



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

**NIVEL DE DEPRESIÓN QUE GENERA LA SEPARACIÓN
EN PAREJAS ADOLESCENTES DE 15 Y 18 AÑOS DE LA ESCUELA
PREPARATORIA OFICIAL NO. 194**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE.

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SHEYLA SANTOS JARAMILLO.

No DE CUENTA: 1327962

LUIS MGUEL GUTIERREZ NUÑEZ

No. CUENTA: 1370552

DIRECTOR DE TESIS.

DR. EN EDUC. DANIEL CARDOSO JIMÉNEZ

TEJUPILCO, MÉXICO

NOVIEMBRE 2021.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	12
1.1 Depresión	12
1.1.1 ¿Qué es la Depresión?.....	12
1.1.2 Etiología	15
1.1.3 Síntomas.....	23
1.1.4 Episodio depresivo leve.....	25
1.1.5 Episodio depresivo moderado	25
1.1.6 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	26
1.1.7 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.....	27
1.1.8 Otros episodios depresivos.....	27
1.1.9 Tipos de Depresión	27
1.1.10 Teorías y modelos explicativos de la Depresión	31
1.1.11 Teorías Conductuales de la Depresión.	31
1.1.12 Depresión por una ruptura amorosa	37
1.1.13 Duelo	39
Primera etapa: Negación	48
CAPITULO II. ADOLESCENCIA	54
2.1 ¿Qué es Adolescencia?	54
2.2 Etapas de desarrollo del adolescente	55
2.2.1 Adolescencia temprana	56
2.2.2 Adolescencia media	56
2.2.3 Adolescencia tardía.....	57
2.3 Relaciones de pareja en la adolescencia	58
2.3.1 Etapas en una relación de pareja	59
2.3.2 Ruptura Amorosa.....	61
2.4 ¿Cómo experimentan los adolescentes la depresión?	64

2.4.1 Síntomas propios de la adolescencia.....	65
CAPÍTULO III. MÉTODO.....	67
OBJETIVOS	68
Objetivo General.....	68
Objetivos Específicos.....	68
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	69
TIPO DE ESTUDIO	70
VARIABLES	70
Depresión.....	70
Definición Conceptual.....	70
Definición Operacional.....	70
Adolescencia	71
POBLACIÓN	72
MUESTRA	72
INSTRUMENTO	73
CAPTURA DE INFORMACIÓN	74
PROCESAMIENTO DE DATOS	74
RESULTADOS	75
DISCUSIÓN	80
CONCLUSIÓN	84
SUGERENCIAS	85
REFERENCIAS	87

PRESENTACIÓN

La presente investigación es un estudio descriptivo sobre el Nivel de Depresión que genera la separación de pareja en adolescentes de 15 a 18 años de la Escuela Preparatoria Oficial No. 194. Está conformada por dos apartados el primer apartado es el marco teórico y el segundo el marco metodológico.

En el primer capítulo se conceptualiza la depresión, sus síntomas, su origen tomando en cuenta que no es uno como tal si no que existen diversos de tipos; hereditario, neurológico, por él ambiente, así como también los tipos de depresión que existen como el trastorno depresivo mayor, depresivo moderado, depresivo leve, también las teorías y modelos que explican la depresión, como es el caso de la teoría conductual que sugiere que la depresión se da en el individuo por el ambiente que lo rodea, con estímulos negativos que van generando en la persona que desarrolle este trastorno, el modelo de Nezá, este autor señala que la depresión se desarrolla en el individuo por su propia causa, es decir, que al no poder superar su estrés, sus malas experiencias, el mismo permite que crezca este trastorno desde dentro.

En el segundo capítulo se conceptualiza a la adolescencia, las etapas de la adolescencia, adolescencia temprana, intermedia y tardía, las relaciones de pareja en la adolescencia, que etapas atraviesa una relación, también lo que sucede en una ruptura amorosa en la adolescencia y como atraviesan este proceso los adolescentes y que factores llevan a terminar una relación a esta edad, además se menciona como es que los adolescentes viven la depresión.

En el segundo apartado se encuentra el marco metodológico, que consta de objetivos, como un objetivo general y objetivos específicos, planteamiento de problema, variables, instrumento, tipo de estudio, población, muestra, captura de la información, procesamiento de la información, resultados, discusión, conclusiones, sugerencias y por ultimo referencias.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión que genera la separación en parejas adolescentes de 15 a 18 años de la Escuela Preparatoria Oficial No. 194, además identificar si existen niveles de depresión altos, demostrar si la depresión en adolescentes es causada por una ruptura amorosa.

La muestra fue de 40 alumnos de la Escuela Preparatoria No. 194 de El Estanco, Luvianos, México, de los cuales 21 son mujeres y 19 son hombres de edades de entre 15 y 18 años.

Para la recolección de datos se utilizó El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba auto administrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA El instrumento se diseñó para valorar la depresión. Con una estandarización para México en el año 2007, realizada por González y Landero.

Para la realización de la investigación se utilizó un estudio de tipo descriptivo ya que solo se pretende describir como se genera la depresión en las parejas de adolescentes cuando terminan, a manera de detallar como es y cómo se manifiestan.

El procesamiento de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 23.0 con el fin de obtener datos de la estadística descriptiva para poder determinar lo Niveles de Depresión que genera la separación de parejas adolescentes. De acuerdo con los resultados obtenidos se identificó que los adolescentes si presentan rasgos depresivos importantes.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se realizaron algunas recomendaciones, las cuales ayudaran a los jóvenes a superar de manera adecuada una ruptura amorosa.

Palabras clave: depresión, separación, parejas, adolescente, nivel medio superior.

ABSTRACT

The present research aimed to determine the level of depression generated by separation in adolescent couples aged 15 to 18 from Official Preparatory School No. 194, in addition to identifying whether there are high levels of depression, and to demonstrate whether depression in adolescents is caused by a love break.

The sample consisted of 40 students from the Preparatory School No. 194 of El Estanco, Luvianos, Mexico, of which 21 are women and 19 are men between the ages of 15 and 18 years.

The Beck Depression Inventory (BDI) was used for data collection. It is one of the most widely used instruments for assessing depressive symptoms in adults and adolescents. The original version was introduced in 1961 by Beck, Ward, Mendelson, Mock, and Erbaugh as a self-administered test; revised in 1971 at the Center for Cognitive Therapy of the University of Pennsylvania, resulting in the BDI-IA version. The instrument was designed to assess depression. With a standardization for Mexico in 2007, carried out by González and Landero.

To carry out the research, a descriptive study was used since it is only intended to describe how depression is generated in adolescent couples when they finish, in order to detail how it is and how it manifests itself.

The data processing was carried out with the statistical package SPSS version 23.0 in order to obtain data from the descriptive statistics to be able to determine the Depression Levels generated by the separation of adolescent couples.

According to the results obtained, it was identified that adolescents do present significant depressive features. Taking into account the results obtained, some

recommendations were made, which will help young people to adequately overcome a love breakdown.

Keywords: depression, separation, couples, adolescent, upper secondary level.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la depresión es un problema de carácter universal, comparado con el estrés constituye el mayor número de enfermedades. La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. (Beck A. T., 1979)

Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana: interfiere en su capacidad de pensar, aprender y desarrollarse social y académicamente. Estas personas pueden tener una enfermedad denominada depresión (Ciencia, 2009).

(Beck H. y., 1979) definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

A menudo lo que se conoce coloquialmente como depresión no es tal cosa, a menos desde el punto de vista médico. La frustración, la contrariedad o la tristeza son sentimientos negativos que surgen como reacción ante un hecho adverso, pero experimentar tales estados no supone ni mucho menos estar deprimido. La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio. Para el especialista la

depresión es un estado psicológico anormal producido tanto por factores exógenos (adquiridos) como endógenos (bioquímico, inmotivado, hereditario), entre los cuales cabe un espectro intermedio de posibilidades que se mueven en esos dos polos (Rojas, 2014).

La mayoría de los especialistas en el tema, consideran que los síntomas de la depresión propios de los adolescentes son: Aumento o descenso de peso, Hipo o hipersomnia, Disminución del rendimiento académico, Problemas de atención y dificultad de concentración, energía (pérdida o ausencia de energía) Agitación motora o enlentecimiento, Ausencia de motivación, estado de ánimo deprimido, Baja autoestima, Evitación de actividades lúdicas, Interacción social y familiar disminuidas, Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado, Pensamientos recurrentes de muerte, Actividades autodestructivas. Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo, existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad (Gastón, 2007).

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. Muchos autores han caído en la tentación de describir esta edad con generalizaciones deslumbrantes, o, al contrario, la califican como una etapa de amenazas y peligros, para descubrir, al analizar objetivamente todos los datos que las generalizaciones, de cualquier tipo que sean, no responden a la realidad. Si hay algo que podamos afirmar con toda certeza, podemos decir que, esta edad es igual de variable, y tal vez además que cualquier otra edad (Berumen, 2011).

El adolescente descubre paulatinamente que debe empezar a definir gustos, intereses y preferencias en relación con la construcción de su mundo afectivo-sexual. Ejercitar esas decisiones, mediante las que ha de ir construyendo su autonomía e independencia, afectará aspectos cruciales para el desarrollo de una

vida afectiva y sexual saludable. Uno de los campos preferidos para adoptarlas corresponde a las determinaciones acerca de la definición de sus relaciones sentimentales, trátase de relaciones informales, de relaciones de noviazgo o de aquellas correspondientes al inicio de su ejercicio de la sexualidad. Algunos de nuestros datos del estudio sobre aspiraciones y preocupaciones de los adolescentes mostraron que los jóvenes se sienten ante el desafío de acertar en la toma de decisiones y que, tratándose de asuntos que les compromete afectiva y físicamente, este desafío se acrecienta, generándoles mayor confusión (Nissen, 2012)

Los primeros noviazgos y enamoramientos son una forma de compartir emociones y afectos con personas del sexo opuesto y del mismo sexo. Por lo general, las personas adolescentes en su primer amor no buscan la compañera o compañero de su vida, más bien, lo que están expresando es su deseo de amar, de ser independientes, de probar a los demás que son capaces de conquistar (Ayala, 2012).

En esta etapa, los encuentros con parejas son una forma de aprender a llevarse bien con los demás, de conocer y entender sus diferentes puntos de vista, de desarrollarse emocionalmente y empezar a tomar conciencia de su sexualidad.

El personal de salud (y los padres de adolescentes) no debe olvidar que el propósito principal de estos encuentros de pareja entre adolescentes es la búsqueda de la compañía de una persona del sexo opuesto o del mismo sexo para conversar, conocerse, y tal vez compartir afectos y no necesariamente para tener alguna experiencia de tipo sexual. Por lo tanto, el noviazgo y enamoramiento entre adolescentes no debe convertirse en un motivo de alarma pues este es parte de su desarrollo.

Los adolescentes con depresión pueden tener problemas en la escuela o estar de mal humor o irritables. Los adolescentes con depresión pueden tener síntomas de otros trastornos, como ansiedad, trastornos de la alimentación o drogadicción (Carbajal, 2006).

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Depresión

En este capítulo se expondrá la depresión y sus características, como síntomas, tipos de depresión, teorías y modelos; para poder entender a fondo lo que es la depresión, además de adentrarse al tema por pérdida de pareja en adolescentes.

1.1.1 ¿Qué es la Depresión?

En la actualidad es muy sencillo para las personas decir: tengo depresión; cuando ciertamente se trata de una tristeza leve y pasajera. Tiempo atrás se hablaba de términos diferentes para referirse a la depresión, entonces para poder identificar todo esto hay que conocer cómo nace este término.

Partiendo de su concepción etimológica, la depresión proviene del latín *deprimere*, que significa caída, disminución o hundimiento. Es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se conoce. Inicialmente fue denominada melancolía del griego antiguo μέλας "negro" y χολή "bilis", sin embargo, no representan lo mismo (Pescador, 1990).

Es considerada como una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas (Alarcón Terroso, 2010).

La depresión es una problemática multicausal que en los últimos años ha venido aumentando en todo el mundo” (Murray, 2012) La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) indica que “la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés y placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Es una problemática que afecta

a más de 300 millones de personas, debido a su prevalencia puede convertirse en un problema de salud serio que puede en el peor de los casos llevar al suicidio, siendo actualmente la segunda causa de muerte a nivel mundial, entre los más afectados se encuentra la población juvenil comprendida entre los 15 y 29 años (Mancipe., 2019).

Todo el mundo se siente triste o decaído de vez en cuando, pero estos sentimientos suelen desaparecer en poco tiempo. La depresión, también llamada “depresión clínica” o “trastorno depresivo”, es un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas (Health, 2016).

El trastorno de estado de ánimo que se manifiesta por abatimiento, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso; a veces se asocia con sentimiento de culpa y preocupaciones somáticas, a menudo de proporciones desilusionantes (CIE-10, 1998).

Se refiere a una sensación de malestar relacionada con síntomas como tristeza y angustia, contrariedad, mal humor, frustración, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. A menudo lo que se conoce coloquialmente como depresión no es tal cosa, a menos desde el punto de vista médico. La frustración, la contrariedad o la tristeza son sentimientos negativos que surgen como reacción ante un hecho adverso, pero experimentar tales estados no supone ni mucho menos estar deprimido. La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio. Para el especialista la depresión es un estado psicológico anormal producido tanto por factores exógenos (adquiridos) como endógenos (bioquímico, inmotivado, hereditario), entre los cuales cabe un espectro intermedio de posibilidades que se mueven en esos dos polos (Rojas, 2014).

La depresión afecta a cada persona de una manera diferente, muchas personas solamente manifiestan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración. Para algunos, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otros, los síntomas pueden durar por mucho tiempo si no se obtiene tratamiento (National Foundation for Depression, 2000).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la depresión es un desorden mental muy común caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer en actividades, sentimientos de culpa, baja autoestima, pensamientos de muerte y suicidio, problemas de sueño y apetito, pérdida de energía y una baja concentración, citado en (Berumen, 2011).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. El concepto Trastornos del Estado de Ánimo (TEA) se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo. Los TEA incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también en algunas ocasiones puede ser eufórico. Estas fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, ya sea depresión o euforia, se distinguen de las normales en: 1) la intensidad del estado de ánimo; 2) su duración; 3) su asociación con otras señales y síntomas clínicos; y 4) su impacto sobre el funcionamiento del individuo (Farone, 1990).

La depresión aparece asociada significativamente con los comportamientos suicidas, siendo más frecuentes en las mujeres. Actualmente la juventud contemporánea experimenta sentimientos de decepción por las contradicciones que enfrenta. La mayoría de las veces oculta bajo una apariencia de conformidad sentimientos generalizados de desánimo e incompreensión ante búsquedas no satisfechas, lo que desencadena problemas depresivos (Mancipe, 2019).

1.1.2 Etiología

El origen de la depresión no está expuesto de manera literal, aunque parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión (Farone, 1990).

Los síntomas depresivos existen desde que existe la humanidad, desde relatos tan antiguos como el antiguo testamento y epopeyas griegas se ha hablado de emociones contrarias a la alegría, autores como Hipócrates en el siglo IV A.C. sienta las bases de la medicina al describir la manía y la melancolía, Celso continua con el estudio de la melancolía, siendo retomado más tarde por Falret en 1854 al describir el suicidio como resultado de un trastorno mental, Kahlbaum en 1882 realiza consideraciones sobre la ciclotimia, Kraepelin en 1899 hace sus descripciones sobre la psicosis maniaco-depresiva y define la melancolía involutiva, Freud en 1915 señala la pérdida del objeto amado como causa psicógena de lo depresivo en Duelo y melancolía.

La depresión es un trastorno con una prevalencia cada vez mayor entre la población adolescente. Los procesos propios de esta etapa pueden incrementar la probabilidad de que los individuos se expongan a situaciones difíciles de afrontar que resulten estresantes. Existe evidencia que indica que el trastorno depresivo mayor y la distimia en niños y adolescentes implican un riesgo elevado de que se presenten episodios depresivos recurrentes, asociados con suicidios y con otros comportamientos autodestructivos que se pueden prolongar hasta la edad adulta.

También se sabe que la depresión se relaciona con diversos factores que dificultan su atención, que empeoran su pronóstico y que aumentan el riesgo de otras conductas problemáticas. Entre ellos están el nivel socioeconómico, la historia familiar con problemas de depresión y de consumo de alcohol, las experiencias con la violencia, el abuso físico o sexual y el consumo de tabaco y de drogas ilegales (Jiménez, 2015).

Otros factores pueden ser la pérdida de un trabajo, o la falta de capacidad de adaptación a determinados cambios. A pesar de que no se sabe exactamente qué provoca la depresión existen diversos factores identificados como los desequilibrios de los neurotransmisores del cerebro. Los fármacos antidepresivos pueden ayudar a solucionar este problema (Revista De medicina, pg. 234).

Según (Zoch, 2002) en su investigación sobre la depresión señala que los orígenes de la depresión se pueden agrupar, al igual que en otros trastornos mentales, en tres grandes categorías: biológicas, psicológicas y sociales.

Causas biológicas

Estudios recientes han revelado que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de sujetos con trastorno depresivo mayor, tienen alrededor de tres veces más probabilidades de enfermar de depresión que la población general. Esta cifra varía en diversos estudios, debido principalmente a diferencias en los criterios diagnósticos y en la selección de la muestra, pero en general concuerdan en el mayor riesgo de los familiares directos de enfermar de depresión. No obstante, los estudios familiares por sí mismos no pueden establecer cuánto del riesgo proviene de factores genéticos y cuánto del ambiente familiar compartido (Sullivan, 2000).

Hasta el momento se han comunicado sólo tres estudios de adopción, aunque hay más de diez estudios en gemelos, los resultados de los estudios de adopción no han entregado evidencia concluyente: uno fue negativo y los otros dos positivos,

aunque sólo uno de estos últimos encontró evidencia fuerte de riesgo genético para trastorno depresivo mayor, estas inconsistencias parecen deberse a limitaciones metodológicas.

Los estudios efectuados en gemelos, en cambio, concuerdan en concluir que las influencias genéticas son el factor más importante para explicar la agregación familiar de la depresión (Neale, 2000).

En los trastornos complejos, como la depresión mayor, es probable que esté involucrado un gran número de genes, de los cuáles ninguno tiene por sí mismo un gran impacto sobre el riesgo de enfermar. Además, esos genes pueden interactuar con otros y/o con factores ambientales de riesgo para producir la enfermedad. Algunos factores de riesgo genético sólo pueden manifestarse en momentos particulares del desarrollo, como la pubertad.

Por otra parte, las enfermedades genéticas complejas ofrecen muchos problemas conceptuales y estadísticos. El empleo de muchos marcadores, de múltiples fenotipos posibles y de una variedad de métodos estadísticos en poblaciones pequeñas, conduce a resultados poco confiables. Las aproximaciones tradicionales para la detección de genes pueden ser inapropiadas en el caso de los trastornos depresivos. Para obtener resultados concluyentes se requieren grandes muestras y nuevas técnicas estadísticas (Kendler, 2000).

Hasta la fecha, ningún hallazgo de asociación o ligamiento con el trastorno depresivo mayor ha podido ser suficientemente replicado para ser considerado como establecido.

El modo de transmisión es controvertido, mientras unos autores se inclinan por un gen dominante de predominancia incompleta, otros abogan por un factor genético ligado al cromosoma X y aún otros defienden la teoría poligenética. En las depresiones endógenas se ha visto una mayor participación de los factores genéticos mientras que en la neurótica participan mayormente los factores ambientales (Walters, 1995).

Causas Psicológicas

Trastornos en los neurotransmisores

Para la mayoría de los psiquiatras biológicos, la depresión es un trastorno heterogéneo que tiene varios subtipos desde el punto de vista neurofisiológico. Las teorías monoaminérgicas establecen que en la depresión existe una deficiencia de neurotransmisores, mientras que en la manía existe un exceso de ellos. Los neurotransmisores son las sustancias que se encargan de pasar un estímulo nervioso de una neurona a la siguiente. Para ello, se requiere que exista un equilibrio dinámico entre ellos. Si los niveles de ellos se encuentran disminuidos, se puede presentar un cuadro depresivo. Si, al contrario, se encuentran aumentados, se puede dar un cuadro maniaco o psicosis (Colomera, 2007)

La etiología de la depresión puede ser genética, aprendida, ambiental o desencadenada por algún factor como:

- Pérdida de un ser querido.
- Problemas graves en el trabajo, escuela, hogar, etc.
- Dolor prolongado o enfermedad.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Violencia doméstica.
- Estrés.
- Medicamentos.
- Deficiencias nutricionales.
- Problemas de sueño.

Causas Sociales

Dependencia

La dependencia emocional es un patrón psicológico que incluye, necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida, temor a la separación de las personas, dificultades para tomar decisiones por sí mismos, dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación, se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo y preocupación no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo, las personas con dependencia emocional suelen tener o iniciar relaciones poco sanas y tienen sentimientos excesivos y poco adaptativos de temor a que la relación se acabe en algún momento. Es común que estas personas no piensen en sus necesidades, que se anulen a sí mismos a favor de su pareja, familia o amistades y tienden ser muy sensibles a la aprobación de sus actos por parte de estas personas (Escudero, 2020).

La dependencia emocional se define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas (Castelo, 2005).

En las relaciones de pareja alude a un tipo de relación interpersonal establecida entre una persona y su pareja caracterizada por la necesidad extrema de afecto, una necesidad excesiva para obtener la aprobación de los demás, subordinación, deseo de exclusividad y miedo a la soledad.

Otros, como, (Skvortsova, 2014) señalan que las personas dependientes sienten la imposibilidad de imaginarse la existencia sin la pareja. La persona dependiente emocional puede establecer relaciones exclusivas y parasitarias, en las cuales se da una gran necesidad afectiva que le conduce a establecer relaciones asimétricas, adoptando una posición subordinada frente a la de su pareja y llevando a cabo infinidad de actos con el fin de evitar que la relación se termine (Izquierdo, 2013).

Autoestima

A pesar de los muchos estudios realizados en el campo de la psicología, la definición de la autoestima (como concepto) no tiene ningún consenso. Esto se debe a su gran complejidad. Sin embargo, se pueden encontrar algunas definiciones en la literatura. Las cuales tratan de precisar en su totalidad este término. Un concepto breve de una buena autoestima es creer en uno mismo, en nuestros propios ideales, en nuestra persona para poder lograr ser merecedores de nuestra propia felicidad. Es generar tu propia motivación para mostrarte realmente cómo eres. Todo ello influye mucho en nuestros actos, en cómo nos realizamos y vemos las cosas (Branden, 1994).

(Palladino, 1998) “la autoestima es consciente e inconsciente. Es una evaluación constante de uno mismo. Una creencia de lo que usted puede hacer y de lo que no”. Asimismo, este término es definido como un sentimiento de confianza en sí mismo, de poder analizar, pensar y es la capacidad que se tiene para poder lograr los objetivos propuestos, para así poder vencer todo tipo de obstáculos que se nos pueda presentar en nuestras vidas. Es el sentimiento de ser felices, valorados, respetables y dignos de poder mostrar tal cual somos con nuestras necesidades y carencias (Branden N. , 1995).

En relación con lo anterior, si la persona se considera valiosa para el mismo y con los demás, podemos decir que tiene una buena autoestima; pero si la persona no se valora ni se siente capaz de realizar algo por sí misma porque se siente poco productiva quiere decir que tiene bajo autoestima (Mirbet, 2012).

El confiar y creer en sí mismo permite en que las demás personas lo hagan por eso es importante valorarse. La consecuencia de tener un grado de autoestima nos permite desarrollarnos en nuestras vidas, tener un progreso personal, nos permite visualizar el mundo de diferente forma. Sin embargo, existen autoestimas positivas y negativas que cada uno de ellos tienen ventajas y desventajas (Lorenzo, 2007).

Autoestima negativa: Este tipo de autoestima se observa más en personas inseguras e incapaces de brindarse respeto a sí mismos, exponiéndose más a

cualquier tipo de fracaso y no permitiéndose vencer obstáculos ni buscar alguna solución. Es así como la persona de baja autoestima se victimiza ante ellos y los demás permitiéndose tener el éxito en su vida (Enciclopedia de clasificaciones, 2016).

Según lo señalan Rosenthal y Simeonsson como se citó en (Rice, 2000) “las personas con baja autoestima muestran una identidad cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía”.

Estas personas no confían en su propia persona, son temerosas al iniciar algo precipitándose al pensar que no lo lograrán, huyen de cualquier trabajo en equipo ya que ellos mismo se minimizan, son temerosas y por su no valoración se aíslan de los demás. Piensan que son ignorantes, incapaces de sobresalir, que no pueden liderar un grupo y buscan un representante para hacerlo. Además, no tienen el control sobre su vida y dejan manipularse por otras personas, son reprimidos y no se muestran como son ya que tienen miedo al rechazo.

Excesiva timidez

La timidez está reflejando un temor exagerado a las relaciones interpersonales percibiéndolas como amenazadoras pese a que se sienta un deseo intenso de contar con ellas. Inconscientemente se teme a la crítica o a no ser aceptado por los demás, aunque no existen elementos reales para justificarlo. La persona tiende a retraerse aún más cuando se siente deprimida lo que favorece que se vaya aumentando la intensidad de la misma.

Frente al biologismo de la explicación endógena de la depresión, va ganando terreno la consideración antropológica de la depresión que la define como “hundimiento vital”. “La depresión siempre es una enfermedad psíquica porque implica cierto grado de alienación biográfica. Toda enfermedad depresiva perturba el desarrollo biográfico con la introducción de elementos psicosociales y biológicos ajenos a la línea biográfica (Betzán, 2008).

En fechas más recientes se ha propuesto que la depresión tiene su origen en la interacción de factores genéticos y ambientales que desencadenan alteraciones en la liberación de las monoaminas (neurotransmisor que contiene el grupo amino que corresponde a la dopamina y noradrenalina) (Padilla, 2017).

Es posible que haya pasado algo en tu vida que haya desencadenado la depresión, pero normalmente el trastorno se produce por un conjunto de factores tales como:

- Parece poco probable que pueda deberse a una causa única: más bien puede ser el resultado de una combinación de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos.
- Existen factores psicológicos o factores relacionados con la personalidad que también pueden predisponer a la depresión.
- Se han descrito diversas circunstancias que pueden activar los sentimientos característicos de la depresión y actuar como desencadenantes.

Algunos estudios indican que cuando las personas se sienten deprimidas se refleja en algunos cambios en zonas del cerebro. Además, las sustancias químicas que utilizan las células del cerebro para comunicarse, los neurotransmisores, parecen no estar en equilibrio.

Hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales (Gonzales, 2008).

Los cuadros depresivos varían desde estados de duelo normal por la muerte de un ser querido hasta trastornos más severos en los que surgen ideas delirantes de desvalorización, de ruina, de enfermedades imaginarias o de culpa por presuntos

perjuicios cometidos en contra de los demás. Sus causas pueden ser exclusivamente psicológicas, como en las depresiones neuróticas, o tener un componente biológico o genético, como hay evidencia de que ocurre en las depresiones bipolares mayores, denominadas así porque la persona presenta episodio depresivo o de polo de lo que en el lenguaje técnico se conoce como Manía, es decir, el cuadro de exaltación afectiva, hiperactividad e ideas de grandiosidad (Carbajal, 2006).

La depresión puede ser desencadenada por cualquier cambio de vida estresante, incluso si es un cambio drástico en la vida normal y habitual, por ejemplo, el cambio es elegido como el caso de una carrera universitaria. El ingreso a la universidad suele ser el primer cambio importante en la vida de un joven. Por otro lado, es importante diferenciar la depresión de la tristeza. La tristeza es un estado de ánimo pasajero, provocado por una situación concreta, como, por ejemplo, la muerte de un ser querido, cuando este estado de ánimo perdura en el tiempo, podemos estar frente a una depresión.

1.1.3 Síntomas

Según el (CIE-10, 2016) menciona que en los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

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

- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito (CIE-10, 1998).

La presencia de sintomatología depresiva durante la adolescencia es un importante indicador de una vulnerabilidad del estado emocional, cuya gravedad puede afectar diversas áreas de la vida y aumentar la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Jiménez, 2015).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

1.1.4 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico, animo depresivo la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

1.1.5 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

1.1.6 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

1.1.7 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor.

1.1.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (DSM V, 2013).

1.1.9 Tipos de Depresión

Episodio depresivo leve: ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio Depresivo Moderado: también conocido como distimia, dura dos años o más, no incapacitan a la persona, pero pueden no permitirle desenvolverse en su rutina normal o sentirse bien. Un enfermo con un episodio

depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

El trastorno depresivo grave: también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico: también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Depresión psicótica: que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto: la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional: se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz (DSM V, 2013).

Desde hace años se han elaborado numerosas clasificaciones de los niveles de depresión (APA, 2014), sin embargo, a partir de la teoría cognitiva y el Inventario de Depresión de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961), solo se enfatiza en la clasificación de la depresión mínima, leve, moderada o grave, la cual es descrita por (Zarragoita, 2010) y complementada por con información presentada por Castañeda et al. (2010):

Depresión mínima: Se caracteriza por la presencia poco significativa y/o intermitente de algunos de los síntomas citados en el apartado anterior como tristeza, disminución o dificultad de concentración y atención, es difícil diferenciar la depresión con la emoción de tristeza dado que el sujeto presenta la funcionalidad común para realizar sus actividades cotidianas, tiene una duración menor a dos semanas.

Depresión leve: También conocida como episodio depresivo leve, el cual se caracteriza por la duración de tiempo aproximado de dos semanas, la persona que

padece de este tipo de depresión se enfrenta a los síntomas citados en el apartado anterior, de los cuales al menos deben estar presentes dos, aunque puede incluir el aumento de fatigabilidad, un sentimiento displacentero y en ocasiones se presentan ideas suicidas momentáneas que no llegan a concretarse, no obstante, ningún síntoma es intenso, además de presentar dificultad intermitente para realizar actividad laboral y social alguna.

Depresión moderada: Se le conoce como episodio depresivo moderado, algunos de los síntomas se presentan en ocasiones en un grado intenso en comparación al nivel depresivo leve como dolor abdominal, malestar gástrico, insomnio, fatiga. La duración de este tipo de depresión es de al menos dos semanas, desarreglo de los procesos de pensamiento, distorsiones cognitivas manifestadas por medio de pensamientos negativos, ideas suicidas, culpa, así como tener gran dificultad y retardo para desarrollar actividades de tipo social, doméstica o laboral.

Depresión grave o episodio depresivo grave: También se le conoce como depresión mayor, en ocasiones comienza aguda y dramáticamente, mientras que en otras aparece lentamente con mayor intensidad que el nivel moderado dado que las características que pueden ser significativas son: la presencia angustia de manera considerable, la pérdida de autoestima, falta de concentración, sentimiento de inutilidad o culpa, incluso riesgo suicida. Asimismo, hay síntomas somáticos que están presentes como la agitación o retardo psicomotor, dolor físico, sensación de malestar, problemas digestivos, falta de apetito, insomnio, tiene una duración aproximada de al menos de dos semanas o menor de dos semanas, el individuo no es capaz de continuar con sus actividades, solo en un grado limitado (Enríquez, 2018).

Las personas deprimidas suelen sentir cierta impotencia ante la situación y piensan que son más débiles o menos competentes. Esto no quiere decir que la depresión sea algo que tenga que ver con la valía personal o con la capacidad para llevar a cabo la vida diaria. Si bien algunas personas no buscan ayuda, la mayoría puede mejorar su estado de ánimo con el tratamiento adecuado:

- En algunos casos, los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve.
- En otros casos pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana; en este caso estamos ante una grave.
- Entre leve y grave se suele hablar de depresión moderada cuando los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda (Depresión, 2014).

1.1.10 Teorías y modelos explicativos de la Depresión

(winokur, 1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

1.1.11 Teorías Conductuales de la Depresión.

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Tearnan, 1989). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las

emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio, 1989).

La disminución del refuerzo positivo

Para, (Lewinsohn, 1975) la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia.

Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados, para él y colaboradores las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Gotlib, 1997).

En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causa-les, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc.

Varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social auto percibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social, indican que ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.

Entrenamiento en Autocontrol

(Rehm, 1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autor refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

El modelo de Nezá.

Nezá y sus colaboradores (Nezá, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezá apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezá también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

De acuerdo con la formulación de, los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezá señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

La Teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron (Beck, 1979) según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989) 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.

La tríada cognitiva se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente

depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo.

Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1979)

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio.

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o asunciones silenciosas.

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Oster, 1997) determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones.

Ejemplos de estas creencias son: yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira, si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un

fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis- estrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Rush, 1984).

1.1.12 Depresión por una ruptura amorosa

El duelo por rupturas amorosas son eventos bastante comunes y muy pocas personas se eximen de esta experiencia. Así mismo la mayoría de la población adulta y adolescentes experimenta por lo menos una ruptura amorosa en su vida (Barajas, 2012).

Es un proceso de ajuste emocional consecutivamente a una pérdida. Sin embargo, el duelo no sólo se aplica a contextos donde la muerte es el motivo, sino también suele ser ante una muerte simbólica como es el caso de duelo por ruptura amorosa, en la cual exige al ser humano cambios impredecibles en sus pensamientos, emociones y conductas (Sanchez, 2013).

Monroe, Rohnde, Seeley y Lewinsohn (1999) hallaron que la ruptura de una relación amorosa es un importante factor de riesgo para manifestar un trastorno de depresión mayor. Por su parte, Boelen y Van de Bout (2008) encontraron altos puntajes de ansiedad, depresión y problemas de salud en general asociados al duelo por la pérdida de una pareja, mientras que Perilloux y Buss (2008) constataron síntomas de depresión, rumiación en torno a la ruptura, baja autoestima y un pobre autoconcepto en aquellos que habían terminado con la relación en contra de su voluntad. Bartels y Zeki (2000) mostraron que los individuos que habían sido rechazados mostraban síntomas parecidos a la abstinencia por uso de drogas, tales como ansiedad, depresión, falta de apetito, llanto e irritabilidad. Según Fisher (2004), el dolor socioemocional vivido a consecuencia de una ruptura es muy similar a un fuerte dolor físico, y el trauma debido a una traición ha sido comparado al trastorno de ansiedad por estrés postraumático (Barajas Márquez & Cruz del Castillo, 2017).

La ruptura amorosa es un tipo de duelo ambiguo que suele ser muy común en la vida de las personas, donde se experimentan estados afectivos y cognitivos negativos, como también se presentan conflictos en las relaciones sociales del entorno íntimo de la persona (Palza, 2014).

Boss (2001) afirma que en la ruptura amorosa la persona está físicamente presente, pero psicológicamente ausente, donde se considera a la anterior pareja como inalcanzable a pesar de estar muy presente en el mismo contexto social.

El duelo en la ruptura amorosa se caracteriza por una de las experiencias más dolorosas y estresantes que se puede experimentar, seguido por la muerte de un ser querido (Sbarra, 2006). Sin embargo este duelo no va a ser llevado de la misma manera, ya que esto va a depender de la experiencia que le haya tocado vivir a cada persona, de la etapa de amor en la que haya finalizado su relación amorosa, el tipo de vínculo que se haya generado con la ex pareja, y del ciclo vital por el cual se esté atravesando (Mason, 2011).

1.1.13 Duelo

Etimológicamente esta palabra proviene del latín “dolium que significa dolor o aflicción”. De modo que, se ha considerado al duelo como reacción natural producida por la pérdida no solamente de personas, sino también, de un objeto o eventos significativos. De igual forma cuando un lazo afectivo se rompe hablamos de duelo ya que hay una reacción emocional y de comportamiento en forme de sufrimiento y aflicción (Palza, 2014)

Lewandowski (2009), afirma que la mayoría de los adolescentes y jóvenes experimentaron por lo menos una ruptura amorosa a lo largo de su vida. A partir de esta experiencia junto con otros factores externos, van a predecir la manera de afrontamiento que se tiene frente a la ruptura amorosa. Esta es una problemática que afecta no sólo al desenvolvimiento normal de los jóvenes que estén pasando por una historia de duelo, sino que repercute en su vivencia diaria. Es así que a nivel cognitivo, se presentan pensamientos negativos, falta de interés en actividades que antes disfrutaba, olvidos frecuentes, pensamientos recurrentes sobre la persona, etc. Mientras que a nivel afectivo, existen sentimientos de tristeza, culpa, rabia, desesperanza, etc., son los que más se van a manifestar externamente (Tizón, 2004, citado por García Palza, 2014).

Según Arriaga y Ruíz (2010) manifiestan que la pérdida de una persona amada entraña una de las experiencias más penosas y disruptivas para el ser humano. El intenso dolor genera un estado de perplejidad, en el que toda su energía se vuelca sobre el objeto que perdió.

Así también Díaz (2012) explicó que el duelo ante una pérdida es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud depende del vínculo de lo perdido, de las características peculiares de cada persona, la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad. Es decir, para hacer frente el duelo va a depender en gran parte de los recursos personales y sociales que cada individuo posee. Estos sentimientos de intenso sufrimiento en las parejas de enamorados, puede llegar a complicarse tanto que en algunos

casos llega a causar la muerte. Es así que investigadores tales como Gianni, Dentali, Grandi, Summer, Hiralal, y Lonn (2006) encontraron 14 casos que padecieron la cardiopatía de Takotsubo, o síndrome del corazón roto (Heart Broken Syndrome), que consiste en un falso ataque cardíaco que ocurre después de haber experimentado una pérdida asociada a estrés físico y emocional (Palza, 2014).

Tabla 1*Proceso de duelo por rupturas amorosas*

Constructo	Dimensiones	Definiciones	Indicadores	Ítems
Duelo por rupturas amorosas	Impacto	Se percibe sensación de inmovilización, perturbación e incredulidad. Se bloquean las emociones y se disminuye la concentración en las tareas cotidianas. El estado emocional frente a la ruptura depende de cada individuo que puede permanecer desde un día hasta meses.	Inmovilización	Desde que se terminó la relación, me siento como si hubiera perdido la capacidad de disfrutar de la vida. Me es difícil concentrarme en mis actividades diarias.
			Perturbación	No soy muy sensato(a) en mis acciones como para realmente resolver mis problemas. Mis sentimientos se centran en el término de la relación, impidiéndome realizar mis actividades diarias.

Negación	<p>Es la sensación de incredulidad para un periodo que conlleva a la imposibilidad de aceptar el término de la relación.</p>	Incredulidad	<p>Pienso que no es verdad la ruptura de esta relación, que solo es solo un mal entendido.</p> <p>Me es difícil acepta el término de la relación con mi ex pareja.</p>
	<p>Usualmente muchas personas en esta etapa se estanca muchos años, con la esperanza de que vuelva la persona que se fue.</p>	Falsa esperanza	<p>Tengo la idea que pronto volveré a estar junto a él/ella.</p> <p>Conservo la esperanza que en algún momento se restablecerá la relación.</p>
Pena y Depresión	<p>Esta fase muchas veces puede afectar tanto el que es abandonado, como el que abandona, lo que se experimenta es un sentimiento de vacío, como si faltara parte de uno mismo. Este sentimiento puede</p>	Desorganización	<p>La mayor parte de mi tiempo lo dedico a dormir.</p> <p>Siento que me falta energía.</p>

impulsar a las personas a buscar otra relación de forma urgente.

El sentimiento de pena no siempre proviene de la pérdida de la persona, sino del tiempo que se compartió y del fracaso del proyecto de pareja.

Esta pena puede llevar a la depresión y puede que en este proceso el individuo puede quedar estancado, y muchas veces durante años.

Desesperanza

Considero que mi vida no tiene sentido sin la persona amada. Siento que se está muriendo una parte de mí.

Culpa	<p>Habitualmente esta emoción la experimenta las personas que terminan la relación, sin embargo las personas que experimentaron la ruptura pueden sentirse culpables por haber provocado el quiebre de un modo indirecto, al pesar sobre que fue lo que fallo, que hizo o que dejo de hacer para que terminara la relación.</p>	<p>Sentimientos de culpa</p> <p>Ideas obsesiva</p>	<p>Siento ser el/la principal causante de esta ruptura.</p> <p>Me siento culpable por no haber impedido la ruptura de esta relación.</p> <p>Pienso que no fui suficientemente bueno(a) para él/ella y por eso me dejo.</p> <p>Pienso constantemente por que no manifesté más mi amor por mi ex.</p>
-------	---	--	---

<p>Rabia</p>	<p>Es normal durante el proceso de duelo este presente este sentimiento de rabia. Es una emoción bastante fuerte que nace tras sentirse herido(a), aunque no se tenga un culpable. Sentir rabia en este periodo es indicador de que se está superando la pena. La rabia muchas veces se puede materializar en una siguiente relación, llevando a que la persona se desquite inconscientemente con la nueva pareja con insultos, desconsideración o indiferencia, de esta forma está proyectando en otro lo que siente que le han hecho.</p>	<p>Resentimiento</p> <p>Siento que es injusto lo que mi ex hizo conmigo. Me dan ganas de destruir sus fotos, regalos, objetos personales y todo lo que me recuerda a mi ex.</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Creo que siento mucha cólera por mi ex pareja. Creo que no quiero verlo(a), por el daño que me hizo.</p>
--------------	---	--

También hay personas que persisten rabiosas durante años, lo cual es evidente que siguen unidos emocionalmente a sus ex parejas de un modo destructivo.

Esta etapa es más compleja y no solo hay que aceptar que la relación ha llegado a su fin; también hay que liberarse de ella por completo, recuperando la energía que se invirtió en la relación. Aunque parezca que lo peor ha pasado, también es posible quedarse estancado en esta etapa: cuando el estrés y debilitamiento nervioso de a la

Resignación

Reorganización

Posible estancamiento

Me tomo tiempo para entender lo que realmente paso.

Invierto tiempo para expresar mis emociones.

Paso todo el tiempo haciendo actividades que no se relacionan con la ruptura, en lugar de hacer algo al respecto.

Me es difícil aceptar que la

	<p>persona sin motivación para seguir adelante.</p>		<p>relación ha terminado.</p>
	<p>En esta fase los días alegres comienzan a superar los tristes, se comienza a reconstruir de forma más activa y positiva la vida. La persona vuelve a centrar la atención en sí mismo y en sus propias necesidades, pudiendo desear una nueva posible relación. En esta</p>	<p>Atención en sí mismo</p>	<p>Siento que mi prioridad más importante es mi propia vida. Tengo más apreciación sobre el valor de mi propia vida.</p>
<p>Reconstrucción</p>	<p>etapa reconstruye la vida con nuevos aprendizajes adquiridos, se cuenta con la experiencia vivida, la cual es vista como una herramienta de afrontamiento a una nueva vida</p>	<p>Establecer nueva relación</p>	<p>Estoy dispuesta a establecer nuevas oportunidades en el aspecto sentimental. Estoy tratando de establecer nuevas metas para mi</p>

sentimental. La persona se siente mejor pero necesita construir su fortaleza desarrollando el amor propio y seguridad en sí.	vida.
---	-------

Fases del duelo

Las 5 etapas del duelo según la psiquiatra Kübler, 2008, es una de las descripciones más populares conocidas sobre el tema. Las 5 etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación es el recorrido que se transita para sanar la pérdida de un ser querido. Esta dice que los dolientes no atravesarán por ellas en un orden prescrito, sino que se trata de un marco que nos permite iniciar un proceso de aprendizaje donde finalmente comprenderemos que es posible convivir con esta pérdida y continuar en una realidad en la que este familiar ya no estará. Estas 5 etapas del duelo fueron propuestas por primera vez por Kübler-Ross en su libro de 1969 "On Death and Dying" donde, basado en su trabajo con pacientes en fase terminal, esta autora afirmó que luego de la muerte se inicia un proceso por el cual la gente lidia con esta pérdida.

Si bien como se menciona arriba, estas etapas no suceden en orden, sino que vamos y venimos de ellas hasta finalmente aceptar la muerte como un hecho inevitable de la vida, la clave de estas etapas es comprender cómo se produce este proceso de duelo y en qué etapa usted se encuentra.

Primera etapa: Negación.

La negación en el duelo se ha malinterpretado con los años, cuando estamos en la etapa de la negación, al principio podemos quedarnos paralizados o refugiarnos en la insensibilidad. La negación a menudo se concreta en un cuestionamiento de

nuestra realidad. ¿Es cierto? ¿Ha pasado realmente? ¿Es verdad que ya no está? Es similar a no poderse quitarse a alguien de la cabeza. La cuestión no es olvidarla, sino aprender a vivir con la pérdida. Las personas a menudo se descubren contando la historia de su pérdida una y otra vez, lo cual es una de las formas en que nuestra mente afronta los traumas. Es una manera de negar el dolor mientras intentamos aceptar la realidad de la pérdida. Cuando la negación remite, va siendo poco a poco sustituida por la realidad de la pérdida. Comenzamos a preguntarnos el cómo y el porqué. ¿Cómo ha sucedido?, podemos preguntarnos mientras repasamos las circunstancias. Dejamos de contar nuestra historia a los demás; ahora, volvemos la mirada hacia adentro para intentar encontrar una explicación. Exploramos las circunstancias que rodean la pérdida. ¿Tenía que suceder? ¿Tenía que suceder de esa forma? ¿Podría haberse evitado?

Segunda etapa: Ira.

Esta etapa se manifiesta de muchas formas: ira contra un ser querido por no haberse cuidado mejor o ira contra nosotros por no haber cuidado mejor de él. La ira no tiene por qué ser lógica ni válida. Podemos estar enfadados por no haber visto que esto iba a pasar y, cuando lo vemos, porque no se pueda hacer nada para evitarlo. Podemos estar enfadados con los médicos por su incapacidad para salvar a alguien tan importante para nosotros. Puede enojarnos que le haya podido pasar algo malo a alguien que tanto significa para nosotros. También puede enfadarnos que la persona nos haya abandonado y no haya pasado más tiempo con nosotros. Objetivamente, sabemos que ella no quería morir. Pero, emocionalmente, lo único que sabemos es que ha muerto. Esto no tenía que suceder, o al menos no ahora. Es importante recordar que la ira sólo aflora cuando nos sentimos lo bastante seguros como para saber que probablemente sobreviviremos, pase lo que pase. Al principio, el hecho de haber sobrevivido a la pérdida nos resulta sorprendente. Luego afloran más sentimientos y la ira suele situarse la primera de la cola conforme nos van invadiendo también la tristeza, el

pánico, el dolor y la soledad, con más intensidad que nunca. Estos sentimientos a menudo desconciertan a nuestros seres queridos y amigos, porque afloran justo cuando comenzábamos a funcionar otra vez a un nivel básico.

La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Tienes que estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecerte infinita. Cuanto más auténticamente la sientas, antes comenzará a disiparse y antes te curarás. Hay muchas otras emociones bajo la ira, lo cierto es que la ira no tiene límite. No sólo puede extenderse a nuestros amigos, los médicos, la familia, nosotros mismos y la persona querida que ha muerto, sino también a Dios. Podemos preguntarnos: «¿Dónde está Dios? ¿Dónde está su amor? ¿Su poder? ¿Su compasión? ¿Es ésta realmente su voluntad?». Es posible que no queramos que los demás nos hablen de los designios de Dios ni de sus misterios. Podemos decir: «Dios, mi marido ha muerto. ¿Eran éstos tus designios?». O «No quiero ningún misterio. Sólo quiero que vuelva. Siento que mi fe se tambalea y se desmorona». «No siento que me das, sino que me quitas». «Dios me ha decepcionado y mi fe se ha derrumbado con lo que nos ha hecho a mí y a mi ser querido». Es posible que estemos enfadados porque Dios no haya cuidado mejor de la persona que hemos perdido.

Tercera etapa: Negociación.

Antes de una pérdida, parece que haríamos cualquier cosa con tal de que no se lleven a la persona que queremos. «Por favor, Dios», pactamos, «no volveré a enfadarme con mi mujer nunca más si permites que viva». Después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. «¿Y si dedico mi vida a ayudar al prójimo? ¿Podré entonces despertarme y descubrir que todo esto ha sido sólo una pesadilla?». Nos extraviamos en un laberinto donde no hacemos más que repetirnos «ojalá...». O «¿y si...?». Queremos que la vida vuelva a ser como era; queremos que nuestro ser querido nos sea restituido. Queremos retroceder en el tiempo: encontrar antes el tumor, reconocer la enfermedad con más rapidez; impedir que el accidente suceda... ojalá, ojalá, ojalá. La negociación a menudo va acompañada de culpa. Los «ojalás» nos inducen a

criticarnos y a cuestionar lo que «creemos» que podríamos haber hecho de otra forma. Es posible que incluso pactemos con el dolor. Haremos cualquier cosa por no sentir el dolor de esta pérdida. Nos quedamos anclados en el pasado, intentando pactar la forma de librarnos del dolor.

En otros casos, la negociación puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a nuestra psique el tiempo que necesita para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan nuestras emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Nos permite creer que podemos restaurar el orden en el caos que nos rodea. La negociación cambia con el tiempo. Podemos comenzar pactando para que la persona querida se salve. Más adelante, podemos incluso pactar para morir en su lugar.

Cuarta etapa: Depresión.

Tras la negociación, nuestra atención se dirige al presente. Aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en nuestra vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado. Nos parece que esta etapa depresiva va a durar para siempre. Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. Nos apeamos del tren de la vida, permanecemos entre una niebla de intensa tristeza y nos preguntamos si tiene sentido seguir adelante solos. ¿Por qué tengo que seguir adelante? Se hace de día, pero a ti no te importa. Una voz en tu interior te dice que ha llegado la hora de levantarse, pero no te apetece hacerlo. Quizá no tengas una razón concreta. La vida parece no tener sentido. Salir de la cama puede suponer el mismo esfuerzo que escalar una montaña. Te sientes pesado y la acción de ponerse en pie requiere un esfuerzo del que tú careces.

A menudo, la depresión tras una pérdida se considera algo no natural: un estado que hay que solventar, algo que se debe desechar. Lo primero que debes preguntarte es si la situación en la que te encuentras es realmente depresiva. Cuando estamos en período de duelo, es posible que la gente se plantee

preguntas sobre nosotros, y nosotros sobre nosotros mismos. A pesar de ser normal, el profundo y oscuro sentimiento de depresión que acompaña al duelo, suele ser visto en nuestra sociedad como algo que conviene evitar. Por supuesto, una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento de nuestro estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso de la naturaleza para protegernos. Bloquea el sistema nervioso para que podamos adaptarnos a algo que sentimos que no podremos superar. Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. Cuando somos conscientes de que nos encontramos en una depresión o muchos amigos nos dicen que nos ven deprimidos, es posible que nuestra primera respuesta sea resistirnos y buscar una salida. Buscar una salida a la depresión es como entrar en el ojo de un huracán y dar vueltas dentro, temiendo que no exista una manera de salir de él. Por muy dura que sea, es posible manejar la depresión de forma paradójica.

Quinta etapa: Aceptación.

La aceptación suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de acuerdo con lo que ha pasado. No es eso. La mayoría de la gente no se siente bien o de acuerdo con la pérdida de un ser querido. En esta etapa, se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente. Nunca nos gustará esta realidad ni estaremos de acuerdo con ella pero, al final, la aceptamos. Aprendemos a vivir con ella. Es la nueva norma con la que debemos aprender a vivir. Ahora es cuando nuestra readaptación y curación final pueden afianzarse con firmeza, a pesar de que, a menudo, vemos y sentimos la curación como algo inalcanzable. La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse. Es posible que dejemos de estar enfadados con Dios; es posible que lleguemos a ser conscientes de las razones objetivas de nuestra pérdida, aunque nunca lleguemos a entenderlas. Los supervivientes empezamos a darnos cuenta, con gran pena, de que le había llegado la hora a nuestro ser querido. Por supuesto

que era demasiado pronto para nosotros, y es probable que también lo fuera para él. Quizá era muy mayor ya o sufría grandes dolores o una enfermedad grave.

La obtención de la aceptación puede ser sólo tener más días buenos que malos. A medida que volvemos a empezar a vivir y disfrutar de la vida, muchas veces pensamos que, al hacerlo, estamos traicionando a nuestro ser querido. Nunca podremos reemplazar lo que se ha perdido, pero podemos establecer nuevos contactos, nuevas relaciones importantes, nuevas interdependencias. En lugar de negar nuestros sentimientos, escuchemos nuestras necesidades; nos movemos, cambiamos, crecemos, evolucionamos. Podemos empezar a acercarnos a otros y formar parte de su vida. Invertimos en nuestras amistades y en nuestra relación con nosotros mismos. Empezamos a vivir de nuevo, pero no podremos hacerlo hasta que no le hayamos dedicado el tiempo correspondiente al duelo, (ROSS, 2008).

CAPITULO II. ADOLESCENCIA

2.1 ¿Qué es Adolescencia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Se ha documentado ampliamente en la literatura que en esta etapa se hacen presentes varias problemáticas como el uso de sustancias psicoactivas, los trastornos de la alimentación, la depresión, el aislamiento, el bullying y el embarazo adolescente (Niño, 2017).

Si bien ha habido evoluciones históricas y persisten diferencias interculturales, la idea de que la adolescencia no es una fase genérica del desarrollo y es un fenómeno limitado a sociedades complejas y desarrolladas ha sido cuestionada. La investigación transcultural cuantitativa de Schlegel (1991) sugiere que la adolescencia es una fase social que se encuentra en todas las culturas, así como en los primates terrestres. Hoy en día, el final de la adolescencia no está definido con claridad en las sociedades occidentales, industrializadas e individualistas. La pubertad se presenta antes de lo acostumbrado y, debido a que el periodo de educación que exige esta compleja sociedad es más largo que en épocas anteriores, la edad adulta llega más tarde (Ubillós, 2004).

UNICEF, en el Estado mundial de la infancia (2011), considera la adolescencia una época de oportunidades. Además, apunta la importancia de invertir en los adolescentes, en educación y capacitación, en participación y ciudadanía. Y es que, sobre el tema, hay que reposicionar la mirada, igual como hacemos hoy aquí, y tomárselo con un poquito más de humor. En la adolescencia, los grupos de pares son tanto o más importantes que los padres. Estos jóvenes pasan de depender de los adultos de su medio a presentar el inicio del poder de decisión,

cierta autonomía; además, eligen amistades y ya no se subordinan a los deseos ni a las normas familiares. Los amigos y las amigas ya no son compañeros de juegos, sino que adquieren una importancia relevante íntima. Mientras, la relación con los progenitores cambia, a veces, de manera un tanto dramática. Afloran el desafío, el conflicto y el desapego, y aparecen el rechazo, la rebeldía, el abandono, la lucha por la emancipación y la desidentificación. A veces, también surge una nueva capacidad de cercanía y vinculación, pues, aunque no lo demuestren, les importa mucho la opinión de sus progenitores, así como que acepten sus cambios (McConville, 2009, citado por Maria, 2014).

2.2Etapas de desarrollo del adolescente

Aunque el crecimiento y maduración sea un continuum, la adolescencia la podemos dividir en tres etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. Aunque este período puede ser tormentoso, la mayoría de los adolescentes y sus padres lo superan sin excesivas estridencias (Rivero & Fierro, 2005).

Según la SEPEAP (2021) Se suele dividir la adolescencia en tres etapas:

Adolescencia temprana: abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14, y se caracteriza fundamentalmente por el inicio de la pubertad, donde se producen los grandes cambios físicos, que afectan al crecimiento y maduración sexual.

Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años, caracterizada, sobre todo, por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere el grupo.

Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años, caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades propias de la edad adulta.

2.2.1 Adolescencia temprana

Según Piaget (1972) la adolescencia temprana va de 10-14 años, es el inicio de la pubertad, comienza la madurez física y el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal. Se le da mucha importancia a los amigos, se desarrolla una cierta independencia de los padres y los adolescentes pueden estar emocionalmente inestables.

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas (Rivero & Fierro, Cursos AIU, 2005).

2.2.2 Adolescencia media

Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable (Rivero & Fierro, Cursos AIU, 2005).

Según 7.^a Encuesta Nacional de Juventud (2012), el crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos. Sin embargo, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing pasan a ser muy importantes) y con su comportamiento (coqueteo). En este período se toma conciencia de la orientación sexual (¿Hacia quién me siento atraído sexualmente?) y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja (Gaete, 2015).

2.2.3 Adolescencia tardía.

Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. Existe gran interés en hacer planes para el futuro, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y las metas vocacionales se vuelven realistas. Idealmente el joven realizará una elección

educacional y/o laboral que concilie sus intereses, capacidades y oportunidades (Gaete, 2015).

2.3 Relaciones de pareja en la adolescencia

Las relaciones románticas se pueden definir como una serie de interacciones que ocurren a lo largo del tiempo y que se caracterizan porque a) involucran a dos individuos que reconocen algún tipo de vínculo entre sí, b) son voluntarias, c) existe algún tipo de atracción basada en la apariencia física, características de personalidad, la compatibilidad de intereses o habilidades, d) implican manifestaciones de compañerismo, intimidad, protección y apoyo (Brown, Feiring, & Furman, 1999).

Los adolescentes tienen relaciones sentimentales más breves porque la adolescencia es una etapa en la que se busca vivir muchas experiencias diferentes. No tiene que ver con que sean capaces de amar profundamente. Es una época de descubrimiento, donde las relaciones se basan sobretodo en la atracción física y en disfrutar (Sumell, 2017).

A través de los primeros encuentros que se dan en esta etapa de la adolescencia, en un primer momento predominan los sentimientos de simpatía y por el otro la consolidación de una relación con características de amistad, pero la atracción física, erótica, juega un papel fundamental y luego de las primeras expresiones físicas, como pueden ser los besos y caricias, el contacto físico queda en un primer plano (Fierro, Garcia, Marti, & Onrubia, 2005).

Sumell (2017), explica que la adolescencia como etapa de transición entre la infancia y edad adulta, los adolescentes quieren tener comportamientos propios de adultos, pero sin los recursos suficientes. Los cambios hormonales son constantes y viven de forma muy intensa, tanto lo bueno como lo malo. Se produce una cierta incongruencia y una gran variación en las opiniones: lo que es válido hoy ya no vale para mañana. También se produce una cierta

inestabilidad y se puede pasar del llanto a la risa con facilidad. Los adolescentes lo viven todo con pasión, incluidas las relaciones de pareja.

El amor, en palabras de Bauman (2005) es líquido, fluye y está en constante cambio. Esta descripción del amor en la sociedad postmoderna, según el autor, implica una construcción de las relaciones sobre la base del individualismo y la superficialidad de la sociedad capitalista. Las relaciones en la era de internet se convierten en conexiones donde el individuo se pierde, los valores están ausentes, son volubles y líquidos. En este contexto nos hacemos vulnerables frente a la facilidad y superficialidad de las relaciones que ofrece el acceso a las redes sociales. Estas “relaciones virtuales están provistas de las teclas suprimir y spam que protegen de las pesadas consecuencias (sobre todo, la pérdida de tiempo) de la interacción en profundidad” (Bauman, 2011).

El desarrollo de las relaciones románticas es generalmente un proceso gradual de experimentación. Este sigue una secuencia que se inicia en las relaciones casuales y termina en relaciones mucho más estables y duraderas (Miller & Benson, 1999).

2.3.1 Etapas en una relación de pareja

Durante los periodos de adolescencia y juventud, los seres humanos atravesamos por varios cambios a nivel físico, biológico, psicológico y social. Al mismo tiempo, iniciamos relaciones interpersonales que marcarán de manera importante dicho proceso. Entre éstas se encuentra el noviazgo, que generalmente es fuente de felicidad y satisfacción para cada uno de sus integrantes. En este sentido, la comunicación y la comprensión de una pareja son esenciales para el desarrollo personal y social (Becerril, 2001).

Para que una relación funcione, tiene que haber un sentimiento real y de deseo de parte de los dos en la pareja, algunos autores consideran los siguientes aspectos como parte importante de una relación duradera:

Atracción: Puede ser física, emocional o intelectual.

Enamoramiento: Es la fantasía, sentimiento e ilusión hacia la persona que te gusta. La etapa que a todas nos encanta vivir. Esta etapa se caracteriza por incluir emociones fuertes. Parecería ser que todos tus sentidos se afinan y que cada palabra, mirada y caricia es más profunda y especial que nunca antes. Durante esta etapa, ambos se concentran en descubrir en el otro aquellas características que encuentran positivas. No es bueno dejarse cegar por el enamoramiento, pero está bien concentrarse por un momento en lo positivo. Porque en esta etapa de la relación de pareja tu cerebro produce más bienestar que antes. Tal y como lo señalan los estudios de la doctora y codirectora de la clínica de bienestar sexual Patricia Mumpy, es inevitable sentirse bien al estar enamorados. Todo porque tu cerebro produce y libera químicos que te den la sensación de satisfacción. Lo curioso es que no son solo los químicos de tu cerebro lo que aporta en esta etapa de la relación de pareja. Al sentirte bien tienes inmediatamente una mejor actitud. Así, tu percepción y reacción ante las situaciones normales es también mucho más positiva.

La vinculación: Esta etapa de la relación es también conocida como la etapa en la que la relación real se genera o como la etapa de conocimiento. Y es que, pasado la ilusión del enamoramiento, las parejas se presentan unas a otras más reales y humanas. Durante esta etapa de la relación, las personas conocen también aquellos aspectos en los que no están de acuerdo. Y las diferencias pueden ser muy grandes e inaceptables o tolerables y compatibles.

Razonamiento o desilusión: Descubres los defectos de esa persona, y puede llegar a quitarte la ilusión que tenías, pero razones y lo que realmente te gusta de ella para salvar esa ilusión. También esta etapa se supera con la comunicación.

Amor verdadero: La pareja se ama, se aceptan como son, y deciden compartir sus sentimientos del uno al otro.

Convivencia: Si la relación se mantuvo positiva durante la etapa de vinculación, llegarán entonces a la etapa de la convivencia. Esta etapa de la relación puede ser también la más hermosa porque la pareja aprende a amarse en el día a día.

También puede convertirse en un tormento si ambos construyen una situación concentrada en definir poderes.

Adaptación: Aunque esta etapa de la relación es nombrada como adaptación, se trata más bien de una readaptación. Es un momento en el que la pareja se ve a sí misma y analiza el resultado de las decisiones pasadas. Para este momento ya compartieron muchas experiencias y vivieron juntos el resultado de las mismas. Ahora la pareja debe verse nuevamente, conocer en lo que se convirtieron y descubrir aquello que aún desean ser y hacer. El problema de esta etapa de la relación es llegar a ella pensando que ya no hay más que hacer.

2.3.2 Ruptura Amorosa

Durante los periodos de adolescencia y juventud, los seres humanos iniciamos relaciones interpersonales que marcan de forma considerable estos periodos generalmente, una de las relaciones más importantes durante esta etapa, es la de noviazgo, ya que permite al individuo, en términos ideales, cubrir necesidades que son esenciales para el desarrollo personal y social tales como la comunicación, el cariño, la confianza y la comprensión (Becerril, 2001).

Las relaciones de pareja pueden llegar a un momento de quiebre que puede generar crisis en la persona, ya que al finalizar la relación se experimenta un proceso de duelo, generando diversas dificultades en la vida de cada individuo. Luego de esta ruptura, una de las principales crisis está relacionado con la respuesta emotiva, la cual denota el inicio del proceso de duelo (García, 2014).

El impacto de la ruptura puede estar moderado por determinadas características individuales y sociales que han demostrado estar relacionadas con la precipitación, exacerbación y mantenimiento de los problemas emocionales y conductuales derivados de un evento estresante o traumático (Barajas & Del Castillo, 2017).

Jaramillo (2015) afirma que una experiencia de ruptura amorosa trae por consecuencia signos y síntomas que están caracterizados por ciertas sensaciones físicas, tales como falta de energía, hipersensibilidad al ruido, sequedad en la boca y despersonalización. Asimismo, presentan emociones de dolor, nostalgia, rabia, soledad, impotencia, depresión, angustia y celos; de la misma forma pensamientos de la incredulidad, anhelo de seguir con la relación y preocupación; de la misma forma, presenta comportamientos relacionados con el aumento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas.

Así mismo Boss afirma que en la ruptura amorosa el individuo está presente físicamente, pero psicológicamente ausente, donde supone a la anterior pareja como inalcanzable a pesar de estar muy presente en el mismo contexto social (citado por García, 2014).

En el ámbito cognitivo, perciben falta de interés en actividades que disfrutaba, pensamientos negativos, olvidos frecuentes, pensamientos recurrentes sobre la persona, entre otros. En cambio, que en el aspecto afectivo, existen sentimientos de tristeza, culpa, rabia, desesperanza, entre otros (García, 2014).

Factores que influyen en la pérdida de pareja

Superar una ruptura de pareja es un tema complicado. Cada persona es un mundo y no todos vivimos de la misma forma una situación de separación. Hay muchos factores a tener en cuenta a la hora de enfrentarnos a este reto:

- El tiempo que ha durado la relación.
- La implicación de cada miembro de la pareja.
- La forma más o menos brusca en que ha terminado la relación.
- El tipo de final de la misma: si ha sido de mutuo acuerdo o ha sido de forma traumática.
- Si alguno de los miembros se ha sentido engañado, o maltratado física o psicológicamente.

Pero aceptando la complejidad del tema, podemos afirmar que en toda ruptura hay ciertos puntos en común. En todas las separaciones existen generalidades, que podemos abordar para poder superar una ruptura de pareja de forma sana.

Dada la importancia que tiene este tipo de relación para los jóvenes, su disolución puede ser una fuente importante de estrés, dolor, tristeza y malestar general debido a que trastoca la salud física y mental del individuo y la manera en que influye dicho apego, o bien la ruptura de este lazo, durante la adolescencia y la vida adulta. Hoy, la teoría del apego es útil para explicar la dificultad ante un rompimiento afectivo que tienen los jóvenes con un estilo de apego ansioso, en comparación con aquellos con un apego seguro, quienes son más propensos a buscar apoyo social para hacer frente a la pérdida (Davis, Shaver y Vernon, 2003). Sbarra (2006) apoya estos hallazgos al reportar que aquellas personas con un estilo de apego ansioso tienen más dificultad para superar la tristeza y aceptar que la relación ha terminado.

Además, al momento del estudio, las personas con tal estilo de apego continuaban sumamente enamoradas de sus exparejas, hacia las cuales manifestaban fuertes sentimientos de enojo. Asimismo, Spielmann, MacDonald y Wilson (2009) examinaron los estilos de apego desplegados hacia la expareja en un grupo de jóvenes que habían atravesado recientemente por una ruptura, encontrando un interesante resultado: aquellos individuos con estilo de apego ansioso que aún no iniciaban una nueva relación mantenían un fuerte y significativo apego emocional hacia su expareja, en comparación con quienes tenían un estilo de apego seguro. Sin embargo, en el caso de los que ya habían comenzado una nueva relación, no hubo diferencias significativas respecto al apego hacia la expareja entre los sujetos que mostraban dichos estilos, lo que pone de relieve el efecto que puede tener el hecho de empezar una nueva relación sobre la recuperación tras una ruptura amorosa. Por su parte, Agregar referencia (1973) se interesó en explicar los patrones de interacción que existen en torno al amor, esto es, las formas de amar que despliegan los individuos. Basándose en una extensa evidencia empírica, dicho autor desarrolló la teoría de los estilos de amor, en la que explica que no nacemos con una preferencia particular de demostrar amor, sino que la

misma se va formando a través de las experiencias personales y la historia de vida, por lo que un mismo individuo puede demostrar diferentes estilos de amor con cada pareja a lo largo de su vida.

2.4 ¿Cómo experimentan los adolescentes la depresión?

En la adolescencia la depresión del tono del humor se presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales particularmente impactantes (crisis de llanto, desesperación, rabia), otras veces con actitudes marcadamente inhibidas (cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales); en otros casos, puede estar “enmascarada” por trastornos psicósomáticos o por una serie de conductas riesgosas (tóxico dependencia, búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino).

Todas estas formas pueden aparecer y evolucionar a veces de manera engañosa y gradual (por ejemplo, a través de una disminución del rendimiento escolar, o una modificación del comportamiento alimenticio), pero muy frecuentemente aparecen de manera crítica e imprevista y se caracterizan por oscilaciones intensas y rápidas (Nardi, 2004).

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner,H.; Glaser,D.; Malmquist,C.P.) Toolan,M.(1.996) sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias , faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1.956. De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.

2.4.1 Síntomas propios de la adolescencia

La mayoría de los especialistas en el tema, están de acuerdo a la hora de describir los síntomas de la depresión propios de los adolescentes:

- Aumento o descenso de peso.
- Hipo o hipersomnia
- Disminución del rendimiento académico.
- Problemas de atención y dificultad de concentración.
- Anergia (pérdida o ausencia de energía)
- Agitación motora o enlentecimiento.
- Ausencia de motivación.
- Estado de ánimo deprimido. Baja autoestima.
- Evitación de actividades lúdicas.
- Interacción social y familiar disminuida.
- Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Actividades autodestructivas.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad.

2.4.2 Síntomas dependientes de edad, cultura y sexo

Parece que las cifras apoyan la teoría de que los síntomas melancólicos se dan más en personas de edad más avanzada, mientras que los síntomas atípicos se presentan en personas más jóvenes.

La edad de inicio también apoya esta dirección, puesto que la edad de inicio en las depresiones mayores se sitúa en torno a una media de 40 años, iniciando el trastorno entre los 20 y los 50 años un 50% de los sujetos. La depresión bipolar

por el contrario, posee un inicio más temprano con una edad media de inicio de 30 años y con casos registrados desde los cinco años hasta los cincuenta según Kaplan,H. & Sadock,B. (1996).

En lo que concierne al sexo, el trastorno depresivo mayor único o recidivante, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, tanto en adolescentes como en adultos, sin existir relación aparente con raza, nivel de estudios o estado civil : Vallejo Ruiloba, J.& Homon,J. (2006). Los episodiosmixtos parecen ser más frecuentes en varones que en mujeres.

En lo que respecta a factores culturales, la depresión en general, posee diferentes expresiones sintomáticas dependientes de la cultura. En las culturas latinas y mediterráneas por ejemplo, aparecen quejas de “nervios y cefaleas”, mientras que estas quejas en las culturas Asiáticas, se centran más en problemas de debilidad o cansancio o incluso de falta de equilibrio.

En cuanto a la población inmigrante, parece que existen una serie de circunstancias que actuarían como factores de riesgo:

- Desarraigo familiar.
- Aglomeraciones en las viviendas.
- Condiciones laborales con jornadas agotadoras.
- La salud mental de las personas jóvenes.
- Contextos xenófobos circundantes.
- Riesgo de suicidio en el adolescente (Alonso, 2009).

CAPÍTULO III. MÉTODO

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir el nivel de depresión que genera la separación en parejas adolescentes de 15 a 18 años.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de Depresión en hombres y mujeres.
- Especificar los cambios en los hábitos de sueño y apetito

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la depresión se pueden presentar sentimientos de gran tristeza que duran mucho tiempo. Con frecuencia, estos sentimientos son lo suficientemente graves como para afectar a su vida cotidiana y pueden durar semanas o meses, en vez de unos días.

Es poco frecuente que la depresión se deba a una causa solamente. Generalmente, varias causas se combinan para desencadenar la enfermedad.

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, en los adolescentes, una población que muestra conductas de riesgo, de alta vulnerabilidad, especialmente de aquellos que se ocultan en las multitudes con un estado emocional de tristeza o autoestima baja (López, 2017).

En la vida adolescente, tienen lugar varias transformaciones que producen desorientación en diferentes aspectos. En general, se suele hablar de problemas, pero aquí preferimos hablar de conflictos y, en ocasiones, de cambios (Fernández Poncela, 2014).

Las relaciones en la etapa de la adolescencia adquieren la mayor importancia, pues el adolescente está muy ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de los mismos, por esta situación pueden ser difíciles, el adolescente se encuentra en una etapa donde la madurez emocional no ha alcanzado un buen equilibrio, la pérdida de una pareja puede llevarlo a situaciones difíciles, muchas veces un tanto peligrosas.

Bajo lo dicho la interrogante de interés en esta investigación se plantea de la siguiente manera ¿cuál es el nivel de depresión que genera la separación en parejas adolescentes de 15 y 18 años de la escuela preparatoria oficial no. 194?

TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, ya que son estudios convencionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno de estudio en condiciones naturales en la realidad. A su vez sabemos que pueden ser clasificadas en transversales y longitudinales (Salinero, 2017).

VARIABLES

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad, y que puede ser transitorio o permanente, Beck, 2006 citado en (Moral de la Rubia, 2013).

Definición Conceptual

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Definición Operacional

Para medir el nivel de depresión se utilizó El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, en Estados Unidos, con una estandarización para México en el 2007 realizada por González y Landero.

El constructo evaluado es la depresión, a través de 21 ítems su interpretación se basa habitualmente en unos criterios o puntuaciones de corte que definen

diferentes categorías o niveles de gravedad de sintomatología depresiva propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Moral de la Rubia, 2013).

Adolescencia

Entre las varias definiciones sobre la adolescencia, quizás la de Erik Erikson (1972) destaque más la parte de búsqueda de identidad, la identidad del yo quiénes somos, cómo nos adecuamos a la sociedad y qué queremos hacer en la vida, entre los 12 y los 20 años de edad. Se crea un sentimiento de continuidad, cohesión interior, sentido de seguridad y adecuación, organización en el tiempo y en el espacio, apreciación emocional, intercambio interpersonal, enfrentamiento a diversas situaciones, aprendizaje sobre la vida, interés sexual, integración al grupo de pares, valoración y participación social, desarrollo profesional, además de autoimagen social (Fernández, 2014).

POBLACIÓN

La población utilizada para este proyecto de investigación es la de la Escuela Preparatoria Oficial No. 194, con una población de 130 alumnos con un rango de edad de entre los 15 a 18 años, se encuentra ubicada en la comunidad de El Estaco que pertenece al Municipio de Luvianos, Estado de México.

MUESTRA

En este caso de la población general solo se seleccionaron a 40 adolescentes de los cuales 21 son hombres y 19 mujeres de la Escuela Preparatoria Oficial No. 194 que tengan una edad de 15 a 18 años y que hayan tenido una ruptura amorosa, esto es significativo para la investigación ya que algunos autores difieren en el inicio de la adolescencia, 15 años no es una edad donde inicia la adolescencia, pero si donde las relaciones amorosas son tomadas mayormente en cuenta y 18 años el margen para estar en preparatoria, y el que hayan tenido una ruptura amorosa ayudara a identificar si el adolescente está pasando por una depresión, si esta propenso a pasar por ella o si de alguna manera presenta algunas características de ella.

INSTRUMENTO

El Inventario de Depresión de Beck BDI

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. El instrumento se diseñó para valorar la depresión y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Posteriormente en el año 2007 González y Landero realizaron una Con una estandarización para México.

Está integrado por 21 ítems, cada uno se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas. Para la interpretación se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

La puntuación obtenida se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inusual.

Obteniendo así una fiabilidad de alfa de cronbach de 0.87 (Moral de la Rubia, 2013).

CAPTURA DE INFORMACIÓN

El desarrollo de esta investigación se inició con un proceso formal y necesario para la recolección de datos; se acudió a la Escuela Preparatoria Oficial no. 194, debido a que la muestra fue aleatoria se eligieron al azar a los jóvenes a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), el cual permite tanto la aplicación individual como grupal, por lo que se optó por la aplicación grupal con la finalidad de obtener datos más verídicos sobre los niveles de depresión de los estudiantes. Dando a conocer que la información brindada sería utilizada solo para fines académicos, una vez obtenido su consentimiento informado se procedió a la aplicación formal, indicando lo siguiente. “El presente cuestionario está integrado por una serie de ítems los cuales deberán analizar y reflexionar para poder contestar de la manera más sincera. Se determinó un tiempo de 15-20 minutos para poder contestarlo.

Para lograr obtener resultados más verídicos sobre los niveles de Depresión se optará por realizar algunas observaciones al momento de la aplicación con la finalidad de identificar algunos rasgos de los adolescentes y así poder determinar rasgos más específicos para obtener resultados más certeros sobre los Niveles de Depresión.

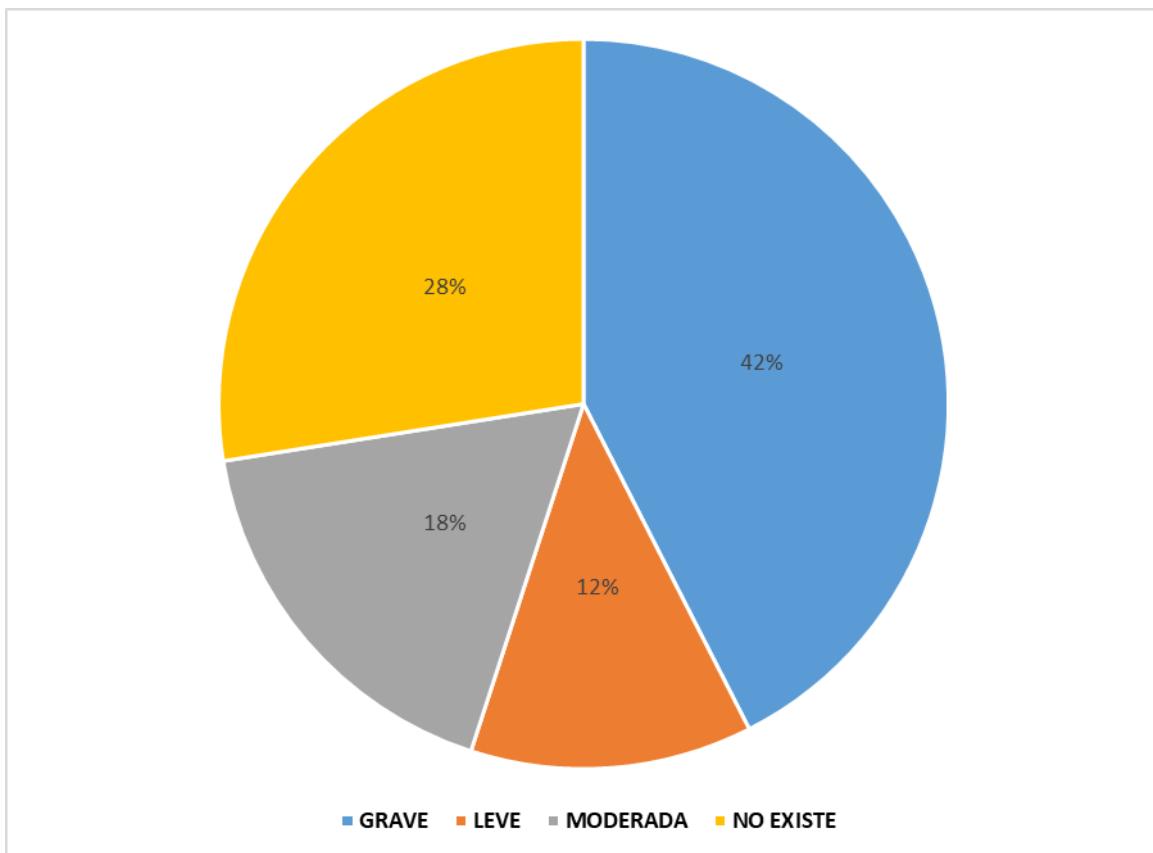
PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez aplicado el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) la información fue procesada a través de la estadística descriptiva de forma cuantitativa mediante un vaciado de datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0, ya que es un informático usado en las ciencias sociales obteniendo medias, frecuencias y porcentajes, los resultados obtenidos fueron representados mediante gráficas.

RESULTADOS

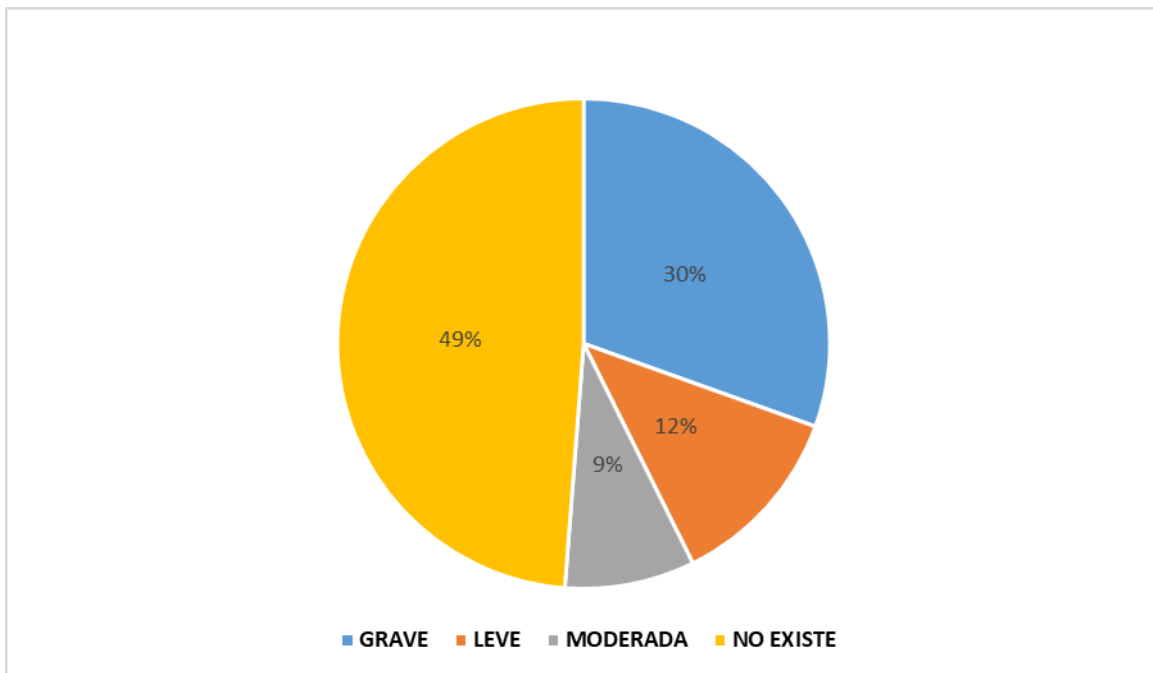
Los resultados obtenidos de la presente investigación se representaron de manera gráfica de acuerdo a los objetivos planteados para el desarrollo de la misma, así mismo se incluye una descripción general.

Figura 1. Nivel General de Depresión



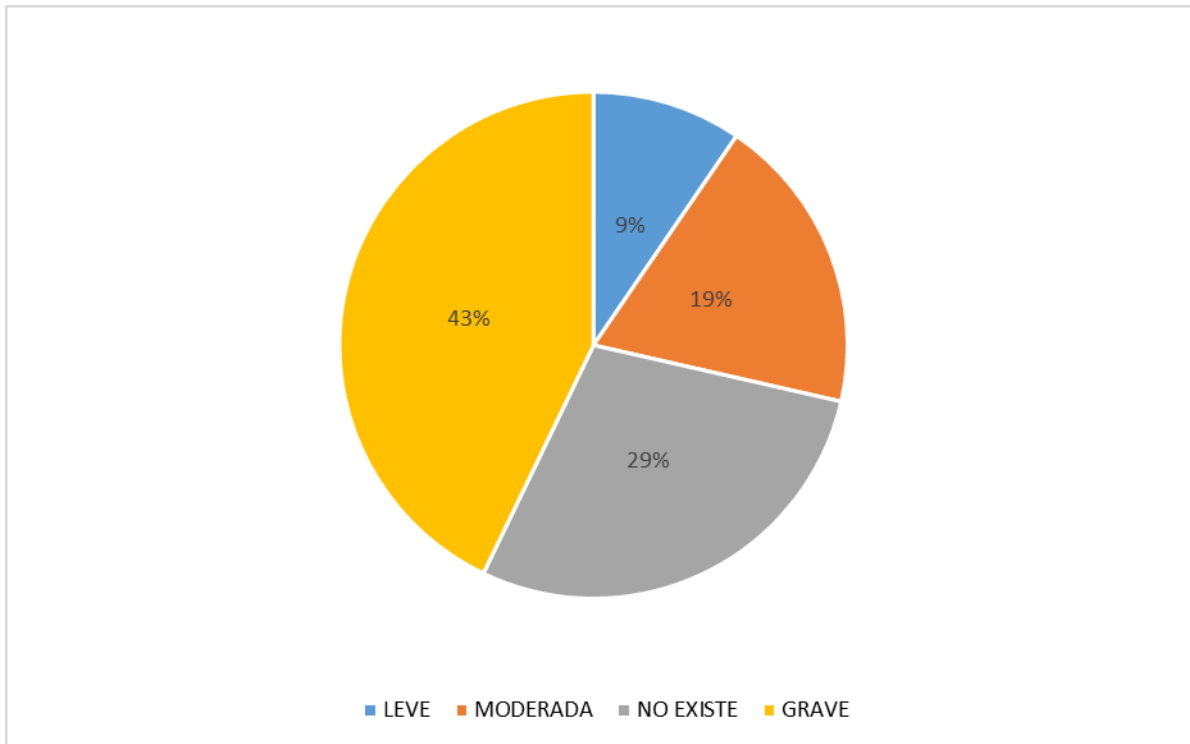
En la figura 1. Nivel general de depresión el 42% de los adolescentes presentan un nivel grave, el 12% un nivel leve, el 18% presenta un nivel moderado, el 18% presenta un nivel y el 28% de los adolescentes no presenta depresión.

Figura 2. Nivel de Depresión en Hombres



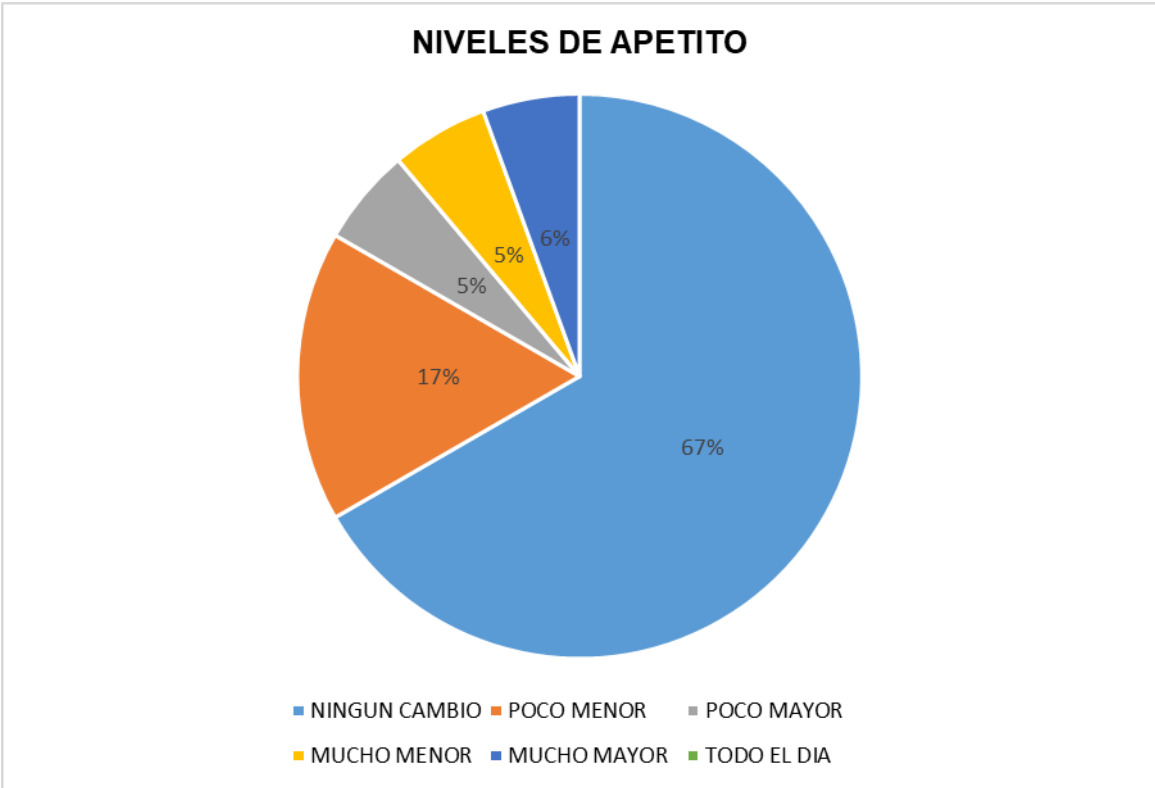
La figura 2 muestra el nivel de depresión que presentan los adolescentes hombres en la ruptura de parejas. Se observa que el 30%. El 12% presenta un nivel leve de depresión. El 9% presenta un nivel moderado y el 49% de los adolescentes hombres no presentan depresión.

Figura 3. Nivel de Depresión en Mujeres



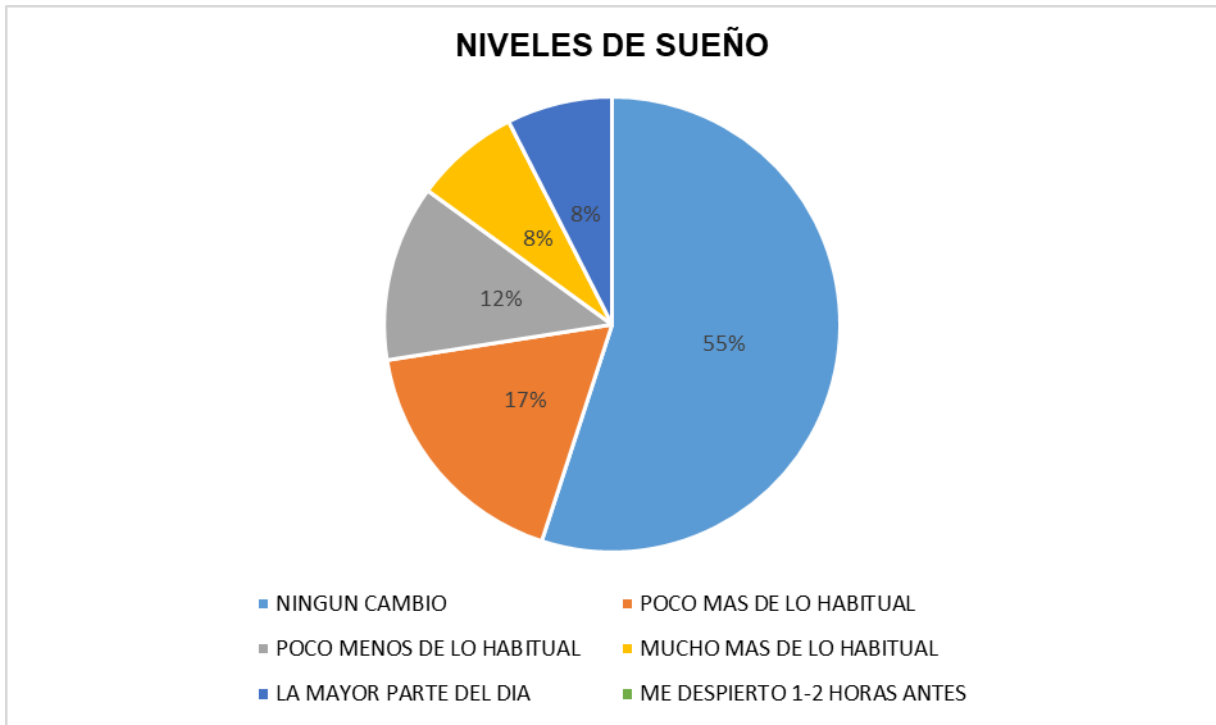
La figura 3 muestra el nivel de depresión que presentan las mujeres ante una ruptura amorosa, el 43% de las mujeres presenta un nivel alto de Depresión, el 19% presenta un nivel de depresión moderado, el 9% de las mujeres presentan un nivel leve, esto indica que a pesar de la situación no les afecta en las actividades de su rutina de vida, puede ser que ya hayan pasado por una o más rupturas amorosas.

Figura 4. Niveles de Apetito



La figura 4 muestra los niveles de apetito que presentan los adolescentes de manera general, el 67% no presenta ningún cambio en cuanto a su alimentación, el 17% de los adolescentes presenta cambios un poco menor de lo habitual en su alimentación, el 6% presenta cambios mucho mayor de lo habitual, el 5% presenta pequeños cambios en cuanto a su alimentación, pero son datos alarmantes.

Figura 5. Niveles de Sueño



La figura 5 muestra el nivel general de hábitos de sueño que presentan los adolescentes, se puede observar que el 55% de los jóvenes no muestra ningún cambio en los hábitos de sueño, el 17% presenta cambios un poco más de lo habitual, el 12% presenta cambios poco menos de lo habitual y el 8% presenta cambios en cuanto a los horarios de dormir, puede deberse a distintos factores pero no son datos alarmantes.

DISCUSIÓN

La depresión es considerada como una emoción estrechamente unida a la tristeza y resultado de una sensación de indefensión sobre la restauración de una vida que valga la pena después de una pérdida importante (Lazarus, 2000 citado en Berumen, 2011).

La presente investigación tuvo como propósito Identificar los niveles de Depresión que genera la separación en parejas adolescentes de 15 y 18 años de la escuela preparatoria oficial no. 194. Sobre todo se pretendió describir los principales factores a tomar en cuenta para determinar si un adolescente presenta indicios depresivos. Para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo, lo que permitió determinar la variable de estudio.

Al tener México una mediana de edad de 22 años, es un país joven; por lo tanto el estudio de la depresión se vuelve crucial para nuestro país; la adolescencia es una etapa en la que es importante definir la formación académica, inicio de la vida profesional u ocupacional, comienzo de la vida sexual y la elección de pareja; así que por lo anterior merece la atención, pues padecer depresión puede traer consecuencias que marcaran e influirán en las decisiones anteriormente expuestas.

Las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia, quedan con vulnerabilidad lo cual se manifestará con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. De acuerdo con estudios longitudinales se afirma que los síntomas depresivos que se experimentan en la adolescencia, predicen problemas del mismo tipo para la etapa adulta (Garber, 1988 en Santrock, 2004).

De los resultados obtenidos de esta investigación se puede deducir que la muestra de estudio si presenta niveles depresivos importantes, esto puede estar directamente relacionado con los cambios a los que se enfrentan en esta etapa de la adolescencia aunado a eso asimilar el rompimiento de un noviazgo, principalmente cuando se trata del primer novio o novia.

La adolescencia es uno de los aspectos más difíciles del desarrollo humano ya que afecta profundamente lo emocional. Durante este tiempo el joven lucha por encontrar un YO y un lugar en la sociedad. Todos los cambios físicos, hormonales, cognitivos, morales y por supuesto psicológicos, interaccionan y provocan, en ocasiones, conductas que nos cuesta muchísimo comprender, como adultos, dada la gran inestabilidad emocional existente.

Las relaciones de los adolescentes son visualizadas habitualmente por los adultos como experiencias sin mayor importancia; sin embargo, para el adolescente son en extremo marcadoras y colaboran directamente con la construcción de la identidad y en su maduración afectiva.

García (2013) señala que las rupturas de parejas es una de las experiencias más dolorosas, traumáticas, amargas que las personas pueden sufrir a lo largo de toda su vida.

En la edad adolescente pueden o no afectar por un largo periodo, sin embargo en algunos casos si puede afectar de manera gradual, tal es el caso de esta investigación donde los resultados arrojaron que los adolescentes si presentan niveles importantes de depresión principalmente en el caso de las mujeres.

Una de las relaciones más importantes para el ser humano es la de pareja, por lo que su disolución puede ser una fuente de estrés y malestar general, llegando incluso a trastocar la salud física y mental del individuo. Diversas investigaciones han encontrado una relación significativa entre una ruptura amorosa y altos niveles de depresión, ansiedad e incluso, consumo de sustancias, especialmente en las primeras experiencias amorosas. Existe evidencia del papel mediador preponderante que juegan determinadas características individuales y sociales en la precipitación, exacerbación y mantenimiento de los problemas emocionales y conductuales derivados de un evento estresante o traumático, (Barajas, 2017).

La ruptura amorosa es un tipo de duelo ambiguo que suele ser muy común en la vida de las personas, donde se experimentan estados afectivos y cognitivos negativos, como también se presentan conflictos en las relaciones sociales del entorno íntimo de la persona (Boss, 2001).

De manera general en este estudio los resultados obtenidos son de la siguiente manera: el 42% de la muestra en general presentó niveles de Depresión Grave, puntuando el porcentaje entre hombres y mujeres se encontró que de la muestra general un 49% de los hombres no presenta niveles Depresivos y en las mujeres el 43% presenta niveles graves de Depresión.

En México, el número de jóvenes entre 12^a y 24 años con depresión es de aproximadamente 2.5 millones, y 9.9 de cada 100 mil ha tenido ideas suicidas. La ansiedad y la depresión son los principales padecimientos que se enfrentan en esta etapa de la vida, por lo que se les debe poner especial atención. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2016 en los jóvenes de 20 a 29 años se presentan las tasas más altas de suicidios. Entre las causas que se presentan en este grupo de población se encuentran los problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, el abuso de alcohol y drogas, entre otras, intensifican la búsqueda del suicidio (Enfermedades, 2017).

En un estudio realizado se encontró que las chicas mostraron más síntomas de ansiedad y de sensibilidad a la ansiedad en comparación con los chicos, así como un aumento significativo en el nivel promedio de depresión. Los análisis de regresión revelaron que la dimensión relacionada con las preocupaciones físicas de la sensibilidad a la ansiedad, el sesgo atencional positivo y, en menor medida, el sesgo atencional negativo se asociaban al desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos después de un año, citado en (Mancipe, 2019).

Al igual que en otros estudios este demostró que las mujeres son más propensas a pasar por periodos de tristeza más frecuente los cuales pueden convertirse en lapsos depresivos, estos pueden llevar a la personas que están pasando por esta crisis a dormir poco, comer poco, alejarse de sus amigos y familiares. Incluso el lapso depresivo puede ser tan grave que puede generar ideas de suicidio.

Según Arriaga y Ruíz (2010) manifiestan que la pérdida de una persona amada entraña una de las experiencias más penosas y disruptivas para el ser humano. El intenso dolor genera un estado de perplejidad, en el que toda su energía se vuelca sobre el objeto que perdió.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo indican que de un total de 40 estudiantes de la escuela preparatoria oficial No. 194, el 42% presenta un nivel grave de Depresión, por lo que estamos frente a una población que requiere atención prioritaria ya que es un caso de salud mental que puede ser desencadenante y afectar a toda una población infanto-juvenil en desarrollo (López, 2017).

El estado de ánimo depresivo es el tipo más común durante la adolescencia, se ha visto que los adolescentes tienen tasas más altas de esta manifestación de la depresión, que los adultos o los niños (Compas, 1998 en Jeffrey, 2008). Se ha comprobado que este tipo alcanza su punto más alto en la adolescencia media, entre los 15 o 17 años aproximadamente (Jeffrey, 2008).

Se observa que en este grupo de adolescentes ya se reporta en gran porcentaje los síntomas depresivos, lo que es consistente con lo encontrado por Benjet (2007), nos dice que no es una problemática exclusiva de los adultos pues cada vez se encuentran más datos que confirman que debe estudiarse en otros grupos de edad, pues aparece cada vez a más temprana edad. La importancia de tener una visión global de ésta en la población adolescente, estriba en que esta etapa se considera de suma importancia dada los cambios a nivel físico, cognitivo y psicológico además de las decisiones que se toman regularmente en la misma, como pueden ser la elección de carrera lo cual puede influir sobremanera en la vida futura profesional y emocional de una persona (Gonzalez, 2015).

CONCLUSIÓN

De acuerdo con a la investigación de Nivel de Depresión que genera la separación en parejas adolescentes de 15 y 18 años de la escuela preparatoria oficial no. 194, se puede concluir que:

Los Niveles de Depresión que presentan son un poco elevados ya que el 42% de la muestra general obtuvo niveles graves de Depresión, por lo que es importante realizar investigaciones más profundas a los adolescentes para identificar específicamente cuales son los adolescentes que requieren atención especializada para superar de manera adecuada esta situación depresiva por la cual están pasando.

La adolescencia es una etapa de desarrollo humano aceptada por todos, que no significa sólo el tránsito de la niñez a la adultez, sino que en su devenir sobrevienen diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan la edad. Sin embargo con las orientaciones adecuadas los jóvenes pueden pasar por esta etapa sin mayores complicaciones, dichas complicaciones pueden afectar en primera instancia la salud física y emocional del adolescente y en segundo término a familiares y amigos.

Un factor importante que influye en los resultados obtenidos en esta investigación se debe a que la muestra a quien se le aplicó el instrumento son adolescentes que hayan pasado por una ruptura de noviazgo, se valoró la manera en cómo influye este aspecto en los adolescentes sobre todo por todos los cambios físicos y emocionales por los que están pasando los jóvenes.

SUGERENCIAS

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación es importante identificar las áreas de oportunidad en las cuales se puede de trabajar con los jóvenes ya los niveles de Depresión obtenidos son muy un poco elevados. Es importante mencionar que para diagnosticar a una persona con depresión se debe realizar un proceso psicológico, entrevistas y pruebas para dar un resultado concreto, sin embargo con esta prueba aplicada se encontraron algunos rasgos generales en cuanto a los niveles depresivos por lo que es importante seguir las siguientes recomendaciones:

- Motivarlos a ejercer buen uso de su tiempo libre en actividades placenteras sanas y de aprendizaje.
- Enseñarles a identificar y manejar la ansiedad.
- Mantener siempre una buena comunicación con los hijos, agregando un espacio para el diálogo y convivencia con ellos fuera de las actividades laborales y del hogar.
- Mostrar interés en sus gustos y actividades.
- Saber cuáles son sus actividades a lo largo del día.
- Conocer a sus amigos y compañeros con quienes pasan gran parte de su tiempo.
- No establecer diferencias entre sexos, es decir, por ser mujer u hombre se otorguen permisos, concesiones o afecto.
- Ser congruentes enseñando con el ejemplo.
- Se recomienda a la institución educativa realizar talleres con padres de familia para que conozcan sobre las principales características de la Depresión y así ellos también puedan detectarlo y ayudar a sus hijos.
- Se recomienda realizar investigaciones que continúen profundizando sobre el tema de la depresión.

- Hablar constantemente con los jóvenes sobre las relaciones amorosas en esta etapa adolescente. Para que comprendan que aunque sea una primera ilusión, no es una decepción para toda la vida.
- Respetar los espacios y privacidades de los jóvenes, para que así logremos generar un lazo de conexión más afectivo.
- Realizar estudios en donde se profundice en casos específicos acerca de la correlación entre depresión y ruptura amorosa, así como la sintomatología y factores respectivamente.
- Continuar con nuevas investigaciones en las que se analicen los factores de riesgo de depresión en este tipo de poblaciones.
- Crear y mejorar programas de prevención e intervención de la depresión en poblaciones universitarias.

REFERENCIAS

- (Branden. (1995). *Desarrollo de la autuestima*.
- Enciclopedia de clasificaciones*. (2016).
- Alarcón Terroso, R. S. (2010). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS*.
- Antonuccio. (1989).
- Ayala, D. A. (2012). *Adolescencia Manual Clínico*. Paraguay: Asunción, Paraguay.
- Barajas. (2012). *Scielo*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242800010.pdf>
- Barajas Márquez, M. W., & Cruz del Castillo, C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 342-352.
- Barajas, M. W., & Del Castillo, C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes factores relacionados con su impacto. *Enseñanza e Investigación en Psicología vol 22*, 342-352.
- Bauman, Z. (2011). *44 cartas desde el mundo líquido*. Barcelona: Paidós.
- Becerril, D. (2001). Relaciones de pareja. *Revista de Educación* 325, 49-56.
- Beck. (1979). Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- Beck. (1979).
- Beck. (1979). <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>.
- Beck, H. y. (1979). <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>.
- Berumen, L. D. (2011). *RELACION ENTRE DEPRESION, ESTRES Y ESTRESORES EN ADOLESCENTES GESTANTES BAJO DISTINTAS CONDICIONES DE ESTADO CIVIL*. Nuevo León.

- Betzán, Á. A. (2008). *Antropología de la Depresión*. Obtenido de Antropología de la Depresión.
- Boss. (2001).
- Branden. (1994). *Desarrollo de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Brown, B. B., Feiring, C., & Furman, W. (1999). *Missing the Love Boat: Why researchers have shied*. Nueva York: W. Furman. B.B. Brown & C. Feiring.
- Carbajal, C. d. (2006). *Causas sociales que incideen en la Depresión*. Obtenido de Causas sociales que incideen en la Depresión:
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1530/ttraso188.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castelo. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Alianza Editorial.
- CIE-10. (1998). Obtenido de
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2745/1/108847.pdf>
- CIE-10. (1998).
- CIE-10. (2016).
- Ciencia, I. G. (2009). *DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Información para el paciente, familiares y personas interesadas*. Obtenido de DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Información para el paciente, familiares y personas interesadas:
<https://consaludmental.org/publicaciones/DepresionInfanciaadolescencia.pdf>
- Colomera. (2007). Obtenido de elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-mayor-13109821
- Depresión, G. d. (2014). *Depresión Información para pacientes, familiares y allegados*. Obtenido de Depresión Información para pacientes, familiares y allegados.: <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/La-depresion-Infomacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>

- DSM V. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Panamericana.
- Enríquez, J. D. (2018). *DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN JÓVENES UNIVERSITARIOS*. Toluca.
- Escudero. (2020). Obtenido de <https://www.manuelescudero.com/dependencia-emocional-apego-patologico/>
- Farone. (1990). Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Farone. (1990). Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14919/1/2019_depresion_adolescentes_rendimiento.pdf
- Fierro, A., Garcia, M., Marti, E., & Onrubia, J. (2005). *Psicología del Desarrollo: El Mundo del Desarrollo*. Barcelona: Nosori.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 436-443.
- García, D. (2014). Narración del duelo en la ruptura amorosa. *Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"* (págs. 288-307). Bolivia: Ajayu.
- Gonzales. (2008). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
- Gotlib. (1997).
- Health, N. I. (2016). *Depresión*. Obtenido de Depresión: httpswww.nimh.nih.govhealthpublicationsespanoldepresion-sp19-mh-8079spdf_159009.pdf
- Izquierdo. (2013). *abordaje desde una perspectiva contextual*.

Jiménez, F. W. (Septiembre. de 2015). *Estudio de la depresión en eestudiantes de la Ciudad de México y del estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D*. Obtenido de Estudio de la depresión en eestudiantes de la Ciudad de México y del estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D.

Kendler. (2000). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002

Lewinsohn. (1975). Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Lorenzo. (2007). *Auto concepto y autoestima, conocer su construccion*.

Mancipe, R. (2019). *La Depresión en Adolescentes y sus Efectos en el Rendimiento Escolar*. Obtenido de La Depresión en Adolescentes y sus Efectos en el Rendimiento Escolar.

Mancipe., R. (20 de agosto. de 2019.). *La depresión en adolescentes y sus efectos en su rendimiento escolar*. Obtenido de La depresión en adolescentes y sus efectos en su rendimiento escolar.

Mason, A. L. (2011). Facing a breakup: Electromyographic responses moderate self-concept recovery following a romantic separation. *Journal of the International Association for Relationship Research*, 32.

Miller, B. C., & Benson, B. (1999). *Romantic and sexual relationship development during adolescence*. Nueva York: W. Furman, B. B. Brown, and C. Feiring.

Mirbet, S. (2012). *Autoestima del niño: Formación y Mejora*. Perú: Mirbet, S.A.C.

Murray. (2012). *repository*. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14919/1/2019_depresi_on_adolecentes_rendimiento.pdf

- National Foundation for Depression, I. (2000). *Depresión Lo que toda mujer debe saber*. Obtenido de Depresión Lo que toda mujer debe saber: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_mujer_esp.pdf
- Neale. (2000). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002
- Nesu. (1989). *La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714302.pdf>
- Niño, B. A. (2017). Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes. *Revista Cuidarte*, 1875-86.
- Nissen. (2012). *Adolescencia Manual Clínico*. Paraguay: Asuncion, Paraguay.
- OMS. (2018). Obtenido de <https://www.who.int/es>
- Oster. (1997). *DEPRESIÓN - Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Padilla. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*.
- Palladino. (1998). *Enfoque curricular centrado en la persona*.
- Palza, D. F. (2014). Narración del duelo en la ruptura amorosa. *Scielo*, 19.
- Perris. (1989). *DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS*. Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Pescador, J. C. (1990). *La Depresión*. España: Dossat.
- Rehm. (1977). *La Terapia de Autocontrol de Rehm - Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-autocontrol-rehm>
- Rice. (2000).

- Rivero, J. C., & Fierro, M. C. (2005). *Cursos AIU*. Recuperado el 29 de Noviembre de 2021, de <https://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%202.pdf>
- Rivero, J. C., & Fierro, M. C. (2005). *Cursos aiu.edu*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2021, de [Cursos aiu.edu: https://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%202.pdf](https://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%202.pdf)
- Rojas, E. (2014). *Como superar la depresión*. España: Editorial Planeta, S. A., 2014.
- Rush. (1984). *DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS*. Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Sanchez. (2013). *Causas y Caracterización de las Etapas del Duelo Romántico*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358933346002.pdf>
- Sbarra, D. (2006). Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 298-312.
- Skvortsova. (2014). *Existential-phenomenological analysis of dependence in close interpersonal relationships*.
- Sullivan. (2000). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002
- Sumell, S. (9 de Octubre de 2017). *Blog de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación*. Recuperado el 29 de Noviembre de 2021, de Universitat Oberta de Catalunya: <https://epce.blogs.uoc.edu/es/amor-romantico-adolescencia-como-se-vive-modelos-tiene/>
- Tearnan. (1989). Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Ubillos, S. (2004). *ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN SEXUAL*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=998955>

Walters. (1995). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002

winokur. (1997).

zarragoita. (2010).

zoch. (2002). Obtenido de <https://docero.mx/doc/06-temas-de-psiquiatria-para-el-medico-general-zoch-k5dnr575re>

Alarcón Terroso, R. S. (2010). *Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos*.

Bauman, Z. (2005) *Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid, España: Fondo de cultura económica.

Bauman, Z. (2011). *44 cartas desde el mundo líquido*. Barcelona. Paidós. ISBN 978-84-493-2558-8

Beck, A. (1998). *Terapia cognitiva de la depresión*. España. Edit. Biblioteca de Quebec de Brower.

Beck, Aaron. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclee.

Belloch, A. (1994) "Manual de psicopatología, Volumen II" Editorial McGraw-Hill S. A. U. España. Pág. 234.

Borrajo, E., Gámez-Guadix, M., & Calvete, E. (2015). Cyber dating abuse: Prevalence, context, and relationship with offline dating aggression. *Psychological reports*, 116(2), 565-585.

Bucay, J. (2004). El camino de las lágrimas. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Cardona-Pescador, J. (1990). La depresión. Madrid España. Dossat.

Cayo, B., Cortez, C., Zavala, D., León, F., Acosta, F., Campos, J., Ávila, T., De la Puente, M., Montañés, M., Guerra, R., Chocrón, S., De Stefano, V., Cordero, V., y Medina, Y. (2006). Real academia española. Madrid: Espasa Calpe.

CIE-10 2016 (10ª edición, 2016). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).

CIE-10 1988 (7ª edición). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).

Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. Archives of General Psychiatry, 2000; 57: 21-27.

DSM V. (2013). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. PANAMERICANA.

Félix Ayala, D. A. (2012). Adolescencia Manual Clínico . Paraguay: Asunción, Paraguay.

Kubler, E. (1969). On death and dying. Nueva York. Grijalbo.

Méndez, F. (1999). Depresión en infancia y adolescencia. Madrid. Clinic.

ROSS, (2008), Sobre el duelo y el dolor. Ediciones luciernaga.

Nasio, J (1998). El libro del dolor y del amor. Argentina. Gedisha.

Pérgola. Federico. Breve Historia de la Depresión. Médicos y Medicina en la Historia, 2001,2002.

Pescador, J. C. (1990). La Depresión. España: Dossat.

Rojas, E. (2014). Como superar la depresión . España: Editorial Planeta.

Adolescencia., G. d. (2007). Depresión en la infancia y adolescencia Información para el paciente, familiares y personas interesadas. Obtenido de Depresión en la infancia y adolescencia Información para el paciente, familiares y personas interesadas

[recuperado : https://consaludmental.org/publicaciones/DepresionInfanciaadolescencia.pdf](https://consaludmental.org/publicaciones/DepresionInfanciaadolescencia.pdf)

Alfredo Oliva Delgado, L. A.-S.-M. (2017). Bienestar y Desarrollo Positivo Adolescente desde una Perspectiva de Género: Un Estudio Cualitativo. Adolescencia y Juventud.

Alvarado, N. (2015). Las esferas del mundo afectadas y estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas en la elaboración del duelo por muerte de un progenitor. Recuperado por

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22977/1/tesis.pdf>

Arriaga, F., y Ruíz, P. (2010). Ruptura matrimonial un proceso de duelo. (Tesis Doctoral, Universidad del Bio-Bio) Recuperado de

http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2010/arriagada_f/doc/arriagada_f.pdf

Barajas Márquez, M. W., & Cruz del Castillo, C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto.

[Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775008](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775008)

Bermuren, L. D. (2011). Relación entre Depresión, Estrés y Estrésors en Adoloescentes Gestantes Bajo Distintas Condiciones de Estado Civil. Obtenido de Relación entre Depresión, Estrés y Estrésors en Adoloescentes Gestantes Bajo Distintas Condiciones de Estado Civil.

Betzán, Á. A. (2008). Antropología de la Depresión. Obtenido de Antropología de la Depresión.

Bustos, A. (2011). Cuando se acaba el amor: Estrategias de afrontamiento, duelo por pérdidas amorosas y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. (Tesis de licenciatura, Universidad San Francisco de Quito). Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v12n2/v12n2ref07.html>

Byron, T. Challenging stereotypes. (2016, Jan 27). The Gloucestershire Echo Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1760589512?accountid=14777>

C. Gastó, V. N. (2007). La depresión.

Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>.

Carbajal, C. d. (2006). Causas sociales que incideen en la Depresión.

Recuperado

de:<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1530/ttraso188.pdf?sequence=1&isAllowed>.

Carmona, Z., y Bracho, C. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de salud pública. 2(2), 14-23. Recuperado de

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.saludpublica.fcem.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf

Castellar, R. G. (2001). La Personalidad Adolescente y su Desarrollo Social Y Moral.

Catalina González-Forteza, A. E.-M. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica.

[Recupeado de : \(http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/\).](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Centro de Adolescentes y Jóvenes, D. d. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente.

Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010

Chamón, S. L. (2006). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales.

Chunga Alva, N. L. (2019). Resiliencia y Depresión en Adolescentes de 3ERO A 5TO grado de nivel secundario de la Institución Educativa Julio C. TELLO, ATE VITARTE - 2018”.

Ciencia, I. G. (2009). Depresión en la Infancia y Adolescencia. Información para el paciente, familiares y personas interesadas.

Depresión, G. d. (2014). Depresión Información para pacientes, familiares y allegados. Obtenido de Depresión Información para pacientes, familiares y allegados.

Díaz, E. (2012). Duelo y su proceso para superarlo. (Tesis para diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología, A.C). Recuperado de <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/64%20El%20duelo%20y%20su%20proceso.pdf>

Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Recuperado de: <httpswww.pediatriaintegral.eswp-content/uploads/2013/xvii/020188-93%20Desarrollo.pdf>

Elsy Arlene Pérez-Padilla, V. M.-R.-G.-C.-B. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor.

Recuperado de: <httpswww.medigraphic.compdfsrevbiobio-2017bio172c.pdf>

Enfermedades, C. E. (2017). Depresión en Adolescentes.

Enríquez, J. D. (2018). Depresión y Funcionamiento Familiar en Jóvenes Universitarios.

Esteban, R. F. (2012). Depresión Y Características Demográficas Asociados en Estudiantes y Líderes Universitarios de Lima Metropolitana

Recueprado de: <httpswww.redalyc.orgpdf4676467646125005.pdf>.

Fernández Poncela, A. M. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas.

Fernández Poncela, A. M. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas.

García, M. (2013). El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional. (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid).

Recuperado de <http://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>.

García, D. (2014). Narración del duelo en la ruptura amorosa. *Ajayu* 12(2), 288-307.

Recuperado de

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v12n2/v12n2a07.pdf>

Gonzalez, P. G. (2012). Relación entre Parentalidad, Sintomatología Depresiva.

Health, N. I. (2016). Depresión.

Hernandez, M. (2011). Aprendizaje y Desarrollo en la Adolescencia.

J.J. Casas Rivero, M. C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Jesus Alberdi Sudupe, O. T. (2006). Depresión.

[Recuperado de: : http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf](http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf)

Larraburu, I. (2010). Superar el desamor. La vanguardia. Recuperado de <http://www.isabel-larraburu.com/articulos/pareja/121-superar-el-desamor-.pdf>.

López, C. Y. (2017). Depresión en adolescentes de 14 a 16 años . Obtenido de Depresión en adolescentes de 14 a 16 años.

M. Güemes-Hidalgo, M. C.-F. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Obtenido de Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Mancipe, R. (2019). La Depresión en Adolescentes y sus Efectos en el Rendimiento Escolar.

Marín, L. G. (2017). La Adolescencia Principales Características.

MATA, M. I. (2013). Rasgos de Personalidad en Adolescentes entre 14-18 AÑOS, Agresoras de Bullying, Estudiantes de 4to. Bachillerato, de un Colegio Privado de Guatemala.

ME Acosta Hernández, T. M.-P.-B.-V.-M.-S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo.

Merino, R. (2014). Duelo por abandono de pareja. Recuperado de www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/236%20duelo.pdf

[Recuperado de: https://www.medigrafix.com/pdf/sarcneuane-2011ane111e.pdf](https://www.medigrafix.com/pdf/sarcneuane-2011ane111e.pdf)

Moral de la Rubia, J. (2013). Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

Moreno, J., y Esparza, E. (2014). Estrategia de afrontamiento en la ruptura de pareja. *Integración asociada en psicología*. 2(5), 98-110. Recuperado de <http://integracion-academica.org/14-volumen-2-numero-5-2014/63-estrategias-de-afrontamiento-en-la-ruptura-de-pareja.com>

NARDI, B. (2004). La Depresión Adolescente.

Recuperado de : <httpswww.redalyc.orgpdf1710171017841006.pdf>.

National Foundation for Depression, I. (2000). Depresión Lo que toda mujer debe saber.

Nesil Flores Palian, Y. P. (2014). Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo.

Organización Mundial de la Salud (OMS) en página web: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Peñafiel, O. (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. *Ajaju* 9(2), 53-86. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v9n1/v9n1a2.pdf>

Rivas, M. J. M., Lozano, M. P. G., & Gómez, J. L. G. (2003). Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(3), 23-39.

Romero, E., Ángeles Luengo, M., Gómez Fraguera, J. A., & Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores. Obtenido de La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores.

Sánchez, R., y Retana, B. (2013). Evaluación tridimensional del duelo amoroso en México.

Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación / clasificación psicológica. 36(2), 49- 69. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R36/Art.%203.pdf

Salinero, J. (2017). Estudios Descrptivos.

SALUD, O. P. (2008). Depresión.

Shoshana Berenzon, M. A. (2012). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México.

Turcos García, E. D. (abril de 2013). Niveles de Depresión que se Presentan en Jóvenes Víctimas de Bullying que Cursan la Secundaria en un COLEGIO Privado de la Ciudad.

Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990. Ruptura de pareja significativa en jóvenes universitarios. Redalyc, 20(2), 26- 32.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133928816004.pdf>

Vicente, A. L. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia.