de los episodios esquizofrénicos.
- *Depresión menor:* Trastorno en el que se cumplen las dos semanas requeridas de síntomas para el episodio depresivo mayor, pero sin embargo se dan menos de los cinco síntomas requeridos para este diagnóstico
- *Trastorno depresivo breve recurrente:* trastorno caracterizado por la presencia de cortos episodios depresivos -con una duración entre dos días y dos semanas- produciéndose al menos una vez al mes durante los 12 meses.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y "la vida apesta". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días. Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.



El exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir. (Borque, B. 1996)

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil tanto físico como sexual, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.

La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la adolescencia concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos, así también desde el punto de vista de la conducta observada se considera que el adolescente vive en una desubicación en el tiempo, convirtiendo el tiempo en un presente y en un activo en un intento de manejarlo.

Sin embargo, lleva dentro de sí mismo y trasmite a la comunidad los sistemas internalizados de creencias familiares que aprendió en el hogar, de acuerdo a estas enfrenta la frustración de diferentes maneras y recurre a diversos mecanismos de defensa, pudiendo mostrar una reacción afectiva inicial ante las frustraciones o a la pérdida de bienestar. Se produce entonces la consolidación de los procesos adaptativos, de modo que el niño reacciona a la tensión de una manera característica y reiterativa.

El crecimiento cognoscitivo de la pubertad permite que el adolescente se evalúe desde el punto de vista moral. En vista de las demandas impuestas por la vida puede sentirse indigno o falto de valores, siendo frecuente la disminución de la



autoestima. El estado afectivo deja de ser una evaluación lógica y personal. Solo hacia el final de la niñez es posible observar en la práctica clínica episodios depresivos comparados con el adulto. Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, la sobrepasan en auto destructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo. El adolescente piensa constantemente en el futuro, la idea del tiempo sobresale en el pensamiento. Para él todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que la provocan. Este exagerado énfasis entre el hoy y el mañana escapa a la seguridad del niño y esta mitigado por la mayor experiencia del adulto. El adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse en consecuencia se deprime. (Rivero, C. 2000)

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida reaccionando de una manera dramática y terminable.

TRASTORNOS BIPOLARES

Síntomas de la Manía

En sus manifestaciones más leves (hipomanía), la manía es en cierta medida lo contrario de la depresión. Sin embargo, cuando comienza ser problemática clínicamente, la manía no es exactamente contraria a la depresión. Aunque hay casos en los que un estado de alegría desbordante inunda al paciente, en la mayoría se mezclan estados de irascibilidad, a veces explosiva y furiosa. La característica fundamental de la manía es la *expansividad anímica y cognitiva*..

Las personas afectadas por este trastorno están imbuidas de una sensación y omnipotencia. Son más productivas de lo normal en ellas y más apasionadas. Pero estos días felices duran poco. Pronto la rapidez de pensamiento se convierte



en pensamiento apresurado, atropellado. Las ideas se remolinan. La sexualidad y en general el nivel de energía aumenta y el razonamiento se deteriora. Se formulan planes grandiosos. Cuando la persona maníaca se enfrenta a la resistencia y objeciones de los demás, se vuelve irritable, hostil, paranoide, agresiva y, a veces, psicótica. Raramente esa agresividad desemboca en una abierta agresión. Las consecuencias de esta energía maníaca pueden ser terribles: pérdidas amorosas, de trabajo o económicas.

Se comparten algunos síntomas característicos de los estados depresivos: problemas de sueño, trastornos del apetito o de la ingesta.

Trastornos bipolares I y II

Los bipolares I son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio *maníaco*. El estado de ánimo actual de un bipolar I puede ser, sin embargo, maníaco, depresivo, hipomaníaco o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos (mixtos). Esto es lo que distingue a los subtipos del bipolar I. Cabe la posibilidad de que la persona tenga en la actualidad un episodio maníaco y nunca haya tenido un episodio depresivo; en este caso existe una categoría adicional: "bipolar I, con episodio maníaco único". En cuanto a los bipolares II, se trata de personas que, habiendo padecido episodios depresivos hipomaníacos, nunca han padecido un episodio completo de manía.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de unos 8 episodios) que los pacientes unipolares. En los trastornos bipolares los episodios tienen menor duración que en los unipolares (unos 4 meses cada uno). Es interesante resaltar que la duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas presentes en el episodio.

Trastorno Ciclotímico



La ciclotimia se caracteriza por presentar un patrón semejante a los trastornos bipolares pero con una sintomatología menos grave y más continua a lo largo del tiempo. Normalmente el paciente ciclotímico presenta periodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. También normalmente existe un “equilibrio” entre síntomas depresivos e hipomaníacos, aunque en algunos pacientes pueden predominar más unos sobre otros (más frecuentemente la depresión sobre la hipomanía). En su diagnóstico debe tenerse en cuenta:

- A. Numerosos periodos con síntomas hipomaníacos y numerosos períodos con estado de ánimo deprimido o pérdida del placer (pero sin llegar nunca a satisfacer los criterios del episodio depresivo mayor) durante al menos 2 años.
- B. Durante esos dos años no ha habido un período de más de 2 MESES libre de los síntomas de A.
- C. Nunca se han cumplido criterios de Episodio depresivo mayor.
- D. En los dos primeros años del trastorno no ha existido un episodio maníaco.
- E. Los síntomas de A no son explicables por un trastorno psicótico como Esquizofrenia o Trastorno delirante.
- F. No son debidos a medicamentos o a una condición médica general.

Los problemas emocionales se exteriorizan o no a través de problemas conductuales, desempeñan una función esencial en el proceso perceptivo, fundamental para el aprendizaje. En 1963, Frostig, Leferver y Wittlessey, en un estudio con adolescentes, relacionaron los déficit perceptivo-visuales con problemas del aprendizaje y de la conducta. Estudiantes con leves trastornos del aprendizaje y de la conducta escolar muestran deficiencias en cogniciones, memoria, lenguaje, atención, relaciones sociales y desarrollo emocional (Bogels y Zigterman 2000). En niños atendidos en grupos diferenciales diagnosticados



dentro de la categoría “problemas de aprendizaje” entendida como retraso en el rendimiento escolar que no reúne requisitos para constituir un “trastorno”, pero que puede darse concomitantemente con este, un 40,1% de los niños se asignó al subgrupo “perturbaciones emocionales” (Bermeosolo y Pinto 1996). No es raro que un niño o un adolescente responda con frecuencia a los criterios de más de un trastorno y que en él se sumen una serie de factores de riesgo.

Resultados empíricos de un estudio desarrollado durante seis años mostró que los estudiantes con problemas de aprendizaje y aquellos con bajo rendimiento eran semejantes en competencia social. Sin embargo, eran significativamente más bajos en habilidades sociales y presentaban más problemas conductuales que el promedio de los niños con alto rendimiento (Mercer, 1997).

Otras investigaciones muestran que los estudiantes con problemas de aprendizaje exceden el rango normal de impulsividad y exhiben importantes déficit de atención. Muchos alumnos con problemas para aprender reaccionan rápidamente sin pensar en posibles alternativas de respuestas (Raymond, 2000). Presentan mayor puntaje en las medidas de la ansiedad, preocupaciones e hiperemotividad que sus pares sin dificultades para aprender. Asimismo, presentan más bajo puntaje en mediciones del nivel de autonomía (Margalit y Shulman, 1996).

La mayoría de las investigaciones en esta temática demuestran que generalmente los niños con problemas emocionales, conductuales y sociales presentan déficit en las habilidades de socialización, pobre autoconcepto, dependencia, sentimientos de soledad, conducta disruptiva, hiperactividad, distractibilidad, e impulsividad, lo que afecta su rendimiento en la escuela. Es tal la heterogeneidad que presenta este grupo de estudiantes, que es posible afirmar que la única característica común que poseen es el bajo rendimiento escolar.

Teniendo en cuenta los postulados teóricos mencionados durante el presente capítulo, nos proponemos en nuestro trabajo científico el siguiente objetivo general:



- Caracterizar las manifestaciones de depresión en un grupo de adolescentes con dificultades para aprender.

Y como objetivos específicos:

- Determinar las principales manifestaciones de depresión en un grupo de adolescentes con dificultades para aprender.
- Analizar si existe relación entre la estructuración de las manifestaciones de la depresión y características personales, familiares y/o escolares de los adolescentes estudiados.
- Valorar si los resultados obtenidos en las técnicas para evaluar la depresión en los adolescentes con dificultades para aprender difieren de un grupo de coetáneos con buen aprovechamiento escolar.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo en un grupo de adolescentes con dificultades para aprender de la Ciudad de Santa Clara y a un grupo testigo conformado por estudiantes con un nivel de aprendizaje normal. La investigación se realizó durante el periodo de noviembre a febrero del 2007.

Estrategia general de trabajo

Para dar cumplimiento a las tareas científicas propuestas se tuvo en cuenta el procedimiento general de trabajo siguiente. El mismo constó de 3 etapas:

1. Selección de la muestra.



2. Diseño y ejecución de la metodología de evaluación psicológica para la depresión infantil en ambos grupos integrantes de la muestra.

3. Análisis de los resultados de la investigación.

3.1. Familiarización con las respuestas ofrecidas por cada uno de los adolescentes.

3.2. Calificación de las pruebas aplicadas y evaluación de los indicadores seleccionados para el diagnóstico de la depresión infantil.

3.3. Caracterización psicológica de la depresión infantil en el grupo de estudio.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

La muestra de la presente investigación fue seleccionada de manera incidental y estuvo integrada por un total de 50 estudiantes de ambos sexos comprendidos entre 11 y 12 años de edad. Se conformaron 2 grupos de 25 menores cada uno. El primero lo conformaron escolares con dificultades para aprender de la escuela Mariano Clemente Prado. El segundo grupo lo integraron alumnos pertenecientes a la escuela Marcelo Salado Lastra, pero con un rendimiento académico promedio.

Para seleccionar la muestra del grupo No. 1 se consideraron los criterios evaluativos por el profesor guía, teniendo en cuenta que han tenido mal rendimiento académico y por lo tanto han sido remitidos a dicha escuela. El grupo No. 2 lo integraron adolescentes seleccionados intencionalmente.

En todos los casos se garantizó el consentimiento informado y por tratarse de una investigación con menores, se consignó la aprobación de los padres.

La muestra seleccionada debía cumplir los requisitos siguientes:



Criterios de inclusión:

- Que los niños estuvieran comprendidos entre las edades de 10 a 13 años.
- Que cursaran estudios de quinto a sexto grados.
- Ausencia de desórdenes psicopatológicos y trastornos sensoriales o neurológicos en el grupo testigo y existencia de un rendimiento intelectual promedio.
- Particularidades en su proceso de aprendizaje, en tanto un grupo debería estar dentro de la norma y otro, presentar lentitud en dicho proceso.

Criterios de exclusión:

- Presencia de desórdenes psicopatológicos y trastornos sensoriales o neurológicos y existencia de un rendimiento intelectual promedio en ambos grupos.
- Que no estuvieran bajo los efectos de fármacos que afecten su nivel de vigilia y rendimiento ante las pruebas.

Criterios de eliminación:

- Niños o padres que no desearan continuar la investigación.

El muestreo empleado fue prepositivo e incidental en cuanto al sexo.

Seguidamente se exponen las características de la muestra en cuanto a edad, género y nivel de escolaridad.

Tabla No. 1 Distribución de la muestra según edad.

EDAD GRUPO	AÑOS
---------------	------



	10	11	12	13	TOTAL
1	6	12	6	1	25
2	15	9	1	0	25

Tabla No. 2 Distribución de la muestra según el género.

GRUPO	GÉNERO	GÉNERO	TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
1	4	21	25
2	14	11	25
TOTAL	18	32	50

Tabla No. 3 Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad

GRUPO	GRADO	GRADO	TOTAL
	QUINTO	SEXTO	
1	12	13	25
2	12	13	25
TOTAL	24	26	50

Descripción de las técnicas empleadas.

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo, se seleccionaron un conjunto de técnicas, que además de brindar la posibilidad de obtener la mayor cantidad de información posible, permitieran lograr los objetivos trazados en dicha investigación.

Las técnicas empleadas en la investigación fueron las siguientes:



- Análisis psicológico de los datos de la historia vital.
- Entrevista psicológica semiestructurada a adolescentes, padres y profesores guías.
- Inventario diagnóstico para evaluar la Depresión como rasgo y estado (IDERE).
- Escala de autovaloración de Dembo-Rubinstein.
- Cuestionario de autoestima.
- Escala de Síntomas Depresivos de M.M. Casullo.
- Cuestionario de Aislamiento y Soledad de M.M. Casullo.
- Inventario de Problemas Juveniles.
- Prueba de Zung y Conde.
- Inventario de Beck.

Análisis psicológico de la Historia Clínica

Esta técnica fue propuesta por B.S. Bratus y U.N. Zeigarnick para el estudio de las alteraciones de la personalidad, se basa en el principio según el cual la historia clínica no es sólo un documento médico, sino también psicológico, ya que en eso se resume el camino detrás del enfermo, los medios y modos de actuar típicos, la forma de comunicación, la solución del conflicto, el círculo de interés, las interacciones del enfermo y la familia, en el trabajo, además de las alteraciones de curso de la enfermedad y antes de ella, o sea en la historia clínica está contenido la historia (visión retrospectiva) del surgimiento de la enfermedad.

Procedimientos: Se revisan las historias clínicas de los pacientes tratando de revelar los fenómenos psicológicos, posibles causas de alteraciones y los rasgos de la personalidad del paciente que sean significativos por su carácter patológico.

Procesamiento de los datos: Primeramente se realiza una minuciosa familiarización con la Historia Clínica que se hace con el objetivo de conocer y



estudiar los detalles significativos donde se manifiesta la información relacionada con el argumento y desarrollo de las particularidades de la psiquis así como destacar hechos clínicos relevantes en la posible etiología de las alteraciones de la personalidad.

Posteriormente se realiza la comparación estricta de la Historia Clínica. En ésta etapa se sintetizan los momentos cruciales que sean comunes para la mayoría de los casos estudiados, o sea, se busca la más típica lógica externa del desarrollo del fenómeno. Esta etapa, a pesar de toda la importancia que posee, no representa el final del análisis, con ella se traduce la descripción del fenómeno del lenguaje clínico pero todavía aquí nos detenemos entre los límites de un enfoque fenomenológico. La esencia de un fenómeno se descubre sólo cuando son conocidas las vías de su formación (I. Borodvi, 1972) ya que la esencia propiamente psicológica puede ser descubierta gracias a las regularidades psicológicas que surgen en el fenómeno dado, que es lo que mueve a este proceso, cuales componentes psicológicos lo forman y esto no lo da la simple traducción de contexto descriptivo del cuadro clínico, ni los hechos observados, ni el estudio de su consecutividad señalan directamente hacia las regularidades psicológicas de la conducta humana. Por eso la nueva etapa de método es la creación de un “método propiamente psicológico de un fenómeno clínico dado”, la cual nos da la consideración del mecanismo interno del proceso, sus regularidades propiamente psicológicas y sus componentes. Esta situación fue señalada anteriormente por L.S. Vigotsky (1930) cuando señala que “el peso central de las investigaciones debe ser trasladado de los hechos externos al estudio y establecimiento de las condiciones internas de análisis fenomenológico de los hechos que la determinan.

Entrevistas psicológicas semiestructuradas

La conversación clínica o entrevista es considerada como un método terapéutico y de eficaz diagnóstico en la práctica psicológica tradicional.



Esta técnica es una de las más utilizadas en todas las ramas y especialidades de la sociedad por ser uno de los medios mas directos de llegar a los objetivos que se desean y además porque está basada en uno de los aspectos más importantes del desarrollo de la sociedad como son las relaciones humanas.

Su grado de estandarización, el plano estratégico y las posibilidades de su improvisación están subordinados a la tarea clínica que nos planteamos.

La entrevista utilizada con el fin de obtener información supera con creces a otras técnicas, pues ellas no solo permiten reunir información diagnóstica sino que además es el medio principal para el establecimiento de un estrecho contacto con el paciente. Con tales objetivos, la presente investigación decidió utilizar la entrevista psicológica. En la misma se emplearon entrevistas de carácter semiestructurado que fueron aplicadas a adolescentes, padres y profesores guías.

Se empleó una entrevista a cada uno de los miembros de la muestra con el objetivo de lograr la empatía necesaria para aplicar las pruebas psicológicas y conocer las características más sobresalientes de su personalidad en formación, en particular de su estado afectivo.

La entrevista realizada a los padres, madre fundamentalmente en casi todos los casos, tuvo como objetivo profundizar en el conocimiento de la historia vital de cada adolescente e identificar posibles desórdenes emocionales en los sujetos.

La entrevista a los profesores guías se realizó con el fin de poder conocer el estado actual de cada adolescente, su rendimiento académico, relaciones interpersonales y estado afectivo.

A continuación se hace referencia a los indicadores que se consideraron:



En la entrevista a los familiares:

- Estructura familiar.
- Estilos educativos predominantes.
- Comunicación intrafamiliar.
- Relaciones Hogar-Escuela.
- Manifestaciones clínicas observadas.
- Códigos emocionales.
- Enfrentamiento a las crisis.

En la entrevista a los adolescentes:

- Esferas vinculadas a su desarrollo.
- Esfera familiar: Relaciones interpersonales, comunicación, alianzas familiares, identificación con algún miembro.
- Esfera escolar: Desarrollo cognitivo, resultados docentes, relación con coetáneos y profesores, actitud ante el estudio.
- Esfera social y de relaciones interpersonales: Relaciones con los amigos, con el grupo, características del grupo de preferencia, participación en las actividades escolares.
- Esfera afectivo motivacional: Intereses y motivaciones, estados afectivos que predominan, relaciones de pareja, autopercepción, autoestima, autocontrol, proyección futura.
- Manifestaciones clínico-patológicas.

En la entrevista a los profesores:

- Valoración pedagógica.
- Relaciones intragrupalas.
- Potencialidades identificadas.
- Manifestaciones de cambios de conducta (irritabilidad, retraimiento).



- Percepción de la relación hogar-escuela.

Inventario diagnóstico para evaluar la Depresión como rasgo y estado (IDERE)

En 1989 se impone la necesidad de contar con un instrumento sensible a las variaciones de la intensidad de los estados depresivos y capaz de distinguir si éstos se manifiestan como un estado transitorio, producto de una situación en un momento determinado, o si las manifestaciones depresivas ya se han instalado como un “modus operandi” habitual en la personalidad de un sujeto. Este instrumento debería además ser de fácil administración y corrección, por lo que dada la experiencia de trabajo con el IDARE de Ch. Spielberger, se consideró que resultaría útil contar con un instrumento de similares características para la evaluación de la depresión. En este mismo año se comenzaron a dar los primeros pasos para la confección del IDERE y los resultados preliminares constituyeron el trabajo de tesis para obtener el título de psicólogo del Lic. Vladimir Ramírez.

Los resultados antes descritos se presentaron en varios eventos nacionales e internacionales (Conferencia Internacional Psicología de la Salud'92, XXII Congreso Interamericano de la SIP, los Congresos Nacionales de Psicología de 1990 y 1991, etc.) y también se divulgaron en varios cursos de postgrado para psicometristas y psicólogos cubanos y extranjeros, lo cual, unido a la demanda de los psicólogos por los nuevos instrumentos , dio lugar a que rápidamente se difundiera el IDERE (específicamente la versión más corta) en nuestro país y en otros países de Ibero América.

Actualmente el IDERE es utilizado en la mayor parte de los hospitales y policlínicos de Cuba y también se han referido su uso en otros lugares como la Clínica del Dolor del Hospital “La Fe” de Valencia, el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Cooperativa de Colombia y en varios consultorios



privados de España, México y Colombia.

Se ha reportado su uso en diversas investigaciones: para evaluar la calidad de vida de pacientes oncológicos terminales (Jiménez, Noriega y otros, 1996), los problemas de burn-out en los servicios de cuidados paliativos (Chacón, Lence y otros, 1996), para la selección de pacientes con dolor crónico candidatos a implantes de sistemas (Pallarés, 1995), etc.

Su calificación se refiere a continuación:

Depresión como estado

$$1+ 2+6+8+9+10+13+15+18+20 = \text{Total A}$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

___ Alto ≥ 43

___ Medio 35 – 42

___ Bajo ≤ 34

Depresión como rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 = \text{Total A}$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

___ Alto ≥ 47

___ Medio 36-46



___ Bajo $\angle = 35$

Escala de autovaloración Dembo-Rubinstein

Esta es una adaptación de la metódica realizada en Norteamérica por Z.B. Dembo y ampliamente utilizada y reformada por la psicología soviética S. Rubinstein a ellos debe su nombre. En esta investigación esta escala permitió la revelación de la autovaloración y conciencia de su defecto en los adolescentes con dificultades en el aprendizaje.

Cuando se estudia la personalidad no debe faltar el análisis de la autovaloración del sujeto, pues además de ser un componente esencial de la regulación motivacional del hombre; le permite ajustar sus aspiraciones a sus posibilidades reales, va a analizar siempre la expresión de uno u otro estado psíquico en el transcurso de una actividad. Aquí se realiza una valoración del individuo, de sus cualidades, intereses, capacidades, valores, fuerzas, etc. No es muy simple la valoración, sino que es una compleja elaboración en la que se expresan en la forma activa los principales intereses y motivos de la personalidad.

Para el presente análisis se establecieron tres categorías: alto, normal y bajo; y se distribuyeron las vistas a recoger la percepción que tienen estos adolescentes entre sí mismos y la conciencia de su defecto, así como otros parámetros utilizados. Consta de cinco líneas verticales paralelas que no tienen localizado el centro. Representan felicidad, inteligencia, salud, belleza y amistad.

Al sujeto se le explica que los valores máximos de cada línea están en la parte superior y los mínimos en la inferior. Se le pide que marque con un lápiz el lugar que él ocupa en la escala y por último se le pregunta porque se ha ubicado allí y que concepto tiene cada una de las categorías que se representan.



Cuestionario de autoestima

Este cuestionario se confeccionó en 1996 en el departamento de psicología de la Universidad Central de las Villas y fue empleado en el trabajo de diploma de R. Arocha y E. Bello asesorado por el Dr. Luis Felipe Herrera, consta de 10 frases sencillas que reflejan aspectos relacionados con la autoaceptación y autovaloración de los adolescentes.

Escala de síntomas depresivos (M.M. Casullo)

Esta escala se tomó de la versión ofrecida en Argentina por M.M. Casullo, (1998). Cuenta con 20 ítems, 16 hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los 4 restantes tienen una connotación positiva.

La autora en la concepción de la escala consideró el diseño presentado por investigadores del centro de estudios epistemológicos del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos partiendo de la escala de depresión de Sung (1965), la escala de depresión de Beck (1961), parte de la escala de M.M.P.I. (1960), la escala de Raskin (1970), la lista de síntomas de Gandner (1968).

De los 20 ítems, 16 hacen referencia a vivencias o aspectos negativos. En tanto las restantes tienen una connotación positiva.

En la escala se incluye el humor depresivo, sentimiento de culpa y de desesperanza, sentimientos de indiferencia, pérdida del apetito, perturbaciones al dormir y retardo psicomotor.

Esta propuesta indica la valoración de los síntomas experimentados en la última semana o semana anterior.

Los síntomas se sitúan en una escala de 4 categorías.



1. Menor de un día.....Se asigna 0 puntos.
2. De un día a dos.....Se asigna 1 punto.
3. De 3 a 4 días.....Se asignan 2 puntos.
4. De 4 a 76 días.....Se asignan 3 puntos.

Se obtiene un puntaje total de las respuestas de cada uno de los 20 ítems. Los puntajes valorados en la población de adolescentes de Argentina incluyó la siguiente categorización de puntajes:

Bajo.....0-9 puntos.

Medios.....10-25 puntos.

Alto.....26-60 puntos.

La depresión afectiva se observa en los incisos: e, f, i, h, n, q y r.

Los síntomas somáticos se encuentran en los ítems: l, d, c, g, k, m y t.

Las relaciones interpersonales en: o, s.

La confiabilidad y la validez de la prueba se reporta con una muestra de 285 alumnos de una escuela católica privada de Buenos Aires.

Cuestionario de aislamiento y soledad de M.M. Casullo

Esta técnica aparece en la obra de M.M. Casullo (1998), adolescentes en riesgo.

Tomando como punto de partida las definiciones de aislamiento y soledad se estructura este cuestionario.

Soledad es el deseo no conseguido de mantener relaciones interpersonales estrechas. Es una discrepancia subjetiva entre los contactos sociales deseados y los obtenidos. Es la propia persona quien decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no.



El aislamiento es la tendencia de una persona a estar sola, a aislarse de los demás y evitar vínculos psicosociales.

Considerando la relación entre aislamiento y soledad, la lectura de los trabajos de Sarason (1983, 1987), la escala UCLA diseñada por Rusell, Deplan y Actrono (1980) y los trabajos de Luna (1991) realizados en la Universidad de Londres sobre la percepción de la estructura causal de los sentimientos de soledad, se diseñó el cuestionario autoadministrable integrado por 25 ítems.

Cada uno de los 25 ítems puede contestarse sobre la base de 4 opciones de respuestas: siempre, algunas veces, casi nunca, nunca. El sujeto que responde asigna un puntaje entre 1 y 4 a cada ítem según estas opciones. Se valora el desánimo, aspectos afectivos, aspectos somáticos y de hipoactividad y relaciones interpersonales. 12 de los ítems evalúan soledad: 2, 3, 11, 12, 23, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 25.

Inventario de Problemas Juveniles

Objetivo: Consiste en evaluar los principales conflictos del adolescente relacionados con su esfera personal, familiar, escolar y de relaciones con los coetáneos, que pudieran incidir en la aparición y curso de sus manifestaciones emocionales inadecuadas.

Procedimiento: Se le entrega la hoja al adolescente, donde aparece el protocolo de IPJ, pidiéndole que lo realice de acuerdo a las orientaciones de dicha técnica, que aparecen explicadas en el protocolo.

Materiales: Protocolo de IPJ y lápiz.

Calificación e interpretación: Se realizará de forma cualitativa, de acuerdo a las áreas que en la técnica se evalúan, sobre la base de las categorías planteadas.



Test de Zung y Conde

El test de Zung y Conde fue creado con el objetivo de determinar el nivel de depresión existente en un sujeto. Se le pide a éste que lea la expresión dada y marque con una cruz la categoría u opción seleccionada de acuerdo a su caso particular. Esta prueba consta de veinte ítems que al sumarlos nos indican el nivel de depresión del sujeto.

Procedimiento: Se le pide al sujeto que marque según las opciones brindadas:

- Muy pocas veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre

Calificación: Esta técnica se califica sumando la puntuación que se obtiene según la respuesta y llevando la misma a la siguiente escala:

- De 20-30 puntos: Síntomas situacionales depresivos (en personas normales lo significativo está dado de 34 en adelante).
- De 34-56 puntos: Distimia depresiva (moderada).
- De 57-80 puntos: Severa distimia depresiva.

Inventario de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado en el campo clínico por ser breve y fácil de administrar (Beck, 1974, Beck y Beck, 1974). El IDB consiste en reactivos de selección múltiple sobre una categoría específica de síntomas y signos a la depresión. Cada reactivo consiste de 4 operaciones auto-evaluativas con puntuaciones que



fluctúan entre 0 y 3. La puntuación total fluctúa entre 0 y 63. A mayor la puntuación en el inventario, mayor es la sintomatología depresiva.

A base de muestras estadounidenses, las puntuaciones pueden ser categorizadas en niveles de depresión: 0-9 estado no depresivo, 10-18 sintomatología depresiva leve, 19-29 moderada y 30-63 severa (Beck y colaboradores, 1988). El IDB pretende identificar niveles de depresión, provee una evaluación inmediata (ejemplo, suicidio), indica cualquier cambio importante en sintomatología y ayuda a evaluar la efectividad de las intervenciones (Beck, 1974, Beck y Beck, 1974).

Métodos Estadísticos Empleados

Para el procesamiento de los datos se trabaja con pruebas no paramétricas, en tanto estas manejan variables ordinales, porque su esencia es ranquear los valores de las variables, dentro de las alternativas existentes y mas usadas, se seleccionó el Test de Mann Withney contenido en el paquete estadístico Spss/pc para Windows 9.0.

Este test, compara variables ordinales independientes con un espectro amplio de valores con distribución cualquiera, desconocida, verifica la hipótesis de que sus distribuciones son coincidentes, en el sentido de que los rangos de los valores que aparecen en las respectivas muestras no difieren significativamente.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó el procesamiento de la información de acuerdo a las características de los datos obtenidos, haciendo un análisis cuanti-cualitativo de los mismos. Se



aplicó el procesamiento estadístico matemático a los datos que admitieron este tipo de análisis. Se interpretan los hallazgos más relevantes en correspondencia con las características de los datos alcanzados en cada prueba aplicada y los objetivos del trabajo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SEGÚN LA TÉCNICA EMPLEADA

Análisis psicológico de los Datos contenidos en la Historia Vital.

Entre las afecciones y los traumatismos prenatales más frecuentes en los niños del grupo de estudio (Grupo 1) se encontró la presencia de hábitos tóxicos en la madre durante el embarazo en el 70% de los casos. Este elemento también se apreció en el 10% de los miembros del grupo de adolescentes supuestamente sanos (Grupo2). En 8 casos de adolescentes con dificultades de aprendizaje se encontraron evidencias de afectaciones emocionales mantenidas de la madre durante la etapa de embarazo, predominando la ansiedad y la depresión.

En el grupo de adolescentes supuestamente sanos solo en el 5% se encontraron antecedentes de depresión en la madre durante la gestación. Resultó significativo en este período la incidencia de la Enfermedad Asmática Bronquial en 12 casos en el grupo 1, de los cuales en solo 6 se realizó tratamiento con antibióticos, además un caso de bronconeumonía en el sexto mes de embarazo. En el grupo 2 se encontraron dos casos de caídas al quinto y séptimo mes de gestación, de los cuales uno de ellos fue con pérdida de conocimiento y un caso de amenaza de parto prematuro. Otro factor de interés clínico fue la edad de la madre en el momento de la gestación; encontrando 4 madres menores de 20 años de edad y 4 madres mayores de 40 años en los sujetos del grupo de estudio; y ninguna madre del grupo 2 con estas características. Evidentemente este factor está asociado no solo a las condiciones biológicas y psicológicas necesarias para una buena gestación, sino también a las posibilidades de ofrecer un buen cuidado y estimulación a sus hijos.



Debe tenerse en cuenta que 9 menores del grupo de estudio fueron embarazos no deseados, 3 miembros de este grupo constituyen el sexo no deseado por sus padres. En el grupo 2 solo fue significativa la presencia de 3 madres con gestación no deseada y todos los casos del sexo deseado. En síntesis en varios sujetos del grupo 1 se notaron indicadores de un embarazo en riesgo.

Los partos no a término y la prematuridad constituyeron un elemento significativo en la muestra estudiada, encontrándose 13 casos en el grupo 1, mientras en el grupo 2 se reportaron 7.

Con respecto a los antecedentes postnatales se notó la presencia de Asma Bronquial desde los 4 meses de nacimiento, en 10 casos; dos adolescentes con antecedentes de convulsiones epilépticas a los 5 y 9 años de edad, todos integrantes del grupo de estudio. En el grupo testigo el Asma Bronquial la presentaron 6 menores. Este dato nos lleva a reflexionar sobre la relación entre estas manifestaciones y las dificultades actuales para regular su conducta y las manifestaciones psicopatológicas observadas.

De forma integral, de la valoración de los antecedentes pre, peri y postnatales, se deduce que en todos los casos de adolescentes con dificultades para aprender, han incidido factores de alto riesgo que pueden estar asociados a su estado actual, a diferencia de los miembros del grupo de control donde la influencia de estos factores nocivos fue mínima.

Resultó significativo que en su mayoría los adolescentes del grupo 1 habían recibido tratamiento psicológico, 5 de ellos fueron atendidos por psiquiatría. En el grupo 2, 3 miembros se habían llevado a consultas de psicología y ninguno a psiquiatría. Los motivos de consultas, tanto en el grupo 1 como en el 2 fueron básicamente preocupaciones de padres y maestros sobre el desarrollo psíquico. Se detectó en muchos de ellos cuadros de inadaptación de tipos depresivos, ansiosos o ansioso-depresivos, enuresis, reacciones de agresividad. En todos los



casos se pretendía encontrar las causas sobre su pobre desempeño escolar y sólo en 2 casos fueron llevados a consulta por preocupaciones sobre desórdenes emocionales, lo cuál no nos induce a pensar que estos no existieran, sino más bien que se priorizaran las afectaciones de tipo intelectual por encima de las afectivas tanto por parte de los padres como de los maestros. En general los antecedentes patológicos indican una mejor salud integral en los miembros del grupo 2, que en los sujetos del grupo 1.

En los antecedentes evolutivos de los integrantes del Grupo 1 resultaron llamativos: la demora para comenzar a caminar en el 50% de los miembros de este grupo, lentitud para adquirir el lenguaje oral en el 50% de los casos. También dificultades en el control de esfínteres, encontrando enuresis nocturna en 3 casos. Los padres describieron a los miembros de este grupo como dependientes, caprichosos y rebeldes, inseguros y nerviosos, con preferencias por juegos apropiados para su edad. En 13 sujetos de este grupo se encontró la tendencia a reaccionar ante el fracaso con llanto incontrolable desde etapas muy tempranas de la vida. Muchos padres indicaron que sus hijos presentaron dificultades para cumplir órdenes.

En los antecedentes evolutivos de los miembros del grupo 2 se notó en la mayoría de los casos un buen desarrollo del lenguaje, la marcha y el componente emocional afectivo. Se encontraron 5 miembros con antecedentes de enuresis nocturna. Los familiares describieron a estos adolescentes como alegres, activos y con iniciativa.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares se apreció que en los miembros del grupo de estudio predominaron los casos de familiares allegados con dificultades para aprender. En 4 adolescentes se reportaron padres con retardo. La patología mas frecuente entre los padres fue el Asma Bronquial en el 15% de los hombres y en el 30% de las mujeres (padres y madres). El nivel escolar promedio de los padres de este grupo fue 9no. Grado y la ocupación mas frecuente empleados de servicios.



Se evidenció una prevalencia de 12 casos con antecedentes de trastornos psíquicos en familiares allegados, 6 de ellos con antecedentes de depresión. Un miembro del grupo 1 tiene el padre recluido por delitos reiterados. En los integrantes del grupo 2 se encontró la hipertensión arterial como el cuadro patológico más común presente en el 50% de los casos. El alcoholismo en los padres sólo se reflejó en 2 casos. El nivel de escolaridad promedio de los padres del grupo 1 fue de Décimo Grado. Se encontró la presencia de 13 casos con padres universitarios y en su mayoría tienen ocupación, excepto 8 madres que se dedican a tiempo completo a las labores domésticas y un padre recluso.

Un aspecto que llamó la atención investigativa fue la presencia de estilos educativos inadecuados en un gran número de miembros de la muestra, predominando la sobreprotección y el autoritarismo, los conflictos alrededor de la crianza, la inconsistencia, la permisividad y la sobre exigencia de los mismos por cumplir con los deberes escolares. Esta cuestión es preocupante desde el punto de vista psicológico pues refleja la despreocupación familiar por los problemas de estos adolescentes y el mal manejo de los mismos para que los menores obtengan mejores resultados docentes.

En el grupo 2 no fue significativa la presencia de estilos educativos inadecuados, consideramos que el hecho de contar con mayor cantidad de factores protectores en el medio familiar y en los propios hijos influye en estos resultados.

Con respecto al medio escolar se encontró una adecuada atención actual en el 100% de los casos de los miembros del grupo 1. En 17 de estos adolescentes se reportaron cuadros de inadaptación escolar al comenzar la enseñanza primaria.

En el grupo 2 se observó un tratamiento pedagógico adecuado en la actualidad en la mayoría de los casos. Se encontraron antecedentes de cuadros de inadaptación desde el círculo infantil en solo 1 adolescente y cuadros reiterativos en primaria en 1 miembro de este grupo.



En cuanto a los rasgos mas significativos de la personalidad del grupo 1 predominaron las manifestaciones de impulsividad en 12 casos, pobre control emocional en 7; inseguridad en la mayoría de los casos; retraimiento y tendencia de aislamiento en el 50%, manifestándose de esta manera un estrecho vínculo social. Con un regular desarrollo de intereses cognoscitivos.

En el grupo 2 predominaron los menores con un buen desarrollo de los intereses cognoscitivos sin embargo predominó la autonomía en la realización de actividades.

La sintomatología más común en el grupo 1 fue la presencia de un bajo nivel de reflexión, dificultades mnemico-atencionales; manifestaciones de ansiedad y depresión. En particular se notaron síntomas vinculares, anímicos, motivacionales y cognitivos de la depresión a un nivel moderado.

En el grupo 2 no se notó una gran representación de la presencia de afecciones mnemico atencionales o bajo nivel de reflexión.

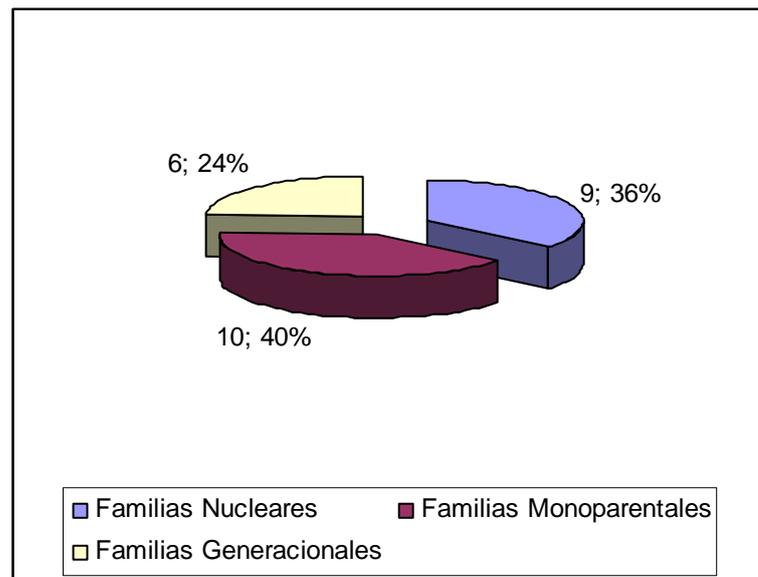
En general la información contenida en las historias vitales refleja la existencia de condiciones adversas en el desarrollo de los miembros del grupo 1. Estas condiciones desfavorables desde el punto de vista familiar y escolar han influido en su estado actual y convierten a estos adolescentes en un grupo vulnerable para la depresión y otras afecciones psicopatológicas y sociales. Se corroboró lo planteado por M.M. Casullo (1998) en Buenos Aires, autora que ha indicado la necesidad de considerar como grupo riesgo a los adolescentes con problemas; entre ellos los que presentan dificultad para aprender.

Análisis de los resultados obtenidos en la entrevista realizada a cada adolescente.



En los adolescentes con problemas en el aprendizaje incluidos en el grupo 1, ante el interrogante con quienes convive en el hogar, como se observa en el gráfico No. 1, existen 9 casos de familias nucleares, 10 casos de familias monoparentales y 6 de familias generacionales.

Gráfico No. 1 Tipos de Familias en el Grupo de Adolescentes con dificultades para aprender



Es necesario tener en cuenta que dentro de los casos de familias nucleares se incluyen 5 casos de adolescentes que conviven con la figura materna y el padrastro. En su mayoría, refieren sentirse mal por esta situación y reclaman del cariño de la figura paterna biológica; es necesario tener en cuenta que uno de los escolares no conoce a su padre, y otro que el mismo se encuentra bajo prisión desde hace 5 años, situación que los afecta con gran demanda.

Ninguno de los casos reportó maltrato infantil tanto físico como psicológico, por parte de los padres; sin embargo 4 estudiantes manifestaron sentirse rechazados por algún miembro de la familia, situación que es referida por ellos como triste y



preocupante. El 90% de los adolescentes manifestó llevarse bien con los hermanos.

Con respecto a las tareas escolares la mayoría de los casos reportó dificultades en matemáticas y en lengua española sólo dos manifestaron dificultades en historia, admitiendo todos que poseen inconvenientes a la hora de atender las clases, 20 de estos estudiantes refirieron limitaciones para realizar dichas tareas por sí solos. Dos de los adolescentes de este grupo refirieron sentirse totalmente inconformes en la escuela por no ser de su agrado el estudio, lo cual evidencia un rechazo abierto hacia la misma; los casos restantes manifestaron poca motivación por las clases pues se acompañan por sentimientos de frustración al no obtener los resultados esperados en algunas de las asignaturas anteriormente mencionadas. Resulta preocupante que un gran número de estudiantes de este grupo refiere sentirse por lo general cansado ya sea en la escuela o en su propio hogar.

En su mayoría, el grupo estudio cuenta con el apoyo de los familiares a la hora de la realización de las tareas docentes.

El 20 % de los adolescentes del grupo estudio refirió tener preferencia hacia un amigo en especial dentro de los marcos escolares, destacando que 4 de ellos manifestaron no tener muy buenas relaciones con los demás compañeros de su clase por presentar conflictos ocasionales. 5 de los demás escolares expresaron tener amigos desvinculados de la escuela y los casos restantes reportaron la ausencia de preferencia con respecto a sus amistades.

En los adolescentes integrantes del grupo testigo, se reportó que 17 de los casos conviven con ambos padres y hermanos, solo se presentaron tres casos de convivencia con el padrastro y 5 únicamente con uno de los padres. Sólo uno de los escolares de este grupo manifestó inconformidad con respecto a su situación familiar actual puesto que la madre se encuentra cumpliendo misión en otro país



desde hace dos años. El 100% de los casos manifestó tener buenas relaciones con sus hermanos.

Con respecto a las tareas escolares, solo 6 adolescentes reportaron dificultades en algunas de las asignaturas, ninguno reportó limitaciones en la realización de las tareas docentes por sí solos, el 90% manifestó tener mayor facilidad para la ejecución de dichos deberes por sí mismos. Ninguno de los casos reveló algún tipo de inconformidad con respecto a la escuela, refiriendo gran motivación hacia el estudio y su relación con los demás compañeros de clase. Todos reportaron contar plenamente con la ayuda de alguno de sus familiares para la realización de estas demandas si es de su requerimiento.

La mayoría de estos escolares refirieron tener muy buenas amistades tanto en los marcos escolares como desvinculados a estos, solo 2 de estos casos señalaron no tener buenas relaciones con alguno de sus compañeros.

Al valorar integralmente la información ofrecida por los adolescentes de los 2 grupos de la muestra se pudo constatar la presencia de algunas dificultades en el orden psicológico, en los miembros del grupo 1.

En síntesis las manifestaciones psicopatológicas de depresión, aislamiento, sentimiento de fracaso escolar y conflictos familiares fueron más severas en el grupo 1.

Análisis de los resultados obtenidos en la entrevista a miembros de la familia.

En su mayoría de adolescentes del grupo estudio, los familiares reflejaron preocupación por las dificultades que presentan los mismos en las relaciones interpersonales, en muchos se hizo referencia a la presencia de conductas agresivas hacia sus coetáneos y demás personas. Diez familiares indicaron que



los adolescentes tienden al retraimiento y aislamiento social. En algunos se expresó la existencia de tristeza ocasional. En 10 adolescentes, 3 de ellos varones se reportó el llanto fácil. En 12 de los casos de este grupo, los familiares los representaron como rebeldes tanto en la casa como en la escuela. 15 fueron identificados como escolares inseguros en la realización de cualquier tipo de actividad.

Todos los familiares reconocieron la presencia de insuficiencias en el desarrollo intelectual de estos menores, sin embargo, en muchos de estos casos el rendimiento académico y conducta escolar fue reflejada por la familia a un segundo plano, considerando que la sobre exigencia y los estilos autoritarios por parte de los mismos pueden ayudar al mejoramiento de los resultados docentes de los menores en la mayoría de los casos.

Al valorar la información ofrecida por la familia de los integrantes del grupo 2 se apreció que estos adolescentes no representan mayor preocupación para los padres con respecto a sus resultados docentes, pues no refieren grandes dificultades en ninguna de las asignaturas en específico.

Solo dos de los familiares de los escolares de este grupo manifestaron preocupación con respecto al estrecho círculo social que posee cada uno de ellos, los adolescentes restantes fueron identificados por los mismos como sociables y generosos. 7 adolescentes fueron reconocidos como nerviosos en la ejecución de algún tipo de actividad específica.

Al analizar integralmente la entrevista a los padres, se puede decir que los escolares pertenecientes al grupo 1 evidencian mayores dificultades con respecto a sus relaciones interpersonales que los adolescentes del grupo 2.

Análisis de la información ofrecida por los profesores.



En el caso de los integrantes del grupo de adolescentes con problemas en el aprendizaje se les solicitó información a las maestras que los atienden en la escuela. Aquí se encontró que 4 de estos adolescentes pertenecen al subgrupo de escolares de mejor rendimiento intelectual y 21 al subgrupo de bajo rendimiento intelectual.

Las maestras de los adolescentes de este grupo consideraron que los mismos presentan problemas de disciplina en la mayoría de los casos muy ligados a las dificultades atencionales que manifiestan.

Son menores que se integran en el desarrollo de las actividades escolares siempre y cuando sean motivados para las mismas. No se reportaron casos con dificultades comunicativas. El lenguaje oral es considerado correcto en la mayoría de los casos. Las limitaciones que se presentan con mayor frecuencia están referidas en el lenguaje escrito en especial en cuanto a su contenido. Además, casi en su totalidad de adolescentes refieren serias dificultades en matemáticas, específicamente en la comprensión y análisis de ejercicios sencillos.

La motivación por la actividad escolar fue considerada buena en 8 casos y mala en el resto. La atención es defectuosa en los 25 casos. Son menores que en su mayoría presentan agresividad ocasional hacia sus compañeros, lo que algunas veces interfiere en sus relaciones de amistad.

Los miembros de este grupo son considerados como inestables emocionalmente, valorando especialmente a 3 niños como tristes en la mayoría del tiempo. Es necesario tener en cuenta que dos de ellos presentan serias dificultades interrelacionales con sus padres, en uno de los casos la figura paterna no había reconocido al menor hasta los 8 años de edad y los padres de otro adolescente que actualmente se encuentran separados y no manifiestan preocupación alguna hacia el mismo, razón que refleja su frecuente inasistencia a la escuela y por supuesto sus bajas calificaciones. Las maestras refieren estilos educativos familiares de sobreprotección en 7 casos y 10 los consideran autoritarios,



destacando en estos últimos que la mayoría de los niños se desenvuelven en la escuela de manera tímida y con temor de equivocarse en cualquier actividad docente.

Cuatro de los adolescentes pertenecientes a este grupo con dificultades en el aprendizaje viven actualmente en condiciones inadecuadas, por lo tanto son considerados como casos sociales en seguimiento.

Las maestras consideran inadecuada la relación hogar escuela en 9 casos.

En el grupo testigo, de acuerdo a la impresión de las maestras con respecto al nivel intelectual de los adolescentes, se concluyó que la mayoría se encuentra en un rendimiento promedio, aunque se refieren dificultades en lengua española y matemáticas de algunos adolescentes pero con algunos niveles de ayuda logran superar las mismas. La manera de relacionarse con los coetáneos fue valorada como buena en todos los casos, excepto 2 menores generalmente tímidos. La mayoría de estos escolares se integran fácilmente a todas las actividades escolares con entusiasmo.

El lenguaje oral es considerado como bueno en todos los casos. En el lenguaje escrito si presentan dificultades 10 escolares específicamente con respecto a la redacción y ortografía.

La motivación por la actividad escolar fue considerada como muy buena en 19 casos, en 5 buena y 1 como regular.

La atención fue categorizada como defectuosa en sólo 6 casos.

Los menores de este grupo no son considerados por sus maestras como agresivos, sino que por el contrario presentan por lo general muy buenas relaciones de amistad con sus compañeros.



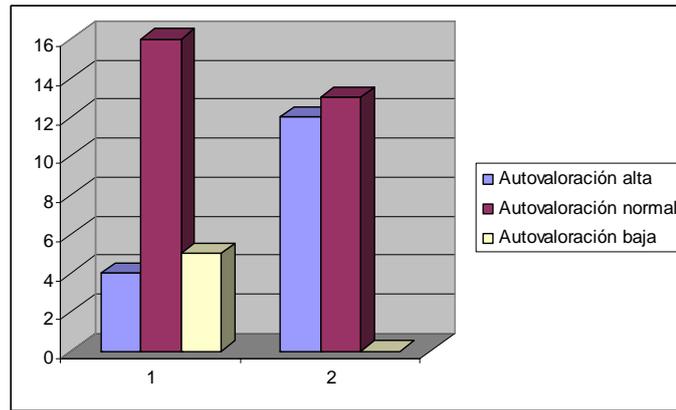
En su mayoría estos menores se interesan por todo lo referido al área escolar, además los familiares de los mismos asisten frecuentemente a la escuela y se preocupan por su rendimiento, participando de manera activa en el aprendizaje de los adolescentes, por lo que la relación hogar-escuela fue considerada de buena en todos los casos.

Análisis de la Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein

Como se aprecia en el gráfico No. 2 resulta evidente una mayor afectación con respecto a la autovaloración de los adolescentes del grupo estudio, donde 5 de ellos se categorizan con baja autoestima, 16 normal y 4 alta. Sin embargo, se denota una mayor representación de sí mismos por exceso en 12 adolescentes pertenecientes al grupo 2, 13 normal y ninguno como baja. Los indicadores de menor valoración más frecuentes en ambos grupos fueron el de la Inteligencia y la Belleza, seguidos de la Salud, el segundo de ellos fue más común entre los miembros de sexo femenino. Al responder la pregunta ¿Porque te ubicas allí? En la mayoría de los casos de los miembros del grupo 1 se hizo referencia a la esfera intelectual como la principal causa, destacando sus dificultades para aprender además de la falta de motivación hacia el estudio en algunos de los casos, apreciándose de esta manera que este grupo de adolescentes es conciente de sus dificultades con respecto a su rendimiento académico, destacando las posibles causas de las mismas; y en el grupo testigo la causa de dificultad más frecuente fue la de belleza. Con respecto a la interrogante ¿Que te falta para llegar a la cima? Los miembros integrantes del grupo testigo acentuaron en un 90% mejorar sus habilidades intelectuales, mientras que los miembros de un rendimiento académico normal respondieron de la misma manera en un 70% seguido del mejoramiento de su aspecto físico.

Gráfico No. 2 Resultados Obtenidos en la Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein





Análisis del Cuestionario de Autoestima

Con respecto a los resultados de este cuestionario de autoestima, en su análisis se puede decir que existen diferencias atendiendo a las respuestas ofrecidas por los miembros de ambos grupos en cada una de las afirmaciones. En la primera afirmación: “En general me gusta como soy” 17 adolescentes del grupo 1 contestaron mucho, mientras que los del grupo testigo fueron 21, respondieron como regular 8 del grupo estudio y 4 del segundo grupo, ninguno de los dos procuró como respuesta “nada”. En la segunda afirmación “a veces pienso que soy un desastre”, resulta significativa la cantidad de respuestas ofrecidas en el grupo 1 como regular atendiendo 15 casos y 1 como mucho, en el grupo 2 fueron más frecuentes los casos que aportaron como respuesta “nada”, un total de 17 casos y 8 en regular, situación que demuestra lo referido en el análisis de otras pruebas aplicadas con respecto a la valoración que poseen los adolescentes frente a sus capacidades y habilidades, relacionadas también con la sobre exigencia de los adultos para que concluyan satisfactoriamente las demandas curriculares. Esto se demuestra también en las frases 3, 4, 5, 6 y 10 “Pienso que hago las cosas bien”, “Soy capaz de hacer las cosas bien como los demás”, “No me gusta nada lo que hago”, “A veces creo que soy muy torpe”, “Pienso que hago casi todo bien”, donde evidentemente los resultados obtenidos en cada una de estas afirmaciones se encuentran afectadas en mayor valor en el grupo de estudiantes con problemas en el aprendizaje.



En las afirmaciones 7, 8 y 9 se resalta la baja aceptación y carácter afectivo hacia sí mismos por parte de los estudiantes integrantes del grupo 1, resultados de mayor significación que en los adolescentes del grupo testigo.

La autoestima, considerada como la dimensión afectiva de la autovaloración nos da la medida de cómo se aceptan y se respetan las personas, por esa razón constituye un importante factor a tener en cuenta en los adolescentes con bajo rendimiento académico, pues el fracaso en las actividades escolares le hace disminuir su autoestima y a la vez esta afectación emocional influye en el desarrollo de su intelecto generándose así un círculo difícil de romper, altamente nocivo para el menor.

Análisis del Inventario de Problemas Juveniles

Al hacer referencia a la primera esfera demostrada en la técnica como estado físico o salud, se puede notar en ambos grupos que existen algunas similitudes con respecto a los indicadores propuestos. Por ejemplo, en el grupo estudio los señalamientos más comunes por los adolescentes fueron en primer lugar la preocupación por su estado de salud actual con un total de 11 adolescentes, mientras que en el grupo testigo fueron 12 los miembros que refirieron esta dificultad, sin embargo, en el grupo de alumnos con dificultades para aprender la afectación seguida a la anterior es la vulnerabilidad al cansancio con un total de 10 estudiantes, situación que confirma lo revelado durante la entrevista a cada estudiante; mientras que en el grupo testigo la limitación referida a continuación es con respecto al deseo de saber si su energía física y resistencia son normales. 9 de los alumnos del grupo 1 refieren tener sueño la mayor parte del tiempo, mientras que la dificultad mencionada en el grupo testigo es la preocupación de mejorar su figura, indicador que se repite en 7 adolescentes con problemas de aprendizaje. 5 miembros del grupo 1 refieren sentirse sin ánimo o energía, cifra de igual dimensión en el grupo 2.



En la segunda esfera de la técnica referida la relación con otros muchachos y muchachas, 11 adolescentes pertenecientes al grupo con dificultades en el aprendizaje reseñan la necesidad de tener más amistades, cuestión que se confirma en otras pruebas ya analizadas, además de ser 9 los alumnos que desean tener por lo menos un buen amigo. El indicador seguido a los anteriores es con respecto a la posible sobreprotección por parte de los adultos hacia los menores, motivo que también se confirma en técnicas previamente analizadas. Resulta significativa la estimación de este grupo con respecto a su preferencia de juego con niños menores a los mismos en 7 adolescentes y el rechazo sentido por algunos de ellos al desconocer estrategias de juegos preferidos por sus compañeros. También se hace mención en algunos de los adolescentes de este grupo a las pocas invitaciones que reciben de sus amistades para salir. En el grupo testigo no existen cifras altamente significativas en ninguno de los indicadores, por lo que se puede establecer que es notable la afectación de los adolescentes con dificultades en el aprendizaje con respecto a las relaciones interpersonales con sus coetáneos.

Se hace notable el conocimiento de los alumnos con problemas del aprendizaje sobre su dificultad en la concentración en la esfera relacionada con la escuela, donde el 70% de los miembros de este grupo hace alusión a esta problemática, lo cual evidencia un conocimiento sobre sus principales limitaciones, demostrándose también en la frecuencia de señalamientos en el indicador que alude a la intranquilidad durante las horas de clase, en ésta el 50% de los menores se incluye. Estas cuestiones se encuentran seguidas en igual cifra a la consideración de los menores con respecto a la preferencia de sus profesores con compañeros de sus aulas y la necesidad de niveles de ayuda en la realización de los deberes escolares. En el grupo testigo, el indicador de mayor señalamientos es con respecto a no considerarse a sí mismos como listos, con un total de 7 adolescentes, seguido de la necesidad de niveles de ayuda en la realización de los deberes escolares.



En la esfera referida a su propia persona, el indicador más común entre los estudiantes con problemas de aprendizaje fue el de la vulnerabilidad a la distracción por estar pensando la mayoría del tiempo en cosas que no existen. Seguidos de éste, hay 3 indicadores que se encuentran en igual posición por considerar el 40% de los alumnos, entre ellos se encuentran la preocupación por pequeñas cosas, el temor a equivocarse y los niveles de ayuda que necesitan para la realización de las cosas que comúnmente realizan. Es necesario tener en cuenta que el segundo de ellos ya se ha analizado en anteriores técnicas donde se relaciona con los estilos educativos empleados por los familiares hacia los menores, estrechamente vinculados a las exigencias que se intensifican en los hogares para que el adolescente cumpla satisfactoriamente los deberes escolares causando en los mismos temores en la realización de dichas actividades. También son muy comunes entre los señalamientos de estos adolescentes la facilidad de alterarse en cualquier situación, el arrepentimiento de muchas de las acciones que realizan y el deseo de discutir sus problemas con alguna persona, este último sigue confirmando la dificultad de relación con otros individuos en éste grupo de menores. A continuación de los indicadores anteriormente mencionados están el de considerarse susceptible y por lo tanto se ofenden con facilidad, el sentimiento de fijación de otras personas hacia los adolescentes y la creencia de ser diferente a los demás muchachos. Las demás cuestiones referidas en esta esfera también son señaladas pero a una escala mucho menor. El indicador más frecuente entre los adolescentes del grupo testigo es con respecto a considerarse nerviosos en un 50% de los casos, los demás indicadores comunes entre este grupo y ubicados en igual escala están referidos a preocuparse por pequeñas cosas, alterarse fácilmente, ser susceptibles y ofenderse con facilidad.

En el área concerniente al hogar y la familia, la cuestión de mayor frecuencia y por lo tanto preocupante entre los adolescentes con problemas en el aprendizaje es con respecto al deseo de que la figura paterna se encuentre más tiempo en la casa, resaltándose de esta manera la ausencia de dicha figura en algunos de los hogares como se mencionan en anteriores técnicas y la real preocupación por parte de los mismos en la educación de los menores, situaciones que se reflejan



en el 70% de los casos. El 50% de los miembros de este grupo consideran que sus padres los regañan en gran demanda para que realicen los deberes escolares, hecho que puede estar relacionado con las sobre exigencias familiares que anteriormente se analizaban y que se reconfirma en el indicador el cual los adolescentes consideran que sus padres esperan demasiado de ellos. En el grupo 2, ninguno de los indicadores se repite en gran escala, el de mayor frecuencia es el deseo de tener un hermano en un total de 5 niños.



Análisis estadístico matemático de los resultados

Los datos obtenidos en las técnicas Inventario Diagnóstico para Evaluar la Depresión como rasgo y estado (IDERE), Escala de Síntomas Depresivos de M.M. Casullo, Cuestionario de Aislamiento y soledad de M.M. Casullo, Prueba de Zung y Conde y el Inventario de Beck fueron procesados estadísticamente representándose los resultados de las siguientes variables;

VARIABLES	RESULTADOS EN LAS PRUEBAS
X1	IDERE estado
X2	IDERE rasgo
X3	Escala de síntomas depresivos
X4	Prueba de Zung y Conde
X5	Cuestionario de aislamiento y soledad
X6	Inventario de Beck

Siempre se establecieron las hipótesis estadísticas de la siguiente forma.

Ho: No existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas en los grupos estudiados.

H1: Existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas en los grupos estudiados .

Primeramente se compararon todos los valores obtenidos en los 2 grupos muestrales con el objetivo de conocer si existían diferencias en el comportamiento integral de ambos grupos y considerar la factibilidad de la comparación.

TABLA No. 4 Resultados obtenidos en la comparación de los dos grupos muestrales al aplicar el estadístico de contraste de Mann – Whitney.



VARIABLES	ASYMP. SIG	SIGN.
X ₁ IDERE estado	0.303	0,05
X ₂ IDERE rasgo	0.000	0,05
X ₃ Escala de Síntomas Depresivos	0.002	0,05
X ₄ Cuestionario de Aislamiento y Soledad	0.03	0,05
X ₅ Prueba de Zung y Conde	0.049	0,05
X₆ Inventario de Beck	0.010	0.05

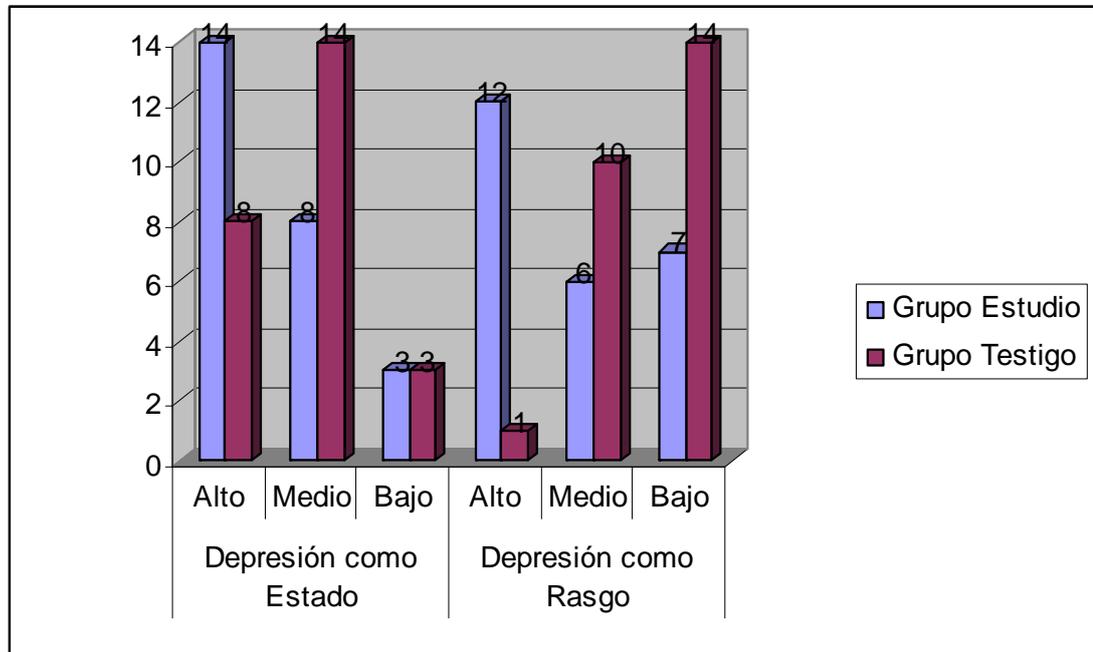
Como se aprecia en la tabla anterior, solo en la variable 1 correspondiente al IDERE como estado, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, es decir, se rechazó H1. Por tanto las manifestaciones de depresión como estado no resultaron ser un elemento diferenciador entre los grupos de la muestra, cuestión que resulta preocupante, pues esta variante situacional fenomenológicamente puede tener o no alta intensidad y sintomatología de relevancia clínica en ambos grupos muestrales que en dependencia de los recursos que predispongan los sujetos para enfrentar situaciones valoradas por ellos mismos como amenazas, se pueden instaurar en estados de depresión estables en la personalidad de los adolescentes.

Además si se observa la tabla No. 6, los resultados del IDARE como rasgo estadísticamente tienen diferencias significativas entre ambos grupos, su frecuencia alcanza grandes valores en el grupo 1, sin embargo, se observa una gran connotación por parte de los adolescentes con aprendizaje normal tanto en el indicador medio del mismo como el de estado.

Las manifestaciones depresivas más comunes en ambos grupos pero con mayor intensidad en los adolescentes con problemas de aprendizaje fueron los de desesperanza hacia planes futuros y preocupación hacia los mismos, inseguridad hacia si mismo, desconfianza e infelicidad.



Gráfico No. 3 Resultados Obtenidos en el Inventario diagnóstico para evaluar la Depresión como rasgo y estado (IDERE).



En la variable correspondiente a la Escala de Síntomas Depresivos también se encontraron diferencias significativas ($p = 0,002$) que reflejan la existencia de respuestas diferentes en los grupos de la muestra.

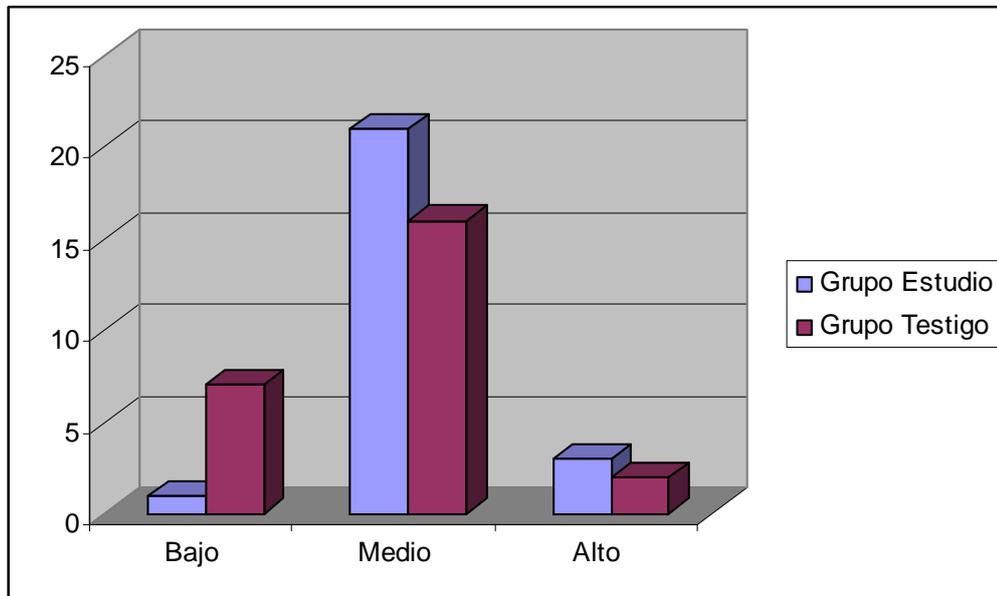
Como se evidencia en el gráfico No. 4, se denotan valores relevantes en ambos grupos, sin embargo en el grupo de adolescentes con problemas de aprendizaje existe una mayor cantidad de miembros en los niveles medio y alto de la escala, con un valor de 21 y 3 respectivamente. Mientras que el grupo testigo fueron 16 los adolescentes ubicados en el nivel medio y 2 en el alto.

En la misma escala se hicieron relevantes manifestaciones de depresión tales como irritabilidad, desánimo, desesperanza en el futuro, baja autoestima, tristeza



y sentimientos de soledad, coincidiendo con los resultados ya obtenidos en otras pruebas aplicadas.

Gráfico No. 4 Resultados Obtenidos en la Escala de Síntomas Depresivos de M.M. Casullo



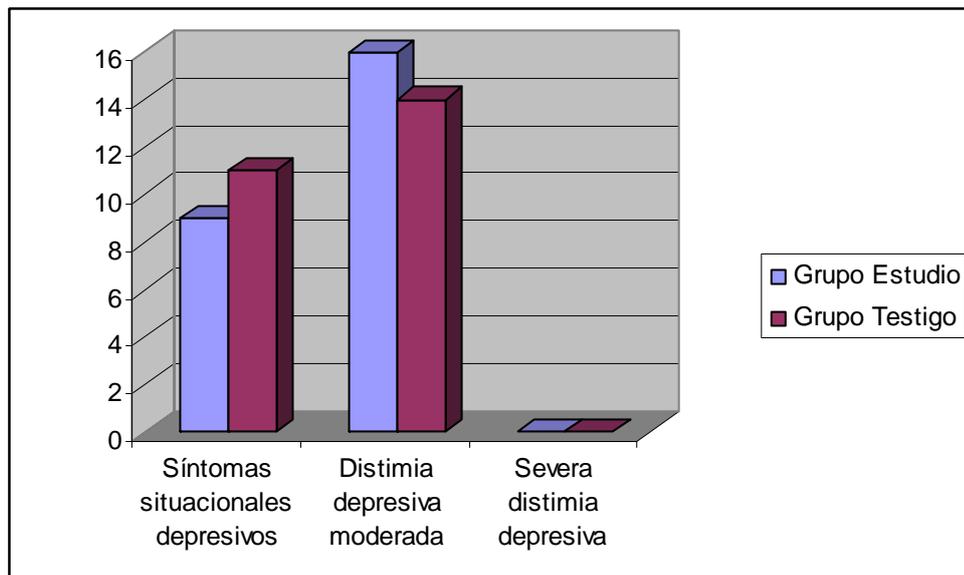
En el cuestionario de Aislamiento y Soledad de M.M. Casullo, como se observa en la tabla No. 4, también se denotan diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos ($p = 0.03$), Estos datos confirman la tendencia de los adolescentes del grupo 1 a aislarse y a sentirse solos en mayor medida que los sujetos del grupo 2 respectivamente. Resultó interesante en el análisis de los datos de este cuestionario la alta relación entre la tendencia a aislarse y el sentimiento de soledad, la poca confianza en sí mismos y la falta de apoyo. El riesgo de suicidio ha sido descrito en los menores con rendimiento académico desfavorable y es síntoma cardinal de importantes trastornos depresivos. Estos menores se muestran infelices no solo porque fracasan en la escuela, sino también por la insistencia de los mayores para que obtengan buenas calificaciones. Cuando la presión es grande, el faltar a clases, la mentira, el vagabundeo pueden ser el resultado. El adolescente puede avergonzarse y



deprimirse o inclusive tratar de suicidarse. Martínez, C (2003). Estos resultados se relacionan con un bajo nivel de autoestima, desesperanza, incapacidad para afrontar las emociones y deterioro de los vínculos sociales

De acuerdo con el análisis estadístico, la prueba de Zung y Conde también aportó diferencias significativas en los resultados de ambos grupos ($p = 0.049$). En el gráfico No. 5, se denota que ni el grupo estudio ni el grupo testigo fue categorizado en severa distimia depresiva, sin embargo se observa un elevado número de estudiantes ubicados como distimia depresiva moderada, acentuándose evidentemente en el grupo de adolescentes con problemas en el aprendizaje, situación que ocurre de igual forma en la categoría de síntomas situacionales depresivos. Lo que evidentemente demuestra que los estudiantes con problemas en el aprendizaje se encuentran más propensos a experimentar síntomas depresivos que los escolares con un aprendizaje normal.

Gráfico No. 5 Resultados Obtenidos en la Prueba de Zung y Conde



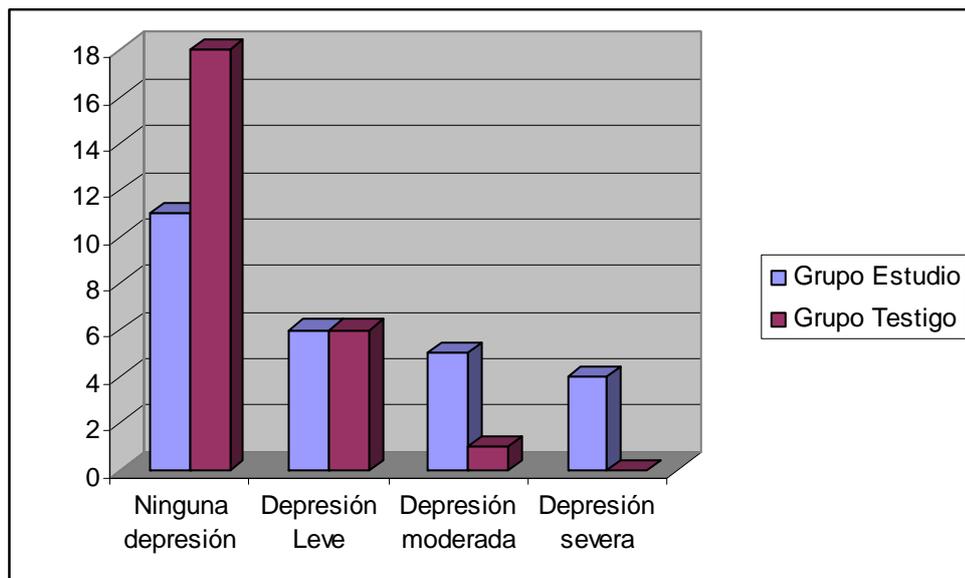
Los resultados obtenidos en el inventario de Beck, revelan diferencias significativas entre los dos grupos, encontrándose que en el grupo 1 se haya preocupante el número de niños ubicados tanto en la depresión severa como en



la depresión moderada siendo los valores de 5 y 4 respectivamente, mientras que en el grupo testigo sólo fue un escolar caracterizado como depresión moderada. En ambos grupos fueron 6 los adolescentes que se particularizaron como depresión leve y en ninguna depresión 11 del grupo de estudio y 18 del grupo testigo.

En el análisis cualitativo de esta técnica, se evidencian manifestaciones de fracaso, tristeza, frecuentes sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, irritabilidad, aislamiento hacia las demás personas, cansancio y pérdida del apetito en el grupo estudio, situaciones que se demuestran con una intensidad y frecuencia mayor en este grupo que en el de adolescentes con un aprendizaje normal.

Gráfico No. 6 Resultados obtenidos en el inventario de Beck



Análisis Integral de los Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos en cada una de las pruebas aplicadas se puede analizar que en el grupo de estudio se evidencian afectaciones desde la etapa prenatal en la mayoría de los casos, presentándose por ejemplo embarazos no deseados o embarazos en edades no adecuadas de la madre, hábitos tóxicos, afectaciones emocionales negativas concurrentes durante la gestación. En este mismo grupo hubo un valor representativo de partos no a términos y prematuridad. Se analizaron antecedentes postnatales de asma bronquial y epilepsias en algunos de los casos, además resultó preocupante la lentitud en el 50% de los casos para desarrollar habilidades evolutivas tales como el comenzar a caminar y adquirir el lenguaje. Es decir, de forma general en los antecedentes pre, peri y postnatales en la mayoría de los casos de los adolescentes con dificultades para aprender han incidido factores de alto riesgo que pueden estar asociados a su estado actual. Mientras que en el grupo testigo no se evidenciaron casos de mayor significación de esta índole.

La mayoría de los casos en este grupo de estudiantes con dificultades para aprender han acudido a consultas psicológicas. Los motivos de las mismas, se encontraron relacionadas básicamente a preocupaciones de padres y maestros sobre el desarrollo psíquico. Se detectó en muchos de ellos cuadros de inadaptación de tipos depresivos, ansiosos o ansioso-depresivos, enuresis, reacciones de agresividad. Algunos de los casos pretendían encontrar las causas de su pobre desempeño académico, lo que evidencia una falta de preocupación por parte de los familiares hacia aspectos tan importantes en los adolescentes como sus afectaciones de tipo emocional. En el grupo testigo si se hicieron notables algunos casos que asistieron a consultas psicológicas por las mismas razones del grupo 1, sin embargo su frecuencia fue mínima en comparación con el grupo de adolescentes con dificultades para aprender.



En cuanto a los antecedentes patológicos familiares se apreció que en los miembros del grupo de estudio predominaron los casos de familiares allegados con dificultades para aprender donde la patología más frecuente entre los padres fue el Asma Bronquial, además se evidenciaron casos significativos con antecedentes de trastornos psíquicos en familiares cercanos y de ellos un gran porcentaje con antecedentes de depresión. En el grupo testigo el cuadro patológico más común fue la de hipertensión arterial. Con respecto al nivel de escolaridad, se evidencia una mayor preparación y además una cifra mayor de padres con ocupación en los adolescentes supuestamente sanos.

Es preocupante la cantidad de adolescentes del grupo estudio que conviven en hogares monoparentales y generacionales. Al respecto, llamó la atención investigativa la presencia de estilos educativos inadecuados en un gran número de miembros de la muestra, predominando la sobreprotección y el autoritarismo, los conflictos alrededor de la crianza, la inconsistencia, la permisividad y la sobre exigencia de los mismos por cumplir con los deberes escolares. Esta cuestión es preocupante desde el punto de vista psicológico pues refleja la despreocupación familiar por los problemas de estos adolescentes y el mal manejo de los mismos para que los menores obtengan mejores resultados docentes.

La investigación permitió detectar síntomas indicativos de depresión en la muestra estudiada. La escala de depresión mostró que existe algún grado de la misma en los sujetos muestrales, siendo significativa la diferencia entre los grupos de estudios y los adolescentes supuestamente sanos, sin embargo las cifras obtenidas en este segundo grupo también fueron representativas, lo cual resulta una gran inquietud ya que son adolescentes que aunque manejan un índice académico satisfactorio presentan elevados indicadores en este sentido.

En los resultados de las técnicas, se hacen notables las manifestaciones de depresión en los núcleos básicos de la misma en el caso de los adolescentes con dificultades para aprender, siendo significativas las diferencias con el grupo testigo. En estas, los síntomas anímicos fueron los más frecuentes,



presentándose de esta manera sentimientos de tristeza, abatimiento e infelicidad. Al respecto, las personas que los rodean generalmente los representan como menores que tienden al llanto fácil y a la irritabilidad, este último indicador puede llegar a ser el más común dentro de las afectaciones de ésta índole (Rivero, C. 2000). En el grupo testigo también fueron comunes estos hallazgos, sin embargo su recurrencia fue menor.

Se hicieron relevantes los síntomas cognitivos en cuanto a su contenido, encontrándose de esta forma, en la mayoría de los adolescentes del grupo estudio, una baja autoestima y una inadecuada autovaloración, relacionadas estas esferas especialmente a sus dificultades para aprender. Además por la propia valoración que poseen hacia si mismos, se encuentran proclives a sentirse de alguna manera inferior hacia los compañeros que poseen resultados académicos mejores. Estas expresiones de una autoestima inadecuada, se encuentran estimulados además por la sobre exigencia que demanda la mayoría de los familiares de estos estudiantes en sus capacidades intelectuales, afectando de esta forma la confianza y la seguridad en si mismos para realizar actividades académicas de modo autónomo y solicitando así niveles de ayuda superiores a las que realmente necesitan. Es necesario destacar que estas situaciones en la mayoría de los casos han suscitado la recurrencia de los menores a realizar autocríticas profundas que se agudizan con las demandas de los padres para el mejoramiento de sus resultados docentes, situaciones que son concebidas por los mismos como factores estresantes y de elevada carga afectiva. Siendo esta una de las principales causas que hace vulnerable la aparición de episodios depresivos en estos adolescentes y que se demuestra además cuando se analiza esta esfera en los estudiantes supuestamente sanos, que aunque también reflejan en algunos casos afectaciones en su autoestima y autovaloración, no están determinados fundamentalmente por su desempeño académico y se desenvuelven en el ámbito escolar con una mayor seguridad y confianza en si mismos y por lo tanto son menores los niveles de ayuda que estos requieren.



Otro de los núcleos donde se observan afectaciones a grande escala es el referido a las relaciones interpersonales. En este se evidencia que los adolescentes con dificultades en el aprendizaje se desenvuelven en un estrecho vínculo social tanto en la esfera escolar como en la esfera familiar. Son menores que por lo general se observan retraídos y tímidos, que prefieren la realización de actividades de su interés por sí solos, hechos que se encuentran acompañados de sentimientos de soledad y necesidad de aceptación ante un grupo de coetáneos que consideren compatibles ante sus propios intereses. Sin embargo esta desmotivación para lograr nuevas amistades también se encuentra referida a los indicadores de baja autoestima y autovaloración, mencionadas anteriormente. Es evidente que a estos adolescentes se les dificulta la interacción con otras personas acordes a su edad, pues constantemente tienden a realizar autocríticas y comparaciones con sus coetáneos. Este fenómeno no solo actúa como una de las características típicas de la depresión, sino que también y en este caso puede ser considerada como una causa fundamental de la misma, pues teniendo en cuenta las particularidades de la adolescencia en general, en esta etapa se denota un amplio interés por aumentar el número de amistades como se observa en los adolescentes con un buen aprovechamiento escolar, el círculo social de este grupo es abierto y se encuentra como una de las principales motivaciones que estimulan dicho interés.

Seguido de estos síntomas anteriormente mencionados, se encuentra el indicador motivacional y conductual. En este sentido no se observaron grandes afectaciones en el grupo de estudio, sin embargo si se tiene en cuenta ya lo planteado con respecto a la inhibición de ampliar el círculo social por parte de los adolescentes con problemas en el aprendizaje, se analiza que si existe una disminución notable de la esfera de intereses de estos menores, porque aunque para ellos demande gran importancia ser aceptado socialmente por un grupo de coetáneos, esta situación tiende a limitarse por sus afectaciones en la autoestima y en la autovaloración como se analizó previamente. Además de ello, existe una disminución notable de la motivación por la esfera escolar en la mayoría de los



casos por no obtener los resultados docentes esperados, causa que concurre a la frustración continua y a la desesperanza de su vida futura.

Por último se detectaron los síntomas físicos como los menos frecuentes en ambos grupos de la investigación, dentro de ellos se encontraron pérdida del apetito e insomnio en mayor medida en los adolescentes del grupo de estudio, sin obviar que el grupo testigo también manifestó en algunos de los adolescentes estos síntomas. Resulta preocupante que un gran número de estudiantes del grupo de estudio refiere sentirse por lo general cansado ya sea en la escuela o en su propio hogar.

De forma general, se puede decir que los adolescentes con dificultades en el aprendizaje reúnen una serie de afectaciones que implican no solo al menor mismo sino también y de manera muy representativa dos esferas fundamentales como la familia y la escuela. Los estilos educativos empleados por la mayoría de los padres han repercutido considerablemente en la autoestima y autovaloración de estos menores, desencadenado de esta forma limitaciones con respecto a sus vínculos sociales y la motivación hacia planes futuros.

De acuerdo con esta investigación, se puede decir que existe una estrecha relación entre los indicadores de depresión y bajo rendimiento académico, pero no debe afirmarse con certeza que una es causante o determinante de la otra, sino que por el contrario ambas interactúan en un círculo que resulta nocivo tanto para el estudiante como para las personas que interactúan con él. De allí deviene la importancia de trabajar en todas las esferas que intervienen en el desarrollo del adolescente sin restarle la calidad correspondiente a cada una de ellas, teniendo en cuenta como punto importante la relación entre lo afectivo y lo cognitivo, caracterizando de manera oportuna posibles afectaciones emocionales como es el caso de la depresión en los adolescentes con dificultades para aprender.





CONCLUSIONES

- ❖ Se demostró que en los adolescentes con dificultades para aprender hay manifestaciones de depresión que difieren significativamente de las encontradas en sus coetáneos que conformaron el grupo testigo.
- ❖ Las manifestaciones de depresión mas notables encontradas en los miembros del grupo estudio fueron: síntomas motivacionales y conductuales, anímicos, cognitivos, interpersonales y en menor medida físicos.
- ❖ Existen estilos educativos inadecuados por parte de la familia de los adolescentes con dificultades en el aprendizaje, predominando la permisividad, el autoritarismo y la sobre exigencia.
- ❖ Es notable en el grupo de estudio el deterioro de la autoestima y la autovaloración, dado no solo por la influencia de los estilos educativos utilizados por la familia sino también por la vulnerabilidad de estos adolescentes para realizar autocríticas y comparaciones con coetáneos de mejor rendimiento escolar; situación que desencadena grandes limitaciones para ampliar su círculo social
- ❖ De acuerdo con sus dificultades para aprender, este grupo de adolescentes no se sienten plenamente atendidos, aún cuando han tenido una enseñanza diferenciadora, por lo que se evidencian con mayor profundidad sus fracasos escolares.
- ❖ Se apreció que si bien las manifestaciones de depresión encontradas en los miembros del grupo estudio difieren de las observadas en el grupo testigo, también en este último se notaron síntomas depresivos como:



síntomas motivacionales y conductuales, físicos, anímicos, cognitivos e interpersonales. Lo cual resulta preocupante desde el punto de vista investigativo.

- ❖ La información obtenida en relación con el medio familiar permitió conocer el predominio de familias monoparentales y generacionales en mayor medida en los adolescentes que conformaron el grupo estudio.
- ❖ El conjunto de técnicas empleadas para estudiar la depresión en adolescentes resultó efectiva.



RECOMENDACIONES

- ❖ Se debe dar una continuidad a la presente línea de investigación científica, destacando que esta no debe ser considerada solamente desde lo psicológico sino que deben retomarse todas las especialidades que intervienen en el desarrollo social, familiar y pedagógico de los adolescentes con dificultades para aprender, para que se profundice en su análisis y se propicie una intervención oportuna desde todas las ramas vinculadas a los mismos.

- ❖ Teniendo en cuenta la presencia de manifestaciones de depresión en el grupo testigo es recomendable que se profundice en la investigación de su estructuración y expresión clínica con vistas a evitar conductas de riesgo para la vida en estos menores.

- ❖ Es necesario que las personas vinculadas con la educación y atención sanitaria de los adolescentes reciban mayor preparación sobre las características de la depresión en esta etapa del ciclo vital y las vías para incidir en su atenuación o eliminación.

- ❖ Ofrecer los datos del presente estudio a los profesionales que trabajan directamente con los menores estudiados.





BIBLIOGRAFÍA

1. _____. Adolescere: en línea
http://html.rincondelvago.com/adolescencia_20.html/Consultado el 23 de noviembre de 2006.
2. Alarcón, P. Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia: en línea <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282005000100001&script=sci.arttext>/Consultado el 18 de julio de 2006.
3. _____. Análisis de las relaciones sociales en la adolescencia: en línea <http://html.rincondelvago.com/adolescencia-y-sociedad.html>/Consultado el 11 de enero de 2007.
4. Baquero, M. La depresión: en línea http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num4/art_7.htm/Consultado el 12 de diciembre de 2007.
5. Benavides, R. Adolescencia, pubertad, juventud: en línea html.rincodelvago.com/adolescencia_7.html>/consultado el 28 de noviembre de 2006.
6. Buitrago, M. La adolescencia: en línea http://html.rincondelvago.com/adolescencia_8.html/Consultado el 27 de noviembre de 2006.
7. Bustelo, P. Prevención de la depresión en jóvenes y adolescentes: en línea <http://publicaciones.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n49/pag6.pdf>/Consultado el 14 de diciembre de 2006.



8. Casullo, M.M.: (1998). Adolescentes en Riesgo. Editorial Paidós. Buenos Aires.
9. Catalán, J. Conducta y depresión: en línea <http://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html/> Consultado el 10 de enero de 2007.
10. Clínicas de Norteamérica. Ansiedad y Depresión. Volumen 4-1988. Edición Revolucionaria.
11. Cobo, P. La depresión en los adolescentes: en línea http://www.remo.ws/revista/n8/n8_cobo.htm/ Consultado el 19 de enero de 2007.
12. Concha, I. Depresión enmascarada: en línea http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/1997/pub_03_97.html/ Consultado el 8 de enero de 2007.
13. _____. Depresión en la adolescencia: en línea <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm/> Consultado el 12 de diciembre de 2006.
14. _____. Depresión, org. Hay luz al final del túnel: en línea <http://www.depresion.org/familiares.php/> Consultado el 11 de diciembre de 2006.
15. Domínguez, L(2003): Psicología del Desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas.
16. _____. Enfermedades psicológicas en la adolescencia: en línea http://html.rincondelvago.com/adolescencia_17.html/ Consultado el 18 de julio de 2006.



17. Espinosa, M. La adolescencia: en línea [//html.rincondelvago.com/adolescencia_11.html](http://html.rincondelvago.com/adolescencia_11.html)/Consultado el 27 de noviembre de 2006.
18. Espiño, I. Cada vez estamos más deprimidos: en línea <http://www.mailxmail.com/curso/vida/depresión/capitulo20.htm>/Consultado el 19 de diciembre de 2006.
19. Fernández, A. Depresión en cuatro dimensiones: en línea http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_4_dimen.php/Consultado el 12 de diciembre de 2006.
20. Ferrat, I. Estudio de las características psicopatológicas de los adolescentes con trastornos de conducta/Luis Felipe Herrera: Tutor. Trabajo de Diploma. Universidad Central de las Villas. Cuba.
21. Fleites, B. Ansiedad, depresión y frustración en adolescentes con trastorno de conducta/ Luis Felipe Herrera: tutor. Trabajo de Diploma. Universidad Central de las Villas. Cuba.
22. Gaviria, S. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia: en línea http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100005&ing=es&nrm=i/Consultado el 18 de julio de 2006.
23. Gesell, A. El adolescente de 10 a 16 años. La Habana. Edición Revolucionaria. 1966.
24. González, V. Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 11 años de edad/Luis Felipe Herrera: Tutor. Trabajo en opción de Doctora. Universidad Central de las Villas. Cuba.



25. Herrera, G. Problemas de aprendizaje: en línea
<http://www.familymanagement.com/facts/spanish/spanish.facts.index.html/>
Consultado el 19 de enero de 2007.
26. Herrera, L. (2001). Estudio de la depresión en adolescentes con dificultades para aprender. Universidad Central de las Villas. Cuba.
27. Ibarra, L. Adolescentes problemas o problemas de la adolescencia?: en línea
<http://www.ilustraddos.com/publicaciones/EypAAEyZpheVSuzaE.php#superior#superior/>
Consultado el 18 de julio de 2006.
28. Jares, Y. Autorregulación emocional en adolescentes con conductas agresivas/Osana Moleiro Pérez: tutor. Trabajo de Diploma. Universidad Central de las Villas. Cuba.
29. Jiménez, G. Personalidad y desarrollo social: en línea
http://html.rincóndelvago.com/adolescencia_19.html/
Consultado el 22 de enero de 2007.
30. Jiménez, H. Sentimientos encontrados: en línea
http://html.rincondelvago_24.html/
Consultado el 11 de enero de 2007.
31. Kaplan, H. (1991). Compendio de Psiquiatría. Segunda edición. Edición revolucionaria.
32. Kraftchenko, O. Selección de lecturas de psicología infantil y del adolescente 2. Tomo II. Universidad de la Habana. Ciudad de la Habana. 1983.



33. _____. La adolescencia: en línea http://apuntes.rincondelvago.com/trabajos_global/psicología/ Consultado el 29 de noviembre de 2006.
34. _____. Los niños con problemas de aprendizaje: en línea <http://www.aacap.org/page.wv?section=+espanol&name=los+ninos+que+n+o+pueden+prestar+atencion/> Consultado el 14 de enero de 2007.
35. Martín, M. El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo Y Potencialidades: en línea <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/51/2812/part6?++interactivo/> Consultado el 17 de marzo de 2007
36. Martínez, J. Las causas de la depresión: en línea <http://www.free-news.org/fjmrui01.htm/> Consultado el 14 de diciembre de 2006.
37. Méndez, M. (2005). Análisis de las manifestaciones de la depresión en adolescentes con dificultades para aprender/Luis Felipe Herrera: Tutor, Trabajo de Diploma. Universidad Central de las Villas. Cuba
38. Moreno, I. Depresión en jóvenes: en línea <http://www.radioformula.com.mx/rf2001.asp?ID2=41095/> Consultado el 15 de diciembre de 2006.
39. Nazario, L. Asedia la Depresión: en línea http://rcm.upr.edu/noticias/2006/diciembre/asedia_depresión.htm/ Consultado el 15 de diciembre de 2006.
40. Orejuela, S. Hable sobre: Adolescentes: Depresión y Suicidio: en línea: <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/speakteens.htm/> Consultado el 12 de enero de 2007.



41. Ortiz, N. Particularidades neuropsicológicas del pensamiento en adolescentes con dificultades para aprender/Luis Felipe Herrera: Tutor. Trabajo de Diploma. Universidad Central de las Villas. Cuba.
42. Palacio, O. (1999). Exploración de la depresión en adolescentes con dificultades para aprender/Luis Felipe Herrera: Tutor. Trabajo de Diploma. Universidad Central de las Villas. Cuba.
43. Peláez, M. : (2003). Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales. La Habana. Editorial científico-Técnica.
44. _____. Problemas de aprendizaje: en línea http://www.educar.org/prob_de_aprendizaje/ Consultado el 17 de enero de 2007.
45. Rivero, C. Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia: en línea: <http://media.payson.tulane.edu:8083/html/spanish/1h005s/1h005s3.htm/> Consultado el 18 de enero de 2007.
46. Rodríguez, F. Adolescencia, pubertad y juventud: en línea <http://www.siicsalud.com/main/adolescencia.htm/> Consultado el 30 de noviembre de 2006.
47. Rojas, I. Adolescencia: en línea http://html.rincondelvago.com/adolescencia_7.html/ Consultado el 29 de noviembre de 2006.
48. Rojas, P. Depresión mayor en adolescentes: en línea <http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/depre.html/> Consultado el 10 de enero de 2007.



49. Ruiz, J. Manual de psicoterapia cognitiva: en línea <http://wwwpsicologia-online.com/ESMUbeda/libros/manual/manual12.htm>/Consultado el 18 de julio de 2006.
50. Saw, J. (1985): Depresión durante la Infancia. Clínica de Norteamérica. V:4, p.887-902.
51. _____. Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos: en línea <http://html.rincondelvago.com/depresion.html>/Consultado el 10 de enero de 2007.
52. Valdés, B. Estudio de los adolescentes con depresión e intento suicida en un área de salud años 2002-2003: en línea <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuZZEpuZVQbOpITlv.php/> Consultado el 11 de diciembre de 2006.



ANEXO No. 1
HISTORIA VITAL

FECHA: _____

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Centro Educativo: _____

Dirección particular: _____

II. ESTADO DE SALUD ACTUAL

Muy bueno _____ Porque? _____

Bueno _____ Porque? _____

Regular _____ Porque? _____

Malo _____ Porque? _____

Si presenta algún tipo de afección, precisar:

a) Que síntomas presenta? _____

b) Cuando se iniciaron los síntomas? _____

c) Actitud de los padres ante la afección? _____

d) Cual cree que es el origen de sus problemas? _____

e) Como creen que se curara? _____

f) Se encuentra bajo atención especializada? _____

Con quien? _____ Desde cuando? _____

III. DATOS FAMILIARES



Nombre del padre: _____

Edad: _____

Nivel escolar: _____

Ocupación: _____

Estado civil actual: _____

Compromisos anteriores: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____

Nivel escolar: _____

Ocupación: _____

Estado civil actual: _____

Compromisos anteriores: _____

IV. COMPONENTES A LA CONSTELACION FAMILIAR

Numero de hermanos: _____ Posición de la familia: _____

Personas que conviven con el adolescente: (Nombre, edad, sexo, grado de parentesco, estado de salud y relación con el menor) _____

Situación Económica E, B, R, M _____

V. ANTECEDENTES DE AFECION

Ha habido o hay en la familia enfermos mentales, depresión, retraso mental, retardo mental, psicosis, neuróticos, ciegos, sordos, epilépticos, alcohólicos, delincuentes, fármaco dependientes _____

Otras enfermedades: (diabetes, hipertensión, asma bronquial) _____



Ha habido o hay en la familia personas que hayan intentado suicidarse? _____

VI. PERIODO PRENATAL Y PERINATAL

Fue el niño deseado? _____

Fue el sexo del niño deseado? _____

Se emplearon fármacos o rayos X durante el embarazo? _____

Estado emocional de la madre durante el embarazo, hechos significativos? _____

Fue parto normal? _____ Indeciso _____

Cesárea _____ Fórceps _____ Hubo iteri, asfixia, cianosis, malformación? _____

Tuvo convulsiones en otro dato de interés? _____

Cuanto pesó el niño? _____

VII. HISTORIA DE DESARROLLO

Alimentación Lactancia Natural _____ Mixta _____ Artificial _____

Reflejo de succión _____

Características iniciales del sueño _____

Como fue la adquisición del lenguaje _____

Edad _____

Como fue la adquisición de la marcha _____

Edad _____

Cuando logro el control de esfínteres _____

anal _____ Vesical _____

Deja de orinarse por la noche _____

Formas de independencia _____

Cuando comenzó a dormir solo? _____



Cuando comenzó a comer solo? _____

Cuando comenzó a vestirse solo? _____

Desarrollo socio emocional

Cuales son las principales dificultades que tienen los padres en relación a la educación del adolescente?

Como es el adolescente? Alegre _____ triste _____ Activo _____

Apático _____ Sonrisa _____ Rebelde _____

Generoso _____ Egoísta _____ Anegable _____ Celoso _____

Mentiroso _____ Fantasioso _____ Frágil _____

Tímido _____ Nervioso _____ Con iniciativa _____

A que le teme? _____

Sabe defenderse? _____

Relata sus peleas? _____

Que le gusta y que le disgusta a su hijo? _____

Que juegos prefiere? _____

Con que y con quien juega? _____

Como ha sido el desarrollo sexual del menor? _____

Que preocupaciones ha manifestado respecto a la sexualidad? _____

VIII. HISTORIA EDUCACIONAL

Asistió a circulo infantil? Si _____ No _____

A que edad asistió al C.I? _____

Como fue su adaptación? _____

Tuvo dificultad en el comienzo del aprendizaje? Si _____ No _____

Como se adapto a la escuela? _____

Repitió grados _____

Recibió apoyo pedagógico sistemático? _____



En primaria fue un escolar preocupado por las actividades escolares? _____

Cambio de escuela primaria? Si _____ NO _____

Se adapto fácilmente a la secundaria básica? Si _____ No _____

Porque usted cree que se adapto? No adapto? _____

Que opinión tienen los profesores del menor? _____

Como son sus calificaciones? _____

Realiza otras actividades? (música, idiomas, teatro, deporte, etc.) _____

IX. VIDA COTIDIANA

Que hace un día común su hijo? _____

Que hace los fines de semana? _____

Le celebran los cumpleaños? _____

Le gusta _____

Que hace en las vacaciones _____

X. SINTOMATOLOGIA ACTUAL: En las últimas 4 semanas ha estado:



ANEXO No. 2

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

- No, en absoluto --1
- Un poco --2
- Bastante --3
- Mucho --4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....()
2. Estoy preocupado.....()
3. Me siento con confianza en mi mismo.....()
4. Siento que me canso con facilidad.....()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.....()
6. Siento deseos de quitarme la vida.....()
7. Me siento seguro.....()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.....()
9. Me canso más pronto que antes.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()



11. Me siento bien sexualmente.....()
12. Ahora no tengo ganas de llorar.....()
13. He perdido la confianza en mi mismo.....()
14. Siento necesidad de vivir.....()
15. Siento que nada me alegra como antes.....()
16. No tengo sentimientos de culpa.....()
17. Duermo perfectamente.....()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....()
19. Tengo gran confianza en el porvenir.....()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir....()



IDERE

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

- Casi nunca --1
- Algunas veces --2
- Frecuentemente --3
- Casi siempre --4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.....()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas.....()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal.....()
4. Creo que he tenido suerte en la vida.....()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás.....()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro.....()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.....()
8. Me deprimó por pequeñas cosas.....()
9. Tengo confianza en mi mismo.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
11. Me siento aburrido.....()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen.....()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales.....()
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales.....()



15. Todo me resulta de interés.....()
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....()
17. Me falta confianza en mi mismo.....()
18. Me siento lleno de fuerzas y energías.....()
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente.....()
20. Me ahogo en un vaso de agua.....()
21. Soy una persona alegre.....()
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.....()

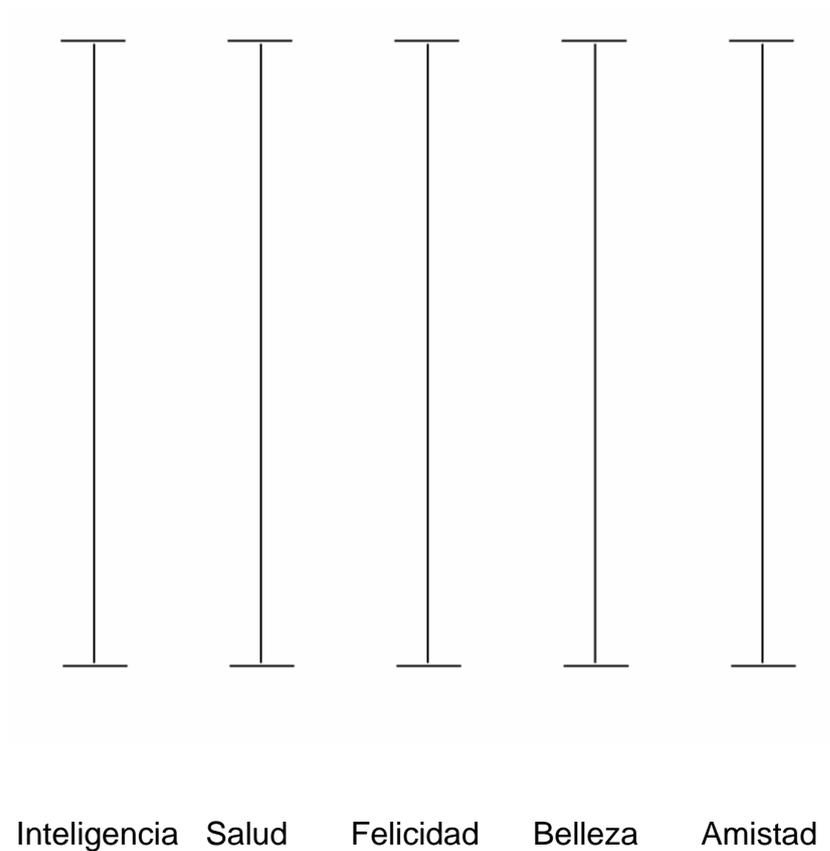


ANEXO No. 3

Escala de autovaloración Dembo-Rubinstein

Apellidos: _____ **Nombre:** _____
Edad: _____ **Sexo:** _____ **Fecha:** _____
Escuela: _____ **Año:** _____

A donde tú te ubicarías en cada parámetro.



The form consists of five vertical scales, each represented by a vertical line with horizontal caps at both ends. Below each scale is a label: Inteligencia, Salud, Felicidad, Belleza, and Amistad.

_____	_____	_____	_____	_____
Inteligencia	Salud	Felicidad	Belleza	Amistad

¿Porque te ubicas allí?
¿Que te falta para llegar a la cima?



ANEXO No. 4
Cuestionario de Autoestima

Apellidos: _____ **Nombre:** _____
Edad: _____ **Sexo:** _____ **Fecha:** _____
Escuela: _____ **Año:** _____

Marca con una X según te suceda:

¿Estas de acuerdo con las siguientes frases?	Mucho	Regular	Nada
1. En general me gusta como soy			
2. A veces pienso que soy un desastre			
3. Pienso que hago las cosas bien.			
4. Soy capaz de hacer las cosas bien como los demás			
5. No me gusta nada lo que hago			
6. A veces creo que soy muy torpe			
7. Creo que soy igual que mis compañeros			
8. Me gustaría aceptarme más			
9. En general no me gusta como soy			
10. Pienso que hago casi todo bien			



ANEXO No. 5

Escala de Síntomas depresivos de M.M. Casullo
(E.D.)

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
 Escuela: _____ Año: _____

Instrucciones: Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tú respuesta coloca un círculo alrededor del número que elijas (0, 1, 2, 3).

Durante la semana pasada	Menos de un día	De 1 a 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
A. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0	1	2	3
B. No tenía hambre ni mucho apetito	0	1	2	3
C. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar	0	1	2	3
D. Me sentí tan bueno/a como los demás	0	1	2	3
E. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo	0	1	2	3
F. Me sentí deprimido/a	0	1	2	3
G. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	0	1	2	3
H. Ví el futuro con esperanzas	0	1	2	3
I. Pensé que mi vida era un fracaso	0	1	2	3
J. Tuve miedo	0	1	2	3
K. Dormí sin poder descansar	0	1	2	3
L. Me sentí feliz	0	1	2	3
M. Hablé menos que lo normal	0	1	2	3
N. Me sentí sólo/a	0	1	2	3
O. La gente no me cayó bien	0	1	2	3
P. Disfruté la vida	0	1	2	3
Q. Lloré	0	1	2	3
R. Estuve triste	0	1	2	3



ANEXO No. 6

Cuestionario de aislamiento y soledad (Cas)
M.M. Casullo, 1996

Apellidos: _____ Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
Escuela: _____ Año: _____

A continuación encontrarás una serie de frases que se refieren a tu modo de ser o actuar. Léelas con atención y señala la alternativa de respuesta que mejor represente tu forma de ser o actuar con un valor entre 1 y 4. Las alternativas de respuestas son: Nunca (Escribir 1), algunas veces (Escribir 2), muchas veces (escribir 3), siempre (escribir 4). No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. Fíjate y no dejes ninguna pregunta sin responder.

1. Me cuesta relacionarme con los demás__
2. Creo que a nadie le gusta charlar conmigo__
3. Me siento muy sólo/a__
4. Cuando lo necesito siempre hay alguien que me ayuda__
5. Mis amigos siempre cuentan conmigo__
6. Cuando hay que hacer algo en grupo, intento evitarlo__
7. Tengo problemas con los demás__
8. Me gusta estar en sitios donde hay poca gente__
9. En mi tiempo libre estoy con familiares o amigos__
10. Tengo buenas relaciones con mis padres__
11. Tengo muy pocos amigos__
12. Suelo estar sólo/a porque los demás no quieren estar conmigo__
13. Tengo con quien hablar de mis problemas__
14. Me gusta estar con otras personas__
15. La gente tiene una buena opinión sobre mi__
16. Me gusta más estar sólo/a__
17. Me gusta estar con mucha gente__
18. Me gusta saludar a la gente__
19. Cuando hay mucha gente en un sitio, intento no ir__
20. Tengo buenos amigos__
21. Evito estar con gente__
22. Estoy distraído/a; no me entero de lo que pasa a mi alrededor__
23. Me molesta estar con amigos__
24. Me siento acompañado/a__
25. Soy feliz__



ANEXO No. 7

INVENTARIO DE PROBLEMAS JUVENILES.

NOMBRE _____ **Y** _____ **APELLIDOS:** _____

EDAD _____ **No DE HERMANOS VARONES:** _____ **No DE HERMANAS:** _____
PADRE VIVO: SI _____ **NO** _____ **MADRE VIVA: SI** _____ **NO** _____
GRADO: _____ **FECHA:** _____

A continuación aparecen una serie de cuestiones que suelen preocupar a los muchachos jóvenes. Tú encontrarás que algunas de ellas son problemas o dificultades que tienes; otras son cosas que se refieren a ti, pero no te preocupan, y otras puede que no tengan que ver contigo.

Lee cada cuestión de este inventario cuidadosamente. Si expresa algo que es un problema para ti, HAZ UNA MARCA en el espacio correspondiente al lado del número. Si la cuestión no expresa una dificultad tuya o no tiene que ver contigo, pues eso no te sucede a ti, NO HAGAS NINGUNA MARCA, DÉJALA EN BLANCO.

RECUERDA:

Cuando tú marcas una cuestión, estás diciendo "ESTO ES UN PROBLEMA PARA MÍ, ESTO ME SUCEDE A MÍ."

Cuando tú no marcas una cuestión, y la dejas en blanco, estás diciendo: "ESTO NO ES UN PROBLEMA PARA MÍ, ESTO NO ME SUCEDE A MÍ".

MI ESTADO FÍSICO O SALUD

1. Tengo algún defecto físico que me incapacita.



- _____ 2. Me preocupa el modo de mejorar mi figura.
- _____ 3. Me preocupa mi salud.
- _____ 4. Me canso fácilmente.
- _____ 5. No duermo lo suficiente.
- _____ 6. Me siento sin ánimo o energía.
- _____ 7. A veces me siento como si fuera a desmayar.
- _____ 8. Quisiera saber si mi energía física y resistencia son normales.
- _____ 9. A veces tengo mareos.
- _____ 10. Yo siempre tengo sueño.
- _____ 11. A veces me orino en la cama.

MIS RELACIONES CON OTROS MUCHACHOS Y MUCHACHAS

- _____ 1. Yo necesito más amigos.
 - _____ 2. Yo no hago amistad con muchos muchachos de mi edad.
 - _____ 3. No me gustan las otras personas.
 - _____ 4. No le gusto mucho a la gente.
 - _____ 5. Los otros muchachos se ríen de mí.
 - _____ 6. Preferiría jugar con muchachos más pequeños que yo.
 - _____ 7. Pocas veces tengo invitaciones para salir con mis amigos.
-



8. Quisiera saber si mi desarrollo sexual es normal.

9. Para mí la mayoría de los demás muchachos y muchachas son egoístas.

10. Los demás muchachos me fastidian por mi tamaño.

11. Los demás muchachos me fastidian porque yo no soy simpático.

12. Los demás muchachos me fastidian por lo que luzco.

13. Los demás muchachos me fastidian porque yo soy malo en deportes.

14. Los demás muchachos me fastidian porque yo no soy bueno fajándome.

15. Tengo miedo a hablar a los muchachos mayores.

16. Los mayores me tratan como a un chiquillo.

17. Yo desearía tener, por lo menos, un buen amigo.

MIS RELACIONES CON LA ESCUELA

1. Es difícil concentrarme.

2. No me gustan mis estudios actuales.

3. Odio la escuela.

4. Quisiera dejar los estudios.

5. No sé para qué sirve lo que estudio.

6. Yo no tengo buenas notas.

7. A mí se me olvida hacer los trabajos de clase que se me asignan.

8. Yo no soy muy listo.



9. Soy demasiado inquieto e intranquilo para estar en clase tanto tiempo.

10. Me es difícil mantener la atención a clase.

11. Necesito que me ayuden en mis estudios.

12. Mis profesores se burlan de mí.

13. Mis profesores no están interesados en mí.

14. Mis profesores se mantienen muy distantes y fríos.

15. Mis profesores tienen alumnos preferidos.

16. Mis profesores no me comprenden.

17. No le agrado a mis profesores.

18. Mis profesores la “tienen cogida conmigo”.

19. Me desagrada esta escuela.

ACERCA DE MI PERSONA

1. Me altero fácilmente.

2. Me preocupo por pequeñas cosas.

3. Soy nervioso.

4. No puedo dormir de noche.

5. Me distraigo mucho porque siempre estoy pensando en cosas que no existen.

6. A veces he pensado que no vale la pena vivir.



7. Me siento culpable de cosas que he hecho.

8. No soy popular entre amigos y amigas.

9. A menudo me siento solo.

10. Me siento triste y decaído muchas veces.

11. Soy susceptible y me ofendo con facilidad.

12. A menudo hago cosas de las que luego me arrepiento.

13. Las personas se fijan mucho en mí.

14. Creo que no soy tan listo como otras personas.

15. Prefiero estar solo.

16. Quisiera discutir mis problemas personales con alguien.

17. Quisiera saber si mi mente funciona con normalidad.

18. Siento que no me quieren.

19. Me preocupa la fealdad o defecto de alguna parte de mi cuerpo.

20. No tengo confianza o seguridad en mí mismo.

21. Creo que soy diferente a los demás muchachos.

22. Yo me como las uñas.

23. Todo me sale mal.

24. No sé por qué las personas se molestan o se ponen bravas conmigo.

25. Tengo miedo de equivocarme.

26. No puedo hacer nada bien.

27. Soy miedoso



_____ 28. Casi siempre necesito que me ayuden en las cosas que hago.

_____ 29. No resisto que me digan lo que tengo que hacer.

_____ 30. Casi siempre me gusta hacer lo contrario de lo que me dicen.

_____ 31. No soporto tener que hacer algunas cosas aunque sé que son para bien de mi salud.

_____ 32. Yo digo muchas mentiras.

MI HOGAR Y MI FAMILIA

_____ 1. No me llevo con mis hermanos y hermanas.

_____ 2. Hay discusiones y peleas constantes en mi casa.

_____ 3. Creo que soy una carga para mis padres.

_____ 4. No puedo discutir mis asuntos personales con mis padres.

_____ 5. Yo desearía que papá estuviera más tiempo en la casa.

_____ 6. Yo desearía que mamá estuviera más tiempo en la casa.

_____ 7. Me gustaría tener un hermano o hermana.

_____ 8. Mi padre es muy dominante y autoritario.

_____ 9. Me siento que no formo parte de mi familia.

_____ 10. No me gusta invitar amigos a mi casa.



11. Mis padres tienen favoritos y preferidos entre los hijos.

12. Mis padres me presionan a que yo estudie el día de mañana lo que ellos quieren y no lo que yo quiero.

13. Mis padres no me dejan tomar mis propias decisiones.

14. Mis padres no confían en mí.

15. Mis padres esperan demasiado de mí.

16. Quisiera que mis padres no me trataran como a un niño chiquito.

17. Me avergüenzo de las costumbres de mis padres.

18. Siento deseos de irme de mi casa.

19. Temo decirles a mis padres que he cometido una falta.

20. Mis padres se oponen a mis tendencias de seguir las modas.

21. Mis padres me regañan mucho para que estudie.

22. Mis padres no se ocupan de mí.

23. Mis padres no quieren admitir que algunas veces tengo razón.

24. Mis padres son fríos con mis amigos.

25. Mis padres no están interesados en lo que hago.

26. Mis padres me regañan mucho.

27. Yo temo a mis padres.

28. Mis padres no contestan a mis preguntas.



ANEXO No. 8

PRUEBA DE ZUNG Y CONDE

PRUEBA DE ZUNG Y CONDE	Ausente Muy débil	Débil mediano	Moderado intenso	Muy intenso
	Muy pocas Veces	Algunas o no veces	Muchas veces	Siempre
1.- Me siento triste y deprimido	1	2	3	4
2.- Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	4	3	2	1
3.- Frecuentemente tengo ganas de llorar o a veces lloro	1	2	3	4
4.- Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches	1	2	3	4
5.- Ahora tengo apetito como antes	4	3	2	1
6.- Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
7.- Estoy estreñado	1	2	3	4
8.- Tengo palpitaciones	1	2	3	4
9.- Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
10.- Mi cabeza está despejada como siempre	4	3	2	1
11.- Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
12.- Me siento agitado e intranquilo. No puedo estar quieto	1	2	3	4
13.- Tengo confianza o esperanza en el futuro	4	3	2	1
14.- Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
15.- Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
16.- Me creo útil y necesario a la gente	4	3	2	1
17.- Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
18.- Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	4	3	2	1



ANEXO No.9

Inventario de Beck.

Nombre: _____

Edad: _____

A

- No Estoy triste.
- Siento desganas de vivir, o bien estoy triste.
- Siento siempre desganas de vivir, o bien estoy siempre triste o bien no lo puedo remediar.
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- Estoy tan siempre triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

B

- No estoy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro.
- Creo que no debo esperar ya nada
- Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.
- Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

C

- No tengo la sensación de haber fracasado.
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- Creo que he fracasado por completo.
- Cuando pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- Creo que he fracasado por completo.

D

- No estoy particularmente descontento.



- Casi siempre me siento aburrido.
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- No hay nada en lo absoluto que me proporcione una satisfacción.
- Estoy descontento del todo.

E

- No me siento particularmente culpable.
- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- Me siento culpable.
- Ahora tengo constantemente la impresión de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada absolutamente.

F

- No tengo la impresión de merecer un castigo.
- Creo que me podría pasar algo muy malo.
- Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- Creo que merezco ser castigado.
- Quiero ser castigado.

G

- No estoy descontento de mí mismo.
- Estoy descontento de mí mismo.
- Me gusta a mí mismo.
- No puedo soportarme a mí mismo.
- Me odio.

H

- No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
- Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

I

- No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.



A veces se me ocurre quitarme la vida pero no lo haré.

Pienso que sería preferible que muriera.

He planeado como podría suicidarme.

Creo que sería mejor para mi familia que yo muriera.

Si pudiera me suicidara.

J

No lloro más de lo corriente.

Lloro con mucha frecuencia, mucho más de lo corriente.

Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.

Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

K

No me siento más irritado que de costumbre.

Me enfado y me irrito con más facilidad que antes.

Estoy constantemente irritado.

Ahora no me irritan ya las cosas con las que antes me enfadaba.

L

No he perdido el interés por los demás.

Me intereso por los demás menos que antes.

Los demás no me interesan nada, todo el mundo me es totalmente indiferente.

He perdido casi por completo el interés por los demás y siento poca simpatía por las demás personas.

M

Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.

Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.

Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.

Me siento completamente incapaz de tomar alguna decisión por pequeña que sea.



N

- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- Tengo la impresión de presentar peor aspecto cada vez más.
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

O

- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- Ya no trabajo tan bien como antes.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- Me siento incapaz de realizar cualquier trabajo por pequeño que sea.

P

- Duermo tan bien como de costumbre.
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

Q

- No me canso más que de costumbre.
- Me canso más pronto que antes.
- Cualquier cosa que hago me cansa.
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer cualquier cosa por poco esfuerzo que me cueste.

R

- Mi apetito no es peor que de costumbre.
- No tengo tanto apetito como antes.
- Tengo mucho menos apetito que antes.
- No tengo en absoluto ningún apetito.

S

- No he perdido peso, si lo he perdido lo he perdido poco.



He perdido más de 2 Kg. de peso

He perdido más de 4 Kg. de peso

He perdido más de 7 Kg. de peso

T

Mi salud me preocupa más que de costumbre

Me molesto constantemente por mis molestias físicas

No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

Mis molestias físicas me afectan y me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en otras cosas.

U

No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

He perdido todo interés por las cosas del sexo.



