La depresión en adolescentes: su relación con la aceptación de pares escolares

Danay Cárdenas Oliva

Luis Felipe Herrera Jiménez

Edición: Liset Ravelo Romero
Corrección: Fernando Gutiérrez Ortega y Estrella Pardo Rodríguez
Diagramación: Roberto Suárez Yera

Danay Cárdenas Oliva y Luis Felipe Herrera Jiménez, 2011

Editorial Feijóo, 2011

ISBN: 978-959-250-715-9

EDITORIAL
Feijóo

Editorial Samuel Feijóo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Carretera a Camajuaní, km 5 ½, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar comparativamente las particularidades de la depresión en un grupo de adolescentes rechazados socialmente por sus iguales y sus pares aceptados.

La muestra estuvo integrada por 100 menores de 12 a 13 años, divididos en dos grupos de 50 miembros cada uno. El primer grupo lo conformaron escolares aceptados por sus iguales, sirviendo este como grupo testigo. El segundo grupo incluyó a adolescentes que no eran aceptados por sus iguales, constituyendo este el grupo estudio. Todos pertenecen a la ESBU Comandante Ernesto Guevara de la Serna de la ciudad de Santa Clara.

Se aplicaron las técnicas: entrevista; escala de depresión; cuestionario de autoestima; cuestionario de aislamiento y soledad; escala de sucesos de vida; inventario de orientaciones suicidas y la encuesta sobre estado anímico.

Los datos obtenidos fueron analizados de forma cualitativa y cuantitativa. En la valoración estadística se emplearon programas contenidos en el SPSS/PC. Se observaron diferencias significativas entre los grupos estudiados, demostrándose la existencia de variados síntomas depresivos. Predominaron los síntomas anímicos, vinculares, motivacionales, cognitivos y los físicos en menor medida. Entre los sucesos de vida vivenciados con mayor nitidez en ambos grupos se encontraron la separación de los padres, la pérdida de seres queridos y las mudanzas. Se notó una tendencia marcada al aislamiento y la soledad acompañada de un predominio de baja autoestima y pobre comprensión escolar que no son aceptados por sus pares. Se ofrecen conclusiones y recomendaciones que pueden resultar de valor teórico-práctico para el desarrollo de futuras investigaciones y para ofrecer una atención más efectiva a los adolescentes que son rechazados en el contexto escolar.

Índice

CAPÍTULO 1. Marco Referencial Teórico 8
1.1 Cambios o transformaciones puberales 9
1.1.1 Cambios Antropométricos 9
1.1.2 Cambios fisiológicos y endocrinos 9
1.2 Adolescentes en riesgo. Diversas perspectivas 20
1.2.1 Factores de riesgo 24
1.3 Importancia de las redes sociales 25
CAPÍTULO 2. MATERIAL Y MÉTODOS 44
2.1 Descripción de la muestra 44
2.2 Descripción de las técnicas empleadas 46
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 50
3.1 Valoración estadístico-matemática de los datos obtenidos 51
3.2 Análisis Integral de los Resultados 62
Conclusiones 66
Recomendaciones 67
Referencias Bibliográficas. 68

Introducción

Entre las preocupaciones científicas más notables de la época actual están los problemas relacionados con la formación de la niñez y la adolescencia. Hoy resulta evidente que de la calidad con que se formen las nuevas generaciones van a depender en gran medida los valores, las normas éticas y los propios avances de la sociedad del futuro. Las actuales condiciones de existencia están relacionadas con un incremento notable de los avances científico-técnicos, llegando la informatización a todas las esferas del quehacer humano, sin embargo unido a este despliegue de nuevas tecnologías y descubrimientos que favorecen el confort de la vida se han incrementado otros problemas que ponen en peligro la estabilidad de la vida humana. Entre estas preocupaciones están los conflictos relacionados con el aumento de los homicidios y conductas violentas en la adolescencia, el incremento de la depresión e ideas suicidas, el abandono temprano de la actividad escolar, la ingestión creciente de sustancias adictivas y de conductas que ponen en riesgo a adolescentes y a otros miembros de la comunidad.

La institución escolar ocupa hoy un lugar de una enorme trascendencia social. Es reconocido que la misión esencial de la misma es su encargo social en aras de fortalecer y fomentar los valores socialmente deseados, es decir su misión en países como el nuestro no es solo la de instruir, es además la de educar y preparar a las nuevas generaciones para la vida. Precisamente por ser la adolescencia una etapa de cambios y crisis resulta necesario hacer un llamado de alerta a las instituciones escolares en las que los menores pasan la mayor parte del día y comparten directamente con docentes y no docentes, quienes están más cerca de percibir cualquier dificultad que puede ser o no típica de la edad como por ejemplo las afectaciones emocionales tales como la depresión, las cuales traen consigo una serie de preocupaciones e inquietudes no solo para el individuo sino para la comunidad en general. Debido a la gran significación que posee este problema para la familia y la sociedad, se ha convertido en uno de los fenómenos más estudiados y no por eso, mejor comprendido, lo cual se debe precisamente a que este 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 adquiere diferentes significados al referirse a un estado de ánimo, un síntoma o un síndrome.

Esta dificultad emocional en los escolares constituye un serio y difícil problema tanto para la educación y la salud mental de los menores como para los padres. 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.

Un adolescente en riesgo no presupone la presencia de alguna incapacidad sino que se refiere a características personales o a circunstancias del medio escolar, familiar o social que lo predisponen a experiencias negativas tales como los trastornos emocionales, bajo rendimiento escolar, alteraciones de la conducta, drogadicción, abandono escolar, etc. Los factores de riesgo del estudiante incluyen déficit cognitivos, del lenguaje, escasas habilidades sociales así como problemas de la conducta y emocionales.

Tanto padres como docentes deben compartir la preocupación por la alteración emocional que pueda presentar algún menor pues si bien no se debe exagerar ante un problema de estado de ánimo tampoco debe minimizarse el mismo. Es por ello que esta problemática se constituye como una emergencia en esta etapa de la vida pues los adolescentes no solo desarrollan capacidades y estrategias adecuadas a través de un rango de afectos, sino que además aprenden a confiar en sus experiencias emocionales para enfrentar las nuevas etapas de la vida.

La novedad teórica de la presente investigación radica en que además de ofrecer una caracterización general de la adolescencia como parte importante del ciclo vital humano, centra la misma como período de riesgo en el que se necesita de un fuerte apoyo de las redes sociales que se encuentran a su alrededor para un mejor desempeño así como se ofrece una explicación detallada con respecto a la depresión y sus particularidades en adolescentes que son aceptados y no aceptados por sus pares escolares.

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

> ¿Existen diferencias en cuanto a las manifestaciones de depresión en adolescentes aceptados y rechazados socialmente comprendidos entre 12 y 13 años de edad, de ambos sexos, de la ESBU Comandante Ernesto Guevara de la Serna de la ciudad de Santa Clara?

Teniendo en cuenta los diferentes postulados teóricos mencionados en la investigación nos propusimos el objetivo general siguiente:

Determinar comparativamente las particularidades de la depresión en un grupo de adolescentes rechazados socialmente por sus iguales y sus pares aceptados.

Y como objetivos específicos:

1. Caracterizar las manifestaciones de la depresión en la muestra estudiada.
2. Identificar los principales factores que han influido en la aparición de las manifestaciones de la depresión.
3. Valorar si existen diferencias entre los adolescentes que son rechazados y los que son aceptados socialmente por sus pares escolares en cuanto a las manifestaciones de la depresión.
4. Precisar si existen diferencias en cuanto a las manifestaciones de la depresión atendiendo al género.

CAPÍTULO 1. Marco Referencial Teórico

La atención a los problemas que afectan a los adolescentes se ha convertido en una temática de gran interés social en las últimas dos décadas, en la mayoría de las naciones del mundo, lo cual está asociado a preocupaciones de la humanidad en el momento actual como: el incremento de las conductas adictivas en menores, el aumento de la violencia, los homicidios y el suicidio. También es notable la tasa de embarazos en adolescentes, el significativo incremento de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA, y el abandono temprano de la actividad escolar en muchos casos.

La adolescencia, y particularmente la adolescencia temprana, es un período que los estudiosos del desarrollo han denominado “transiciones críticas del desarrollo”. Probablemente no ocurren eventos que necesariamente causen problemas en todos los individuos, sino que el número y la naturaleza de los cambios y retos que ocurren simultáneamente durante este ciclo de la vida, requieren que las muchachas y los muchachos desarrollen estrategias de afrontamiento para funcionar efectivamente. Esta es una etapa de cambios físicos y psicológicos, de tránsito entre la niñez y la juventud. En este período de la vida la influencia de la situación social de desarrollo propuesta por L. Vigotsky es determinante (Domínguez, 2003).

Desde el punto de vista biológico se observan dos grandes tipos de cambios:

1. Crecimiento Físico: En un principio es disarmónico, hasta que logra el desarrollo completo, llegando a tener un cuerpo adulto. El peso y la altura se incrementan y los músculos se desarrollan. Los principales órganos doblan el tamaño y la voz se modifica.

2. Desarrollo Sexual: La secreción de hormonas (gonadotrópicas) inicia el proceso de la pubertad.

Según Palacios, Marchesi y Coll (2004), el proceso de transformación física es puesto en marcha por una serie de mecanismos hormonales que desencadenan un largo proceso de cambios que representa un patrón diferente para chicos y chicas. Estos mecanismos hormonales se inician debido a la actividad del hipotálamo, que envía señales a la hipófisis o glándula pituitaria para que esta comience a secretar importantes cantidades de hormonas gonadotrópicas. Estas hormonas van a estimular el desarrollo de las glándulas sexuales (ovarios en la mujer y testículos en los hombres), que comenzarán a producir hormonas sexuales, cuya presencia en la sangre aumentará en relación con los niveles que existían en los años

anteriores. Este alto nivel de hormonas sexuales, sobre todo la testosterona (en los chicos), y la progesterona y los estrógenos (en las chicas) serán responsables de los cambios físicos que van a tener lugar.

1.1 Cambios o transformaciones puberales

1.1.1 Cambios Antropométricos

Durante el desarrollo ontogenético del hombre se observan cambios referidos al aumento de las dimensiones corporales que es descrito por algunos autores como “segundo estirón” (Domínguez, 2003). Estos cambios son mucho más perceptibles y acelerados en el caso de las hembras y no en el de los varones, los cuales nunca alcanzan la misma proporción que las del sexo femenino. Los cambios se reflejan fundamentalmente en el peso y la talla, ya que el aumento de las mismas es evidente en ambos sexos. Las extremidades crecen y se hacen pronunciadas y en el caso fundamental de los varones la mandíbula se torna más gruesa, la frente y la nariz también aumentan su proporción. Los varones también se muestran con una mayor fuerza física que se justifica por el aumento de la masa muscular y el tamaño de los huesos. En el caso específico de las hembras además existe un aumento de la masa corporal que está en estrecho vínculo con la acumulación de grasa subcutánea fundamentalmente en los brazos y piernas.

1.1.2 Cambios fisiológicos y endocrinos

Es importante señalar el hecho de las deficiencias que durante este período presenta el sistema circulatorio, puesto que el crecimiento del corazón se hace bien rápido en comparación con los vasos sanguíneos, esto provoca algunas alteraciones desde el punto de vista neurovegetativo que pueden ser mareos, dolores de cabeza, etc. También se evidencian desórdenes desde el punto de vista del sistema nervioso, esto se puede constatar en el agotamiento físico e intelectual, también pueden mostrarse irritables y en algunas ocasiones pueden ocurrir trastornos del sueño y susceptibilidad de contraer enfermedades.

1. 1. 3 Proporciones corporales

Comienza en forma gradual con agrandamiento inicial de manos y pies, seguido por los brazos y piernas y finalmente del tronco y del tórax. El crecimiento óseo es previo al desarrollo muscular, lo que causa una disarmonía dando lugar a la incoordinación motora y laxitud del tono muscular, con tendencia a la fatigabilidad (propia de esta edad). En la cara se produce disarmonía ya que

crece la mandíbula y la nariz. La piel es mucho más firme y existe una conexión fuerte entre las capas lo que le da mayor resistencia a los agentes externos, los cambios en ella más evidentes en el adolescente son las erupciones de puntos negros que anteceden a la aparición del acné. Esto es producto de la creciente actividad de las glándulas sebáceas, que torna la piel más grasosa por el crecimiento de los poros y la textura más gruesa de la misma. El acné constituye para los adolescentes una preocupación muy importante ya que se ve amenazada su seguridad y autoestima.

1.1.4 Maduración sexual

Las transformaciones que ocurren como consecuencias de la maduración sexual se conocen como primarias y secundarias. Las primarias son las que se refieren a los cambios en los órganos del sistema reproductor, que son el crecimiento del pene y los testículos en el varón y de los ovarios, el útero y la vagina en las féminas. Las secundarias son las referentes al crecimiento del vello púbico y axilar en ambos sexos y facial en los varones. En las muchachas crecen también los senos, se ensanchan las caderas y en los varones los músculos de la laringe aumentan de tamaño y fuerza ocasionando una voz más grave.

A pesar de la gran variabilidad individual, en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, estos siguen una secuencia constante: en la mujer se inicia con el desarrollo del botón mamario (telarquia) que puede aparecer ya a los 8 años, unilateral al inicio y éste puede ser sensible a la palpación. Se produce la fase de incremento rápido (estirón), aparece el vello pubiano, se desarrolla la areola mamaria y aumenta de tamaño la glándula mamaria, aumenta el vello axilar y la sudoración. La menarquía, marca el paso a la etapa de la adolescencia media y se presenta entre el año y medio y dos años después de iniciada la telarquia. En la adolescencia cuando ya se produce la integración y se acepta el cuerpo como es y no molesta es porque ya se ha integrado y encontrado la identidad.

Un punto crítico en el proceso de maduración es la menarquía que marca el período en que la mujer empieza a ser fértil aunque durante los 3 primeros meses se produce menstruación sin ovulación, ya que el útero está recién aprendiendo, se transforma en maduración cuando se comienza a ovular, la función se pone en ejercicio y pasa a la fase de integración cuando la niña asume este proceso como algo natural en su vida. Todos estos cambios se consolidan en la juventud y se realizan de manera particular e irrepetible en cada adolescente reflejándose psicológicamente de manera individual en cada uno.

1.1.5 Repercusión psicológica de los cambios puberales

Así como los cambios físicos son graduales, también serán progresivas las modificaciones a nivel psicológico y el nivel de desarrollo puberal de un chico o chica en un momento determinado, tenderá a ir asociado a ciertos rasgos psicológicos. Algunas de las consecuencias más o menos directas, como la influencia de las hormonas sexuales sobre el deseo y la actividad sexual, sobre la agresividad, o sobre la inestabilidad emocional e irritabilidad nos pueden ayudar a comprender muchas de las características más llamativas, sobre todo durante la adolescencia temprana. Sin embargo la mayoría de los efectos psicológicos de la pubertad parecen estar mediados por factores sociales y psicológicos.

Entre los chicos, en cambio, la pubertad suele relacionarse con una mejor autoimagen y un mejor estado de ánimo. Quizá mientras que para los chicos la pubertad supone un aumento de la masa muscular y una mayor habilidad física, muy importante para su desempeño en los deportes, entre las chicas se observa un claro aumento de la grasa corporal, poco acorde con el estereotipo actual de belleza femenina asociado a la delgadez. También la menarquía puede generar algunas reacciones negativas entre las adolescentes, sobre todo en aquellas que han sido poco informadas acerca de este acontecimiento, y que pueden vivir su llegada con miedo o angustia. Y todo ello sin olvidar las influencias culturales, ya que, en nuestra sociedad con frecuencia se destacan los aspectos negativos relacionados con la incomodidad y la falta de higiene (Palacios, Marchesi y Coll, 2004).

En cuanto a la influencia que tiene el momento en el que se producen los cambios puberales, datos obtenidos de la investigación evolutiva muestran de forma clara que la pubertad precoz suele ser más negativa para las chicas que para los chicos, ya que las adolescentes que maduran precozmente se muestran menos satisfechas con su cuerpo, tienen una peor imagen de sí mismas y sufren más estados emocionales negativos y más trastornos de alimentación. Estas chicas pueden tener miedo a llamar excesivamente la atención, por lo que tratan de ocultar los signos externos más visibles. En el caso de los chicos, la situación es algo diferente, puesto que la maduración precoz suele ser bien recibida por aquel a quien afecta, al distinguirle de los demás por su fuerza, su capacidad atlética, o su superioridad física, aspectos todos ellos muy valorados por los adolescentes varones. Los estudios encuentran que estos chicos tienen una mejor imagen de sí mismos. Se sienten más satisfechos con su cuerpo y tienden a asumir el liderazgo del grupo.

En la pubertad tardía, la situación se invierte, ya que son los chicos los que tienen más problemas con esta situación. El hecho de que la mayoría de las chicas maduren antes que los chicos, supone que la niña que llegue a la pubertad algo después que las demás va a hacerlo a la misma edad que los chicos promedios, por lo que tendrá más tiempo para prepararse para los cambios, sin que se vea demasiado atrasada. En cambio los chicos que maduran de forma tardía van a encontrarse en una situación de desventaja, ya que serán los más pequeños y débiles y raramente se convertirán en los líderes del grupo, siendo poco populares, lo que puede ser un elemento negativo en sus interacciones con pares y llevar a la aparición de complejos y tendencia al aislamiento.

Un aspecto importante en esta etapa es la búsqueda de la identidad, la cual implica el establecimiento de la propia escala de valores y código ético. El adolescente está en busca de su propio ser, busca descubrir sus propias capacidades y tener logros propios. Siente la necesidad de aceptación, que implica ser amado y respetado, es por eso que busca establecer relaciones estrechas con jóvenes de su misma edad y de ambos sexos (Atala, 1997). Erickson llama a esta etapa: identidad frente a la confusión de roles, la cual se refiere a la búsqueda de "quien soy"... Erickson considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar a la edad adulta (después de los treinta años). Sin embargo es normal que se presente algo de confusión en la identidad. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, fe o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial en los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos.

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales. En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo y otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas

discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual (Palacios, Marchesi y Coll, 2004).

De forma general se puede señalar que estos cambios se traducen psicológicamente en que se sienten más cerca de los adultos, también se despierta un mayor interés y atracción por el sexo opuesto, como también se percibe un aumento considerable del interés por el aspecto físico y con ellos el deseo de ser cada vez más atractivos. Es importante que se aclare que las repercusiones psicológicas pueden ser mayores o menores, en dependencia del contexto en que se desenvuelva el adolescente y los niveles de comprensión que encuentre a su alrededor, donde la familia juega un papel fundamental. Se debe tener en cuenta que los cambios en la adolescencia son "asincrónicos" (Ericsson, 1950 citado en Atala, 1997) es decir que: los cambios en un mismo individuo se dan en ritmos distintos; en cada adolescente el desarrollo genital es distinto y el desarrollo en cada individuo en general es individual.

Los puntos mencionados suelen traer como consecuencia sentimientos de inadaptación e incluso dudas sobre su propia identidad sexual. Como consecuencia el autoconcepto del adolescente aún no está definido. (Atala, 1997).

1.1.6 Desarrollo intelectual

Se pueden apreciar diferentes cambios tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, dentro de estos últimos encontramos que los adolescentes aprenden a resolver problemas con mayor rapidez, eficacia y efectividad. Mientras que en cuanto a los cambios cualitativos se produce un importante salto en el pensamiento, con respecto a la etapa anterior que se caracterizaba por ser un pensamiento conceptual empírico, sin embargo surge un pensamiento conceptual de un nivel superior, teórico, es decir que aquí el adolescente no tiene que partir de los objetos materiales. Rubinstein plantea que este pensamiento es abstracto (teórico), reflexivo (analiza desde los distintos componentes de la situación) y deductivo (de lo general a lo particular).

Piaget, por su parte, planteó que el desarrollo intelectual se caracteriza por una tendencia hacia la elaboración de teorías (pensamiento operatorio formal), haciendo uso de ciertas ideologías con el objetivo de cambiar total o parcialmente lo que está establecido, con la orientación a un futuro, aunque esta orientación carece de objetividad, ya que se plantea metas inalcanzables. De aquí vemos la tendencia a un pensamiento rígido, dicotómico, fantasioso, imaginario, pues en la adolescencia, se tiende a ver la realidad en blanco y negro. En esta etapa encontramos un

desarrollo de los intereses cognitivos y profesionales superiores, además existe un desarrollo significativo de los procesos intelectuales, (pensamiento) que se puede catalogar como una de las principales adquisiciones que prepara al adolescente para el desarrollo de una concepción del mundo y un sentido de vida en el mismo.

También hay que tener en cuenta el componente volitivo, ya que durante este ciclo de la vida se observa una mayor selectividad, existe un nuevo nivel de autodeterminación dado por la mayor capacidad de intencionalidad. En este período los intereses cognoscitivos, se satisfacen de forma autónoma, o sea independiente. Otra de las características de este momento del desarrollo es cómo se observan adolescentes con un marcado interés por la actividad de estudio, y otros con un marcado desinterés por la misma. El adolescente tiende a calificar como asignaturas interesantes las que responden a sus intereses personales y de la manera en que lo imparten, también las asignaturas pueden clasificarse en necesarias o no necesarias según sus intereses profesionales. Además se plantea que se muestran más interesados por la apariencia externa de la asignatura que por el contenido, lo que demuestra que son un tanto superficiales.

En este período surgen intereses y se fortalecen intereses profesionales sobre la base de sus intereses cognitivos, esto en la juventud se puede convertir en intención profesional (la elección profesional se convierte en el centro de la situación social de desarrollo). El progreso que implica la transición desde un desarrollo cognitivo más simple a uno más complejo se evidencia a través de ciertos indicadores, entre los que se incluyen los siguientes:

- Durante la adolescencia precoz, los pensamientos más complejos se dirigen hacia la toma de decisiones personales en el colegio o el hogar, entre las que se encuentran la habilidad para aplicar operaciones lógico-formales en las tareas escolares; se comienzan a cuestionar la autoridad y las normas de la sociedad; además de comenzar a formar y verbalizar sus propios pensamientos y puntos de vista acerca de diversos temas generalmente relacionados con su propia vida (mejores deportes para practicar, los grupos más convenientes para incluirse, si el aspecto personal es atractivo o deseable, qué reglas establecidas por los padres deberían cambiarse, etc.)

- En la adolescencia media, debido a que el adolescente cuenta ya con algo más de experiencia en el uso de los procesos del pensamiento más complejos, el énfasis en este período frecuentemente se extiende e incluye cuestiones más filosóficas y futuristas, entre las que se encuentra una forma de cuestionar y analizar los fenómenos con mayor

profundidad; piensa acerca de su propio código ético y comienza a elaborarlo (por ejemplo, "¿Qué creo yo que es lo correcto?"); comienza a desarrollar su propia identidad (por ejemplo, "¿Quién soy?"); se establece posibles metas para el futuro y comienza a considerarlas sistemáticamente (por ejemplo, "¿Qué es lo que quiero?"); comienza a pensar en sus propios planes, los elabora; piensa a largo plazo y este propio hecho de pensar con sistematicidad comienza a influir en su relación con los demás.

- Durante la adolescencia tardía, los procesos del pensamiento complejo se utilizan para concentrarse en conceptos menos egocéntricos y en la toma de decisiones, pues en esta etapa el adolescente piensa con mayor frecuencia acerca de conceptos más globales como la justicia, la historia, la política y el patriotismo; frecuentemente desarrolla puntos de vista idealistas acerca de temas o cuestiones específicas; se involucra en debates y no tolera puntos de vista diferentes; comienza a dirigir el pensamiento hacia la decisión de optar por una carrera así como hacia el rol que desempeñará en la sociedad como un adulto.

De forma general debemos destacar que a esta edad por primera vez logran tratar con lo posible, lo hipotético, estos cambios afectan tanto su razonamiento científico como su visión social y empatía. Su pensamiento varía de lo concreto al hipotético-deductivo, donde la persona puede considerar posibilidades de lo que podría ser, logra considerar conceptos e ideas abstractas y aplicarlos junto con su conocimiento para formular acciones, poniendo así a prueba sus hipótesis. El pensamiento, como proceso fundamental, se convierte en pensamiento conceptual teórico. Esta forma viene dada tanto en su contenido como en su forma, apoyándose en operaciones intelectuales en el plano de lo mental. Las operaciones mentales son de carácter abstracto para la formación de conceptos y para moverse de un concepto a otro. Este pensamiento es reflexivo, las operaciones intelectuales, son objeto de atención, análisis y evaluación. Se desarrolla también su uso intencional y el proceso llamado meta-cognición que consiste en que son capaces de analizar y reflexionar sobre los pensamientos tanto propios como ajenos, lo que les permite predecir la conducta ajena y también comprender los puntos de vista y acciones de los demás. Así, este pensamiento formal o hipotético deductivo, les ayuda a orientarse hacia el futuro, pensar en sí mismos y en la sociedad, cuestionar los principios, realizar análisis con distintas alternativas y considerar diferentes soluciones, probar mentalmente sus hipótesis, para más adelante lograr flexibilidad.

Los adolescentes tienen una visión egocéntrica del mundo, fundamentada en 2 términos: por un lado, la audiencia imaginaria en donde los adolescentes tienen la creencia de que los demás están pendientes de su aspecto, conductas y acciones, por lo que actúan constantemente y se vuelven muy conscientes de su aspecto personal como si tuviesen un constante público. Por otro lado, el término fábula personal se refiere al hecho de que los adolescentes se creen indestructibles y por ello, muchas veces se exponen a peligros injustificados. Según Piaget, hacia los 16 años, la manera de pensar de las personas está casi totalmente formada.

1.1.7 Sistema de actividades en la adolescencia

Esta etapa se caracteriza porque en ella se desarrollan dos actividades fundamentales; la actividad formal o institucionalizada (estudio) y la actividad informal o no institucionalizada. Haciendo alusión a la actividad formal podemos señalar que durante esta etapa se continúa asistiendo a la actividad institucionalizada con carácter obligatorio, exigencia a la que viene dándole cumplimiento desde edades anteriores (edad escolar) lo cual guarda cierta semejanza con la etapa escolar a pesar de que el nivel de enseñanza es superior. Esta superioridad está dada precisamente porque existe una diferencia esencial entre esta actividad de estudio y la realizada anteriormente y es que cambia tanto en su estructura como en su forma, obligando al adolescente en cierta medida a utilizar nuevos métodos para la asimilación del conocimiento (pues tiene la necesidad de asimilar diferentes contenidos). Ya en esta etapa el estudiante debe ser capaz de descubrir tras la apariencia de los fenómenos su esencia así como asimilar conceptos científicos, además su inmersión dentro de las ciencias exactas se hace mucho más profunda.

En el caso de las actividades no formales vamos a ver que en su tiempo libre el adolescente realiza varias actividades con un carácter mucho más intencional y en estrecha relación con sus intereses y necesidades. Es importante que se conozca que algunas de estas actividades pueden llegar a ocupar un lugar elevado en la jerarquía motivacional ocurriendo un desplazamiento de la actividad de estudio a un plano secundario.

1.1.8 Sistema de comunicación

Es en esta etapa donde se desarrolla una mayor criticidad respecto a la figura adulta, tanto con los maestros como con los padres, quienes dejan de ser figuras sagradas de autoridad para ellos. También es menester aclarar que esta valoración es poco reflexiva y con tendencia a la rigidez. En el caso de los maestros, la aceptación o no de los mismos, va a estar en estrecha

relación con el estilo de comunicación que utilizan, más que de su preparación profesional y su competencia. Generalmente los adolescentes privilegian a aquellos que tienden a establecer con ellos un diálogo abierto y se preocupan por sus inquietudes e intereses fuera del marco de lo académico.

En el aspecto referido a las relaciones familia-adolescente se puede señalar que en el inicio de este período, las relaciones con los padres van a ser aún estrechas. Estas relaciones van a estar determinadas por factores como el nivel socioeconómico de la familia, el nivel cultural de los padres, etc. El estilo comunicativo que han establecido y establecen los padres se convierte en un aspecto importante, pues las relaciones se ven favorecidas por un estilo de comunicación democrático, orientado a estimular la iniciativa y la independencia, unidos al sentido de responsabilidad del adolescente. Algunos autores han considerado que un estilo autoritario suele ser afectivo también, por cuanto este logra la combinación del estímulo a la independencia y afecto unido a las exigencias del cumplimiento de las reglas que se establecen de forma colegiada.

1.1.9 Grupo de iguales

Los adolescentes pasan más tiempo con sus coetáneos que con su familia, por lo que sus valores y normas de conducta están determinados en gran medida por el carácter de estas relaciones, tanto en el grupo formal como en el informal. El grupo en esta etapa cumple la función de permitirle al adolescente la satisfacción de sus necesidades de independencia y autoafirmación, sirviendo de medio para separarse un tanto del control del adulto. Estos grupos posibilitan al adolescente un espacio de reflexión, de intercambio afectivo, de surgimiento de nuevas expectativas y demandas hacia sí mismo y su entorno social. Las normas y valores grupales influyen en la adquisición de una nueva perspectiva de sus propios valores y actitudes pues el grupo le permite al adolescente asumir una variedad de roles dentro del mismo pues, unas veces es líder, otras es servidor.

El adolescente en este período siente la necesidad de ser aceptado por el grupo, lo cual desempeña un papel fundamental en el desarrollo armonioso de la personalidad en esta etapa, pues el equilibrio y bienestar emocional de este dependerá en gran medida de que logre ocupar entre sus iguales un lugar, alcanzando la aceptación dentro del grupo. Por tanto puede resultar muy peligroso para su estabilidad emocional sentir el rechazo de su grupo escolar. Otros aspectos importantes que caracterizan a estos grupos es el seguimiento y uso (a veces

exagerado) de la moda como medio de comunicación e identificación entre ellos. También se debe señalar la utilización del lenguaje particular o forma de comunicarse extraverbalmente.

1.1.10 Las relaciones de amistad en la adolescencia

De acuerdo al sistema de periodización del desarrollo psíquico que propone D. B. Elkonin, plantea que la actividad rectora en este período es la relación intimo-personal adolescente-adolescente. Esta relación comunicativa se distingue por encontrarse basada en un código de camaradería, que regula las relaciones entre los adolescentes bajo las premisas de ayuda mutua, confianza total y respeto. A juicio de I. Kon esta relación de comunicación es polifuncional pues cumple con las funciones informativa, afectiva y regulativa de este proceso constituyendo un contexto en el que el adolescente desarrolla su capacidad de reflexión con vistas a la formación de juicios y sentidos sobre los fenómenos de la realidad, así como un importante espacio para la búsqueda de información en torno a aquellas preocupaciones que siente, de carácter más intimo, relacionadas con su vida personal. En esta etapa en correspondencia con el desarrollo intelectual donde el pensamiento tiende a ser dicotómico y por tanto poco inflexible, se produce una tendencia a idealizar al amigo y la relación de amistad la cual puede romperse con relativa facilidad (Domínguez, 2003).

En cuanto a las diferencias de género las muchachas sienten más tempranamente la necesidad de una amistad como relación intima y profunda, de marcado matiz emocional y poseen criterios más elaborados que los varones, acerca de la misma. En el caso de los varones se considera que las relaciones de amistad presentan generalmente una función más utilitaria. En general, la aparición de la relación de pareja en el transcurso de la adolescencia comienza a relegar las relaciones de amistad a un segundo plano.

1.1.11 Las relaciones de pareja en la adolescencia

Las relaciones de pareja en esta etapa son inestables, pues las mismas poseen un carácter experimental y contribuyen al desarrollo de la autovaloración o identidad personal así como en la identidad sexual y de género del adolescente. En la elección de la pareja en esta etapa los sujetos tienen dificultades para hacer coincidir su ideal desde el punto de vista físico, por la gran importancia que le confieren a la imagen corporal, con el ideal de acuerdo a las cualidades psicológicas y morales, que aspiran encontrar en su pareja. En los varones la madurez sexual se adelanta, en mayor medida que en las hembras, al desarrollo de los recursos personológicos

necesarios para establecer una relación de pareja en la que se logre estabilidad, intimidad psicológica y comprensión mutua.

Las muchachas en este sentido son más libres de entregarse desde lo afectivo en la relación de pareja, y a la vez, tomando en cuenta lo que resulta esperable a su rol sexual deben ocultar sus sentimientos, en mayor medida que los varones, ya que “esperar” y “darse su lugar” son cualidades que se vinculan a valores como la dignidad y la reputación femeninas, lo cual está relacionado con la influencia sociocultural.

1.1.12 La regulación de las emociones en los adolescentes

Los adolescentes al ver que pueden tomar decisiones factibles, desean ser más independientes de sus padres, se resguardan dentro de su grupo de iguales con los cuales se sienten más identificados y comienza el proceso de búsqueda de la pareja. El adolescente se caracteriza por su egocentrismo, lo que disminuye alrededor de los 15 a 16 años, momento en que el joven es capaz de darse cuenta de que los demás no están preocupados sólo de él sino que tienen sus propias preocupaciones. Esta es una etapa en que poco a poco va encontrando su identidad, lo que hace que se vincule de una manera más permanente con los otros, especialmente con individuos del sexo opuesto.

1.1.13 Consideraciones sobre desarrollo moral

Según Kohlberg desde los 13 años se debería desarrollar la moralidad post-convencional. En una primera etapa los adolescentes piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad, con mayor razón si éstos se ven sustentados por la ley, aunque reconocen que hay ocasiones en que la necesidad humana y la ley entran en conflicto. A largo plazo se opta por estar del lado de la ley, la mayoría de las personas se mantienen en esta etapa durante toda la vida, sólo muy pocos llegan a la etapa superior, que consiste en valorar los principios éticos universales y hacer lo que se considera correcto sin tomar en cuenta las restricciones legales, se actúa bajo estándares internos y se cae en una autocondena si se les ignora. La adolescencia es considerada como una intensa etapa de formación de la autovaloración, dándose en la presencia de una importante crisis de identidad. Este surgimiento de la identidad personal resulta un proceso consciente e inconsciente condicionado por el somatotipo, el temperamento y además, en lo social, por las relaciones establecidas, roles y valores imperantes.

Puede considerarse que esta estructura abarca tres planos dentro de los que se encuentra la identidad sexual (entendiendo aquí un proceso maduro del papel sexual y cierto entendimiento de la propia sexualidad), la identidad ocupacional (idea de lo que hará, o a lo que se dedicará cuando sea adulto) así como la identidad ideológica (conjunto de creencias, actitudes e ideales). En esta etapa en la autovaloración van a influir el desarrollo intelectual, la necesidad de independencia y autoafirmación combinada con la necesidad de comunicación, además, los adolescentes tienden a tener una valoración estereotipada tanto de ellos como de los demás, y va a tener en ello un peso considerable la imagen física. La autovaloración, a pesar de su desarrollo, continuará siendo inestable e inexacta, pues dependerán en gran medida de las valoraciones externas.

1.2 Adolescentes en riesgo. Diversas perspectivas

La práctica profesional, el resultado de trabajos de investigación, así como la crónica periodística sobre sucesos cotidianos, ponen en evidencia la existencia de problemáticas diversas que afectan a muchos adolescentes y que pueden determinar que no alcancen un desarrollo psicológico sano: pobre desarrollo intelectual, retardo mental, fracaso en los rendimientos escolares, participación en hechos de violencia (como víctimas o victimarios), comportamientos antisociales y delictivos, desajustes emocionales moderados o severos (depresión, ansiedad, hiperactividad y déficit de atención, consumo de drogas, embarazos tempranos, trastornos en los comportamientos alimentarios, ideaciones e intentos suicidas) (Casullo, 1998).

Como bien sugirió en su momento Bronfenbrenner (1979) citado por M. M. Casullo en 1998, es necesario abordar el análisis de estos problemas teniendo en cuenta cuatro niveles: el estudio de las características personales o individuales; el contexto social inmediato, en especial el sistema familiar; el contexto ecológico global o comunitario en el que viven sus existencias cotidianas así como los patrones sociales y culturales vigentes en función de los cuales los sujetos concretan los procesos de socialización primaria y secundaria.

Los comportamientos concretos que se ponen en práctica se vinculan básicamente a tres factores: *antecedentes* (historia personal y familiar, situaciones de conflicto resueltas o no de determinada manera, programa neurobiológico, adquisición de determinados mecanismos de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad personal), *precipitantes* (percepción subjetiva del impacto de las experiencias del ciclo vital personal, estrategias de

afrontamiento que utiliza, grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la posible resolución de problemas) y *concomitantes* (presencia de redes de apoyo social, nivel de madurez neurológica, afectiva y social, capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente).

Interesa poder diferenciar, a través de la realización adecuada de procesos evaluativos, a los sujetos que han logrado determinado nivel de bienestar psicológico de aquellos que presentan síntomas y signos que dan cuenta de la presencia de malestares en grado moderado o severo. El bienestar psicológico (la salud mental) puede definirse en términos de seis campos o dimensiones conceptualmente diferentes (Schmutte y Ryff., 1997) dentro de los que se estacan: actitud positiva hacia la vida personal presente y pasada (autoaceptación); capacidad para manejar con eficacia los vínculos psicosociales (dominio); presencia de relaciones afectivas significativas (afectos positivos); creencias acerca del sentido de la vida (proyecto de vida); sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez (desarrollo personal) así como el sentido de autodeterminación (autonomía).

Cuando se valora al adolescente en riesgo, las dimensiones antes mencionadas no necesariamente están logradas, sino en vías de estructuración, por lo cual es importante poder predecir con el menor margen de error si su logro va o no a ser posible. Desde una perspectiva clínica-epidemiológica, cuando se habla de riesgo se alude a factores vinculados con la estructuración o conformación de cierto tipo de conductas o comportamientos humanos que se manifiestan de forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal-subjetiva como social-comunitaria (Irwin, 1990).

Algunos autores sostienen que en los comportamientos calificados como «de riesgos» está siempre presente un proceso de toma de decisiones. Estas decisiones producen resultados no deseados desde determinados lugares vinculados con los valores enunciados como socialmente deseables, en términos de metas u objetivos de un colectivo social. Un adolescente está en riesgo cuando alude a la posibilidad de configurar o contraer enfermedades que lo inhabiliten física, psicológica, social o jurídicamente y ejecutar de manera habitual o sistemática comportamientos individuales o colectivos que pongan en juego la seguridad social, que amenacen la vida «de los otros», así como la propia.

Todo riesgo supone siempre una perspectiva vincular, pues implica tener en cuenta a las otras

personas del entorno sociocultural en el que transcurren sus existencias cotidianas, a los individuos y los valores legitimados como de mayor peso en un momento sociohistórico determinado.

Para ciertos estudiosos del tema (Jessor, 1991) los denominados «comportamientos de riesgo» desempeñan un papel de suma importancia en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida en que pueden ser funcionales para: lograr autonomía, dejar de depender en especial de los padres; permitir cuestionar normas y valores vigentes; aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración; poder anticipar experiencias de fracasos; lograr la estructuración del self así como afirmar y consolidar el proceso de maduración.

Las propuestas biológicas hacen referencia a los efectos hormonales en el desarrollo evolutivo, a los tiempos asincrónicos en los que se conforma la etapa de la pubertad y a las predisposiciones genéticas (Schor, 1987; Adger, 1991).

Desde los enfoques psicológicos se pone el acento en el estudio de las habilidades cognitivas, los estilos de personalidad y sus posibles trastornos, la autoestima, la depresión, las diferencias en las atribuciones de causalidad y las estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés.

Las teorías de orientación cognitiva analizan principalmente las maneras en las que los sujetos perciben las situaciones de riesgo. Los adolescentes, desde su egocentrismo, construyen «fábulas personales» en las que no se autoperciben como expuestos a ningún riesgo en particular (Elkind, 1967). Estas historias personales fabuladas anulan el principio de realidad y los llevan a actuar como si ésta no existiera o no importara. Fischoff (1992) identifica cinco fases en el proceso de toma de decisiones, que considera centrales para lograr la comprensión de los comportamientos de riesgo: identificar las opciones posibles; identificar las consecuencias posibles; evaluar lo que se desea y sus posibles consecuencias; evaluar las probabilidades de que tales consecuencias ocurran y combinar toda la información disponible y decidir la acción.

Aunque los procesos decisorios son similares en adolescentes y adultos, el contenido de los componentes puede ser diferente. Los niños y adolescentes tienen menos experiencias de vida, pueden estar más presionados por sus pares y suelen comportarse de manera más sesgada (Keating, 1990).

Desde la perspectiva psicológica, se relacionan el control de la impulsividad, la presencia de trastornos por déficit de atención e hiperactividad y la sintomatología depresiva con la presencia de comportamientos de riesgo.

Los denominados «modelos socioculturales» hacen hincapié en variables tales como la familia, el grupo de pares, el papel de los medios de comunicación, las normas, valores y las creencias del contexto sociocultural en el que se habita.

Los modelos parentales desempeñan un papel de suma importancia por sus efectos modeladores y mediadores en la construcción de la identidad. Investigaciones sobre el tema revelan que cuando los padres tienen actitudes permisivas hacia el consumo de drogas, por ejemplo, los hijos se inician más tempranamente en él. La ausencia de conflictos familiares serios está inversamente relacionada con el hecho de que los hijos estén comprometidos en acciones de riesgo.

Numerosos estudios muestran el efecto enorme que tiene «el grupo de pares o amigos» sobre los denominados «comportamientos de riesgo». Los adolescentes de ambos sexos tenderán a comportarse de la manera requerida por los líderes de su grupo de amigos. Merece la pena destacar el peso de los modelos que ofrecen los medios de comunicación masiva, especialmente la televisión. Gran parte de los filmes exhibidos en horarios aptos para todo público exaltan la violencia permanentemente, el consumo de alcohol y el éxito asociado a conductas sexuales variadas y flexibles. (Casullo, 1998)

Desde el campo de la psicología cultural se realizan estudios de sumo interés que verifican la relación entre determinados comportamientos y la significación cultural que tienen en relación con creencias y valores específicos. Es importante también destacar las investigaciones que se realizan en torno a los conceptos de «individualismo» y «colectivismo». Algunas de ellas muestran su relación con variables tales como el autoconcepto y la autoestima, mientras que otras los vinculan con el proceso de toma de decisiones.

Abordar el tema de la adolescencia en riesgo supone necesariamente adoptar una perspectiva teórica integradora, que incorpore los aportes del psicoanálisis, la psicología cognitiva, la neuropsicología, la psicología cultural y social, así como los que brindan la sociología y la neurobiología.

1.2.1 Factores de riesgo

Los adolescentes, objeto de análisis, son en sí mismos sistemas complejos integrados por diversos subsistemas: biológico, psicológico, cultural y social. Los estudios consultados que se citan en la bibliografía de esta investigación analizan como arriesgados los comportamientos relacionados con: pobre o mala alimentación; consumo de alcohol por parte de los adultos; consumo de drogas (por parte del adulto a cargo o del joven); actitudes e ideaciones suicidas; accidentes no intencionales; delincuencia; violencia familiar; embarazo adolescente; enfermedades de transmisión sexual; abandono del hogar paterno; fracasos en los aprendizajes escolares; episodios depresivos; falta de redes de apoyo afectivo y social; accidentes perinatales de importancia; fácil acceso a armas de fuego y la presencia de trastornos mentales en algún miembro del entorno familiar.

Es importante estudiar tanto los factores de riesgo (patogénicos) como los denominados «protectores» (salugénicos). Elkind (1981), sostiene que las presiones familiares para obtener éxitos rápidos en el corto plazo generan en niños y adolescentes sentimientos de fracaso que llevan, en muchos casos, a intentar quitarse la vida. Para este autor los sentimientos de vergüenza y humillación y el rechazo afectivo que provocan los fracasos escolares y laborales, o el hecho de haber sufrido un arresto policial, son factores precipitantes de comportamientos autodestructivos. De forma general para lograr una mayor comprensión de los comportamientos de riesgo es importante tener en cuenta los tipos de factores siguientes:

1. *Factores predisponentes: h*istoria genética familiar; factores biológicos perinatales y los rasgos o estilos de personalidad.

2. *Factores de vulnerabilidad: i*ncluyen las denominadas «situaciones contextuales socioculturales» y la presencia de psicopatologías específicas.

3. *Factores protectores: f*lexibilidad cognitiva; fuertes redes de apoyo social; ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital; ausencia de soledad; existencia de un proyecto de vida personal o familiar; tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas y el tratamiento adecuado de los «desórdenes de personalidad».

4. *Factores precipitantes: p*resencia de situaciones psicosociales estresantes o críticas y los estados o situaciones de soledad y aislamiento provocados por eventos específicos del ciclo vital.

Las propuestas más actuales que intentan comprender y explicar los comportamientos de riesgo se orientan en el sentido de lograr una síntesis integradora entre la subjetividad personal, los vínculos interpersonales y el programa neurobiológico.

1.3 Importancia de las redes sociales

En esta línea de análisis, y en relación con el aspecto psicosocial, es factible hablar de la importancia de los subsistemas sociales en términos de lo que Dabas (1993) denomina «red de redes sociales». Cada vínculo de una red puede concretar muchas de estas funciones, y es analizable en términos de sus atributos: funciones dominantes, reciprocidad de las funciones, intensidad o compromiso de la relación, frecuencia de los contactos e historia de la relación (dimensión diacrónica).

Un análisis de las redes permite conocer el grado y tipo de apoyo social del que dispone una persona o el que ésta percibe tener. Krahn (1993) señala que el apoyo social es un concepto genérico con el que aludimos a los aspectos de «soporte» que brinda el contexto social en el que actuamos. Algunos investigadores sostienen que tal vez el concepto de «apoyo social» continúa siendo un tanto ambiguo, porque los estudios se han ocupado más de la cuantificación del fenómeno que de su definición adecuada: el apoyo social debe ser entendido como la asistencia que se ofrece a un individuo a partir de la percepción de necesidades concretas; no es un constructo singular o unidimensional.

Kaplan destacó la importancia que tienen las relaciones sociales para el bienestar del individuo. Sin pasar por alto la valoración de las relaciones afectivas, prioriza los aspectos cognitivos dentro del apoyo. Concibe el apoyo como la guía y la retroalimentación proporcionada por otros y que facilita a la persona el dominio de sus emociones ante un episodio estresante de la vida. Incluye, además, el apoyo instrumental definido como la provisión de recursos tangibles tales como cuidar a un niño, brindar dinero u otro tipo de ayuda de carácter práctico u operativo (Kaplan, 2001).

En esta investigación se considera al apoyo social: como aquellos recursos sociales accesibles y (o) disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que puedan influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal (Roca; Pérez, 1996). Esta definición incluye una serie de aspectos que se considera pertinente precisar:

a) **Recursos sociales disponibles:** se refiere a los diversos medios externos (afecto, información, funciones de ayuda, valoración personal, etc.) al individuo que son proporcionados por OTROS y que pueden ser o no reconocidos y utilizados por el mismo, pero a los cuales este tiene ACCESO.

b) **Concebidos en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales:** el apoyo social como proceso facilitador de la salud y el bienestar es un proceso intrínsecamente social e interaccional, que tiene lugar y adquiere significación sólo dentro de la estructura social, el contexto cultural y determinadas redes de relaciones interpersonales concretas. Entenderlo así, implica conocer la organización social, las relaciones interpersonales, las normas, la cultura, los valores que regulan el comportamiento de una sociedad y de individuos específicos, así como los cambios que se produzcan en estas dimensiones. Es por ello que se torna importante destacar la influencia que ejerce el grupo sobre los demás.

c) **Carácter interactivo:** el apoyo social puede ser visto como un proceso interaccional entre proveedores y receptores. Verlo como la acción de individuos separados y no relacionados es ignorar la complejidad del proceso. Estos aspectos no están sólo determinados por las acciones de los receptores, ni por el estatus del proveedor, sino por la naturaleza de sus relaciones y de sus interacciones: el apoyo social debe ser concebido como un proceso de “dar y recibir” *(give and getting)*.

d) **Carácter dinámico:** el apoyo social no constituye un proceso fijo o invariante: puede considerarse como una variable que puede ocurrir y es deseable que así suceda, pero no como algo preestablecido ni en la forma deseada. No todos los individuos encuentran apoyo social ni siquiera de igual modo, ni todos los problemas son susceptibles de resolverse en igual medida por medio de la influencia del apoyo social. El mismo no aparece siempre, ni igual: es dinámico.

e) **Extensible a lo largo de la dimensión temporal:** el apoyo social no permanece invariable durante todo el tiempo de la vida de un individuo. Como resultado de las interacciones sociales, de su carácter interaccional y de su dinamismo, él puede actuar con eficacia en determinados momentos y periodos, en tanto en otros momentos puede no ocurrir así. De igual forma, en función de su duración, puede clasificarse en apoyo a largo plazo y apoyo a corto plazo. El primero es de naturaleza continua, extendido en el

tiempo, mediado por relaciones permanentes de ayuda al individuo a enfrentarse con situaciones problemáticas a largo plazo o con problemas generales de la vida. El segundo es intermitente, utilizado por el individuo en situaciones necesarias o instantes de crisis. En cualquier caso, hablar de apoyo vital presupone también señalar el ciclo vital como expresión del paso de un individuo a través de la dimensión temporal.

f) **Consecuencias positivas o negativas:** tal vez por la propia connotación semánticamente positiva del concepto "apoyo" existe un fuerte preconcepto acerca de los efectos positivos del apoyo social que lejos de ofrecer objetividad y cientificidad, contribuyen al poco esclarecimiento de los mecanismos y los efectos reales del apoyo social; de hecho los resultados del mismo pueden ser negativos para la salud y el bienestar, sobre todo si somos consecuentes con el carácter dinámico referido con anterioridad.

g) **Salud:** La relación del apoyo social con la salud y el bienestar, se considera pertinente precisarlo en su contexto.

1.4 Consideraciones generales sobre la depresión

Entre las manifestaciones sintomatológicas resultaron notables los indicios de depresión, de manera especial estas se apreciaron en el trabajo de F. O. Palacios y L. F. Herrera (1999) y N. García y L. F. Herrera (2003). La prevalencia de los trastornos depresivos se ha incrementado notablemente en los últimos años, hasta el punto de ser considerados estos trastornos los más frecuentes en el campo de la salud mental según lo reportan coincidentemente J. Buendia (1990); en España; A. Angold (1992), en Inglaterra; J. Steiner (1993), en Israel, R. Migreal (1993), en Irlanda del Norte; N. Haslam, A. J. Beck (1994); en Estados Unidos; M. Casullo (1998), en Argentina, y L. F. Herrera y N. García (2003), en Cuba.

Se estima que más de cien millones de personas en el mundo sufren trastornos depresivos susceptibles de tratamiento y sólo el diez por ciento llega a consultas especializadas. En muchas ocasiones las manifestaciones de la depresión se relacionan con antecedentes de violencia en la infancia, precisamente hoy se reconoce el papel del medio ambiente en la expresión de las formas más diversas de violencia, aun cuando se destaca la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la génesis de esta flagelo mundial (Arboleda, 2000).

El trastorno afectivo que se denomina depresión ha provocado confusión semántica, dado que el término en sí es polisémico y puede ser interpretado de diversas maneras, según B. Nurcombe (1994). Puede comprenderse como:

1. Un sentimiento, un estado emocional transitorio.
2. Un estado de ánimo de determinada intensidad.
3. En referencia a una constelación psicodinámica, un sistema complejo integrado por ideas y sentimientos conscientes e inconscientes referidos a una pérdida real o simbólica.
4. Como síntoma, percepción subjetiva de un malestar.
5. Como signo, hay indicadores observables en el comportamiento o conducta manifiestos.
6. Como síndrome, conjunto integrado de signos y síntomas sin etiología evidente.
7. Como un cuadro psicopatológico estructurado y compuesto por una constelación de síntomas, signos, mecanismos de defensa con un curso determinado y con una base patoquímica, fisiopatológica y genética.

En tanto síntoma se entiende como la expresión de un estado de ánimo decaído, es una circunstancia que está presente no sólo en la mayor parte de los cuadros clínicos, se estima que en el 80 % de los casos de trastornos de ansiedad generalizada existe un estado anímico deprimido, sino también en la vida cotidiana de las personas normales. Como síndrome la depresión incluye un patrón de síntomas y signos clínicos simultáneos como: la tristeza, apatía, inhibición. Estos síntomas pueden estar presentes secundariamente en muchas condiciones clínicas. Es frecuente encontrar la depresión vinculada con la ansiedad.

Si hacemos un repaso de todos los síntomas que han sido enumerados por los diferentes investigadores se pueden llegar a obtener unos cuarenta síntomas distintos de la depresión infantil y del adolescente. A continuación enumeraremos aquí sólo los más habituales, que presentamos categorizados en función de las áreas a las que pertenecen:

- *Emocionales:* tristeza, pérdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, llantos excesivos y

ausencia de interés por las cosas.

- *Motores:* inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad, atonía, estupor, inmovilidad, torpeza e inquietud.
- *Cognitivos:* falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, pensamientos morbosos y descenso del rendimiento.
- *Sociales:* aislamiento, soledad, retraimiento, evitación e incompetencia social.
- *Conductuales:* protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, droga y piromanía.
- *Psicosomáticos:* enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, baja defensa inmunológica, dermatitis y alergias.

Los síntomas más consensuados, es decir, aquellos que reconocen la mayoría de los expertos, son: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida del apetito y el peso, aislamiento social, hiperactividad y disforia En población adolescente la anhedonia, los trastornos de peso y apetito junto con la indecisión y los pensamientos suicidas son la sintomatología más característica del grupo diagnosticado como verdaderamente deprimido. La mayor parte de estos síntomas tienen carácter interiorizado, y se parecen a los de la depresión adulta. Sin embargo, en la depresión infantil aparecen algunos muy específicos que la diferencian, como es el caso de los problemas de conducta, enuresis, rabietas, desobediencia, etc.

Según M. Casullo (1998), desde una conceptualización focalizada, la depresión incluye un complejo conjunto de síntomas que componen un síndrome depresivo constituido por cinco grandes núcleos:

a) Síntomas anímicos: la disforia es el síntoma por excelencia de la depresión; están presente el abatimiento, la pesadumbre, la infelicidad e incluso la irritabilidad. Sin embargo es importante señalar que, en algunos casos, en las depresiones graves, la persona puede negar los sentimientos de tristeza, alegando que es incapaz de tener sentimiento alguno.

b) Síntomas motivacionales: la apatía, la indiferencia, la discriminación de la capacidad de disfrutar son, junto con el estado de ánimo deprimido, síntomas importantes de un estado depresivo. Este tipo de síntomas constituye lo que se denomina retardo psicomotor.

c) Síntomas cognitivos: la persona deprimida hace una valoración negativa de sí misma, de su entorno, de su futuro. Se han podido apreciar afectaciones mnémicas en pacientes con neurosis depresiva. (Reguialdo, Herrera, 1995).

d) Síntomas físicos: la aparición de cambios físicos es común y suele ser uno de los motivos de consulta más frecuentes: la pérdida del sueño, la fatiga, la pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades en la erección. Son frecuentes las quejas acerca de molestias corporales como dolores de cabeza y espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa y visión borrosa.

e) Síntomas vinculares: una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro de sus relaciones con los demás; de hecho un 70 % dice haber disminuido su interés por la gente. Estos pacientes generalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que determina que se aíslen más. Según M. Casullo (1998) los adolescentes en mayor riesgo suicida evidenciarán autopercibirse más solos y con mayores tendencias a comportamientos de aislamiento que aquellos en no riesgo.

Desde el descubrimiento de la acción antidepresiva de la imipramina, por Roland Kuhn en 1958, ha sido posible investigar las bases bioquímicas de los trastornos depresivos. Existe un problema de neurotransmisión, con déficit en la función neurotransmisora de la serotonina y/o las catecolaminas noradrenalina y dopamina. El fenómeno puede estar causado por un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción (por los enzimas monoaminoxidasa y/o catecolamin-orto-metil-transferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores de la segunda neurona, o un déficit de transmisión en esta segunda neurona (fallo del segundo mediador). Es razonable pensar que todos los mecanismos citados están involucrados, ya sea de forma primaria o secundaria. El estado actual de los conocimientos induce a pensar que sea cual sea el tipo de depresión, existe alteración bioquímica.

El DSM-IV sigue el criterio de no efectuar clasificaciones etiopatogénicas (por ej.: depresión endógena, exógena, reactiva, neurótica...) sino simplemente sindrómicas. De esta forma el origen queda sujeto a las circunstancias peculiares de cada caso individual (y a la particular concepción psiquiátrica de quien diagnostique).

Un aspecto muy debatido en relación con la depresión es su clasificación como bien se menciona anteriormente, pues con frecuencia se emplean diversos esquemas de tipo dicotóneo. Así se habla de trastornos endógenos o reactivos, psicóticos o neuróticos, unipolares o bipolares. El término endógeno-reactivo parecería aludir a una diferenciación entre depresiones biológicas y las debidas a factores ambientales. Con esta dicotomía se hace referencia a una categorización basada en dos patrones de síntomas diferentes. Lo que se denomina depresión endógena se diferencia de la reactiva por las características siguientes: más sintomatología somática, mayor tendencia a la recurrencia y mejor respuesta a los psicofármacos.

Debe destacarse que si bien las depresiones endógenas conforman un panorama clínico y biológico diferenciable y bastante homogéneo, las depresiones psicógenas son heterogéneas ya que están colindantes con las reacciones emocionales normales y problemas de personalidad.

En la etiopatogenia de las depresiones, según J. Vallejo (1985), confluyen una variada gama de factores biológicos, psicológicos y sociales, cuyo peso específico exacto está todavía por delimitar, así como la articulación e interrelaciones que se producen entre ellos. Sin embargo de manera global se puede señalar que las anomalías biológicas constatadas hasta el momento tienen su correspondencia con las depresiones endógenas. Entre estos factores se encuentran: factores genéticos, factores bioquímicos, factores neurofisiológicos, factores psicosociales.

En cuanto al sistema de clasificación podemos decir que hay una gran pluralidad de criterios diagnósticos de la depresión generados por expertos en la materia. Sin embargo, últimamente se están imponiendo sobre los demás dos grandes sistemas: el *Diagnostic Statistic Manual* (DSM), elaborado por la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) y cuya primera aparición se remonta a 1952, y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), redactada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa, que comenzó en 1900. Estos sistemas están enraizados en la tradición psiquiátrica, y sus últimas raíces se hallan en la clasificación de Kraepelin, de comienzos de este siglo.

En el DSM-IV (1994) consta de cinco ejes. En el primero, dedicado a los trastornos clínicos, no se incluye, por lo que respecta a los infantiles, la depresión, puesto que se considera que los criterios adultos sirven para ser aplicados a niños, con la única salvedad de que uno de sus

elementos, la disforia, puede verse sustituida por la irritabilidad.

- *Eje 1: Trastornos clínicos.* Trastornos que normalmente son diagnosticados primero en la infancia y la adolescencia: trastornos del aprendizaje, trastornos de las habilidades motoras, trastornos de la comunicación, trastornos profundos del desarrollo, déficit de atención y problemas de conducta, problemas de alimentación o comida en la infancia o niñez temprana, trastornos de tics, trastornos de la eliminación y otros trastornos de la niñez o adolescencia
- *Eje II: Trastornos de personalidad y retraso mental.*
- *Eje III: Estado Clínico.*
- *Eje IV: Problemas psicológicos, sociales y ambientales.*
- *Eje V: Evaluación de la actividad global.*

En el Eje 1, dedicado a trastornos adultos, aparecen los trastornos de los estados de ánimo, entre los que se incluyen los episodios afectivos (episodio mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) y los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar). Como ya se ha dicho, se considera que estos criterios son aplicables a niños.

- *Criterios diagnósticos para la depresión mayor*

a) Presencia de cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de al menos dos semanas y que representan un cambio de la situación previa. Uno de los cinco síntomas debe ser el 1 o el 2.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (en menores puede ser irritabilidad).
2. Pérdida de interés o disfrute en la mayor parte de las actividades.
3. Cambio del peso en un 5 % en un mes (comparación con curvas).
4. Insomnio o hipersomnia diarios.
5. Agitación o enlentecimiento motor observable.
6. Fatiga o pérdida de la energía diaria.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa.

8. Pérdida de la capacidad de concentración.

9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio con o sin planificación del mismo.

b) No se cumplen los síntomas de episodio mixto.

c) Los síntomas provocan deterioro social, laboral o social.

d) Los síntomas no son secundarios a una enfermedad o ingestión de droga.

e) Los síntomas no se explican por presencia de duelo y permanecen más allá de dos meses.

- *Criterios diagnósticos para el trastorno distímico*

a) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días y durante dos años (en los menores un año y con posible sustitución por irritabilidad).

b) Presencia de dos o más de los síntomas siguientes: pérdida o aumento de apetito; insomnio o hipersomnia; falta de energía o fatiga; baja autoestima; dificultades de concentración o toma de decisiones y sentimientos de desesperanza.

c) El sujeto no ha estado sin síntomas durante dos meses. De los criterios A y B al menos dos años (un año en niños y adolescentes).

d) No ha habido ningún episodio de depresión mayor durante los primeros dos años (un año en niños y adolescentes).

e) Nunca ha habido episodios maníacos, mixtos, hipomaníacos o ciclotímicos.

f) No aparece en el transcurso de un trastorno psicótico.

g) Los síntomas no son secundarios a enfermedad ni abuso de sustancias.

Criterios para la evaluación de un episodio mixto

a) Se cumplen los criterios de un episodio maníaco y de depresión mayor casi cada día y durante al menos una semana.

b) La alteración provoca trastorno laboral, personal y social, puede acompañarse de síntomas psicóticos y necesitar internamiento.

c) Los síntomas no son secundarios a enfermedad o consumo de drogas.

Estos trastornos pueden presentarse con un trastorno más reciente maníaco o hipomaníaco,

depresivo o alternante. Es relativamente poco frecuente en los niños. Todos ellos pueden ser especificados en la edad de su aparición, así como en la gravedad de sus síntomas.

El sistema clasificatorio (CIE-l0, 1992), plantea que la depresión, tiene un cierto paralelismo con el anterior, pero no una identidad. El título genérico en donde se incluyen las depresiones son los «trastornos del humor» (afectivos), que incluyen: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes y otros trastornos del humor. Para que se puedan establecer comparaciones expondremos el episodio depresivo y la distimia.

- *Episodio depresivo*

Gl. Duración de al menos dos semanas.

G2. Ausencia de síntomas hipomaníacos o maníacos.

G3. No atribuible a uso de sustancias o a trastorno con base orgánica.

a) Deben estar presentes los síntomas generales.

b) Presencia de al menos dos síntomas de los siguientes: humor depresivo; pérdida de interés o de disfrute y pérdida de actividad o aumento de la fatiga.

c) Por lo menos cuatro de los síntomas adicionales siguientes: pérdida de la confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad; sentimientos de reproche o culpa; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio; quejas o disminución de la capacidad de concentración y falta de decisión; cambios en la actividad psicomotriz, agitación o inhibición; alteraciones del sueño así como cambios del apetito.

Existe una gradación posible de leve, moderado o grave en función del número de síntomas, y también un diagnóstico de recurrente si al cabo de dos semanas se pasa y vuelve a aparecer transcurridos seis meses.

- *Distimia*

Se incluye dentro de los trastornos del humor:

a) Presencia de los síntomas durante un período de al menos dos años.

b) Ninguno de los episodios durante los dos años tiene gravedad y duración suficientes como para establecer los criterios de trastorno depresivo recurrente.

c) Al menos deben estar presentes tres o más de los síntomas siguientes: disminución de la vitalidad o de la actividad; insomnio; pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad; dificultad para concentrarse; llanto fácil; pérdida del interés o satisfacción por la actividad sexual u otros placeres; sentimientos de desesperanza; sentimientos de incapacidad de afrontar las responsabilidades de la vida diaria; pesimismo sobre el futuro o pasado; aislamiento social y menor locuacidad de la habitual.

En la distimia se advierte sobre la conveniencia de anotar la edad de comienzo, y se hace mención expresamente de la adolescencia como inicio precoz. Lo que quiere decir que sólo se contemplan como depresiones propiamente infantiles aquellas que constan en el apartado de «trastornos del niño y del adolescente». En el apartado de los «trastornos disociales y de las emociones mixtas» se incluyen el trastorno disocial depresivo y el trastorno de vinculación reactivo de la infancia.

- *Trastorno disocial depresivo*

Debe cumplir los criterios generales de los «Trastornos disociales» y los de los «Trastornos del humor». Es decir, que el CIE considera que la depresión en la niñez aparece principalmente asociada a trastornos de conducta.

- *Trastorno reactivo de vinculación*

*a)*Aparición antes de los 5 años.
*b)*Actitudes sociales contradictorias o ambivalentes.
*c)*Trastorno emocional manifestado por tristeza, ausencia de respuesta emocional, reacciones de aislamiento, respuestas agresivas al malestar propio o ajeno e hipervigilancia temerosa.

d) Evidencia de capacidad conservada para la reciprocidad social y de sensibilidad, reflejada por la existencia de elementos de las relaciones sociales normales cuando el sujeto entra en contacto con adultos sanos.

e) No se cumplen los criterios de los trastornos generalizados del desarrollo.

Es evidente que los dos sistemas diagnósticos tienen una gran similitud en lo que se refiere a los trastornos distímicos y la depresión mayor; sin embargo el CIE incluye dentro de las perturbaciones infantiles dos apartados que sin agotar las posibles formas de depresión infantil focalizan aquellas diferencias que son más propias de los niños: la asociación con trastornos

de conducta y la importancia de la vinculación en el desencadenamiento de la depresión.

En esta investigación nos acogeremos específicamente a los criterios propuestos en la última clasificación del *Manual de diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales* (1994). Se propone diferenciar tres tipos de episodios: depresivo mayor, maníaco, hipomaníaco. Además puede aparecer el denominado episodio mixto. La presencia o ausencia de estos episodios, es decir su posible coexistencia en una misma persona, da lugar a diferentes cuadros o categorías clínicas, en los que es importante determinar la frecuencia y la derivación de los síntomas así como el momento evolutivo de su iniciación.

Los estudios epidemiológicos reflejan que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, que existe una interacción significativa entre clase social y tasa de síntomas depresivos, y al mismo tiempo se confirma la correlación entre la aparición de sucesos de vida estresantes o indeseables y la falta de apoyo social en la formación de las depresiones. La magnitud epidemiológica de la depresión y su repercusión psicológica y social ha despertado el interés de los investigadores, en particular en niños y adolescentes.

Investigaciones realizadas por J. Shaw (1988); A. Angold (1991); A. Kishimoto (1994) y M. Casullo (1998) han confirmado que la depresión es más frecuente en el período de la adolescencia que en la niñez. También en los menores los estudios epidemiológicos reflejan mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. A. Angold y M. M. Weissman han indicado que al aumentar la edad también se aumenta la gama de síntomas depresivos. En resumen la depresión en la adolescencia se estima que tiene una prevalencia entre el 5 % y el 10 %.

Los tipos predominantes de trastornos depresivos que se encuentran durante la infancia y la adolescencia son: depresión mayor, distimia y trastornos de adaptación con humor deprimido. La depresión bipolar es relativamente rara en este grupo de edad.

Trastorno bipolar. Consiste en uno o más períodos de humor elevado, expansivo o irritable. El humor expansivo se acompaña de entusiasmo irritable conforme el sujeto manifiesta confiable y gran vitalidad. En otros momentos, el humor predominante puede ser irritabilidad, en particular cuando el individuo ve frustrados sus deseos y finalidades. Es común encontrar tres de los síntomas siguientes: aumento de la actividad, fuga de ideas, amor propio excesivo, disminución de la necesidad de dormir, participación excesiva en las actividades, distracción

fácil y lenguaje bajo presión. Se requieren cuatro de los síntomas mencionados para considerar que el humor predominante es la irritabilidad.

En la adolescencia, según A. Angold (1988), hay tres variaciones de la enfermedad bipolar: crisis depresiva definida seguida de crisis maníaco, depresión crónica o ciclotímica que oculta las crisis reales de depresión o manía y presentación inicial confusa que puede llevar erróneamente a creer que es una esquizofrenia.

Ciclotimia. Es una variante leve del trastorno bipolar. En el adolescente se aprecia una alteración crónica del humor de por lo menos un año de duración con numerosas crisis de humor expansivo, elevado o irritable y otras muchas crisis de humor definitivo.

Depresión mayor. Es un humor disfórico que dura por lo menos dos semanas. En niños y adolescentes esta disforia puede ser de irritabilidad. Más a menudo es de humor deprimido y pérdida del interés o placer por las actividades y los pasatiempos propios, con síntomas depresivos concomitantes. Tienen que haberse presentado cinco de los síntomas que siguen todos los días, durante dos semanas por lo menos: humor deprimido o irritable, disminución del interés y el placer por las actividades ordinarias, cambios en el apetito y aumento o disminución importante de peso, insomnio o hipersomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad, autocrítica o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte o conducta suicida.

La crisis depresiva de los adolescentes puede acompañarse de problemas de conducta, desesperanza, emocionalidad, dificultades escolares, alteración en las relaciones interpersonales, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas.

Distimia. El aspecto esencial de este trastorno en niños y adolescentes es el humor irritable o deprimido durante un año por lo menos, junto con síntomas leves de depresión mayor.

Trastorno de adaptación con humor deprimido. Esta alteración se caracteriza por una reacción de mala adaptación que se manifiesta como síndrome depresivo incompleto que no ha durado más de seis meses y que ocurrió entre los tres meses que siguieron a la experiencia de uno o varios acontecimientos psicosociales productores de estrés. Las manifestaciones predominantes consisten en humor deprimido con síntomas depresivos que carecen de la configuración y la constancia de una crisis depresiva mayor.

A menudo en niños y adolescentes se presenta más de un trastorno mental. M. Kovacs (1989), encontró manifestaciones de depresión, ansiedad, frustración, problemas interpersonales y autoestima negativa al estudiar una muestra de adolescentes. Esta investigadora es la autora de una conocida escala para las evaluaciones de malestares depresivos en adolescentes. En la actualidad hay varias teorías que tratan de expresar las manifestaciones depresivas.

1. Las teorías biológicas. En los últimos 25 años hubo un resurgimiento de la investigación biológica. Quienes defienden las hipótesis biológicas de la etiología depresiva destacan los hechos siguientes:

- La existencia de patrones similares a través de diferentes culturas.
- El surgimiento en las mujeres de cambios anímicos asociado a cambios endocrinos (menstruación, parto, menopausia).
- La efectividad relativa de algunos tratamientos (electroshocks, antidepresivos, tricíclicos).
- La existencia de ciertos productos, como los medicamentos antihipertensivos, que son capaces de inducir estados de ánimo depresivos.

2. Las teorías psicológicas.

    a) Aportaciones del psicoanálisis.

S. Freud, en 1893, formuló algunas hipótesis sobre la melancolía. En *Luto y Melancolía* (1917), diferencia las reacciones depresivas normales de las debidas a la pérdida de un ser querido; ambas son respuestas a la pérdida de un objeto amado en la que aparece la tristeza acompañada por un dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Pero a diferencia del duelo, la melancolía supone una disminución marcada de la autoestima y origina autorreproches así como expectativas de castigo; debido a que el melancólico desconoce la naturaleza de su pérdida; no puede reconocer la causa de su tristeza. S. Freud compartió en lo esencial la propuesta de su discípulo K. Abrahan (1927), quien sostuvo que existe una marcada relación entre depresión y trastornos obsesivos, dada la ambivalencia amor-odio que se da en ambos. Sostiene que el comienzo de una depresión con frecuencia está asociado al sufrimiento de un desengaño afectivo así como muchos depresivos recurren a la ingesta de alimentos para evitar o eliminar

la depresión. En los últimos escritos de su vida S. Freud interpretó la depresión en términos de un súper yo muy exigente en lo relacionado con los deberes y las obligaciones. S. Rado (1928) planteó que las personas deprimidas tienen una necesidad inmensa de sentirse amadas y aceptadas. Por su parte K. Horney (1960), abordó el problema de la depresión desde una óptica psicoanalítica que tiene como centro los factores socioculturales.

b) Los modelos conductuales con base en las teorías del aprendizaje.

En especial en el condicionamiento operante de F. Skinner, estos modelos enfatizan en que la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas. C. B. Feaster (1973) fue uno de los primeros psicólogos dedicados a estudiar el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico experimental. Sostiene que la característica fundamental de la depresión es la frecuencia reducida de conductas reforzadas positivamente que sirvan para controlar el medio, en tanto que, por el contrario, se aumentan las conductas de evitación ante estímulos adversos. Los procesos siguientes de forma aislada o combinada pueden explicar la patología depresiva:

- Cambios inesperados repentinos en el medio, que suponen pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos de importancia.
- Programas de refuerzo que suponen grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.
- Repertorios limitados de observación que llevan a los depresivos a una distorsión de la realidad y a comportamientos que en pocas ocasiones son reforzados.

Por su parte P. M. Lewinsohn (1974), sostiene que la depresión es una respuesta a la falta de reforzamiento positivo a una conducta. Este autor insiste en que determinados ambientes no brindan refuerzos suficientes. De igual manera señala la falta de habilidades para obtener refuerzos y la incapacidad de poder disfrutar de los refuerzos disponibles debido a la presencia de ansiedad social interferente.

c) Las teorías cognitivas.

En este grupo de modelos se pueden citar tres tipos fundamentales de enfoques: cognitivo-sociales; del procesamiento de la información y conductuales cognitivos.

En el ámbito social se sostiene que una historia de fracasos en el manejo de situaciones y la falta de habilidades para controlar el ambiente, por dificultades aptitudinales y de aprendizajes pueden desencadenar episodios depresivos. (Abramson, 1989). Si en la explicación la falta de control es atribuida a factores internos, se produce un descenso en la autoestima, lo que no ocurre si la explicación atribuye la causa a factores externos. Este autor señala la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva en la que denominan la existencia de un estilo atribucional depresógeno: la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y no deseados a factores internos, estables y globales, presentes en las personas proclives a la depresión y ausente en otro tipo de individuos.

También estos autores postularon la categoría nosológica, la depresión por desesperanza, definida fundamentalmente por su causa: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefinición acerca de la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia del hecho. Además la desesperanza puede ser una consecuencia de las condicionas en que una persona obtenga un suceso negativo.

El modelo más conocido en términos de procesamiento de la información es el planteado por A. T. Beck (1987) basado en su experiencia clínica. Según este autor las alteraciones emocionales aparecen en las personas que tienen una visión negativa y errónea de la realidad. La visión errónea se basa en actitudes disfuncionales poco realistas. Poseen esquemas distorsionados que permanecen latentes en la memoria hasta que se activan frente a sucesos estresantes. A.T. Beck (1987) sugiere que existen al menos dos tipos generales de esquemas que tienen relación con dos dimensiones depresógenas de la personalidad: sociotropía y autonomía.

Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que suponen una alta valoración de las relaciones interpersonales, y una gran dependencia de las normas sociales en el momento de juzgar la propia conducta. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que valorizan la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación. En función de ello, es posible hablar de hechos estresantes para cada tipo de esquema. Una vez activados los

esquemas orientan y canalizan, como si fueran filtros, el procesamiento de la información. La actuación de estos esquemas se refleja en ciertos errores sistemáticos al procesar la información, que conducen a lo que el autor denomina la tríada cognitiva negativa, es decir un contenido negativo en las percepciones de sí mismo, el mundo y el futuro.

Los modelos conductuales cognitivos se centran en la variación personal de las interacciones entre persona y situaciones, y hacen referencia a procesos y estructuras cognitivas en sus intentos de conceptualizar la depresión. Una de las propuestas más interesantes de este enfoque es el modelo de autoeficacia, de A. Bandura (1986). Este autor plantea la existencia de expectativas de resultados en los sujetos acerca de que determinadas conductas harán posible lograr determinados resultados y expectativas de eficacia. Las causas de la depresión están determinadas por bajas expectativas de eficacia; altas expectativas de resultados; una valoración muy elevada de los resultados esperados. El automenosprecio crónico es para A. Bandura un rasgo central de la depresión. Supone afectaciones en la autorregulación, autobservación, autoevaluación, autorreacción. Estas disfunciones pueden actuar como factores de vulnerabilidad.

d) Los esquemas vinculares.

Las bases conceptuales comunes a esta propuesta las encontramos en: la escuela interpersonal de psiquiatría de H. S. Sullivan; la escuela de Palo Alto sobre patrones comunicacionales en familias con miembros esquizofrénicos; la teoría general de los sistemas y su aplicación a las ciencias sociales, poniendo énfasis en el estudio de los elementos que componen un sistema (una familia, por ejemplo). Una de las conceptualizaciones más precisas de este enfoque es la de J. C. Coyne (1986), quien sostiene que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales las personas obtenían apoyo social. Iniciado el trastorno depresivo, dos tipos de factores pueden mantenerlo o exacerbarlo: Un factor interpersonal relacionado con la naturaleza y la calidad de las respuestas de los otros; el sesgo cognitivo negativo de los depresivos que se manifiesta en el aumento de la sensibilidad y la concentración en aspectos negativos, lo que lleva a que se manifiesten más síntomas.

El criterio terapéutico para los trastornos depresivos de niños y adolescentes varía según la edad, etiología, diagnóstico, gravedad, persistencia y capacidad inicial de reacción a las medidas de sostén. El tratamiento bien como fue planteado en Japón por A. Kishimoto, R. Mizukana y F. Matsuzaki (1994), puede ser educacional con orientación de los padres y

recomendaciones de cambios en la estructura sociofamiliar y escolar. Las observaciones de estos investigadores japoneses coinciden con las de L. F. Herrera (1998), quien ha enfatizado en la necesidad de desarrollar un trabajo profiláctico, orientador y terapéutico en el contexto escolar que permita de forma sistemática atender a los adolescentes en riesgo de presentar trastornos afectivos de adoptar patrones de conductas antisociales. Una alternativa viable para este tipo de labor es el empleo de técnicas didácticas activadoras, que permiten eliminar o atenuar la sintomatología en la medida que se activan las potencialidades individuales.

Otras intervenciones terapéuticas consisten en administrar fármacos. También se emplean técnicas cognitivas y psicosociales con el paciente, sus familiares o ambos.

Se ha demostrado la efectividad del carbonato de litio para tratar el trastorno bipolar durante la infancia. También está comprobada la eficacia de los agentes antidepresores tricíclicos y el tratamiento electroconvulsivo en adultos (TEC). Se ha comprobado que cerca del 70 % de los niños deprimidos reaccionan favorablemente al tratamiento con tricíclicos. Entre los fármacos más utilizados en el tratamiento de la depresión en prepúberes y adolescentes se encuentran la imipramina y trimipramina.

En el tratamiento psicoterapéutico individual del adolescente deprimido, los terapeutas con orientación psicoanalítica recomiendan la psicoterapia individual que favorece la exteriorización de conflictos interiores y el fortalecimiento del yo. Por su parte los terapeutas cognitivistas consideran a las creencias irracionales y las técnicas deficientes para resolver problemas del adolescente como las partes esenciales de la depresión. El terapeuta de la conducta explica la depresión del adolescente como parte de experiencias de aprendizajes negativas que resulta necesario modificar. Los terapeutas familiares insisten en la red de funciones y esperanzas familiares intrínsecas de la unidad familiar.

Las investigaciones sobre la depresión en adolescentes no son muy abundantes a nivel internacional y en particular, como destacó M. Casullo (1998) en América Latina. En una investigación con 972 adolescentes argentinos comprendidos entre los 13 y 18 años de edad, esta autora comprobó la existencia de una elevada frecuencia de casos con depresión. En el 30% de estos adolescentes se apreció violencia familiar y en el 35 % dificultades escolares asociadas a la depresión. En Estados Unidos, M. Rutter (1988) estudió una muestra de dos mil trescientos tres adolescentes de 14 años y encontró síntomas de depresión en el 21 % de los varones y el 23 % de las muchachas.

Existe la necesidad de realizar investigaciones que fomenten la atención integral de los adolescentes y que permitan determinar los adolescentes con mayor grado de vulnerabilidad para la depresión y el suicidio. Entre los factores protectores de la depresión esta autora destaca: la flexibilidad cognitiva; fuertes redes de apoyo social; ausencia de eventos estresantes inesperados del ciclo vital, ausencia de soledad; existencia de un proyecto de vida; tratamiento oportuno de los desajustes emocionales y los desórdenes de personalidad. De manera particular resultan necesarias las investigaciones en el contexto escolar, donde pueden confluir varios factores que lleven a la aparición de la depresión. Entre estos elementos sobresalen las malas relaciones con los pares, la burla, la crítica mantenida y el rechazo del grupo. También pueden incidir el maltrato por parte de docentes y la deficiente relación hogar-escuela.

CAPÍTULO 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Teniendo en cuenta el objetivo central de la presente investigación se desarrolló un estudio exploratorio-comparativo que se corresponde con el paradigma cuantitativo, aun cuando se ofrecieron valoraciones cualitativas de la información obtenida en cada una de las técnicas empleadas.

En los estudios exploratorios se abordan campos poco conocidos donde el problema, que sólo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado. Esto último constituye precisamente el objetivo de una investigación de tipo exploratorio. Las investigaciones exploratorias suelen incluir amplias revisiones de literatura y consultas con especialistas. Los resultados de estos estudios incluyen generalmente la delimitación de uno o varios problemas científicos en el área que se investiga y que requieren de estudio posterior (Jiménez, 1998).

Los diseños comparativos constituyen una extensión de diseños seccionales y longitudinales dentro de los no experimentales. Tienen lugar cuando se abarcan dos o más grupos distintos lo que permite efectuar comparaciones entre ellos. Indican que en la investigación se realizan observaciones de los grupos una sola vez. Los diseños comparativos pueden consistir también en el estudio comparativo de la evolución a lo largo del tiempo de cohortes diversas o bien de muestras tomadas de años distintos y formados por distintos subgrupos de edad. Según Sierra Bravo (1993) los diseños comparativos proporcionan una mayor base para el análisis, la interpretación y el estudio de la causalidad.

2.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo integrada por un total de 100 adolescentes de ambos sexos comprendidos entre 12 y 13 años de edad de 7mo y 8vo grados, respectivamente. Se conformaron 2 grupos de 50 miembros cada uno. El primero quedó integrado por adolescentes aceptados por sus iguales. El segundo grupo quedó conformado por adolescentes no aceptados por sus pares de clase. Ambos grupos de adolescentes fueron seleccionados a partir de la técnica del sociograma así como por el criterio emitido por el profesor, los mismos pertenecen a la ESBU Comandante “Ernesto Che Guevara de la Serna”, ubicada dentro de la Ciudad Escolar Comandante “Ernesto Che Guevara de la Serna” de la ciudad de Santa Clara.

Para seleccionar la muestra tanto del grupo No.1 como del grupo No. 2 se consideró que fueran adolescentes aceptados por sus iguales, dicha información se obtuvo a partir de un

sociograma que se aplicó así como del criterio emitido por el profesor guía del grupo (PGI). Finalmente los grupos quedaron conformados por 29 muchachas y 21 muchachos (todos seleccionados a partir del sociograma), de ellos coincidieron con el criterio del profesor en el grupo No.1 16 muchachas y 8 muchachos y en el grupo No. 2 27 muchachas y 12 muchachos. En todos los casos se garantizó el consentimiento informado y por tratarse de una investigación con menores, se consignó la aprobación de los padres. En ambos grupos la muestra por grados quedó distribuida de la forma siguiente (tabla 1).

Tabla 1. Distribución por sexo, grado y grupo escolar

Sexo/Grado y Gupo Escolar.	7mo1	7mo2	7mo3	7mo4	7mo5	8vo1	8vo2	8vo3	8vo4	8vo5	Total
Femenino.	2	6	2	——	2	2	5	2	4	4	29
Masculino.	2	2	3	1	2	——	1	5	2	3	21

Fuente: Investigación.

Para seleccionar los miembros del grupo testigo (grupo No.1), se consideró la homologación en cuanto a edad, sexo, nivel escolar, influencia pedagógica con respecto al grupo estudio (grupo No. 2). Se buscó un par similar perteneciente a la misma aula de los adolescentes, el mismo sexo y un rango de edad más menos de tres meses, lo único que los diferenciaba era que un miembro de un grupo es aceptado y el otro par es rechazado por sus iguales. Para la inclusión en la muestra de la presente investigación las edades de los adolescentes debían estar comprendidas entre los 12 y los 13 años, debían encontrarse cursando estudios en séptimo y octavo grados con un rendimiento intelectual promedio. Se excluyeron los adolescentes con tratamiento médico por trastornos sensoriales, afecciones psíquicas o neurológicas o que no desearan participar en el estudio, que se ausentaran por tiempos prolongados de la institución escolar o que se cambiaran de grupo durante la etapa. Se consideró que todos los miembros de la muestra vivieran en las áreas rurales y semiurbanas comprendidas desde la Circunvalación hasta la Presa Minerva, y que todos pertenecieran a la misma escuela. En las tablas 2, 3 y 4 se exponen las características de la muestra en cuanto a edad, sexo y nivel escolar.

Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad

EDAD → / GRUPO ↓	AÑOS		
	12	13	TOTAL
1 Aceptados.	22	28	50
2 No aceptados.	21	29	50

Fuente: Investigación.

Tabla 3. Distribución de la muestra según el sexo

	AÑOS		
GRUPO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
1	29	21	50
2	29	21	50

Fuente: Investigación.

Tabla 4. Distribución de la muestra según el nivel escolar

	GRADO		
GRUPO	7mo.	8vo.	TOTAL
1	22	28	50
2	22	28	50
TOTAL	44	56	100

Fuente: Investigación.

2.2 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, permitieron lograr los objetivos trazados en dicha investigación.

Las técnicas empleadas en la investigación fueron las siguientes:

- Entrevista a la directora de la institución.

Objetivo: Plantear los objetivos de la investigación, así como conocer la disposición de apoyo e interés por parte del centro de participar y colaborar con la misma.

- Entrevista al profesor guía.

Objetivo: Indagar a través del profesor guía cuáles son los alumnos aceptados y cuáles son los rechazados por sus iguales.

- Técnica del sociograma: (Retomado de Z. Bello y J. C. Casales Fernández; M. E. Sánchez Acosta).

Objetivo: Seleccionar a partir del criterio de los propios adolescentes cuáles son sus compañeros de grupo más aceptados y cuáles más rechazados por el resto.

- Entrevista a los adolescentes.

Objetivo: Crear la empatía necesaria con los adolescentes objetos de la investigación.

- La escala de síntomas depresivos de M. M. Casullo (CES-D).

Objetivo: Valorar los síntomas depresivos experimentados en la última semana o la anterior por los adolescentes.

- Cuestionario de autoestima.

Objetivo: Valorar la autoaceptación y la autovaloración de los adolescentes.

- Cuestionario de aislamiento y soledad de M. M. Casullo (CAS).

Objetivo: Valorar las manifestaciones de aislamiento y soledad de los adolescentes objetos de la investigación.

- Escala de Sucesos de Vida de M. M. Casullo:

Objetivo: Identificar los principales sucesos de vida que han repercutido en el desarrollo de los adolescentes y el peso con que son valorados por los mismos.

- Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS). Adaptación de M. M. Casullo.

Objetivo: Determinar la presencia o no de ideas suicidas en la etapa.

✓**Encuesta sobre estado anímico.**

Objetivo: Obtener información para determinar el estado de anímico predominante en los adolescentes objetos de estudio durante el desarrollo de la investigación.

2.3 Variables operacionales.

- Depresión: es considerada como una constelación de síntomas anímicos, vinculares, cognitivos, físicos y motivacionales que pueden alcanzar la expresión de síndrome y de entidad según su estructuración e intensidad de su expresión.

- Adolescente aceptado: se refiere a los que son preferidos por sus coetáneos para realizar actividades escolares y extraescolares (“populares”).

- Adolescente no aceptado: son aquellos que no son preferidos por sus coetáneos para realizar actividades escolares y extraescolares.

2.3 Procedimiento

El estudio realizado se llevó a cabo durante siete sesiones de trabajo. La primera sesión fue realizada con el propósito de presentarnos ante la directiva de la institución y plantear los objetivos de la investigación, así como conocer la disposición de apoyo e interés por parte del centro de participar y colaborar con la misma. Una vez aprobada la posibilidad de realizar el estudio en el centro la investigadora se dirigió a entrevistar a la directora del mismo buscando mejor viabilidad de trabajo con los diferentes grados, llegando a la conclusión de que se hacía más factible el trabajo con los estudiantes de 7mo y 8vo grados, unos porque recién comenzaban en el centro y este estudio serviría para profundizar en sus caracterizaciones y el otro por ser su segundo curso escolar y tener un mejor conocimiento de las relaciones entre sus iguales. Ya seleccionados los grados a trabajar se efectuó una entrevista a cada uno de los profesores guías de los diferentes grupos y grados con el objetivo de conocer, en su criterio, quiénes eran aquellos estudiantes que resultaban ser más aceptados por sus iguales y cuáles no eran tan aceptados por los mismos.

En una tercera sesión la investigadora se dispuso a trabajar con los grupos de forma independiente en la aplicación de la técnica del sociograma con el objetivo de conocer aquellos estudiantes que en su consideración, eran con los que más le gustaba ir a una fiesta, estudiar, compartir su tiempo libre, conversar, etc. Cuando se concluyó con la aplicación del sociograma por todos los grupos de 7mo y 8vo grados se realizó la selección de la muestra con la que se iba a trabajar, quedando conformada como se dijo anteriormente por 100 estudiantes de ambos sexos y de diferentes grados y grupos escolares.

Teniendo ya seleccionados el grupo testigo y el grupo estudio la investigadora se dispuso a la aplicación de las técnicas diagnósticas que se habían propuesto con anterioridad para la investigación, es por eso que en la cuarta sesión se llevó a cabo la aplicación de la escala de síntomas depresivos en conjunto con el cuestionario de autoestima. Posterior a ello en otra sesión se aplicó el cuestionario sobre aislamiento y soledad unido a la escala de sucesos de

vida. Ya en la sexta sesión se realizó el inventario de orientaciones suicidas conjuntamente con la encuesta sobre estado anímico.

En la ultima sesión de trabajo la investigadora se reunió conjuntamente con la directora del centro y los profesores guías para ofrecerles la información obtenida hasta el momento y hacer alusión a los casos críticos existentes por cada uno de los grupos y los grados, así como para realizar la propuesta de que se les diera seguimiento psicológico por parte de estudiantes de psicología de otros años de la UCLV.

Las aplicaciones se realizaron siempre en sesiones matutinas, de forma grupal y con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y privacidad. La investigación se realizó en el período comprendido entre los meses de noviembre de 2007 a mayo de 2008.

Las sesiones de aplicación duraron como promedio de 30 a 35 minutos en cada grupo. Siempre se aplicó primero en el grupo testigo y después en el grupo estudio.

La información obtenida se procesó de forma cualitativa y cuantitativa. En el análisis estadístico-matemático de los resultados se trabajó con pruebas no paramétricas, en tanto estas manejan variables ordinales, porque su esencia es ranquear los valores de las variables. Se emplearon programas estadísticos contenidos en el SPSS/PC, dentro de las alternativas existentes y más usadas se utilizó específicamente el U de Mann-Whitney Test, que permitió realizar la comparación de los resultados obtenidos en cada grupo muestral, siendo esta una de sus principales utilidades pues el mismo permite comparar variables ordinales independientes con un amplio espectro de valores y una 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.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para obtener la información de los adolescentes incluidos en los grupos escolares se le realizó una entrevista a los profesores guías de los grupos de 7mo y 8v0 grados de la ESBU Comandante Ernesto Che Guevara de la Serna. En todos los casos se trataba de profesores que llevaban trabajando con los alumnos como mínimo 3 meses, predominando los docentes con más de un curso de labor educativa con estos menores. Resultó interesante la correcta identificación de los escolares no aceptados y su diferenciación de los aceptados por parte de los profesores guías coincidiendo en gran medida con los adolescentes identificados por el resto del grupo. En el caso del grupo testigo coincidieron en la selección realizada por los escolares como por el profesor guía 16 muchachas para un 55,17 % del total de muchachas presentes en este grupo en la investigación y 8 muchachos que representan un 38,09 % del total de muchachos que conforman la muestra en este primer grupo, mientras que en el grupo estudio coincidieron 27 muchachas lo que representa un 93,10 % del total de féminas de este grupo y 12 muchachos representando un 57,14 % del total de muchachos que conforman este grupo. De esta forma queda demostrado que se ha llevado a cabo un buen diagnóstico por parte de los profesores guías en cada uno de los grupos estudiados.

Se hace necesario señalar que en el grupo testigo hay un predominio de adolescentes hijos de padres divorciados, fundamentalmente en el caso de los muchachos, así como la presencia de abuelos fallecidos pero en este aspecto predominan las féminas. Por su parte el grupo estudio se destaca por presentar mayor número de adolescentes con problemas personales y con dificultades en la escuela, teniendo este indicador un significado equivalente en ambos grupos destacándose fundamentalmente el sexo masculino. Esta información corrobora datos obtenidos en investigaciones realizadas en los últimos años tanto en Cuba como en el extranjero, donde se aprecia una tendencia al incremento de los divorcios y la separación de los hijos de las principales figuras parentales lo que se expresa en los reportes investigativos de González-Fortaleza, Ramos y otros, en México en el 2003, y Luengo, Villar y otros, en España en el 2003. Palacio, Herrera en Cuba 1998, Herrera, García 2003 y De la Campa, Herrera 2005

Para la selección de la muestra se empleó entre otras técnicas el sociograma, en el cual los criterios de selección que más predominaron fueron aquellos relacionados con las actividades informales como fiestas, compartir el tiempo libre, participar juntos en actividades recreativas,

entre otras, mientras que los criterios menos favorecidos fueron el estudio y la comunicación, evidenciándose de esta forma la escasa madurez emocional presente en la mayoría de los adolescentes objetos de estudio característica esta muy frecuente en la etapa donde se está en un período de tránsito de la niñez a la adultez, en la que se pretenden alcanzar logros y libertades como adulto pero se carece de responsabilidades para enfrentar la vida con sensatez.

La información obtenida en la presente investigación se procesó de forma cualitativa y cuantitativa en correspondencia con las características de los datos alcanzados en cada prueba aplicada y los objetivos del trabajo.

3.1 Valoración estadístico-matemática de los datos obtenidos

La información obtenida mediante la aplicación de las técnicas Escala de síntomas depresivos, Cuestionario de autoestima, Cuestionario de aislamiento y soledad, Escala de sucesos de vida, Inventario de orientaciones suicidas y la Encuesta sobre estado anímico elaborada para esta investigación en específico, fue procesada estadísticamente representándose los resultados en las variables siguientes:

Variables	**Resultados en las pruebas psicológicas.**
X1	Escala de síntomas depresivos.
X2	Cuestionario de autoestima.
X3	Cuestionario de aislamiento y soledad.
X4	Escala de sucesos de vida.
X5	Inventario de orientaciones suicidas.
X6	Encuesta sobre estado de ánimo.

Siempre se establecieron las hipótesis estadísticas de la forma siguiente:

H0: No existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas.

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

Inicialmente se compararon todos los valores obtenidos en los dos grupos muestrales con el objetivo de conocer si existían diferencias en el comportamiento integral de los grupos y considerar la factibilidad de la comparación. En la presente investigación se trabaja con n = 100 y un nivel se significación que va desde:

- $p < 0.01$…….diferencias muy significativas.
- $p < 0.05$…….diferencias significativas.
- $0,05 < p < 0,10$……diferencias medianamente significativas.
- $p > 0,10$…….no existen diferencias.

Como se puede apreciar en la tabla 5 al comparar la información ofrecida por los miembros de ambos grupos en la escala de síntomas depresivos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo en los adolescentes pertenecientes al grupo estudio la frecuencia de síntomas ofrecida en esta escala es mayor que la encontrada en los miembros del grupo testigo. La no existencia de diferencias significativas en la valoración estadístico-matemática puede estar justificada por trabajar una muestra escolar y no un grupo propiamente de pacientes. Esta información se corresponde con los datos ofrecidos en Argentina, México y Cuba por investigadores que han estudiado la presencia de depresión en adolescentes del nivel secundario (Casullo, 1998; González, Ramos, 2003; Herrera, García, 2003).

Tabla 5. Resultados obtenidos en la comparación de los dos grupos muestrales al aplicar el programa estadístico U de Mann-Whitney Test

Variables	Valor sig. Obtenido	Nivel de significación
X1 Escala de síntomas depresivos.	0.509	p>0.10 no existen diferencias.
X2 Cuestionario de autoestima.	0.004	p<0.01 diferencias muy significativas
X3 Cuestionario de aislamiento y soledad	0.155	p>0.10 no existen diferencias.
X4 Escala de sucesos de vida.	1000	p>0.10 no existen diferencias.
X5 Inventario de orientaciones suicidas.	0.10	p=0.10 diferencias medianamente significativas.
X6 Encuesta sobre estado de ánimo.	0.781	p>0.10 no existen diferencias.

Fuente: Investigación.

En la tabla 6 se exponen los resultados obtenidos en esta escala según la clasificación de alta, media y baja ofrecida por su autora.

Tabla 6. Resultados obtenidos en la Escala de síntomas depresivos de M. M. Casullo

Grupos	Escala de síntomas depresivos		
	Baja	Media	Alta
1	3	42	5
2	7	31	12

Fuente: Investigación.

Los datos obtenidos en el análisis estadístico matemático muestran que en el caso específico de síntomas depresivos se obtuvieron valores correspondientes a una depresión alta en 12 miembros del grupo estudio y 5 del grupo testigo. Resultó llamativo que 42 adolescentes del grupo testigo se situaron en la categoría media en la cual también se incluyeron 31 miembros del grupo estudio. Solo 3 casos del grupo testigo y 7 del estudio ofrecieron resultados equivalentes a un puntaje bajo. Estos datos muestran una tendencia a valores medios y elevados de depresión en la muestra estudiada.

Al comparar mediante el empleo de la técnica U de Mann-Whitney Test los valores grupales se obtuvo p = 0,509 (reflejado en la Tabla 5), lo que indica que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, aceptándose H0 y lo que psicológicamente puede estar asociado a que hay manifestaciones de depresión a nivel sintomatológico en ambos grupos de adolescentes, tanto en muchachas como en muchachos aun cuando en el grupo estudio la expresión de la depresión es mayor. Esta información coincide con la reportada por Casullo (1998) en

Argentina y Herrera, García (2003) en Cuba y refleja la necesidad de profundizar en la investigación de la depresión en los adolescentes.

En el caso específico del cuestionario de autoestima (tabla 7) se obtuvieron valores correspondientes a una autoestima muy alta en 21 miembros del grupo testigo y solo 7 del grupo estudio. En la categoría de alta se situaron 18 miembros del grupo testigo y 22 del estudio. Pertenecientes a la categoría correspondiente con una autoestima media se apreciaron 7 miembros del grupo testigo y 17 en el grupo estudio. Con respecto a la categoría de baja solo se reportaron 4 casos en el grupo testigo y 3 en el estudio. Solo 1 caso del grupo estudio fue reportado en la categoría de autoestima muy baja. De esta forma queda evidenciado que a lo largo de esta prueba hay una tendencia a los valores altos y muy altos en el grupo testigo mientras que en el grupo estudio los valores más sobresalientes son aquellos que se ubican en las categorías de alta y media, reportándose además un caso en la categoría de muy baja. 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 rechazados por sus iguales, pues el fracaso en las relaciones interpersonales les hace disminuir su autoestima y a la vez esta afectación emocional influye en el desarrollo de sus relaciones sociales, conformándose así un círculo difícil de romper, altamente nocivo para el menor.

Tabla 7. Resultados obtenidos en el Cuestionario de autoestima

Grupos	Cuestionario de autoestima				
	Muy Baja	Baja.	Media.	Alta.	Muy Alta.
1	-	4	7	18	21
2	1	3	17	22	7

Fuente: Investigación.

Cuando se hace la comparación pertinente, mediante el empleo de la técnica U de Mann-Whitney Test, de los valores grupales se obtuvo p = 0,004 (Ver Tabla 5), lo que indica que existen diferencias muy significativas entre ambos grupos con un nivel de significación de $p < 0.01$, aceptándose H1, quedando demostrado estadísticamente que los adolescentes del grupo

estudio reflejaron una tendencia a mostrar valores de autoestima inferiores a los del grupo testigo.

Como se puede apreciar en la tabla 8 el mayor número de valores obtenidos se ubican en la categoría de riesgo moderado para los 50 miembros del grupo testigo y 48 del grupo estudio, solo 2 del grupo estudio son ubicados en la categoría de bajo riesgo, evidenciándose de esta forma que hay una gran tendencia a los valores moderados en ambos grupos. Al realizar la comparación mediante el empleo de la técnica U de Mann-Whitney Test de los valores grupales se obtuvo p = 0,155 (Ver Tabla 5), lo que indica que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, aceptándose de esta forma H0. Un aspecto que llamó la atención investigativa es la alta frecuencia de adolescentes con tendencia al aislamiento y la soledad siendo notable que un por ciento elevado de adolescentes del grupo testigo mostraron estas conductas, cuestión que nos hace reflexionar sobre la existencia de manifestaciones de depresión también en los menores que son aceptados. Este dato corrobora la necesidad de estudiar muestras subclínicas y evaluar las posibles expresiones de la depresión en adolescentes en el contexto escolar como bien fue señalado en México por González-Fortaleza, Ramos en el 2003.

Tabla 8. Resultados obtenidos en el cuestionario de aislamiento y soledad

Grupos	Cuestionario de aislamiento y soledad.			
	Sin riesgo	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo
1	—	—	50	—
2	—	2	48	—

Fuente: Investigación.

En el caso específico de la Escala de sucesos de vida (tabla 9) se pudo apreciar que no existen diferencias entre un grupo y el otro, pues en ambos casos se ubican 32 miembros en la categoría de bajo, 17 miembros en la de medio y solo 1 miembro en la categoría de alto, lo que demuestra que hay una tendencia a los valores bajos. Una vez que se realizó la comparación mediante la técnica U de Mann-Whitney Test se obtuvo que p = 1.000 (Ver Tabla 5), indicando que no existen diferencias significativas entre ambos grupos por lo que se acepta de esta forma H0. Se pudo comprobar que la aceptación por parte de los pares que conforman el grupo

escolar está más influenciada por las características de la personalidad en formación del adolescente donde pueden sobresalir rasgos de simpatía o antipatía que por los sucesos vitales que han marcado la propia existencia del menor. Debe señalarse que en esta técnica se refleja como un elemento protector del desarrollo de la personalidad de los menores en estudio de ambos grupos y de ambos sexos la preocupación pedagógica por su evolución y la propia situación social de desarrollo que resulta favorable por existir una cobertura educativa gratuita y centrada en la atención personológica de cada menor. Por otra parte nuestra sociedad y la familia cubana en particular tiene como rasgo de su idiosincracia que protege a los miembros más jóvenes de la familia y si bien es cierto que hay muchos menores hijos de padres separados los mismos no reflejan esta problemática en una dimensión mayor porque han recibido el afecto de otros familiares cercanos: abuelos, tíos, hermanos e incluso de los docentes que han contribuido en su formación.

Tabla 9. Resultados obtenidos en la Escala de sucesos de Vida

Grupos	Escala de sucesos de vida		
	Bajo	Medio	Alto
1	32	17	1
2	32	17	1

Fuente: Investigación.

Con respecto a las categorías evaluadas se pudo apreciar que en el caso del grupo testigo relacionado con la subcategoría que evalúa Familia los indicadores que más predominan son los relacionados con el divorcio de los padres de estos adolescentes donde se pudo apreciar un alto índice de los mismos ubicándose 12 muchachas y 13 muchachos en el grupo testigo mientras que en el grupo estudio se presentan 12 muchachas y 10 muchachos en esta situación. Dentro de los indicadores que también tienen un alto índice en esta etapa se encontró la muerte de familiares, principalmente de abuelos que han convivido con los adolescentes en el mismo hogar y que han fallecido en el último año, en este caso se pudo apreciar la presencia de 13 muchachas y 12 muchachos en el grupo testigo y 10 muchachas y 13 muchachos en el grupo estudio. Resulta importante destacar que en relación con otras muertes significativas se ubicaron la muerte del padre en el caso de 2 muchachas y de un hermano en el caso de un muchacho, ambos sucesos solo se reportaron en el grupo testigo.

Otro de los sucesos que se destaca dentro de la subcategoría Familia es la mudanza a nuevos hogares ya sea por divorcio de los padres o por mejoras de vivienda, en tal sentido se ubican 6 casos tanto de un sexo como del otro, lo cual suma un total de 12 adolescentes del grupo testigo y 6 muchachas y 8 muchachos del grupo estudio que han sufrido el cambio de hogar en el período comprendido entre los últimos 12 meses. También dentro de esta subcategoría se encontró la presencia de otro indicador que no se comporta de una forma dominante pero sí se manifiesta su presencia, tal es el caso relacionado con el divorcio o la separación personal en el cual se aprecia una muchacha, que a pesar de no haber una alta incidencia del mismo si resulta llamativo para la edad. Los elementos expuestos anteriormente confirman que los factores de orden familiar pueden haber incidido en la estructuración de las manifestaciones de depresión tanto de un grupo como del otro aun cuando los sucesos de vida más traumáticos en el orden familiar se reflejaron en una proporción más elevada en los adolescentes no aceptados socialmente por sus pares.

En relación con la subcategoría que evalúa Salud los indicadores que más predominan son aquellos relacionados con enfermedades físicas serias e importantes ya sean propias, de algún hermano, de la madre o el padre, ubicándose en esta subcategoría de forma general 16 muchachas y 11 muchachos en el caso del grupo testigo. En relación con esta misma subcategoría en el grupo estudio encontramos 15 muchachas y 7 muchachos, con la diferencia de que además de la presencia de los indicadores mencionados con anterioridad se suman también otros indicadores como enfermedad psíquica del padre y de algún amigo así como el abuso de alcohol por parte de alguno de los padres. Estos elementos relacionados con la estabilidad emocional y estatus mental de los padres son percibidos por los adolescentes de forma negativa y pasan al plano de sus preocupaciones, reflejándose en el contexto escolar. Es importante puntualizar que el alto índice de alcoholismo percibido por los menores debe llevar a la reflexión educativa de cómo influye este tipo de conducta adictiva en la estabilidad emocional del adolescente y puede ser tratado oportunamente por considerarse un factor de riesgo de depresión en los adolescentes en escuelas de padres y otras actividades socioeducativas en la zona de residencia a la cual pertenecen los adolescentes del estudio.

La tercera subcategoría, que evalúa Trabajo, fue modificada semánticamente en nuestro medio como Economía Familiar, en la misma se obtuvo que los indicadores que más predominan son aquellos relacionados con serios problemas económicos familiares y problemas familiares

graves, en tal sentido se ubican 3 muchachos del grupo testigo mientras que del grupo estudio se encuentran 4 muchachas y 3 muchachos.

Además de las subcategorías ya mencionadas encontramos la que se encarga de evaluar los Problemas Personales en los adolescentes en la cual se destacan indicadores relacionados con la separación de un ser querido y la dificultad para tener amigos en la cual encontramos 10 muchachas y 7 muchachos del grupo testigo, mientras que en el grupo estudio se ubican 12 muchachas y 5 muchachos. Como se puede apreciar el elemento problemas personales es evaluado de manera muy significativa por los miembros de grupo estudio y testigo como directamente vinculado con la afectividad y redes de apoyo social quedando demostrado como un factor que incide en la expresión de manifestaciones de depresión la dificultad para tener amigos y la separación de seres queridos. También resultó llamativo el indicador de sentirse amenazado o perseguido por alguien encontrándose un muchacho en el grupo testigo y 2 muchachas en el grupo estudio. Es importante señalar que en esta subcategoría aparecen dos indicadores que llaman la atención en la conducta de estos adolescentes y son los relacionados con la idea de quitarse la vida e incluso el haberlo intentado en un momento determinado y en tal sentido se encontraron 4 casos de muchachos, 2 en el grupo testigo y 2 en el estudio, lo que sitúa a las conductas autolíticas en una expresión de riesgo vital y pueden constituir un llamado de atención por sentimientos de soledad, aislamiento o de conflicto. Estas cifras resultan alarmantes si se tiene en cuenta que no se trata de una población eminentemente clínica sino de menores que asisten a la secundaria básica y pertenecen a la población general por tanto se debe seguir trabajando para evitar un alza de las mismas y que además se conviertan en una tendencia de la etapa en la búsqueda de soluciones a los problemas personales.

Como bien se conoce en esta etapa de la vida la actividad formal rectora es la relacionada con el estudio, es por ello que no se podía dejar pasar por alto una subcategoría que evaluara la misma, por esa razón se hace necesario destacar que en cuanto a la subcategoría que evalúa Escuela los indicadores que más se repiten en ambos grupos son los relacionados con los problemas para aprender, la confusión vocacional a la hora de elegir lo que se desea estudiar así como los problemas de disciplina en la institución escolar. En tal sentido se encontraron 6 muchachas y 9 muchachos del grupo testigo así como 3 muchachas y 10 muchachos del grupo estudio. En relación con estos indicadores se puede observar que en ambos grupos hay un mayor predominio de muchachos que de muchachas, quedando demostrado de esta forma lo

reflejado en la literatura con respecto a la actividad de estudio y la manera de asumir la responsabilidad ante la misma por parte de los diferentes sexos. Estas manifestaciones también pueden estar asociadas a una tendencia a expresar manifestaciones de depresión a través de la impulsividad, la cólera, la ira y la indisciplina en los varones y una tendencia al retraimiento y la introversión en las niñas. En ambos sexos resultó notable la tendencia al llanto y el rechazo a la actividad de estudio.

En esta etapa también toma una significación especial lo relacionado con la formación de la pareja y la expresión de los afectos, es por eso que en la subcategoría que evalúa Afectos y Pareja el indicador que más se destaca es aquel que se relaciona con la ruptura del noviazgo y la pareja en el cual se ubican 10 muchachas y 3 muchachos del grupo testigo mientras que en el grupo estudio se encontraron 4 muchachas y 2 muchachos evidenciándose en estas cifras que en esta etapa las muchachas se adelantan más a la búsqueda de pareja y la expresión de sus afectos que los muchachos, debido a la maduración sexual que ocurre de forma más temprana en las féminas que en los varones. Solo 2 casos del grupo estudio reconocen presentar problemas a la hora de formar una pareja.

Lo anteriormente expuesto pone en evidencia una de las tantas características de esta etapa de la adolescencia ya que los muchachos se manifiestan más vulnerables para cometer indisciplinas escolares que las muchachas, mientras que las féminas se tornan más vulnerables a la búsqueda de la pareja y la expresión de los afectos que los varones.

La última subcategoría que evalúa esta técnica es la relacionada con la implicación en Problemas Legales, la misma se evalúa a través del indicador que valora la participación en problemas que implicaron la presencia de la policía, en este sentido encontramos 2 casos de muchachos, uno en el grupo testigo y otro en el estudio. No por ser la última subcategoría a evaluar deja de tener importancia, por el contrario, resulta significativo tener en cuenta este tipo de sucesos ya que este indicador puede ser una alerta de posibles casos a debutar con un trastorno de personalidad antisocial aún en formación y con el cual se puede trabajar antes de su total y definitiva estructuración.

En relación con esta técnica también se encontraron adolescentes que no reflejaron ningún suceso de vida como significativo lo que puede ser expresión de una conducta evitativa en relación a expresar lo que ocurre en el hogar o estar asociado a no querer ofrecer información por la existencia de conflictos en el medio familiar. Por ejemplo, se encontró un adolescente de

13 años de edad procedente de una familia muy disfuncional donde predominan los conflictos entre la madre y el padrastro llegando a intervenir la policía y además hay antecedentes de conductas delictivas y alcoholismo y el menor no hizo alusión a ningún tipo de problemas con el hogar.

En nuestro medio es la primera vez que se utiliza esta técnica en una investigación, pero en este campo se destacan las investigaciones realizadas por la doctora en Psicología María Martina Casullo, la cual actualmente se desempeña como directora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en Argentina y es la Presidenta de la Sociedad Iberoamericana de Evaluación y Diagnóstico y ha destacado cómo en las subcategorías Familia y Escuela se expresan la mayoría de los conflictos de los adolescentes. Resultando primordial la aceptación o no por sus pares en el contexto escolar. Cabe destacar que en la presente investigación además de los resultados alcanzados en estas subcategorías sobresalieron los relacionados con la Salud y los Problemas Personales de los adolescentes.

Los datos obtenidos en el análisis estadístico matemático muestran que en el caso específico del Inventario de Orientaciones Suicidas (tabla 10) se obtuvieron valores correspondientes a una categoría de riesgo moderado en 43 miembros del grupo testigo y 36 del grupo estudio. Resultó llamativo que 14 adolescentes del grupo estudio se situaron en la categoría de alto riesgo suicida en la cual también se incluyeron 4 miembros del grupo testigo. Al comparar mediante el empleo de la técnica U de Mann-Whitney Test se obtuvo que $p = 0.10$ (Ver Tabla 5), lo que indica que existen diferencias medianamente significativas entre ambos grupos por lo que se acepta de esta forma H1, afectándose más los escolares que no son aceptados por sus pares. En este sentido es necesario destacar que la mayoría de las estadísticas relacionadas con el suicidio apuntan fundamentalmente hacia los adolescentes lo cual demuestra la necesidad que tienen los mismos de recibir ayuda en esta etapa en la cual ocurren en ellos una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la toma de dicha solución para sus problemas por ser la adolescencia un período de crisis. En este campo se destacan las investigaciones de Kaplan y Sadock (1996) así como los estudios realizados por Davison y Neale (2001). Los datos obtenidos en el presente estudio corroboran lo expuesto por otros investigadores como González-Fortaleza, Ramos en el 2003; Herrera, García, 2003; De la Campa, Herrera, 2005 y Rodríguez en el 2006. Resulta preocupante el elevado número de adolescentes de ambos sexos que mostraron en esta técnica una tendencia al riesgo suicida lo

que debe llevar a psicólogos, médicos, educadores, trabajadores sociales y la propia familia a estar alerta de la vulnerabilidad de los mismos de poder cometer un acto suicida y de manera muy especial en aquellos casos donde se reconoce que existe rechazo o poca aceptación social por parte de los miembros de su grupo escolar.

Tabla 10. Resultados obtenidos en el Inventario de orientaciones suicidas

Grupos	Inventario de orientaciones suicidas.		
	Bajo Riesgo Suicida.	Moderado Riesgo Suicida.	Alto Riesgo Suicida.
1	——	46	4
2	——	36	14

Fuente: Investigación.

En el caso específico de la encuesta sobre estado anímico (tabla 11) encontramos que los valores obtenidos fundamentalmente se encuentran ubicados en la categoría de alto, la cual se traduce en un estado de ánimo adecuadamente estable, en la que se reportan 43 adolescentes del grupo testigo y 42 del grupo estudio. Solo 7 miembros del grupo testigo y 8 del estudio se ubicaron en la categoría de medio o medianamente estable como también se le nombra. Cuando se realizó la comparación mediante la técnica estadística U de Man-Whitney Test se obtuvo que p = 0,781 (Ver Tabla 5), lo que indica que no existen diferencias significativas, por lo que se acepta H0.

Tabla 11. Resultados obtenidos en la Encuesta sobre estado anímico

Grupos	Encuesta sobre estado de ánimo.		
	Bajo	Medio	Alto
1	——	7	43
2	——	8	42

Fuente: Investigación.

En cuanto a la media alcanzada en cada una de las técnicas aplicadas en los diferentes grupos que participaron en la investigación, encontramos que en relación con la Escala de Depresión se obtuvo una media de 1,96 en el grupo testigo y 1,90 en el grupo estudio. La Autoestima, por

su parte se comportó con los valores más distantes obteniéndose 1,88 en el grupo testigo y 2,38 en el estudio. En el caso del Cuestionario de Aislamiento y Soledad la media en ambos grupos no difiere mucho ya que en el grupo testigo se obtuvo un valor de 2,00 y en el estudio de 2,04. Por su parte los valores en la Escala de Sucesos de Vida se comportan iguales alcanzando un valor de 2,62 en ambos casos. Otra de las técnicas que reporta valores con cierto grado de distancia es el Inventario de Orientaciones Suicidas reportándose un valor de 1,72 en el grupo testigo y 1,92 en el estudio. Por su parte la Encuesta sobre Estado Anímico no reporta grandes diferencias ya que el valor obtenido en el grupo testigo fue de 1,14 mientras que en el grupo estudio se obtuvo 1,16.

Con respecto a la moda ofrecida por las diferentes técnicas se puede observar que en el grupo testigo los valores que más se repiten son los valores medios o moderados (2) en el caso de la depresión, el inventario de orientaciones suicidas y el cuestionario de aislamiento y soledad, seguidos por los valores muy altos o altos (1) en el caso de la autoestima y el cuestionario sobre estado anímico. En relación con la escala de sucesos de vida, para ambos grupos los valores que más se repiten son los que se corresponden con los niveles bajos (3). Mientras que en el caso del grupo estudio la moda ofrecida se ubica en los valores medios o moderados (2) para todas las técnicas aplicadas a excepción de la escala de sucesos de vida que se explicó con anterioridad y la encuesta sobre estado anímico que se ubica en la categoría de alto (1).

3.2 Análisis Integral de los Resultados

La valoración integral de los resultados obtenidos en la investigación ha permitido destacar algunas cuestiones vinculadas con la estructuración y manifestación de la depresión en los adolescentes incluidos en el estudio. Se notó que los menores rechazados por sus pares en el contexto escolar expresaron una variedad de manifestaciones depresivas que son dignas de considerar. Un hallazgo de la exploración es que se encontró una mayor proporción de muchachas que no son aceptadas en su grupo escolar que de varones. Al valorar la expresión sintomatológica se notó que no existieron diferencias significativas con respecto a los pares aceptados socialmente en el grupo escolar, sin embargo las manifestaciones de desórdenes depresivos fueron más evidentes en muchachas y muchachos no aceptados, encontrando como factor común la presencia de llanto, labilidad afectiva, reactividad y apatía. En ambos sexos se comprobó la tendencia al rechazo hacia las actividades escolares y poca motivación por el estudio, lo que en un considerable número de menores del grupo estudio es estimado

por los docentes como un pobre interés por las tareas docentes. También se encontraron síntomas cognoscitivos relacionados básicamente con la distractibilidad atencional y el bajo rendimiento académico. En los dos grupos muestrales no se encontraron síntomas físicos significativos excepto un caso del grupo estudio y otro del grupo testigo que refirieron cefaleas frecuentes y pérdida del sueño, los cuales ya habían sido estudiados y no se habían reportado con trastornos. Lo más notable entre las manifestaciones sintomatológicas fue la presencia de la tendencia a la soledad y el aislamiento con niveles moderados en ambos grupos aunque con una frecuencia más exacerbada en el grupo estudio. Esta tendencia refleja la presencia de síntomas vinculares los cuales pueden ser muy peligrosos atendiendo a la edad de los adolescentes, a la pobre comprensión por parte de familiares y docentes y al hecho de que se crea un círculo vicioso en relación con la socialización y participación en actividades colectivas, lo que también se relaciona con la pobre capacidad para pedir ayuda y apoyo afectivo. Este elemento corrobora la importancia de estudiar la expresión de la depresión en adolescentes no aceptados por sus pares en los cuales prima una baja autoestima, desesperanza e incapacidad para afrontar emociones y pueden aparecer ideaciones suicidas u otras conductas como las adictivas que ponen en riesgo al menor e influyen en los semejantes que los rodean.

Aunque no fue objeto de estudio de la investigación profundizar en la presencia de otros estados emocionales se encontró comorbilidad con ansiedad, ira, poco control emocional e impulsividad en muchos casos. Esta información coincide con los reportes investigativos de otros investigadores tanto cubanos como extranjeros.

El análisis de los datos aportados por la escala de sucesos de vida reflejó que los elementos más significativos en ambos grupos estuvieron asociados al ámbito familiar, escolar y problemas personales. En el ámbito familiar lo más notable fue el registro de la separación de los padres, la muerte de algún familiar, fundamentalmente abuelos, y padres, y el cambio de lugar de residencia. En la institución escolar resultaron sobresaliente las indisciplinas escolares y la confusión vocacional vinculado con la pobre aceptación de sus pares en los miembros del grupo estudio. Debe destacarse que determinadas expresiones de depresión como la irritabilidad, la impulsividad, la desesperanza, la falta de motivación y la tendencia al aislamiento son evaluadas en el contexto escolar como indisciplinas, poco interés por la actividad escolar o apatía hacia el grupo. Resulta interesante que los casos más críticos de rechazo coinciden con los menos atendidos pedagógicamente y con mayores dificultades en el contexto familiar. Se encontraron varios casos que también son rechazados en el contexto

social por proceder de familias muy disfuncionales donde conviven con personas con antecedentes penales y/o enfermos mentales crónicos.

La información obtenida en las diferentes pruebas aplicadas y la observación sistemática durante el transcurso del estudio permitió clasificar a los adolescentes según la propuesta de diagnóstico de la depresión que se sigue en el CIE-10 la cual se expone en la tabla 12.

Tabla 12. Clasificación de las manifestaciones de depresión en los grupos estudiados

	Grupos muestrales	
Categorías Diagnósticas.	Grupo Testigo	Grupo Estudio
Sin depresión	3	2
Episodio depresivo leve.	_	3
Episodio depresivo leve con síntomas somáticos.	_	2
Episodio depresivo moderado.	42	31
Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos.	5	12
Total	50	50

Fuente: Investigación.

Como se aprecia en la tabla anterior la mayoría de los adolescentes del grupo estudio y un por ciento elevado de los miembros del grupo testigo expresaron manifestaciones de depresión que pueden ser consideradas como moderadas, lo cual indudablemente es una alerta de la vulnerabilidad de los mismos a presentar cuadros clínicos más complejos. Resultó posible identificar 4 adolescentes varones, dos de cada grupo que ya habían tenido idea e intento suicida y no se les estaba ofreciendo seguimiento especializado.

De forma general los datos de este estudio confirman que entre los factores protectores de no manifestar depresión en los adolescentes se encuentran: la flexibilidad cognitiva, la presencia de fuertes redes de apoyo familiar, estabilidad emocional durante el ciclo vital, presencia de personas emocionalmente significativas, aceptación grupal y un adecuado tratamiento pedagógico. Como factores de riesgo que hacen vulnerables a los adolescentes a presentar depresión sobresalió la combinación de manifestaciones de rechazo por parte de sus pares, poco apoyo familiar y pedagógico. Evidentemente la presencia de barreras en la sociabilidad al nivel familiar, escolar y comunitario afectan la situación social de desarrollo de los menores con mayor índice de rechazo por parte de sus coetáneos e influyen en la estructuración y estabilización de manifestaciones depresivas.

Conclusiones

1. Los resultados obtenidos en la presente investigación confirman la presencia de manifestaciones de depresión en los adolescentes de ambos sexos que no son aceptados por sus pares escolares.
2. Entre las manifestaciones de depresión encontradas en el grupo estudio predominaron los síntomas vinculares, anímicos, motivacionales, cognitivos y en menor medida los físicos. Resultó notable la presencia de muchas de estas expresiones depresivas en los miembros del grupo testigo.
3. Se constató que determinadas expresiones de depresión como la irritabilidad, la impulsividad, la desesperanza, la falta de motivación y la tendencia al aislamiento son evaluadas en el contexto escolar como indisciplinas, poco interés por la actividad escolar o apatía hacia el grupo.
4. Entre los sucesos de vida más representativos en las vivencias de los escolares de ambos grupos se encontró la influencia de la separación de sus padres, el efecto negativo de la pérdida de seres queridos como abuelos, los cambios reiterados de hogar y una deficiente comprensión por parte de los docentes y autoridades educativas en el caso de los no aceptados o grupo estudio.
5. Se encontró una mayor frecuencia de muchachas no aceptadas por sus pares que de varones y no se notaron diferencias significativas en cuanto a la expresión de la depresión en relación con el género.
6. Desde el punto de vista psicopatológico las manifestaciones de depresión encontradas se corresponden en orden decreciente con: las manifestaciones de episodios depresivos moderados, moderado con síntomas somáticos y depresivo leve.
7. Entre los factores protectores de no manifestar depresión en los adolescentes estudiados se encontró: la flexibilidad cognitiva, la presencia de fuertes redes de apoyo familiar, estabilidad emocional durante el ciclo vital, presencia de personas emocionalmente significativas, aceptación grupal y un adecuado tratamiento pedagógico.

8. Como factores de riesgo que hacen vulnerables a los adolescentes de presentar depresión sobresalió la combinación de manifestaciones de rechazo por parte de sus pares, poco apoyo familiar y pedagógico.

Recomendaciones

1. Continuar la presente línea de investigación priorizando la identificación de factores que puedan incidir en la aparición de la depresión en los adolescentes y en el desarrollo de estrategias de intervención para su atención desde el contexto escolar.
2. Estimar la presencia de las diferentes manifestaciones de la depresión en los adolescentes como elementos de riesgo al evaluar su conducta.
3. Valorar la no aceptación de los miembros del grupo escolar como un factor de riesgo para la aparición de la depresión en adolescentes que pueden llegar hasta desencadenar conductas suicidas.
4. Ofrecer alternativas de preparación en temáticas de Psicopatología del adolescente, Orientación Psicológica y Psicoterapia Escolar a docentes de la enseñanza media que muchas veces son los primeros en notar las expresiones de depresión en los menores.
5. Es recomendable que se creen plazas de psicólogos escolares, en especial en las instituciones donde estudian gran cantidad de adolescentes para que atiendan a los mismos, orienten a las familias y a los propios docentes y deriven los casos que requieran de atención clínica especializada.
6. Divulgar los resultados obtenidos entre los profesionales vinculados con la educación y la salud de los adolescentes en nuestro medio.

Referencias Bibliográficas.

1. Abramson, L. G. (1989). Hopelessness depression: A Theory based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358-372.
2. Adger, H. (1991). Problems of alcohol and other drug abuse in adolescents. *Journal Adolesce Health, 12*, 606-613.
3. Adolescencia: riesgos frecuentes. [Electronic Version]. Retrieved 19 de noviembre del 2007 from http://64.233.169.104/search?q=cache:sdneLzq13bMJ:www.intermedicina.com/Guias/Gui017.htm+riesgo+adolescencia&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cu&ie=UTF-8
4. La adolescencia. [Electronic Version]. Retrieved 20 de febrero de 2008 from http://apuntes.rincondelvago.com/trabajos_global/psicología/.
5. Adolescere [Electronic Version]. Retrieved 15 de octubre de 2007. from http://html.rincondelvago.com/adolescencia_20.html.
6. Aguilar, G., Hade, E., & Berganza, C. E. (1996). Autoestima y depresión en los adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 28*(2), 341-366.
7. Alonso, A., Cairo, E. & Rojas, R. (2003). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas.* La Habana: Félix Varela.
8. Análisis de las relaciones sociales en la adolescencia. [Electronic Version]. Retrieved 22 de octubre del 2007. from http://html.rincondelvago.com/adolescencia-ysociedad.html/.
9. Angold, A. (1988). Childhoos y Adolescent Depression. *British Journal of Psychiatry, 153*, 476-492.
10. Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive Comorbity in children and adolescents: Empirical, theoretical and methodological Issaes. *Psychiatry, 150*, 1770-1791.
11. Arboleda, J. (2000). *Violencia y trauma: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Memorias del VII Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría. Universidad El Bosque, Escuela Colombiana de Medicina.*

(Vol. 31). Bogotá: Colección Educación Médica.

12. Asociación psiquiátrica de América Latina. (2004). *Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico: sección de diagnóstico y clasificación.* (s/l: s/n).

13. Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales.* . Barcelona: Martínez Roca.

14. Baquero, M. La depresión. [Electronic Version]. Retrieved 12 de diciembre de 2007 from http://www.psiquiatria.com/psquiatria/vol3num4/art_7.htm/.

15. Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Cognitive psychoterapy, 1*, 15-37.

16. Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2001). *Manual de psicopatología.* (Vol. 1 y 2). Madrid: McGraw Hill.

17. Benavides, R. Adolescencia, pubertad, juventud. [Electronic Version]. Retrieved 13 de noviembre de 2007 from

html.rincodelvago.com/adolescencia_7.html>/.

18. Buendía, J. (1990). *Depresión y apoyo social*. Murcia: Myrtic edicional.

19. Buitrago, M. La adolescencia. [Electronic Version]. Retrieved 27 de noviembre de 2007 from

http://html.rincondelvago.com/adolescencia_8.html/.

20. Bustelo, P. Prevención de la depresión en jóvenes y adolescentes [Electronic Version]. Retrieved 14 de diciembre de 2007 from http://publicaciones.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n49/pag6.pdf

21. Carretero, M., & León, J. A. (2002). Del pensamiento formal al cambio conceptual en la adolescencia. In J. Palacios, A. Marcehsi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación.1 Psicología evolutiva.*(pp. 453-469). Madrid: Alianza Editorial.

22. Casales, J. C. (2004). *Conocimiento básico de psicología social. Selección de lecturas.* La Habana: Félix Varela.

23. Castro, M., Cano, A. M., & Rebollar, M. (1995). *Crecer en la adolescencia. Programa.* Ciudad de la Habana: Centro Nacional De Educación Sexual (CENESEX). .

24. Casullo, M. M. (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la salud.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

25. Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

26. Catalán, J. Conducta y depresión. [Electronic Version]. Retrieved 10 de enero de 2008 from http://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html/.

27. Cobo, P. La depresión en los adolescentes [Electronic Version]. Retrieved 14 de enero de 2008 from http://www.remo.ws/revista/n8/n8_cobo.htm/.

28. Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Métodos de la investigación educativa.* Madrid: La Muralla.

29. Concha, I. Depresión enmascarada [Electronic Version]. Retrieved 8 de enero de 2008 from

http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/1997/pub_03_97.html/.

30. Cova, F., Aburto, B., & Sepúlveda, M. J. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Psykhe, 15*(1), 57-65.

31. Coyne, J. C. (1986). *Essential papers on Depression.* New York University Press.

32. Cruz, F. (2004). *Los adolescentes queremos saber. Por una adolescencia sana y feliz.* La Habana: Ciencias Médicas.

33. Davinson, G. C., & Neale, J. M. (2003). *Psicología de la conducta anormal. DSM-IV* (2 ed.). México: Editorial Limusa.

34. De la Campa, J. A. (2005). *La conducta prosocial en adolescentes con dificultades para aprender.* Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

35. Del Pino, H. (2001). *Tratamiento psicológico. una perspectiva conductual.* Santa Cruz de Tenerife: Editorial Resivas.

36. Domínguez, L. (2003). *Psicología del Desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas.* La Habana: Félix Varela.

37. Depresión en la adolescencia [Electronic Version]. Retrieved 12 de diciembre de 2007 from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm/.

38. Elkind, D. (1967). Egocentrism and adolescence. . *Child divelopment, 38*, 1025-1034.

39. Espinosa, M. La adolescencia [Electronic Version]. Retrieved 27 de noviembre de 2007 from //html.rincondelvago.com/adolescencia_11.html/.

40. Los estudios de las percepciones de riesgo en la adolescencia. [Electronic Version]. Retrieved 18 de diciembre de 2007 from http://www.imjuventud.gob.mx/pdf/rev_joven_es/18/Adolescentes%20y%20percepci%F3n%20del%20riesgo,%20Carlos%20Alsinet.pdf/.

41. Fernández, A. Depresión en cuatro dimensiones. [Electronic Version]. Retrieved 12 de diciembre de 2007 from http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_4_dimen.php/.

42. Ferster, C. B. (1973). A funtional analysis of depression. *American Psychologist., 28*, 857-870.

43. Fischoff, B. (1992). Risk taking: A divelopmental perspective. In J. F. Y. (comp) (Ed.), *Risk-Taking behavior.* Nueva York: Wiley.

44. Fleites, B. (s/a). *Ansiedad, depresión y frustración en adolescentes con trastorno de conducta.* Unpublished Trabajo de Diploma., Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

45. Gagné, F. (1993). Constructs and models pertaining to exceptional human abilities. In K. Heller, F. Monks & A. Passow (Eds.), *International handbook of research and development of giftedness and talent.* Nueva York: Pergamon.

46. Garcet, M. I. (2004). *Estudio de la conducta prosocial en adolescentes riesgo.* Unpublished Tesis de Maestría, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

47. Gesell, A. (1966). *El adolescente de 10 a 16 años.* . La Habana: Edición Revolucionaria.

48. Giraldo, K. (2007). *Estudio de factores de riesgo y expresión de la depresión en adolescentes con problemas de aprendizaje.*, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

49. Glick, I. D. (1999). *Tratamiento de la depresión. Técnicas clínicas actuales.* Barcelona: Editorial Granica.

50. Gómez de Giraudo, M. T. (2000). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. II Jornada de Formación: Niñez y Adolescencia en Situación de Riesgo. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad del Salvador. [Electronic Version]. Retrieved 23 de octubre de 2007 from http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-4-03.html/.

51. Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*(3), 345-347.

52. González, C., Ramos, L., Vignau, L. E., & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental, 24*(6), 16-25.

53. González, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente.*: Ediciones Pirámide.

54. González-Fortaleza, C., Ramos, L., Caballero, M. A., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema, 15* (4), 524-532.

55. Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación.* (Vol. 1-2). La Habana: Félix Varela.

56. Herrera, L. F. (1998). *Programa terapéutico para la activación a las potencialidades psíquicas en escolares de ocho y nueve años de edad con retraso mental leve.* Unpublished Tesis de maestría, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

57. Herrera, L. F., & García, N. (2003). *La depresión en adolescentes con dificultades para aprender.* Santa Clara: Samuel Feijóo.

58. Horney, K. (1960). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo.* Buenos Aires: Paidós.

59. Ibarra, L. Adolescentes problemas o problemas de la adolescencia? [Electronic Version]. Retrieved 18 de febrero de 2008 from http//www.ilustraddos.com/publicaciones/EpypAAEyZpheVSuzaE.php#superior#superior/.

60. Irwin, C. E. (1990). The theoretical concept of at-risk adolescents. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 1*, 1-14.

61. Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Adolescence Health Care, 12*, 597-605.

62. Jiménez, R. (1998). *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica.* La Habana: Ciencias Médicas.

63. Josué, L., Torres, V., Urruitia, E., Moreno, R., Font, I. & Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión*. Revista Cubana de Medicina Militar. 35 (3).* [Electronic Version]. Retrieved 18 de febrero de 2008 from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

65572006000300009&lng=es&nrm=iso

64. Kaplan, H. (1991). *Compendio de Psiquiatría.* (2 ed.): Edición Revolucionaria.

65. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1996). Trastornos de la personalidad. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Psiquiatría clínica.* (2 ed., pp. 187-291). Barcelona.

66. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2001). *Compendio de Psiquiatría*. (3 ed.) México D.F.: McGraw Hill.

67. Keating, D. P. (1990). Adolescent thinking. In S. Feldman & G. E. (comps) (Eds.), A*t threshold: the developing adolescence*. Cambridge: Harvard University Press.

68. Kishimoto, A., & Mizukawa, R. (1994). Prophylactic effect of mianserin on recurrent depression. *Acta Psychiatr. Scand., 89*, 46-51.

69. Kovacs, M. (1989). Affective Disorders in Children and Adolescent. *American Phychologist, 44* (2), 209-215.

70. Kraftchenko, O. (1983). *Selección de lecturas de psicología infantil y del adolescente 2.* (Vol. 2). Ciudad de la Habana: Universidad de la Habana.

71. Leiva, R., Hernámdez, A. M., Nava, G., & López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social., 45*(3), 225-232.

72. Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depresion. In F. y. K. (comps) (Ed.), *The Psychology of Depression: Contemporary and Research*. New York: Wiley.

73. Luego, M. A., & Villar, P. (2003). Una propuesta de evaluación de varias familias en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema, 15*(4), 581-588.

74. Martínez, J. Las causas de la depresión. [Electronic Version]. Retrieved 13 de febrero de 2008 from http://www.freenews.org/fjmrui01.htm/.

75. Masten, W. G., Caldwell, A. T., Williams, V., Jerome, W. W., Mosby, L., Barrios, Y., et al. (2003). Diferencias de géneros en síntomas depresivos entre adolescentes Mexicanos. *Anales de Psicología, 19*(1), 91-95.

76. Méndez, M. (2005). *Análisis de las manifestaciones de la depresión en adolescentes con dificultades para aprender.* Unpublished Trabajo de Diploma, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

77. Mestre, M. V., Samper, P., & Barrios, V. (2004). La depresión infanto-juvenil: el efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista Psicología General y Aplicada, 54*(1), 5-20.

78. Moreno, I. Depresión en jóvenes. [Electronic Version]. Retrieved 20 de febrero de2008 from

http://www.radioformula.com.mx/rf2001.asp?ID2=41095/.

79. Nazario, L. Asedia la Depresión. [Electronic Version]. Retrieved 26 de febrero de 2008 from http://rcm.upr.edu/noticias/2006/diciembre/asedia_depresión.htm/.

80. Nurcombe, B. (1994). The validity of the diagnosis of major depression in childhood and adolescence. In W. Reynolds & H. Johnston (Eds.), *Handbook of Depression in Chidren and Adolescents.* New-York: Plenum.

81. Oliva, A. (2002). Desarrollo de la personalidad durante la adolescencia. In J. Palacios, A. Marcehsi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación. 1 Psicología evolutiva.* (pp. 471-491). Madrid: Alianza Editorial.

82. Oliva, A. (2002). Desarrollo social durante la adolescencia. In J. Palacios, A. Marcehsi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación. 1 Psicología evolutiva.* (pp. 493-517). Madrid: Alianza Editorial.

83. Orejuela, S. Adolescentes: Depresión y Suicidio. [Electronic Version]. Retrieved 14 de enero de 2008 from http:/www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/speakteens.htm/.

84. Ortiz, J. (1996). Uso de drogas en adolescentes Guatemaltecos. Factores de riesgos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 28*(2), 367-392.

85. Palacio, J., Marchesi, A., & Coll, C. (2002). *Desarrollo psicológico y educación. 1 Psicología evolutiva.* Madrid: Alianza Editorial.

86. Palacio, O. (1999). *Exploración de la depresión en adolescentes con dificultades para aprender.* Unpublished Trabajo de Diploma, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

87. Palacios, J. & Oliva, A. (2002). La adolescencia y su significado evolutivo. In J. Palacios, A. Marcehsi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación. 1 Psicología evolutiva.* (pp. 433-451). Madrid: Alianza Editorial.

88. Peláez, J. (2003). *Adolescencia y juventud.* : Editorial Científico-Técnica.

89. Peláez, M. (2003). *Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

90. Rado, S. (1928). The Problem of Melancholia. *International Journal of Psychoanalysis, 9*, 297-313.

91. Reginaldo, I. (1995). *Características de la memoria en pacientes con neurosis de ansiedad, depresivo y ansiosa depresiva.* Unpublished Trabajo de Diploma, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

92. Riesgos de la adolescencia [Electronic Version]. Retrieved 26 de diciembre de 2007 from http://guiajuvenil.com/lo-ultimo/riesgos-de-la-adolescencia.html/.

93. Rivero, C. Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia. [Electronic Version]. Retrieved 18 de enero de 2008 from http://media.payson.tulane.edu:8083/html/spanish/1h005s/1h005s3.htm/

94. Roca, M. A. & Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana.* La Habana: Félix Varela.

95. Rodríguez, F. Adolescencia, pubertad y juventud. [Electronic Version]. Retrieved 30 de noviembre de 200 7from http//www.siicsalud.com/main/adolescencia.htm/.

96. Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa.* La Habana: Félix Varela.

97. Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa.* La Habana: Félix Varela.

98. Rodríguez, O. (2005). *Salud infanto-juventud.* La Habana: Ciencias Médicas.

99. Rojas, I. Adolescencia. [Electronic Version]. Retrieved 29 de noviembre de 2007 from http://html.rincondelvago.com/adolescencia_7.html/.

100. Rojas, P. Depresión mayor en adolescentes. [Electronic Version]. Retrieved 10 de enero de 2008 from

http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/depre.html/.

101. Rutter, M. (1988). *Assessment and Diagnosis in chil Psychopatology.* New-York: The Guilford Press.

102. Schmutte, P. & Ryff, C. (1997). Personality and well being: Reexamining methods and meanings. *Personality and Social Psychology, 73*(3), 549-559.

103. Schor, E. L. (1987). Unintentional injuries: Patterns within families. *American Journal of Diseases of children, 141*, 1280-1284.

104. Sierra Bravo, R. (1993). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica.* (3 ed.). Madrid: Editorial Paraninfo, S.A.

105. Simon, M. A. (1999). *Manual de psicologia de la salud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

106. Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview.* Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

107. Steiner, J. E. (1993). Taste and Odor: Reactivity in Depressive Disorders. A Multidisciplinary Approach. *Perceptual and Motor Skills, 77*, 1331-1346.

108. Valdés, B. Estudio de los adolescentes con depresión e intento suicida en un área de salud años 2002-2003. [Electronic Version]. Retrieved 11 de diciembre de 2007 from http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuZZEpuZVQbOplTlv.php/.

109. Vallejo, J. (1985). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* (2 ed.). Barcelona: Salval.

Datos de los autores:

Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez. Doctor En Ciencias Psicológicas, Profesor Titular, Máster en Psicología Médica, Vicedecano de Investigaciones y Postgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Imparte los cursos de Psicopatolología General y Neuropsicología en la carrera de Psicología y los cursos de Neuropsicología y Clínica Psicológica Actual en la Maestría en Psicología Médica y Fundamentos Neuropsicológicos del Aprendizaje y Orientación y Psicoterapia Escolar en la Maestría en Psicopedagogía. Correo Electrónico: luisfh@uclv.edu.cu

Lic. Danay Cárdenas Oliva. Licenciada en Psicología, Profesor Instructor, Imparte los cursos de Metodología de la Investigación Psicológica II y Orientación Psicológica en la Carrera de Psicología. Correo Electrónico: danayc@uclv.edu.cu