

# Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva

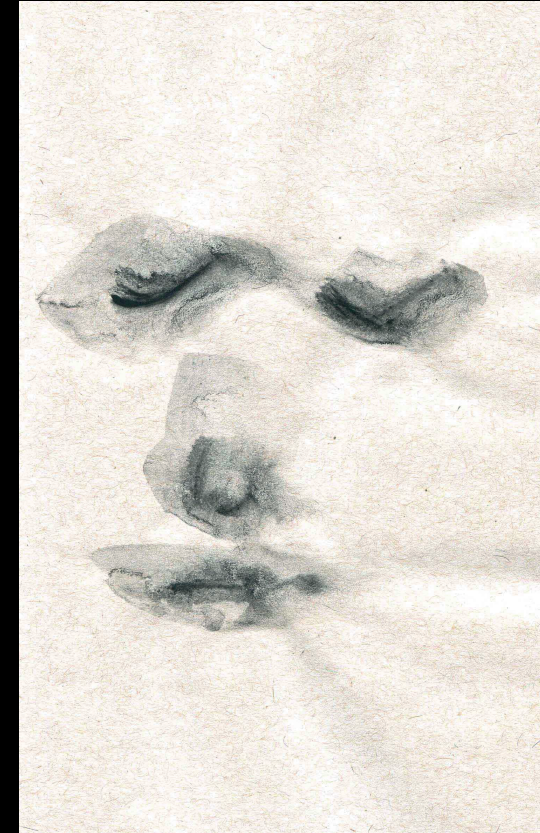
## Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva

Marcela Veytia López

ISBN 978-607-97819-4-1

Todos alguna vez en la vida nos hemos sentido tristes, pero la depresión es algo mucho más allá de la simple tristeza. Estamos hablando de un trastorno del estado de ánimo cuyas manifestaciones pueden estar vinculadas a otros comportamientos que pueden afectar nuestro desempeño en todas las áreas: familiar, escolar, laboral, de pareja. De ahí que sus repercusiones afectan la salud física, y psicológica pues está acompañada de baja autoestima, dificultades para relacionarnos con los demás, bajo desempeño académico, incluso con adicciones, y en casos severos con autolesiones y conducta suicida. Esto lleva a considerarla como un tema prioritario en el campo de la salud. Si bien el estudio de la depresión no es nuevo, sí resulta novedoso por la forma de abordarlo por parte de Marcela Veytia López pues nos proporciona información actual sobre la manera de entenderla, identificarla, de prevenirla y tratarla.

Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva



Marcela Veytia López

# **Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva**

**Marcela Veytia-López**

**Edición, prólogo, introducción, selección y notas de  
Miguel-Héctor Fernández-Carrión**

**Presentación de  
Norma Ivonne González Arratía López Fuentes**



Primera edición 2017

- © Marcela Veytia-López
- © Miguel-Héctor Fernández-Carrión
- © Norma Ivonne González Arratia López Fuentes
- © Editorial Torres Asociados
- © Albahaca Publicaciones
- © Cubierta Héctor Carrión

Coras, manzana 110, lote 4, int. 3, Colonia Ajusto  
Delegación Coyoacán, 04300, México, D.F.  
Tel/Fax 56107129 y tel. 56187198  
editorialtorres@prodigy.net.mx

Edición conjunta con el Centro de Investigación de Estudio  
Comparados de América Latina  
[www.ciecal.org](http://www.ciecal.org)

El contenido total de este libro fue sometido a dictamen en el sistema de pares ciegos. La dictaminación estuvo a cargo del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, constituido fundamentalmente por profesores e investigadores de la Universidad Complutense de Madrid y Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta publicación no puede reproducirse toda en partes para fines comerciales, sin previa autorización escrita del titular de los derechos.

ISBN 978-607-97819-4-1  
Impreso en México

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
<i>Norma Ivonne González Arratia López Fuentes</i>	
PRÓLOGO	
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES, FACTOR DE VULNERABILIDAD COGNITIVA	7
INTRODUCCIÓN	11
VULNERABILIDAD COGNITIVA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE	11
<i>Miguel-Héctor Fernández-Carrión</i>	
I Depresión	11
II Adolescencia	20
III Diagnóstico	28
IV Tratamiento de la depresión	35
V Vulnerabilidad	49
VII Psicología cognitiva personalidad y subjetividad	76
CAPÍTULO I	
DEPRESIÓN, MODELOS COGNITIVOS Y FACTORES DE VULNERABILIDAD	101
1. Depresión, modelos cognitivos y factores de vulnerabilidad	103
CAPÍTULO II	
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	167
2 Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes	169
3 Errores cognitivos y su relación con la sintomatología depresiva en adolescentes	187
4 Depresión y pensamientos negativos: ¿una realidad en los adolescentes?	193
CAPÍTULO III	
RESPUESTAS RUMIATIVAS PREDICTORAS DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	199
5 Respuestas rumiativas predictoras de síntomas de depresión en adolescentes	201



CAPÍTULO IV	
FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVA	219
6 Investigación sobre factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior	221
7 Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior	267
ANEXO	306
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	311
BIO-BIBLIOGRAFÍA DE MARCELA VEYTIA-LÓPEZ	315

## PRESENTACIÓN

Todos alguna vez en la vida nos hemos sentido tristes, pero la depresión es algo mucho más allá de la simple tristeza. Estamos hablando de un trastorno del estado de ánimo cuyas manifestaciones pueden estar vinculadas a otros comportamientos que pueden afectar nuestro desempeño en todas las áreas: familiar, escolar, laboral, de pareja. De ahí que sus repercusiones afectan la salud física, y psicológica pues está acompañada de baja autoestima, dificultades para relacionarnos con los demás, bajo desempeño académico, incluso con adicciones, y en casos severos con autolesiones y conducta suicida.

Todo ello, lleva a considerarla como un tema prioritario en el campo de la salud. Si bien es estudio de la depresión no es nuevo, si resulta novedoso por la forma de abordarlo por Marcela Veytia pues nos proporciona información actual sobre la manera de entenderla, identificarla, de prevenirla y tratarla.

La comprensión del adolescente con depresión va más allá del échale ganas, pues se requiere no solo de voluntad del individuo, sino de todo un acompañamiento de la familia, junto con el trabajo psicológico y de especialistas a fin de generar mayor bienestar en esta etapa de la vida.

No tengo duda en que éste libro sobre la *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva* será de referencia para los estudiosos en la materia, pues nos da un amplio panorama de la depresión en adolescentes de nuestro país. Pues comparto con Marcela Veytia la perspectiva de que, sólo a través del conocimiento podemos generar programas pertinentes a nuestro contexto que permita la calidad de vida de los individuos.

Bajo ésta línea, esta obra se enmarca en el modelo cognitivo conductual a través de múltiples estudios sistemáticos rigurosos mismos que se exponen de manera clara y sencilla sin perder su calidad científica. Por lo que puede ser leído tanto por especialistas como por alumnos de pregrado y posgrado interesados en el estudio de la depresión en adolescentes.

El orden y continuidad de las ideas expuestas, nos facilita la comprensión del tema, gracias a la generosidad de la

autora, pues nos lleva de la mano de lo sencillo a lo complejo. De ahí que la división de la información es pertinente y cuidadosa.

Espero que el lector no sólo retome los conceptos aquí vertidos, sino que le genere inquietud por el tema, sin perder de vista su posición crítica y reflexiva a fin de que pueda ser útil para sustentar sus propios trabajos al mismo tiempo de aprovechar su experiencia.

El desafío que representa consolidar la investigación, no es una labor sencilla pero éste libro es el reflejo de la constancia, compromiso y dedicación de una brillante profesional psicóloga a la que agradezco la oportunidad de hacer una pequeña colaboración.

*Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*

## PRÓLOGO

### *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*

El libro *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva* de Marcela Veytia López, es la continuación del trabajo realizado inicialmente por dicha autora en su tesis doctoral titulada *Factores de vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la UAEM*, presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), bajo la dirección de Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, en 2012. Precisamente González Arratia elabora el *Prólogo* del libro sobre la depresión. Le sigue la *Introducción* de Fernández-Carrión que alude a la vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión en adolescentes, tratando teóricamente sobre la depresión, la adolescencia, el diagnóstico, el tratamiento de la depresión, la vulnerabilidad, los factores y la psicología cognitiva y la personalidad y subjetividad, aspectos todos ellos claves para la comprensión de la depresión durante el período de la adolescencia y del resto de la vida.

El libro consta de cuatro capítulos, elaborados todos ellos por Marcela Vaytia-López. El primero con el título de la “Depresión, modos cognitivos y factores de vulnerabilidad”, hace las funciones de introducción general al tema propuesto por el libro, al tratar sobre la depresión, el modelo cognitivo, los factores de vulnerabilidad asociados a la depresión, los esquemas cognitivos, los pensamientos automáticos negativos, las respuestas rumiativas y la desesperanza; al final del mismo incluye las partes constitutivas de una investigación acorde al título del capítulo, proponiendo la pregunta de investigación, las hipótesis, los objetivos, la justificación del tema, el método (diseño de estudio, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, los procedimientos y los instrumentos de trabajo: la escala de depresión correspondiente al Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), los cuestionarios de sucesos vitales (CSV), de esquemas cognitivos (SQ-SF) y de pensamiento automáticos negativos (ATQ), las escalas de respuesta rumia-

tiva (ERR) y de desesperanza (EDB), y por último añade las variables de estudio y las implicaciones bioéticas.

El segundo capítulo, trata sobre la “Depresión en adolescentes [en relación a] el papel de los sucesos vitales estresantes”, de nuevo se presenta el proceso de investigación, aludiendo al material, los métodos, el procedimiento y los resultados obtenidos. Otros temas incluidos en el mismo capítulo trata sobre los “Errores cognitivos y su relación con la sintomatología depresiva en adolescentes”, y la “Depresión y pensamientos negativos: ¿Una realidad en los adolescentes?”.

Le sigue, el capítulo III, sobre las “Respuestas rumiativas predictoras de síntomas de depresión en adolescentes”, con un primer subcapítulo con el mismo título de “Respuestas rumiativas...”, propuesto a la manera de una investigación, con alusión al método (participantes, instrumento y procedimiento), al análisis de los datos y los resultados (correlación niveles de depresión y la relación entre subtipos de rumiación y la depresión). Con un segundo subcapítulo dedicado a los “Reproches y reflexión: respuesta rumiativas predictoras de síntomas de depresión en adolescentes”, que al igual que el anterior contiene el método aplicado y los resultados obtenidos, resaltando los niveles de depresión y la vinculación entre los subtipos de rumiación y depresión.

En el capítulo IV sobre los “Factores de vulnerabilidad cognitiva”, consta de un subcapítulo dedicado al estudio de los “Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior”, centrado en el análisis descriptivo de las variables cognitivas, la diferencia de géneros, los análisis de correlación de distintos factores de vulnerabilidad cognitiva y de regresión múltiple por pasos, y última incluyendo los esquemas cognitivos, los pensamientos automáticos, las respuestas rumiativas y la desesperanza que predicen la depresión.

Al final del libro se integra un anexo, constituido por los documentos de consentimiento informados empleados inicialmente en la tesis doctoral *Factores de vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la UAEM* (2012), así como en los trabajos posteriores, como aparecen recogidos en el apartado titulado “Bibliografía general” y por ende en el contenido del

presente libro, que trata sobre *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*, elaborado con el propósito de constituirse en un trabajo de referencia teórica para estudiantes y profesionales de la psicología.

*Miguel-Héctor Fernández-Carrión*



# INTRODUCCIÓN

## VULNERABILIDAD COGNITIVA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE

### I Depresión

#### *I. I Etimología, historia, tipología, causas y consecuencias generales*

La depresión o el trastorno depresivo mayor es entendido inicialmente en la historia como melancolía, término que etimológicamente significa en griego μέλας “negro” χολή “bilis”, y es referido en distintos tratados médicos desde la antigüedad. Es empleada por primera vez por Hipócrates, aunque es definida con el término actual por el británico Richard Blackmore, en 1725 (Jackson, Historia de la melancolía y la depresión, X). La depresión (del latín depressio “opresión”, “abatimiento” o “encogimiento”) según el diagnóstico psiquiátrico describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por presentar sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, provocando una incapacidad parcial o total –según el grado de patología presente- para sentir el disfrute de los hechos y los acontecimientos de la vida cotidiana –anhedonia (incapacidad para disfrutar)- y puede terminar en algunos casos con el deseo del suicidio. Médicamente se hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que repercuten fundamentalmente sobre el estado afectivo, como es la tristeza constante, la irritabilidad, sensación de malestar aguda, decaimiento, impotencia y frustración a la vida, limitando la actividad vital habitual y reduciendo significativamente el rendimiento en el trabajo. Asimismo también puede exteriorizarse con afecciones de tipo cognitivo, volitivo y somático.

Los trastornos depresivos están acompañados, en mayor o menor medida por ansiedad, problemas de identidad, desconsideración de sí mismo... y pueden completar todo un cuadro de trastorno mental. Aunque la persona aquejada de depresión puede no evidenciar tristeza, sino pérdida de interés o incapacidad para disfrutar de la vida ni incluso de las



actividades lúdicas, e incluso muestra una falta de motivación e interés por cualquier aspecto del quehacer cotidiana. Lo habitual es que los síntomas de depresión se aprecian a través de cambios del aspecto personal, bajo tono de voz, enlentecimiento psicomotriz, tristeza permanente, llanto espontáneo o fácil, gran muestra de agotamiento, ideas pesimistas e hipcondríacas, pérdida de atención y alteración del sueño.

El diagnosticado de depresión es actualmente el más frecuente en países desarrollados, donde hasta un 20 % de la población se encuentra afectada por este padecimiento en alguna etapa de su vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la cuarta entre las diez principales causas de afección de la población mundial. Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo puesto<sup>1</sup> (Lanier, 2003).

Tipología de la depresión, los principales tipos de depresión son -en mayor grado- trastornos depresivos mayor, distímico, ciclotímico (estas dos últimas son más crónicas), afectivo estacional y depresión bipolar. Una de las problemáticas de establecimiento de diagnóstico es que tiene los mismos síntomas del trastorno depresivo mayor con el trastorno afectivo estacional, aunque lo que difiere que se produce en una época determinada: invierno. Otra es consecuencia de otro estadio patológico, como sería la depresión bipolar fase depresiva del trastorno bipolar (Albrecht, 2007).

Etiológicamente, el origen de la depresión es multifactorial, incluyen factores biológicos, genéticos y psicosociales y psico-culturales. En cuanto a los factores biológicos, atendiendo a la psico-neuro-inmunología propone un nexo entre los enfoques biológicos y psicológicos (Karakula-Juchnowicz et al., 2014) y la psico-sociología –según propuesta de Fernández-Carrión– atiende a la incidencia de factores culturales y sociales en la psicología del sujeto social. En este último sentido, diversos factores ambientales, culturales y sociales, por ejemplo, incrementan el riesgo de padecer depresión, como el estrés psicosocial, la intolerancia o mala

<sup>1</sup> La cifra va en aumento, actualmente la OMS señala que existen unos 300 millones de personas afectadas en todo el mundo (cfr. Robledo, 2018).

alimentación, inactividad física, insomnio... y deficiencia de vitamina D (Karakula-Juchnowicz et al., 2014 y Berk et al., 2013). Entre los factores psicosociales, se pueden aludir al estrés y determinados sentimientos negativos, derivados –por ejemplo– de una decepción sentimental, vivencia de un accidente grave, asesinato o tragedia mortal, trastorno por pena por haber sufrido una experiencia próxima a la muerte o un inadecuado duelo por la muerte de un ser querido.

La depresión, de acuerdo a diversas investigaciones efectuadas por distintos autores, se asocia con cambios de neurotransmisión del sistema nervioso central y cambios estructurales en el cerebro, producidos por mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios e inmunológicos (Karakula-Juchnowicz et al., 2014); así como con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, incremento del estrés oxidativo; el surgimiento de respuestas autoinmunes y las citoquinas pro-inflamatorias (Berk et al., 2013)<sup>2</sup>. En particular, los procesos inflamatorios en relación con los síntomas depresivos, como enfermedades inflamatorias, autoinmunes o neuroinflamatorias: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedades cardiovasculares, alergias, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad celiaca, enfermedad de Parkinson, entre otras (Karakula-Juchnowicz et al., 2014 y Berk et al., 2013).

Existe, aunque no siempre, una predisposición biológica (Karkowski y Kendler, 1997, y Barondes, 1998) y genética por la cual algunos tipos de depresión afectan a algunos miembros de la familia y no a otros; que en el caso de depresiones severas pueden sucederse de generación a generación; aunque también afecta a individuos que no presentan un historial familiar de depresión, por lo que Rao (2013) indica que no existe un perfil definido de biomarcadores asociados con la depresión que pueda ser empleados de forma definitiva para el establecimiento del diagnóstico de dicha enfermedad (Rao, 2013: 789-791).

Epidemiológicamente, los porcentajes de prevalencia de la enfermedad de la depresión varían dependiendo de

<sup>2</sup> Los niveles de las citoquinas pro-inflamatorias se presentan en niveles elevados en los pacientes con síntomas depresivos (Karakula-Juchnowicz et al., 2014 y Berk et al., 2013).

la inclusión de los trastornos depresivos severos o de otros tipos de trastornos depresivos; aunque en general, coexiste la consideración que la prevalencia se presenta en una proporción mayor, cerca del doble, en la mujer que en el hombre; a pesar de que existen estudios que ponen en duda esta proporción, aludiendo que en el hombre es menor admitida y su sintomatología se presenta de forma distinta (NIMH, *cfr.* Karakula-Juchnowicz et al., 2014)<sup>3</sup>. Según la OMS en el mundo en la primera década del siglo XXI [en torno al 2010] existía 350 millones de personas con depresión (*cfr.* La Vanguardia, [2010]), y para el caso de países occidentales –en el último cuarto del siglo XX– es de aproximadamente 3% de la población, y en el caso de la depresión severa se aprecia una incidencia anual del 1 al 2 por mil (Weissman y Myers, 1978)

Desde la perspectiva de la psicología conductual (de la conducta) (Bleger, 1991) el concepto de depresión alude a la descripción de las sintomatologías particulares de una situación depresiva del individuo, fundamentada en el ambiente y contexto social en el que se encuentra inmerso, a través de un aprendizaje desadaptativo, entre otros factores de inadaptación u oposición social; en el que las sumas de esta serie de síntomas aludidos no implica obligatoriamente la existencia de un síndrome patológico en sí, sino conductas aisladas que pueden tener relación entre sí en algunos casos, dependiendo de la patología; de forma que la depresión no sería la causa de la tristeza ni en su caso del suicidio, sino una simple descripción del estado de salud mental del individuo.

<sup>3</sup> Como es analizado por el National Institute of Mental Health (NIMH) a partir de la resolución de la siguiente interrogante “¿es la depresión realmente menos común entre los hombres o realmente se trata de que los hombres reconocen y obtienen ayuda para la depresión con menos frecuencia?, llegando a la conclusión de acuerdo a la segunda parte de la pregunta, al señalar que los hombres describieron sus propios síntomas de depresión “sin darse cuenta de que estaban deprimidos”, además, ellos tenían aprehensión de acudir a un profesional o una clínica de la salud mental por el temor al qué dirán (*cfr.* Karakula-Juchnowicz et al., 2014 y Berk et al., 2013).

El diagnóstico es clínico, y debe diferenciarse de cuadros de expresión similar, como puede ser por ejemplo los trastornos de ansiedad. Su relación con el estado emocional, más común con las clases acomodadas y con amplios o diversos conocimientos culturales, ha llegado a ser un elemento identitario del movimiento artístico y literario del romanticismo.

Hasta el siglo XIX su tratamiento alternaba entre la magia y la terapia ambientalista de carácter empírico, con la aplicación de dietas especiales, paseos al aire libre, música, etc.; pero, con el avenimiento de la psiquiatría moderna, en el debate entre la biopsiquiatría y la psicofarmacología, es considerada como otra enfermedad mental. La biopsiquiatría, con el empleo farmacológico de antidepresivos<sup>4</sup>.

Factores exógenos con repercusión endógena en el desarrollo de la depresión. Entre los factores endógenos hay que diferenciar entre los que podríamos denominar –como hace Fernández-Carrión– entre macro y micro factores exógenos. Los macro factores endógenos de la depresión son los que originan e imponen administrativamente las instituciones públicas a la sociedad en su conjunto a través de los valores culturales, económicos, sociales, políticos y religiosos imperantes y que son asumidos por la ciudadanía ante el temor al castigo legal (es por tanto una imposición estatal y global (ONU, etc.) de forma coercitiva), o los valores o actitud ante la vida optada por los miembros de una comunidad previos a ser adoptados por la administración pública o que entiende equivocadamente los sujetos sociales que son de autoría, cuando en realidad han sido impuestos de forma subliminal (a través de los medios de comunicación, actividades públicas organizadas por el Estado, etc.) o directamente a través de las leyes o prácticas consuetudinarias. Mientras que por microfactores exógenos de la depresión se pueden entender todas las actitudes, adaptaciones y repercusiones de los macrofactores en la vida diaria de cada sujeto social, a través de la forma de hábitos, costumbres y prácticas particulares, como son la dieta, los ejercicios o no físicos, “vicios” leves (tabaquismo, alcohol, etc.) o insomnio, etc.

<sup>4</sup> Los antidepresivos son especialmente eficaces con depresiones mayores, por encima de los menores.

Estos macro y especialmente los microfactores de la depresión tienen una repercusión en la salud mental de cada sujeto social, como es el estrés psicosocial y el trauma psicológico. Según Douglas et al (2015) y Berk et al. (2013) desde la exposición temprana al trauma infantil hasta el trauma agudo o estrés subcrónico en diferentes edades (desde la adolescencia en adelante) provoca alteraciones del estado de ánimo incrementando el riesgo de desarrollar depresión, debido a su impacto sobre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central. El estrés psicosocial en particular puede incrementar la producción de citoquinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) y la interleucina-1 (IL-1), al mismo que reduce los niveles de citoquinas antiinflamatorias, como la interleucina-10 (IL-10) (Madeeh Hashmi, et al., 2013)<sup>5</sup>. Asimismo, la personalidad, la genética y la forma de respuesta a los estresores psicosociales, como la tensión laboral o el estrés ante un examen o una situación problemática, contribuye al desarrollo de procesos inflamatorios (Berk et al., 2013).

El impacto de un trauma durante la infancia incrementa el riesgo de un mal funcionamiento en el futuro de los sistemas nerviosos, inmunológicos y endocrinos. De igual forma, el estrés sucedido en la infancia produce efectos persistentes a lo largo del tiempo, provocando un incremento a desarrollar enfermedades somáticas y psiquiátricas, y una potencial menor respuesta a los tratamientos. Aunque este modelo –según Berk et al.– no explica totalmente la vulnerabilidad al padecimiento de enfermedades inflamatorias, si confirma que la mala adaptación al estrés en las edades tempranas, como respuesta aprendida, se perpetua en la edad adulta (Berk, et al., 2013).

Entre las costumbres y las prácticas personales, que se conforman como factores exógenos asumidos de forma endógena, se puede aludir a la dieta, por ejemplo, en la que algunos componentes pueden repercutir negativamente sobre el fun-

<sup>5</sup> Las citoquinas proinflamatorias causan ansiedad y depresión, lo que demuestra como las repercusiones psicosociales y los traumas agudos pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, como las que tiene polimorfismos de genes inmunes, bajos niveles de peptidasas o mayor carga inflamatoria (Berk, et al., 2013).

cionamiento del sistema inmunitario e incrementar los niveles de inflamación sistémica, lo que predispone al desarrollo de la depresión. A partir de 2009, se han efectuado diferentes estudios que confirman la relación inversa entre la calidad de la dieta y los trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión, a lo largo de toda la vida (infancia, juventud y adulta) en todas las latitudes y culturas del mundo (Berk et al., 2013). Otro factor detonante de la depresión es el incremento de la permeabilidad intestinal y la intolerancia alimentaria. Una permeabilidad aumentada, consistente en una disfunción de la barrera intestinal, provoca inflamación sistémica y niveles elevados de citoquinas proinflamatorias, presentes en pacientes con depresión (Karakula-Juchnowicz et al., 2014). Por el contrario una flora intestinal equilibrada favorece la reducción de los niveles de citoquinas proinflamatorias y el mantenimiento de la barrera intestinal.

La obesidad puede predisponer al desarrollo de sintomatología depresiva y depresión clínica (pues las citoquinas proinflamatorias se muestran involucradas en el metabolismo de la grasa), y de igual forma la depresión predispone a la obesidad, de forma bidireccional; pues como demuestra un estudio sobre el tema –al que alude Berk et al., la depresión aumenta en un 58% las probabilidades de desarrollar la obesidad y asimismo la obesidad incrementa en un 55% el riesgo de padecer depresión a largo plazo (Berk et al., 2013). En sentido contrario a los efectos de la obesidad, practicar ejercicios físicos de forma habitual protege contra el desarrollo de enfermedades depresivas, pues el ejercicio físico regular reduce la inflamación sistémica a través de la adaptación homeostática y reduce la leptina, cuyos niveles elevados también están relacionados en el desarrollo de la depresión (Berk et al., 2013)<sup>6</sup>.

La fisiología de la vitamina D se puede solapar con la fisiopatología depresiva, pues existen receptores de la vitamina D en áreas concretas del cerebro, asimismo, desempeña un

<sup>6</sup> Por el contrario, se ha demostrado con la práctica médica que la inactividad física durante la infancia, en particular, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar la depresión de adulto (Berk et al., 2013).

papel clave en el desarrollo de los ritmos circadianos y el sueño, de igual forma afecta a los glucocorticoides y repercute en el crecimiento neuronal, la proliferación celular durante el desarrollo del cerebro y la embriogénesis (Berk et al., 2013). La suplementación con vitamina D reduce de forma significativa los niveles de las citoquinas proinflamatorias TFN- $\alpha$  e IL-6 (ambas relacionadas con la depresión) y el estrés oxidativo (vinculado con la inflamación) (Berk et al., 2013).

El sueño es fundamental en la regulación de diversos sistemas fisiológicos y psicológicos, y en “el estado de ánimo” (Rao, 2013). Las alteraciones del sueño repercute negativamente en la salud: peor calidad de vida, comorbilidad y mayor riesgo de mortalidad (Berk et al., 2013), en ocasiones persisten sobre los episodios clínicos de depresión y favorece la recaída. La privación crónica y aguda del sueño producen deficiencias en el normal funcionamiento del sistema inmunitario, caracterizadas por el incremento de los niveles de citoquinas proinflamatorias, como la proteína C reactiva, el factor de necrosis tumoral (TFN- $\alpha$ ) y la interleucina-6 (IL-6)<sup>7</sup>. Muchos tratamientos antidepresivos repercuten sobre el ritmo del sueño (Rao, 2013). Los pacientes depresivos frecuentemente padecen trastornos del sueño ((Rao, 2013), según Berk et al., entre el 80 a 90% de los pacientes con depresión lo sufre (Berk et al., 2013). De igual forma, las alteraciones del sueño pueden ser causa de predisposición a desarrollar trastornos del estado de ánimo; asimismo incrementa el riesgo de recaída en pacientes previamente diagnosticados con trastorno depresivo mayor y generalmente preceden a episodios de manía en pacientes bipolares (Berk et al., 2013). La regulación del sueño sirven de protección frente a los problemas de salud mental (Berk et al., 2013) y es esencial para la comprensión de la fisiopatología y el tratamiento de la depresión.

<sup>7</sup> Según algunos autores –según Berk et al.– el trastorno del sueño está relacionado con alteraciones neuroendocrinas y neurobiológicas semejantes a las que se presentan en los trastornos del estado de ánimo (Berk et al., 2013).

Otros factores determinantes de la depresión sería los trastorno atópicos<sup>8</sup>, enfermedades periodontales<sup>9</sup>, el “envenenamiento” con pesticidas<sup>10</sup>... e incluso la alteración de los ritmos circadianos<sup>11</sup>.

Asumir, comprender y modificar los factores de riesgo relacionados con el estrés y el estilo de vida que incide en nuestra actitud y respuestas dadas antes los sucesos vitales (FC) repercute eficientemente en la prevención de las enfermedades inflamatorias, como la depresión (Berk, et al., 2013).

## ***I. II Depresión endógena y exógena***

La depresión endógena depende de factores biológicos y genéticos, aunque estos últimos sean de tercera, cuarta o sucesivas generaciones. Los síntomas de la depresión endógena se muestran más acentuados que la del otro tipo exógeno, especialmente cuando se sufre una crisis. Mientras que la depresión exógena o reactiva cuenta con una causa externa a uno mismo que la ha desencadenado; atendiendo al criterio del filósofo Ortega y Gasset “yo y mis circunstancias”, la depresión endógena podríamos decir que sus causas son propias (“el yo”), en cambio las exógenas son (“las circunstancias”) ajenas a la voluntad propia, son impuestas por los condicionantes sociales, culturales, etc. que desencadena la crisis, como la muerte de un ser querido, un fracaso en los estudios o en el trabajo, un divorcio... En este segundo caso, una vez asumida o superada la situación que lo ha provocado,

<sup>8</sup> La atopia es una respuesta inflamatoria a la exposición a alérgenos comunes, que provoca síntomas alérgicos, como: asma, eczema o rinitis (Berk et al., 2013).

<sup>9</sup> La enfermedad periodontal consiste en un padecimiento inflamatorio, a nivel local como a nivel sistémico, se relaciona con altos niveles séricos de proteína C reactiva (Ver et al., 2013).

<sup>10</sup> Aunque Freire y Koifman, 2013 lo pone en duda este factor de los pesticidas.

<sup>11</sup> En la alteración de los ritmos circadianos, destacan los cambios de ánimo durante el día, contar con un patrón de actividad diurna, mostrar una concentración alterada y la organización del día y la noche (Pérez-Crespo, 2011).



siguiendo el diagnóstico establecido médicamente y consumido el fármaco correspondiente, es posible superar la crisis y seguidamente hacer una “vida normal”. Mientras que las personas que sufren depresión endógena, a medida que el paciente se va recuperando de la crisis puede comenzar a hacer una vida más o lo más “normal” (entre comillas) posible; porque en general, no pueden estudiar por falta de memoria y concentración, ni pueden trabajar porque se encuentran incapacitados de hacerlo, al no poder cumplir horarios, ni estar con compañeros..., pues todo esto le produce angustia, por lo que sólo pueden llevar una vida tranquila intentando hacer “lo que se puede”, como es hacer ejercicio físico moderado, pasear, conversar...

La depresión generalmente no acontece una única vez, sino que acostumbra a provocar recaídas durante la vida, dependiendo de las condiciones personales psicopsicológicas, genéticas y condicionantes sociales, culturales...

Junto a la depresión se debe atender a su relación con los trastornos de personalidad (DSM III-R y IV- TR), trastorno sádico y trastorno masoquista o autodestructivo, y los trastornos de personalidad negativa y depresivo, respectivamente, con influencia de factores psicológicos (desde la teoría del aprendizaje y conductual) socioambientales (evidencia clínica, sociología...). Entre ellos se podría aludir al trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, entre otros<sup>12</sup>.

La sintomatología se muestra de forma diversificada, en unos casos lo hace a través de síntomas de ansiedad, algunos otros pacientes aluden a contrariedades de pensamiento y memoria, dificultades de conciliar el sueño o bien exceso de sueño... y solo después de una o varias consultas de medicina general o psicología aceptan la presencia de otros síntomas.

## II Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud consideraba la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19

<sup>12</sup> Tema analizado en profundidad por Sigmund Freud, Jaques Lacan... y también es tratado por Octavio Márquez (2017).

años de edad, comprendida dentro del período de la juventud –entre los 10 y los 24 años– (OMS, 2000: 12). En ella la pubertad o adolescencia inicial constituye la primera fase, que comienza se inicia normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años (OMS, 2000: 12). Aunque existen algunos autores y psicólogos que entienden que la adolescencia comprende hasta los 21 años de edad e incluso algunos otros la prolongan hasta los 25 (incluyendo en el mismo concepto de adolescencia al período entendido normalmente como juventud) (Rivero y Ceñal, [2004]), pero incluso existen opiniones, fundamentadas en aspectos legales de los comportamientos de los adolescentes que tiende a limitar dicho período de vida hasta los 16 o 18 años.

La adolescencia –según OMS– es un período de la vida de las personas que comprende el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que se inicia con la pubertad. Es un período importante en la vida de todo ser humano, entre la niñez y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes escritas y opiniones médicas, psicológicas y científicas que se emiten al respecto, generalmente la relacionan entre los 10 y 12 años, y su finalización entre los 19 o 24 (OMS, 2000:12); pero de igual forma la OMS –según Rigual– define la *adolescencia* como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia temprana*, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años (Rigual, 2003, 104-110).

Aunque debe indicarse que la condición de adolescente e incluso de juventud no puede entenderse uniforme para todo el mundo, ni incluso en un propio país, pues esta varía según la clase social y peculiar familiar o/y social en la que se encuentra insertado (FC), e incluso se puede apuntar que no se puede generalizar el final de la adolescencia pues esta dependerá del desarrollo fundamentalmente psicológico y social, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada caso del criterio de cada persona.

En esta línea hay que indicar que muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas; en algunas de ellas el tránsito de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el Benei Mitzvá, que se celebra a los 12 años para las niñas y 13 años para los niños (o doce para niños ortodoxos)<sup>13</sup> (Melamed, 1983: 565-566), y en México por ejemplo está generalizado en todas las clases sociales la celebración de los quince años de las niñas, con una fiesta religiosa-festiva y con los niños terminan siendo llevados (a distinta edad de la adolescencia, al criterio paterno o cultural del grupo social al que pertenezca<sup>14</sup> o se encuentre asociado generacionalmente) a prostíbulos para iniciarse en la vida adulta, acompañados del padre y/u otros familiares. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson, por ejemplo, considera que la adolescencia comprende desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años (“adolescencia”); según este psicólogo este periodo de los 13 a los 21 años se caracteriza con la búsqueda de la identidad, que le marcará su personalidad para toda su vida adulta a partir de los 21 años (“los adolescentes”, en OMS-WHO).

La adolescencia está caracterizado porque es un período de cambios vitales, que comprende la transformación del niño en adulto, es un tiempo de transición en el sentido amplio del término, que tiene características peculiares: descubrimiento y conformación de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual...) así como la de autonomía o independencia individual. Normalmente, también incluye el

<sup>13</sup> Llamado “Bat Mitzvah” para las mujeres, y el “Bar Mitzvah” para los varones.

<sup>14</sup> La llegada a la adolescencia se ha celebrado normalmente en la gran mayoría de países con el empleo de distintos rituales (“ritos de paso”), como pueden ser, por ejemplo, las diferentes fiestas que se organizan por los quince años en América Latina y en algunas zonas rurales de España (más en tiempos pasados que actualmente, en este último país). Esta celebración en Japón, se denomina seijin shiki (la «venida de la edad»).

inicio de la capacidad afectivas y amorosas exteriorizables hacia otras persona, y haciendo uso de su propia autonomía, elige a sus amigos y a las personas que desea y va a querer (Corbella, 1985). Hasta este período se puede decir que no ha podido escoger a sus seres compañeros y seres queridos libremente<sup>15</sup>. En este periodo se produce normalmente el desarrollo o maduración sexual, con cambios significativos entre hombres y mujeres, unido del crecimiento y desarrollo físico, igualmente con diferenciación entre hombres y mujeres.

A diferencia de lo que sucede en los niños, en la adolescencia, a medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad (Secretaría de Salud, 2005, 225-238), debido a accidentes de tráfico, alcohol, drogadicción, principalmente. Por ello generalmente en los países desarrollados se produce una prevención y promoción de factores generales y específicos de protección para evitar y controlar los daños y trastornos en la salud y la seguridad del adolescente, a través de la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre, la promoción de las actividades familiares, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente; aunque esta (como la mayoría de la población) se encuentre inmersa actualmente “enganchada” a las redes sociales, y los jóvenes además lo están también a los videojuegos, que le absorbe todo el tiempo libre, así como parte de la noche y del día; y, especialmente a los llamados “ninis” todo o casi todo el día y casi toda la noche. En los servicios de salud públicos se promueve en los países desarrollados la prevención del cáncer pulmonar, la prevención de los embarazos precoces, de las infecciones de transmisión sexual y de los accidentes y la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo y en algunos países menos desarro-

<sup>15</sup> En Europa, y en particular en España, normalmente al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares; después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos o “compañías”; en México, el entorno familiar y amistades paralelas por decisión directa o inducida de la madre, principalmente, perdurará hasta y durante el período adulto.

llados (o clásicamente se denominaba “subdesarrollados” o “en vía de subdesarrollo”), como México, en los que sólo se atiende a algunas de estas prevenciones, en ciertas ocasiones o en determinados entornos sociales.

En el planeta, las principales causas de fallecimiento entre los adolescentes varían poco entre los distintos países: heridas no intencionales (particularmente accidentes de tráfico), sida (es la principal causa de muerte de mujeres jóvenes en África), otras enfermedades infecciosas, homicidio y otras heridas intencionales (especialmente importante en América), como la guerra, el suicidio, el asesinato y las heridas autoinfligidas (Departamento de Estado, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a principios del siglo XXI, en torno a 2005, que un de quinto de la población mundial es adolescente, de los cuales el 85% viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año (Secretaría de Salud, 2005, 225-238).

## ***II. II Transición de la adolescencia/juventud a la vida adulta***

Un elemento importante a tener en cuenta entre los factores de vulnerabilidad de la adolescencia es atender a su proceso evolutivo cronológico, y en especial al proceso transitorio de su condición de adolescente a adulto, pues conlleva un conjunto de cambios fisiológicos, psicológicos, sociales, etc. que afectan directamente y de manera muy significativa en su salud mental, que es el tema que nos interesa en la presente “Introducción”.

Un desencadenante de la depresión en un adolescente, puede ser la idea defendida Jaime Lanaspá (2012) al pensar y defender la idea de que “la juventud es la etapa en que las personas se preparan para asumir las responsabilidades de la vida adulta, cuando se definen proyectos vitales y se establecen prioridades y objetivos de futuro”, cuando precisamente en la adolescencia el joven por lo general piensa exclusivamente en el momento presente, no tiene casi nunca nada de importancia el pasado y el futuro, y por tanto esta presión de objetivos sólo hace por un lado frustrar al adolescente sobre sus propios deseos y por otra parte lo conflictual con su en-

torno adulto, como muestra del rechazo de atacar su tiempo que vive en el momento, y que para él es lo máximo (aunque como podrá comprobar posteriormente, era un error y que tenía razón Lanaspá).

Otro factor depresivo para la juventud cuando se indica que “las posibilidades formativas, de consumo y de libertad personal de los jóvenes de hoy son incomparablemente más grandes que las que tuvieron sus padres o abuelos. Sin embargo, también es cierto que la incertidumbre respecto al futuro y la diversidad de trayectorias vitales posibles convierten la transición a la vida adulta en un fenómeno complejo y potencialmente difícil (...) [como sería por ejemplo] el retraso importante en la edad a la que los jóvenes accedían a las tareas y funciones tradicionalmente asociadas a los adultos” como el acceso a un trabajo estable o independizarse del hogar paterno... (Lanaspá, 2012).

Además del factor de la adolescencia, vamos a tener en consideración la diferenciación que existe por géneros. La depresión en las mujeres se produce con mayor frecuencia, casi el doble de la los hombres (Blehar, Oren, 1997 y Whooley y Browner, 1998), debido probablemente de cambios del ciclo menstrual<sup>16</sup>, embarazo, período posparto<sup>17</sup>, premenopausia, menopausia... y hormonales. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), junto a menores niveles de

<sup>16</sup> Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) constató que las mujeres que mostraban predisposición a padecer el síndrome premenstrual grave (SPM) se alivian de sus síntomas físicos y anímicos –por ejemplo la depresión– cuando se les suprimen sus hormonas sexuales por medio de tratamiento farmacológico; se da el caso que si el tratamiento se interrumpe las hormonas se reactivan, volviendo los síntomas; mientras que las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto (Rubinow et al., 1998 y Schmidt et al., 1998).

<sup>17</sup> La depresión posparto, es tratable. Investigaciones sobre el tema muestran entre un 5 y un 25% de prevalencia, aunque los diferente modelos aplicados dan resultados distintos por lo que se pone en duda una tasa aceptable de prevalencia (AHCROPDPSASO).

estrógenos favorece la etiopatogenia de la depresión (AJGP, 1997).

La prevalencia general de la depresión de los hombres es inferior; aunque existe estudios que consideran que ello se debe a que éstos son menos propensos a admitir estar enfermo o siguiendo la pauta cultural de género de mostrarse cohibido a consultar un diagnóstico a este respecto por parte de un especialista. Mientras que existe una tasa mayor de intentos de suicidios de la mujer por encima de los efectuados por los hombres, que en su logro es cuatro veces mayor de estos sobre ellas (NIMH).

“Uno de los cambios más importantes que se producen en la experiencia personal de los individuos es el que corresponde a los procesos de integración en la vida adulta. Aunque su significado y fases han cambiado, persisten marcadores de paso que son determinantes en la adquisición de la autonomía y de las responsabilidades que conlleva la independencia. Estos cambios se producen en un entorno social caracterizado por el proceso de individualización y desestandarización” (Moreno Mínguez, 2012, 9-10). Por individualización se considera la progresiva independencia o subjetivación de las decisiones personales respecto a las instancias normativas tradicionales que en el pasado habían determinado las trayectorias vitales de los jóvenes, tales como abandonar el hogar familiar, finalizar los estudios, integrarse en el mercado laboral, formar una pareja y tener hijos, principalmente (Beck, U., y E. Beck Gernsheim (2003), Meil, G. (2011) o la defensa de lo propio o del yo frente a los otros (Fernández-Carrión, 2015: 77-99). Desestandarización alude al proceso mediante el cual los individuos siguen itinerarios más complejos, al margen de la linealidad o convencimientos tradicionales; esto se aprecia en el hecho de que cada joven cambia su situación personal y social en numerosas ocasiones, al criterio más o menos personal. Por ejemplo, puede abandonar los estudios y retomarlos más tarde, abandonar el hogar familiar y regresar de nuevo a él, tener varios trabajos, varias parejas, unirse, separarse y reconstruir nuevas familias (López Blasco (2005).

Según Moreno Mínguez (2012) el concepto de juventud “no es unívoco: más que juventud, hay jóvenes que se agrupan en función de algunas características compartidas. Lo

mismo ocurre (...) con el concepto ‘transición’: más bien hay que hablar de diversas ‘transiciones’ en las que determinadas dimensiones (como la inserción laboral o la independencia respecto al hogar de los progenitores) nos permiten describir su periplo vital” (Moreno Mínguez, 2012: 120). Un tercer elemento a tener en consideración en el proceso de transición de la juventud a adulto, es la estigmatización que a menudo sufren los jóvenes (“no se independizan porque no quieren”, “no tienen hijos porque son egoístas”, “ni estudian”, “ni trabajan”) “oculta una realidad muy compleja y articulada. En definitiva, el hecho de que los jóvenes se encuentren inmersos en un contexto caracterizado por la creciente precariedad laboral y económica incide en la manera en que realizan sus transiciones formativas, residenciales y familiares” (Moreno Mínguez, 2012: 120). Los factores estructurales que inciden en los marcadores transicionales –según Moreno Mínguez– serían la independencia residencial, la formación de la familia y la transición formativa y laboral en el actual contexto económico. A partir de la comprensión de estas estrategias en relación a la transición aludida –Moreno Mínguez– la crisis económica empeora la ya de por sí muy difícil situación laboral de los jóvenes, pero no modifica de modo significativa sus pautas de emancipación; aunque los efectos de la crisis están aumentado el riesgo de pobreza y exclusión social de los jóvenes. En segundo lugar, tanto los jóvenes con bajos niveles de cualificación como los jóvenes con muy alta cualificación educativa son los que experimentan mayores dificultades para incorporarse al mercado de trabajo. Ambos colectivos, de acuerdo con el nivel de estudios, soportan una mayor inestabilidad en el mercado de trabajo; en España y en el resto de Europa, y en menor medida en México (donde se da una mayor difusión del trabajo familiar y de un mercado abierto, de paso de un puesto a otro); “por eso indicábamos que no se puede hablar de juventud sino de jóvenes” (Moreno Mínguez, 2012: 122). En tercer lugar, los jóvenes son “un colectivo que presenta una paradoja implícita en la forma en que son percibidos por la sociedad porque siempre son definidos como parte del problema. Esto significa que se habla de ellos continuamente, pero las soluciones que se implantan desde las instituciones –en España, en concreto–; en México ni



alude la política institucional a la juventud ni a la tercera edad, sino a la población “activa” de apoyo político institucional –voto– se destinan a otros colectivos como la tercera edad y no permiten que dichos problemas se resuelvan de manera adecuada” (Moreno Mínguez, 2012: 122). De forma correlativa existe un “alejamiento” entre los jóvenes y los servicios sociales y las instituciones públicas y que de forma progresiva se va haciendo extensible al ámbito familiar, estudiantil y laboral en general, mientras que se encuentran inmersos “en sus propios espacios de participación” en las redes virtuales.

### **III Diagnóstico**

Primeramente se realiza una completa evaluación del paciente, con la elaboración de una serie de pruebas en busca de posibles causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas que simulen, que provoquen o reactiven un trastorno depresivo (Testa et al., 2013: III; Alda y Sabel, 2006; Testa et al., 2013: II). Posteriormente se efectúa una entrevista clínica que aporta la información necesaria para la elaboración del diagnóstico.

La evaluación diagnóstica debe contar con una historia médica completa, en la que se debe dar respuesta a las siguientes preguntas, por ejemplo: ¿Cuándo iniciaron los síntomas depresivos, por cuanto tiempo han perdurado, cuanto le ha afectado en su desarrollo normal diario? Si el paciente los ha sufrido con anterioridad, el médico debe indagar si fue tratado y que tratamiento y por cuanto tiempo lo recibió. Seguidamente debe preguntar si hace uso de alcohol, tabaco o drogas, así como si tiene pensamientos de muerte o deseos de suicidio. De igual forma, se debe preguntar sobre la situación de esta misma índole sobre otros miembros familiares: ¿Algún pariente ha sufrido depresión y, si fue tratado, que tratamiento y durante cuanto tiempo lo recibió y si piensa que el tratamiento fue efectivo?

Desde la perspectiva de la terapia conductual el objetivo del diagnóstico consiste en efectuar una evaluación individual, con la intención de la elaboración del diseño de un tratamiento y controlar el proceso seguido a nivel exclusivamente individual; por ello, los resultados no serían empleados para

compararlos con los de otros sujetos, sino para comparar la evaluación de la puntuación antes, durante y después del tratamiento, así como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.

Según Pérez Álvarez la Activación Conductual (AC) sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz que los supuestos factores internos, fueran éstos neurobiológicos (típicamente ‘desequilibrios químicos’) o psicológicos (por ejemplo, ‘esquemas cognitivos’). Asimismo, la AC sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro (AC, 2006). La AC “trata de reponer a la persona cara a la vida, poniéndola en contacto con las condiciones que pudieran reordenar el *dis-order* o trastorno dado. Trata de ‘poner a funcionar’ o, como sugiere su propio nombre, ‘activar’ a la persona a pesar de estar (todavía) deprimida, como paso para dejar de estarlo. Más técnicamente, se puede decir que la AC es un procedimiento que enfatiza los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan, a su vez, cambios en los pensamientos, el humor y la calidad de vida. Naturalmente, se trata de ‘activar’ a la persona en la medida de sus posibilidades actuales y de acuerdo con sus intereses y valores” (Pérez Álvarez, 2006, 1-2)<sup>18</sup>.

Se puede hacer uso de algunos de los modelos teóricos que ayudan a reconocer si existe o no trastorno depresivo, entre estos, se puede aludir por ejemplo a los siguientes: Escala de Hamilton (cfr. Purriños, [2006])<sup>19</sup>, escala de depresión de Zung, escala de depresión de Yesavage, inventario de depre-

<sup>18</sup> Texto que es resultado del comentario vertido por cfr. Marino Pérez Álvarez (2006) sobre el artículo *Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults*, Dimidjian, et al., 2006: 658-670.

<sup>19</sup> Escala, en concreto de 17 ítems es recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (Purriños, [2006], 1).

sión de Beck (X), test de depresión de Goldberg o escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg, et al., 1988: 897-899; Goldberg, et al., 1989: 49-53), test de depresión de Hamilton, existen otros como los que alude Arroll, Khin y Kerse (2003).

Como apunta Purriños la depresión es una de las enfermedades “más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente ‘disfrazada’ como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado” (Purriños, [2006], 1); para ello contar con escalas de valoración HDRS permiten evaluar los síntomas depresivos, en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios experimentados por el paciente. La encuesta-escala cuenta con 17 ítems, en torno a los siguientes temas: Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad); sentimiento de culpa; suicidio; insomnio precoz; insomnio intermedio; insomnio tardío; trabajo y actividades; inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora); agitación psicomotora; ansiedad psíquica; ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorias: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada: transpiración); síntomas somáticos gastrointestinales; síntomas somáticos generales; síntomas genitales (disminución de la libido y trastornos menstruales); hipocondría; pérdida de peso, e introspección (insight). Cada ítems o cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4, respectivamente, con una puntuación total que comprende del 0 a 52. Según la *Guía práctica clínica* elaborada por NICE (2004), de acuerdo al instrumento AGREE, recomienda aplicar los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7.

Depresión ligera/menor: 8-13. Depresión moderada: 14-18.  
Depresión severa: 19-22 y Depresión muy severa: 23<sup>20</sup>.

### **Escala de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale HDRS)**

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

### **Sentimientos de culpa**

- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4

### **Suicidio**

- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

<sup>20</sup> Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25 al 49% y una no respuesta a la reducción de menos del 25% (Shelton (2006). La remisión se ha considerado igual o menor al dato numérico de 7, aunque hay autores que consideran que podía tener un valor más bajo (Zimmerman, et al., (2005).

---

**Insomnio precoz**


---

- |   |   |
|---|---|
| - No tiene dificultad   | 0 |
| - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño | 1 |
| - Dificultad para dormir cada noche   | 2 |
- 

**Insomnio intermedio**


---

- |  |   |
|--|---|
| - No hay dificultad  | 0 |
| - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche   | 1 |
| - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) | 2 |
- 

**Insomnio tardío**


---

- |  |   |
|--|---|
| - No hay dificultad  | 0 |
| - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir | 1 |
| - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama                    | 2 |
- 

**Trabajo y actividades**


---

- |   |   |
|---|---|
| - No hay dificultad   | 0 |
| - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)   | 1 |
| - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)                                    | 2 |
| - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad                                      | 3 |
| - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda | 4 |
- 

**Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)**


---

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| - Palabra y pensamiento normales  | 0 |
| - Ligeramente retraso en el habla | 1 |
| - Evidente retraso en el habla    | 2 |
| - Dificultad para expresarse      | 3 |
| - Incapacidad para expresarse     | 4 |
-

---

**Agitación psicomotora**


---

- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

---

**Ansiedad psíquica**


---

- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4

---

**Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)**


---

- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4

---

**Síntomas somáticos gastrointestinales**


---

- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2

---

**Síntomas somáticos generales**


---

- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza.	1
Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	2
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	

---

<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
<b>Hipocondría</b>	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
<b>Pérdida de peso</b>	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
<b>Introspección (insight)</b>	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Hamilton, 1960: 56-62; Hamilton, 1967: 278-296, cfr. Purriños [2006], 1-3.

En el diagnóstico se puede atender a los diferentes trastornos, algunos de ellos en ocasiones acompañan y pueden confundirse con una depresión: trastornos endocrinos (como el síndrome premenstrual, psicosis posparto, hipotiroidismo, hiperprolactinemia..., –Testa et al., 2013: III–); enfermedades sistémicas, inflamatorias e infecciosas (enfermedad celiaca –Testa et al., 2013: III y Jackson et al., 2012–, sensibilidad al gluten no celiaca –Jackson et al., 2012–, fiebre tifoidea, VIH... –Testa et al., 2013: III y Jackson et al., 2012–); enfermedades gastrointestinales (enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad de Whipple); trastornos metabólicos (hiperglucemia); trastornos neurológicos (tumores cerebrales, hidrocefalia...); enfermedades infecciosas del cerebro (meningitis, encefalitis o neurosífilis); fallo hepático (encefalopatía hepática); fallo renal (uremia); enfermedades respiratorias

(asma, hipoxemia...); enfermedades cardíacas (enfermedad de las arterias coronarias...); enfermedades hematológicas (politemia, leucemia); trastornos electrolíticos o de fluidos (hipercalcemia o hipomagnesemia) y estados carenciales (déficit de vitaminas B2, B6, B12 o vitamina D, ácido fólico o cinc... -Testa et al., 2013: III).

#### **IV Tratamiento de la depresión**

Antes de elaborar el tratamiento por parte de los psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, consejeros o enfermeros psiquiátricos a seguir por el paciente es necesario identificar la posible causa que simule, cause o potencie el cuadro depresivo, en busca de la recuperación o alivios de sus síntomas (Testa et al., 2013: III, Alda Díez, et al., 2006 y Testa et al., 2013: II). El propósito del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, restaurar el correcto funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar la calidad de vida del paciente, así como evitar las posibles recaídas y disminuir considerablemente la morbilidad y mortalidad.

Los resultados obtenidos de la evaluación determinará el tratamiento a seguir. Existe una gran variedad de psicoterapias y medicamentos para combatir los trastornos depresivos. Según estudio compilatorio y comparativo efectuado por Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2001: 523-529) a partir de catorce trastornos psicológicos: esquizofrenia (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, (2001: 345-364), drogodependencia (Secades Villa, y Fernández Hermida, 2001: 365-380), anorexia y bulimia (Saldaña, 2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario (Psicothema, 13, 381-392), trastornos de personalidad (Quiroga Romero y Errasti Pérez, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad (Psicothema, 13, 393-406), hipocondría (Fernández Rodríguez y Fernández Martínez, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría (Psicothema, 13, 407-418), trastornos obsesivo-compulsivo (Vallejo Pareja, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo (Psicothema, 13, 419-427), disfunciones sexuales (Labrador y Crespo, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para las



disfunciones sexuales (Psicothema, 13, 428-441), ansiedad generalizada (Capafons Bonet, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas (Psicothema, 13, 447-452), fobias específicas (Capafons, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada (Psicothema, 13, 442-446), agorafobia (Bados López, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia (Psicothema, 13, 453-464), trastorno de pánico (Botella, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. Psicothema, 13, 465-478), trastorno de estrés postraumático (Báguena Puigserver, 2001), tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático (Psicothema, 13, 479-492)<sup>21</sup>, depresión unipolar (Pérez Álvarez y García Montes, 2002), tratamientos psicológicos eficaces para la depresión (Psicothema, 13, 493-510), trastorno bipolar (Becoña y Lorenzo, 2001) y tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. Psicothema, 13, 511-522). Se concluye –hasta la fecha 2001– que tan sólo en la esquizofrenia y trastorno bipolar resulta más conveniente el tratamiento farmacológico, mientras que en el resto de trastornos psicológicos muestra experimentalmente mejor resultado que el tratamiento psicofarmacológico (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001: 523-529).

Aunque el tratamiento farmacológico es la terapia que se prescribe con mayor frecuencia, la psicoterapia también puede ser eficaz, por si sola o en combinación con la medicación –como apunta The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Aunque como señala Khan et al., 2012 por encima de la psicoterapia y la farmacología puede ser el “hecho de que los

<sup>21</sup> “De cada uno de ellos, se ha podido decir qué tratamientos están bien establecidos, cuáles son probablemente eficaces y los que están en fase experimental (...). Aun cuando el panorama reflejado invita al optimismo, los autores se muestran críticos, cuestionando tanto la concepción psicopatológica de los trastornos como la sobresimplificación y limitación del carácter de los tratamientos que se deriva de establecer correspondencias específicas entre un cuadro clínico pre-establecido y un procedimiento terapéutico específico” (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001: 523).

pacientes deprimidos participen en un programa terapéutico” (Khan, et al., 2012).

Para pacientes menores de 18 años se recomienda el tratamiento con psicoterapia como primera opción, seguida de la medicación (nunca como primera). Para el tratamiento de los jóvenes se debe comenzar considerando la incidencia del abuso de sustancias tóxicas u otros problemas de salud mental en los padres, y en caso de estar presente el padecimiento y con el fin de ayudar a los adolescentes, los padres deben de ser tratados en paralelo con el menor (NICE, 2005). En el tratamiento de la depresión en adolescentes la TCC sin medicación tiene un efecto equivalente a un placebo, significativamente peor que el antidepresivo fluoxetina; aunque la TCC y la fluoxetina superan los resultados del tratamiento que solo emplea fluoxetina (March et al., 2004).

En cambio, según el informe aportado por otros estudios sobre el tema, la combinación de la fluoxetina con TCC no demuestra tener algún beneficio adicional (Goodyer et al., 2007 y 2008). o, como máximo, solo se demostró un beneficio marginal, en un cuarto estudio (Domino et al., 2008).

Existen autores que consideran que la combinación de psicoterapia y medicación es la manera más efectiva para tratar la depresión en los adolescentes. Tanto el Tratamiento de Adolescentes con Estudio de Depresión (TAED) como el Tratamiento de Depresión Resistente en Adolescentes (TDRA) muestran resultados muy similares. TAED dio como resultados que el 71 % de los pacientes adolescentes tuvieran una mejoría significativa en el estado de ánimo; sobre pasando el 60,6 % de los pacientes en proceso de curación mediante medicación sola, y el 43,2 % con TCC únicamente, y de forma similar TDRA mostró un 54,8 % de mejoría con TCC y fármacos contra el 40,5 % tratado solo mediante fármacos (Van Voorhees, et al., 2008).

La psicoterapia interpersonal considera que la depresión es multicasual aunque desde una problemática interpersonal. La psicoterapia interpersonal se enfoca en los factores desencadenantes sociales e interpersonales que pueden ocasionar la depresión. Existen investigaciones que consideran que éste es un tratamiento eficaz para la depresión. La terapia toma un curso estructurado con un número determinado de sesiones

semanales como en el caso de la TCC; sin embargo, la terapia se enfoca a las relaciones con otras personas. Esta terapia es usada fundamentalmente para ayudar a una persona a desarrollar o mejorar sus habilidades interpersonales con el objetivo de que el paciente pueda comunicarse de manera más eficaz y reducir el estrés (Weissman, et al., 2000). Consta de un tratamiento aconsejable de doce a dieciséis sesiones de una hora, en tres fases. En la primera fase (de la sesión uno a la tercera) el terapeuta le explica al paciente en que consiste la depresión y analiza el entorno social, familiar y laboral del paciente, incidiendo en la comprensión en que momento tuvo lugar el inicio del proceso depresivo. En la segunda fase (de la cuarta a la duodécima), presenta un tema de conversación o área de problema relacionado con alguna de las peculiaridades personales de inicio o permanencia de la depresión. Por lo general, existe cuatro temas recurrentes: la no superación de la muerte de un ser querido –duelo complicado–, el conflicto con un ser querido –disputa de rol–, dificultad o bloqueo para adaptarse a un cambio vital –transición de rol– o la carencia de relaciones con los demás personas de su entorno –déficit interpersonal–. En esta fase, el terapeuta dialoga con el paciente con el propósito de superar la pérdida de un ser querido, resolver el conflicto con una persona allegada, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con su entorno. En la tercera fase (de la decimotercera a la decimosexta) se exponen los logros del paciente.

La psicoterapia más aplicada para la depresión es la terapia cognitivo-conductual (TCC), ideada para funcionar mediante la enseñanza de un conjunto de habilidades cognitivas y de comportamiento, que el paciente puede emplearlas por su cuenta. Atendiendo a los resultados obtenidos de diferentes investigaciones se sugirió que TCC no era tan efectiva como la medicación antidepresiva para el tratamiento de la depresión, sin embargo, estudios recientes señalan que esta terapia puede funcionar tan bien como los antidepresivos en el tratamiento de pacientes con depresión moderada a severa (Roth, et al. (2006).

Un estudio comparado de la TCC de baja intensidad (como la autoayuda guiada mediante materiales escritos y el apoyo profesional limitado, así como las intervenciones basadas en sitios web) con la atención habitual, concluyó que

los pacientes que inicialmente tenían depresión más grave se beneficiaron de las intervenciones de baja intensidad al menos en la misma medida que lo hacía los pacientes con síntomas depresivos menores (Bower, et al., (2013).

La terapia cognitiva parte del criterio de que la depresión es consecuencia de una alteración en la forma de pensar, que repercute en las maneras de sentir y en la forma de comportarse. Con la aplicación de esta terapia se pretende ayudar al paciente a comprender los errores que produce su pensamiento, entendidos como distorsiones cognitivas, para que piense de forma más realista, se le ayude a sentirse mejor y tome las decisiones más favorables para resolver su problemática personal. En estos casos, el terapeuta puede proponer al paciente que realice algunas tareas para hacer en casa para que piense en el desarrollo de dicho proceso.

Una revisión investigativa de la efectividad de la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), demuestra que la aplicación de ésta en un programa de clase recientemente desarrollado, diseñado para prevenir la recaída, sugiere que la MBCT puede tener un efecto dependiente cuando se proporciona la atención habitual al paciente que ha tenido tres o más episodios depresivos, aunque no se haya aplicado un tratamiento con antidepresivos ni psicoterapia, y la mejora que pudo observarse fue un reflejo no específico o con consecuencias placebo (Coelho et al., 2007).

La terapia de la conducta en el tratamiento de la depresión en ocasiones es denominada *activación conductual* (Hopko et al., 2004). La terapia conductual incluye distintas formas de tratamiento que cuenta en común el propósito de constatar la conducta del paciente. Existen diversos estudios que demuestran que la activación conductual es superior a la TCC (Dimidjian, (2006). Además, la activación conductual parece tardar menos tiempo en producir efecto y activar a un cambio más duradero (Spates et al., (2006).

Se programa a organizar su tiempo y a realizar actividades gratificantes, al mismo tiempo se le ayuda a ser más asertivo y sociable, aplicando para ello el juego de rol, y presentando situaciones sociales y laborales que el paciente normalmente evita por diversos miedos, para lograr ciertas resoluciones gratificantes y favorecedores de su mejora conductual.

La terapia de aceptación y compromiso (TAC), se constituye en una forma de atención plena de la TCC que tiene sus bases en el análisis de la conducta, también es eficaz en el tratamiento de la depresión, y puede ser más útil que la TCC tradicional, especialmente cuando la depresión está acompañada por ansiedad y cuando es resistente a la TCC convencional (Ruiz, (2010): 125-62).

La psicoterapia psicoanalítica propone la estrategia de la exposición del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente y origen en parte de la sintomatología. El psicoanálisis, una escuela de pensamiento psicológico fundada por Sigmund Freud que enfatiza la resolución de conflictos mentales inconscientes (Dworetzky, 1997), es aplicado para tratar a los pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor (Doidge, Simon y Lancee, 2002). Una técnica más ampliamente practicada, llamada psicoterapia psicodinámica, se basa de un modo no estricto en el psicoanálisis y tiene un enfoque social e interpersonal adicional (Durand y Barlow, 1999). En un metaanálisis de tres ensayos controlados, la psicoterapia psicodinámica resultó ser tan eficaz como la medicación para la depresión leve a moderada (de Maat, Dekker y Schoevers, 2007). Desde la perspectiva de la psicoterapia se entiende que el trastorno depresivo es resultado de una lucha entre los mecanismos de defensa y los impulsos internos del propio paciente. Estos conflictos son contrarrestados por parte de la psicoterapia psicodinámica breve con el propósito de su resolución en el ámbito del consciente del paciente.

El tratamiento farmacológico con antidepresivos se ha mostrado eficaz en depresiones mayores o graves y en depresiones psicóticas, en este último caso, solo o en combinación con psicoterapia –como apunta Bueno et al., 1993). para el resto, como se ha apuntado anteriormente, la psicofarmacología y en lo posible la psicoterapia exclusivamente<sup>22</sup> (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001). Asimismo, se debe considerar que para encontrar un tratamiento farmacéutico más

<sup>22</sup> El tratamiento antidepresivo sobre pacientes con problemas personales específicos, como falta de apoyo, aislamiento, crisis de personalidad, etc. en relación con la depresión muestra una alta tasa de recaídas (Álamo et al., 1988).

eficaz, las dosificaciones de los medicamentos deben ajustarse a menudo, así como combinarse distintos antidepresivos o cambiar los mismos. Las tasas de respuesta al primer agente administrado pueden ser bajas, alrededor del 50 % –como apunta Rockville, 1999–. Los tratamientos pueden tomar de tres a ocho semanas para que sus efectos terapéuticos puedan ser constatados. A los pacientes se les aconseja no dejar de tomar los antidepresivos durante el período de tratamiento y persistir en su uso al menos cuatro meses para prevenir la posibilidad de recurrencia.

La eficacia entre los diferentes tipos de antidepresivos depende –según apunta Álamo et al., 1988– más del tipo de efectos secundarios que provocan en el paciente que del logro de la mejoría de síntomas que con ellos se obtienen; por lo que su empleo debería venir determinado a la respuesta obtenida con un fármaco en particular en algún episodio previo o en lo acaecido con un familiar de primer grado, así como la tolerancia a los posibles efectos secundarios, la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad, y el precio del medicamento (Álamo et al., 1988).

Aunque existen autores que consideran que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina (Zoloft, Lustral), el escitalopram (Lexapro, Ciprallex), la fluoxetina (Prozac), la paroxetina (Serotax), y el citalopram, son los fármacos recurridos en primer lugar debido a que los efectos secundarios son relativamente leves o son menores que los de otros medicamentos afines, tienen mayor efecto sobre la depresión y la ansiedad, y también poseen un menor riesgo de producir una sobredosis, en comparación con otras alternativas tricíclicas más antiguas. Los pacientes que no responden al primer ISRS aplicado pueden ser cambiados a otro, y si además existe una disfunción sexual, presente antes de la aparición de la depresión, los ISRS deben ser evitados (Sutherland et al., 2003). Otra de las opciones más empleadas en estas circunstancias es cambiar a algún antidepresivo atípico o agregar bupropión a la terapia existente (Zisook et al., 2006), siendo esta una de las estrategias más eficaces (Rush, Trivedi y Wisniewski, 2006; Trivedi et al., 2006). En el caso que los ISRS causen o incrementen el insomnio, se puede completar el tratamiento con la aplicación de un antidepresivo

serotonérgico noradrenérgico (NaSSA), mirtazapina (Zispin, Remeron, Mayers et al., 2005; Winokur et al., 2003; Lawrence, 2004)<sup>23</sup>; aunque Venlafaxina (Effexor) puede ser moderadamente más eficaz que los ISRS (Papakostas et al., 2007); sin embargo, no se recomienda como tratamiento de primera opción debido a que existe una mayor tasa de efectos secundarios (Cipriani et al., 2007), y su empleo no es aconsejable para el uso en niños y adolescentes (NHS, 2005). La fluoxetina es el único antidepresivo recomendado para personas menores de 18 años, pero si un niño o adolescente es intolerante a este medicamento, puede considerarse otro ISRS (NHS, 2005); en cambio, no se cuenta con suficientes evidencias sobre la efectividad de los ISRS en aquellos pacientes con depresión complicada por demencia (Nelson, et al., 2011).

Los antidepresivos más destacados actualmente –según el criterio de Soler et al., 1999– son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (MAO), aunque se podría añadir los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). La mayoría de los pacientes muestran mayores tolerancias a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que a los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos (Álamo et al., 1999). En mayor o menor grado, la totalidad de los antidepresivos presentan efectos secundarios del tipo de sequedad de boca, náuseas, mareos, insomnio, cefaleas, estreñimiento, etc. Los antidepresivos tricíclicos tienen una mayor tasa de efectos secundarios que los ISRS, pero disminuye los efectos de disfunciones sexuales, y suelen solo medicarse a tratamiento para pacientes hospitalizados, para los cuales el antidepresivo tricíclico amitriptilina, parece ser que es más eficaz. (Anderson, 1998 y 2000). Los antidepresivos son estadísticamente superiores al placebo, pero su efecto general es de bajo a moderado. Los medicamentos no superan los criterios del Insti-

<sup>23</sup> La terapia cognitiva conductual para el insomnio también puede tener un beneficio al alivio del insomnio sin la medicación adicional.

tuto Nacional de Salud y de Excelencia Clínica (NIHCE) para un efecto “clínicamente significativo”; el tamaño del efecto fue pequeño para un trastorno depresivo moderado, pero aumentó en trastornos depresivos severos alcanzando un efecto de “significación clínica” (Kirsch et al., 2008); Turner et al., 2008). Estos resultados fueron consistentes con los estudios clínicos anteriormente señalados en los que sólo los pacientes con trastorno depresivo mayor se vieron beneficiados por la psicoterapia o el tratamiento con un antidepresivo, Imipramina, más que a partir del tratamiento con placebo (Elkin et al., 1989 y 1995; Sotsky et al., 1991). A pesar de obtener resultados muy parecidos, unos autores concluyeron “parece poca evidencia apoyar la prescripción de la medicación antidepresiva a cualquier paciente severamente deprimido, a menos que los tratamientos alternativos no hayan proporcionado un beneficio” (Kirsch et al. 2008), mientras que otro señaló que la alternativa de primera opción a la medicación es la psicoterapia, que no tiene una eficacia superior (Turner et al., 2008). Los antidepresivos en general son tan eficaces como la psicoterapia para la depresión mayor, mientras que la medicación da mejores resultados para la distimia (Cuijpers et al., 2008; Imel et al., 2008), y el subgrupo ISRS puede ser ligeramente más efectivo que la psicoterapia.

El tratamiento farmacológico con antidepresivos debe mantenerse de seis a doce meses, para evitar riesgo de recaídas, durante ese período; aunque la respuesta terapéutica débil puede venir motivada por un mal cumplimiento del tratamiento adjudicado, debido a abandonos u olvidos del mismo; pues según apunta Soler et al., 1999 y NIHCED, 2004, aproximadamente el 25% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer mes, un 44% en el primer trimestre y un 60% en el primer semestre (Soler et al., 1999 y NIHCED, 2004)<sup>24</sup>. Asimismo se puede apuntar que el número de pacien-

<sup>24</sup> Asimismo, hay que considerar que medicamentos de fluoxetina tan reconocidos durante largo tiempo como el Prozac, no eran en realidad tan eficaces, sino que se seguía a la promoción comercial y la “manipulación de datos científicos” realizados por la propia compañía, como se indica en La Jornada (2008).



tes que abandonan el tratamiento para la depresión es mayor que el número de paciente que abandonan la psicoterapia, esto debido a los efectos secundarios de los antidepresivos (Cuijpers et al., 2008). La psicoterapia que resulta exitosa parece prevenir la recurrencia de la depresión, incluso después de haber sido terminada o reemplazada por “sesiones”, aunque este mismo grado de prevención puede obtenerse mediante la continuación del tratamiento con antidepresivos, como apunta (Imel et al., 2008).

Los médicos frecuentemente suelen agregar a los antidepresivos un medicamento con una acción diferente, con el propósito de reforzar el efecto del antidepresivo como, por ejemplo, en los casos de resistencia al tratamiento<sup>25</sup>. El litio se emplea normalmente para aumentar la terapia antidepresiva en aquellos pacientes que no han respondido a los antidepresivos solos (Bauer et al., 1999). Además, el litio disminuye drásticamente la tasa de riesgo de suicidio en la depresión recurrente (Guzzetta et al., 2007). Asimismo se puede hacer uso de tratamientos especiales, como es con el empleo de infusión de ketamina (estudiada por Caddy et al., 2014) con el aminoácido creatina (Lyo et al., 2012); Cunha et al., 2012), el receptor agonista de la dopamina (Dunlop et al., 2007), S-Adenosil metionina (SAMe) (Mischoulon et al., 2002), el triptófano y el 5-HTP (el aminoácido triptófano en su conversión en 5-hidroxitriptófano (5-HTP) y en su posterior transformación en neurotransmisor de la serotonina) (Shaw et al., 2002); Ravindran et al., 2013) y con el inositol y el azúcar alcohólico que se encuentran en frutas, granos de frijol y frutos secos, también tiene efectos antidepresivos, pero en dosis altas (Levine et al., 2006; Levine et al., 1993).

Otros productos terapéuticos serían los ácidos grasos esenciales según un estudio elaborado por

Cochrane Collaboration, en 2015, no encontró evidencia para determinar si el ácido graso omega 3 tiene algún

<sup>25</sup> Un estudio realizado en 2002 sobre una comunidad extensa de 244,859 pacientes deprimidos de la administración de veteranos constato que el 22 % había recibido un segundo agente, más comúnmente un segundo antidepresivo (Valenstein et al., 2006).

efecto sobre la depresión (Appleton et al., 2015). Un cambio un estudio en 2016 experimentó que si se efectúan pruebas con formulaciones que contienen principalmente ácido eicosapentaenoico (AEP) y por separado otras pruebas con ácido docosahexaenoico (ADH), pareciera que AEP podría tener un efecto positivo mientras ADH no lo tendría (Hallahan et al., 2016). Otro sería la hierba de san Juan, que es conocido por la cultura popular su eficacia para combatir la depresión; en este sentido, un estudio sobre el tema realizado por Cochrane Collaboration, en 2008, concluyó que “la evidencia disponible sugiere que los extractos de hypericum probados en los ensayos incluidos, a) son superiores al placebo en pacientes con trastorno depresivo mayor, b) son igualmente eficaces como los antidepresivos estándar, c) tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos estándar. La asociación del país de origen y la precisión con el tamaño de los efectos complica la interpretación” (Linde et al., 2008). Asimismo el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral indica que “la hierba de San Juan puede ayudar en algunos tipos de depresión, esto con una similitud al tratamiento con los antidepresivos estándar de prescripción, pero esta evidencia no es definitiva”; señalando que “combinar la hierba de San Juan con ciertos antidepresivos puede conducir a un aumento potencialmente mortal de la serotonina, una sustancia química del cerebro a la que se dirigen los antidepresivos”, aunque la hierba de san Juan también puede limitar la eficacia de varios medicamentos recetados.

Las distintas formas de psicoterapia son útiles para combatir los síntomas de la depresión; incluso las terapias a corto plazo, de 10 a 20 semanas. En un principio, a través del intercambio verbal, entre las narraciones vitales expuestas por los pacientes y el análisis y al final el diagnóstico y tratamiento por parte del terapeuta. En ocasiones, de acuerdo con el criterio médico estos diálogos se combinan con “tareas ara hacer en casa” entre una sesión y otra; con este propósito, de emplear terapia de “comportamiento”, se intenta ayudar al paciente a que obtenga satisfacción de la resolución de sus propias acciones, mientras que por otra parte se pretende que abandone patrones de conducta que se tiene demostrado que contribuye a

su proceso depresivo, como proceso causa y efecto (mantenedores) —como apunta James y McCullough, 2003—.

Según Hollon y Ponniah (2010) las tres fundamentales psicoterapias son la psicoterapia interpersonal, psicoterapia cognitiva y psicoterapia conductual; otras psicoterapias como la dinámica breve y la focalizada en la emoción, consideran que pueden ser igualmente eficaces, pero demanda de estudios que estudien su grado de incidencia.

Otros tratamientos antidepresivos pueden ser la terapia de luz brillante, a través de un estudio elaborado por la Aso-ciación Estadounidense de Psiquiatría señaló que con este tratamiento se logra una reducción significativa en la gravedad de los síntomas de depresión tanto para el trastorno afectivo estacional como para la depresión no estacional, con efectos similares a los de los antidepresivos convencionales, aunque para la depresión no estacional, la adición de terapia de luz al tratamientos antidepresivos estándar no fue eficaz (Golden et al., 2005); pero según otro estudio elaborado por Cochrane Collaboration, en el que se conjugó el uso de la luz brillante en combinación con antidepresivos o terapia de vigilia sobre pacientes con depresión no estacional, indicó que sus efectos son moderados (Tuunainen et al., 2004).

Otro tratamiento sería la realización de ejercicios físicos pueden servir para reducir los síntomas depresivos, comparable en proporciones distintas a los efectos que producen en el paciente las terapias cognitivo-conductual o los medicamentos antidepresivos, y se aplica conjuntamente con estas segundas medidas (terapias y farmacología) el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos considera que puede incrementar hasta un 15% la eficacia farmacológica, y en trastornos severos y tras un período de sesiones de tratamiento intermedio, a partir de dieciséis semanas, el ejercicio físico termina siendo tan importantes como los propios medicamentos, aunque también hay que tener en consideración que el propio estado depresivo de dichos paciente es el principal inconveniente para la puesta en marcha de esta práctica de ejercicios físicos (20 minutos).

Según Cochrane Center (Colaboración Cochrane), en 2013, el ejercicio físico aplicado para el tratamiento de la depresión es algo más eficaz que una intervención de con-

trol y comparable a las terapias con el uso de medicamentos antidepresivos; aunque existen estudios que sus efectos son menores (Cooney et al., 2013). Posteriormente, en 2014, un estudio señaló el ejercicio físico es efectivo como tratamiento complementario junto con medicación antidepresiva (Mura et al., 2014). Otros lo señala como un tratamiento complementario para la depresión leve a moderada (Josefsson et al., 2014), y también existe los estudios que lo consideran con efectos menores (Rosenbaum et al., 2014)<sup>26</sup>. En 2015 se realizó un estudio en el que se hacía constar que la eficacia de la terapia de ejercicio físico para la depresión presentan algunas limitaciones, aunque estas entre otros aspectos vienen determinadas por las características del paciente, el tipo de trastorno depresivo y la naturaleza del programa de ejercicios realizados (Ranjbar et al., 2015).

Asimismo, se puede atender al hábito y ritmo de sueño que mantiene el paciente. La depresión a veces se asocia con el insomnio (dificultad para conciliar el sueño, dormir poco y despertarse en medio de la noche). La combinación del insomnio y la depresión empeora la situación del paciente, por lo que es necesario lograr una higiene del sueño (*Depression* (PDF). NICE, diciembre de 2004), para ello esta higiene incluiría medidas tales como rutinas regulares del sueño, evitación del consumo de estimulantes (como la cafeína, etc.), apnea del sueño... (Wirz-Justice, et al., 2005). Pero también en torno a la importancia o no del sueño en el tratamiento de la depresión hay que indicar que la privación de sueño (omitir una noche de sueño) puede mejorar los síntomas de la depresión entre el 40 y el 60%; en particular, la privación parcial del sueño en la segunda mitad de la noche puede ser tan efectiva como una sesión de privación de sueño durante toda la noche. Esta mejoría puede perdurar durante varias semanas, aunque la mayoría (entre el 50 y el 80 %) recae después de la recuperación del sueño. La reducción del periodo de sueño, así como la terapia de luz, los fármacos antidepresivos, y el li-

<sup>26</sup> El factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC), en la mediación de algunos efectos neurobiológicos del ejercicio físico se aprecia que el aumento de la señalización del BDNF es responsable del efecto antidepresivo (Mura et al., 2014).

no puedan estabilizar los efectos del tratamiento de privación de sueño (Giedke et al., 2002).

Otros medios terapéuticos antidepresivos sería la meditación, ayuda no son mejores que los tratamientos activos como la medicación, el ejercicio u otro tipo de terapias conductuales (Goyal et al., 2014). así como la musicoterapia, de 3 a 10 sesiones de musicoterapia mejora los síntomas depresivos, pero es aún mejor después de 16 a 51 sesiones (Gold et al., 2009). Así como la suspensión del hábito de fumar (Taylor, et al., 2014), así como pintaterapia, literaterapia, etc.

Otra medida terapéutica el cuidado compartido, cuando los médicos generalistas y los especialistas tienen un empleo conjunto del cuidado de la salud de un paciente, que alivia los síntomas depresivos (Smith et al., 2017).

En situaciones extremas, en que la sintomatología depresiva es severa y no puede tratarse únicamente con los recursos aludidos: psicoterapia y farmacología, pues el paciente se encuentra sin capacidad de asimilarlo en situaciones normales, especialmente en el caso de pacientes que viven solos o no cuentan con ningún familiar o amistad que pueda apoyarle en su situación de salud mental, se demanda de un acompañamiento terapéutico permanente en “casas de medio camino”. Con este medio los pacientes logran estar en un espacio compartido, seguro y con el apoyo de profesionales de la salud con la aplicación de un tratamiento interdisciplinario y personalizado pueden “prevenir la internación psiquiátrica”, de igual forma es empleado para aquellos que han pasado por una y se encuentra en una posición previa a su retorno al hogar.

En los cuadros depresivos severos o graves, y en especial en casos recurrentes para mitigar los síntomas requieren junto a la psicoterapia medicamentos, e incluso en ocasiones especiales se aplica una serie de dispositivos médicos que deben considerarse de “gran impacto en la salud del paciente”, como sería la terapia electroconvulsiva (TEC) (aunque cada vez es menos practicada en gran parte del mundo), así como estimulación cerebral profunda (estudiado por Marangell et al., 2007; Underwood, 2013; Lakhan et al., (2010). ), estimulación magnética transcraneal repetitiva (NiCE, 2014; Craig, 2012; Melkerson, 2008; Lefaucheur, 2014; George, et al., 2011; Gaynes et al., 2011; Rockville, 2012; American Psychiatric

Association, 2010 -eds: Gelenberg, et al., 2009; The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2013 ), estimulación del nervio vago (Marangell et al., 2007); Rush et al., 2005), y estimulación de la electroterapia craneal (Kavirajan et al., 2014).

La mayoría de las causas inflamatorias, conocidas y mencionadas con anterioridad, como factores ambientales, pueden ser tratadas y prevenidas; para ello es clave su identificación, posibilitando repercutir médicamente sobre la neuroprogresión de la depresión de cada paciente en particular (Berk et al., 2013).

La ausencia de respuesta adecuada a los tratamientos antidepressivos de índole de psicoterapia y farmacológica se relaciona con niveles elevados y persistentes de marcadores inflamatorios, lo que puede entenderse por la existencia de procesos inflamatorios crónicos, el surgimiento de trastornos autoinmunes y el incremento del estrés oxidativo (Berk et al., 2013).

## **V Vulnerabilidad<sup>27</sup>**

“Vulnerabilidad” es un término de origen latino que deriva de *vulnerabilis*, que significa “algo que causa lesión”( Houaiss et al., 2009: 1961).

Con el desarrollo científico y tecnológico habido a partir del siglo XX ha repercutido sobre el ser humano, suscitando dilemas éticos a la bioética, especialmente en lo que respecta al agravamiento de las disparidades socioeconómicas de los ciudadanos de los diferentes países. En este contexto, el artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) dispone que la vulnerabilidad humana debe ser tomada en consideración en la aplicación y en el avance del conocimiento científico, de las prácticas médicas y de tecnologías asociadas. Los individuos y grupos de vulnerabilidad específica deben ser protegidos y la integridad individual de cada uno debe ser respetada (Unesco, 2005) . En sentido filosófico, es entendido como la condición humana inherente a su existencia en su finitud y fragilidad,

<sup>27</sup> Estudiada por Talita Cavalcante et al. (2017; 313-319).

de tal forma que no puede ser superada o eliminada. Al reconocerse como vulnerables, las personas deben comprender la vulnerabilidad del otro, así como la necesidad del cuidado, de la responsabilidad y de la solidaridad, y no la explotación de esa condición por parte de los demás (Neves, 2009: 167-77).

La vulnerabilidad fue introducida en el ámbito de la investigación con humanos como una característica atribuida a ciertos tipos de población, consideradas más expuestas y con menos posibilidades de defenderse contra abusos y maltratos realizados por otras personas e instituciones. La historia evidenció la necesidad de constituir este tipo de protección, pues el número de ensayos clínicos emprendidos presentó un crecimiento incontrolado en la primera mitad del siglo XX, implicando a grupos de personas vulnerables o institucionalizadas. Huérfanos, prisioneros, ancianos y, posteriormente, grupos étnicos considerados inferiores, como judíos, chinos y negros. Todas las minorías étnicas, la población desfavorecida económicamente y las mujeres fueron en su conjunto connotados como vulnerables (Neves, 2009).

El Informe Belmont, de 1978, introdujo principios éticos y directrices sobre la protección a la vulnerabilidad de las personas de forma particular y relativa (de carácter voluntario) y sobre la población relacionada a la evaluación de riesgos y beneficios (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 2005). En ésta línea Beauchamp y Childress, en "Principles of biomedical ethics" (Beauchamp, Childress, 2012), inciden en denotar la necesidad de proteger individualmente a todas las personas o grupos sociales por medio de la exigencia amplia y rigurosa del consentimiento informado. Esto implicaba el cumplimiento del principio de la autonomía, comprendido como capacidad de autodeterminación, rechazando el proteccionismo paternalista (Beauchamp y Childress, 2012).

En la Declaración de Helsinki, de 1964, aún no aparece recogido el concepto de vulnerabilidad; lo hace en 1996, para clasificar sujetos de investigación en términos particulares y relativos, aludiendo a la necesidad de su adecuada protección. De igual forma, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (Unesco, 1997) y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos

(Unesco, 2003) hacen referencia al concepto correlativo de integridad en sentido deontológico. De esta forma, las declaraciones describen colectivos vulnerables, constituidos por individuos, familias y grupos sociales como merecedores de especial atención a partir del desarrollo de la responsabilidad social, la virtud o la moral del investigador e institución frente a las cuestiones suscitadas debido a implicaciones éticas y sociales de las investigaciones genéticas, entre otros tipos de estudios. La sociedad debe exigir el cumplimiento de la moralidad y de la eticidad por parte de las partes intervinientes en dichas investigaciones, garantizando la integralidad de las personas vulnerables, es decir, actuar correctamente con ética en el proceso de la investigación (ONUECC, 1997 y 2003).

En 1998, en la Declaración de Barcelona (União Europeia. Declaración de Barcelona y Asociación Euromediterránea), que presentaba cuatro principios fundamentales: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad, para desarrollar una política europea conjunta de bioética y bioderecho; la vulnerabilidad fue considerada como objeto a ser desarrollado por la bioética y como principio a ser respetado (UE, 1998). Las Directrices éticas internacionales para investigaciones biomédicas que involucran a seres humanos (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002), del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de Salud, también aludían a la vulnerabilidad, que la consideraba como una categoría de “individuos, sujetos, personas, grupos, poblaciones o comunidades” incapaces de proteger sus propios intereses, restringiéndose al campo de la experimentación humana (CIOMS, 2002). Asimismo, el artículo 24 de la DUBDH, al tratar sobre cooperación internacional entre los Estados, demanda una especial atención sobre los “individuos, familias, grupos y comunidades” que se tornaron vulnerables por enfermedad, incapacidad u otras condiciones variadas: individuales, sociales o ambientales. También resalta las necesidades específicas en este sentido en países en vía de desarrollo y comunidades indígenas con el apoyo de la cooperación internacional (ONUECC, 2005).

El concepto de vulnerabilidad se aplica a la condición existencial de individuos y grupos poblacionales en



determinadas circunstancias de desamparo. Solbakk alude a Rendtorff y Kemp (Solbakk, 2011: 89-101) para referirse a la complejidad del principio del respeto a la vulnerabilidad aludiendo tanto a sus concepciones amplias como las restringidas. Las “concepciones amplias” tratan del reconocimiento del principio como la base de la ética, considerado como el más importante por la bioética, por expresar ontológicamente la finitud de la condición humana. El concepto debe ser entendido como un principio biopolítico medular del Estado de bienestar moderno. Mientras que las concepciones restringidas están basadas en el consentimiento o en el daño; generan el problema de no abarcar toda la vulnerabilidad implicada en una investigación médica y en la práctica clínica, además produce estereotipos, no posibilitando distinciones entre los que deben y no deben tener contempladas sus características especiales (Solbakk, 2011).

Schramm (2006: 187-200) y Kottow (2008: 340-2) diferencia entre vulnerable y vulnerado. El primer concepto “vulnerable” resalta la característica universal de cualquier organismo, entendida como potencialidad, fragilidad, y no estado de daño; esa vulnerabilidad es disminuida respetando los derechos humanos básicos en un orden social justo. Demanda de acciones negativas por parte del Estado, tendiendo a la protección equitativa de los individuos contra daños para impedir que su vulnerabilidad sea transformada en una lesión a su integridad (Schramm, 2006 y Kottow, 2008). El segundo “vulnerado” se refiere a una situación de hecho, de daño actual, que tiene consecuencias relevantes con el momento de la toma de decisión. Atendiendo a los daños sufridos, las vulneraciones requieren cuidados especiales por parte de instituciones sociales organizadas; es decir, es necesario que la sociedad instale servicios terapéuticos y de protección, como servicios sanitarios, asistenciales, educacionales, etc., para disminuir o acabar con los daños con el fin de apoyar a los desfavorecidos. Además de la sociedad –Schramm y Kottow– demanda de la acción del Estado en favor de los vulnerados (Schramm, 2006 y Kottow, 2008).

Neves (2006: 157-72) identificó nociones diferentes de vulnerabilidad utilizadas en bioética, y que se puede hacer extensible al cualquier especialidad de las ciencias sociales,

en función adjetiva, sustantiva y principalista. La noción más estricta se refiere a la función adjetiva. Se presenta en un plano descriptivo, denotando expresión de valores que califica a ciertos grupos y personas. Así, es una característica particular y relativa, contingente y provisoria, de utilización restringida al plano de la experimentación humana (Neves, 2006: 163). La función sustantiva hace referencia a la perspectiva antropológica de la ética fundamentada por Lévinas y Jonas (cfr. Neves, 2006), que describen la vulnerabilidad como una realidad común a las personas –constitutiva de lo humano– y a todo lo existente –no es específica con el hombre y la mujer–, sino haciéndolo extensible con el mundo animal, ambiental y vegetal. En estas condiciones la vulnerabilidad se torna una condición universal, permanente, en su contra se propone la condición de igualdad.

La DUBDH propuso a nivel mundial la creación del concepto de vulnerabilidad moralmente sustentable. Frente a la demanda de respeto a la vulnerabilidad por parte de la bioética global, coexiste una propensión del pluralismo moral imperante en la mayoría de las democracias actuales (Solbakk, 2011: 89-101). A nivel práctico Cunha y Garrafa (2016:197-208), analiza la realidad de la vulnerabilidad en bioética en los cinco continentes (Europa, América Latina y Estados Unidos –falta Canadá–, África y Asia), concluyeron que la vulnerabilidad es un principio fundamental para la bioética global.

La DUBDH relaciona la bioética con la vulnerabilidad y las relaciones de poder, con respecto a los avances tecnológicos. Para que exista vulnerabilidad, en particular, es necesario que se produzca unas relaciones de poder desiguales, como apunta Fernández-Carrión, mientras que Anjos (2006:173-86) señala que las relaciones asimétricas de poder sobresalen cuando “la vulnerabilidad es ocultada” o se hacen efectivas; se ocultan por razones políticas y sociales. “La tentativa de ocultar las causas de la vulnerabilidad lleva a hacer de la autonomía un discurso de responsabilización de las víctimas por sus propias heridas. En escala política, vemos a este discurso de la autonomía entregar grupos sociales y naciones enteras a sus propias condiciones de pobreza y siendo responsabilizados por ella” (Anjos, 2006, 182).

La responsabilidad social en salud exige por un lado la responsabilidad de los Estados en la promulgación de políticas públicas de ámbito social<sup>28</sup>. Sino que por otro, demanda de la puesta en práctica de estrategias sociales en el ámbito nacional e internacional que eliminen las desigualdades y promuevan el bienestar de los vulnerables. Para ello, es necesario que los pacientes sean entendidos en su totalidad o integridad, ya no como un objeto reducido a una enfermedad o incapacidad determinada, sino que está inserto en una salud y una bioética de derechos y deberes.

El informe del Comité Internacional de Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco, 2013), de 2013, reconoció dos categorías fundamentales de vulnerabilidades específicas: la especial y la social. La primera puede ser temporaria o permanente, causada por incapacidades, enfermedades o limitaciones existentes en algún período de la vida. La segunda, está originada por distintos determinantes políticos y ambientales, surge a través de la cultura, la economía, las relaciones de poder o los desastres naturales (ONUECC, 2013).

Existen tanto tipos de vulnerabilidad como condicionantes tiene el ser humano, por tanto se puede aludir a la existencia de vulnerabilidad humana, social, política, económica, educativa... y salud mental (FC). La vulnerabilidad humana se puede entender como el grado en que las personas pueden ser susceptibles a las pérdidas, daños, sufrimiento y muerte, en casos de desastre o siniestro y en la denominada vida diaria. Esta se da en función de las condiciones personales: físicas, mentales, económicas, culturales... y educativas y externas: sociales, políticas... e institucionales. La vulnerabilidad se relaciona directamente con la capacidad de un sujeto social, independientemente y/ o inmerso en una comunidad para hacer frente a eventos, sucesos y realidades peligrosas o dañinas en cada momento específico de su vida y del colectivo en el que está incluido (FC). De forma similar se puede indicar que por vulnerabilidad social se puede entender cómo la inseguri-

<sup>28</sup> Como por ejemplo la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, en Brasil (Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa).

dad y la indefensión que experimentan las comunidades, grupos sociales, familias y sujetos sociales en condiciones normales a partir de sufrir un impacto social, económico, etc.<sup>29</sup> provocado por algún tipo de suceso cotidiano de tipo natural, económico... y social con repercusión traumática. Unido a la posibilidad de manejo de recursos y las estrategias propias, a nivel individual o colectiva (comunidades, familia...) para poder afrontar dichos hechos y sus efectos (FC). Al aludir a diferentes condicionantes, efectos o consecuencias así como estrategia se está aludiendo a causas, efectos y estrategias sociales, políticas, económicas, fisiológicas, etc.

Anjos establece la existencia de tres niveles entre la vulnerabilidad y el poder. El primer comprende las dificultades o el no reconocimiento de los límites de las vulnerabilidades debido al poder de la ciencia o mejor dicho de las instituciones que aplican los avances tecnológicos, lo que convierte a la población en general en una “sociedad de riesgos”. El segundo denota la concentración de poder, con respecto al consumo y la producción, estructurando una sociedad sin reflexión ética que legitima la inequidad. Y, el tercero, se refiere por un lado a la vulnerabilidad entre naciones<sup>30</sup>, y en los propios países alude a las consolidación de las desigualdades sociales (Anjos, 2006:173-86). En cambio, Garrafa y Lorenzo (Garrafa, 2008:2219-26), señala la existencia del llamado “imperialismo moral”, que consiste en la intención de imponer, por medio de diferentes formas de coerción, estándares morales de determinadas culturas, regiones geopolíticas y países a otras culturas, regiones o países. Criterio que coincide con las últimas modificaciones aplicadas en la Declaración de Helsinki, en 2008, que resaltan la práctica del imperialismo moral de algunos países desarrollados en la adopción de crite-

<sup>29</sup> Blaikie et al., 1996, o Busso, 2001.

<sup>30</sup> Desde la perspectiva bioético, se puede indicar a este respecto como las industrias farmacéuticas, por ejemplo, prueban sus medicamentos en poblaciones vulneradas por la pobreza en países periféricos con el fin de maximizar las ganancias en el tratamiento y su comercialización en otros países desarrollados.

rios éticos diversos o de “double standards”<sup>31</sup> (doble estándar) en el ámbito de la investigación clínica en el mundo. Pero esta Declaración relativiza la vulnerabilidad de los pueblos y países periféricos, justificando el empleo de metodologías diferenciadas de investigación que pueden depender de las circunstancias sanitarias de los países. Es decir, disminuyen las exigencias de los estándares éticos internacionalmente aceptados en la realización de estudios clínicos y, consecuentemente, los costos de las investigaciones, alegando la urgencia de la cura (Diniz et al., 2001:679-88 y Garrafa et al., 2001:1489-96.); en su contra Lorenzo insiste en señalar que la mayoría de las poblaciones de países periféricos se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, no necesariamente por factores biológicos, sino económicos, pues la pobreza y las desigualdades existentes en países en vía de desarrollo favorecen que sean el centro para la realización de investigaciones; lo que lo denomina como la “vulnerabilidad social” que interfiere negativamente en la autodeterminación de los sujetos o pueblos (Lorenzo, 2006: 167-90), y de igual forma afirma Garrafa, que:

La vulnerabilidad social tiene relación con la estructura de la vida cotidiana de las personas. Entre las situaciones generadoras de vulnerabilidad social en investigaciones en los países periféricos, pueden ser citadas: la baja capacidad de investigación en el país; las disparidades socioeconómicas en la población; el bajo nivel de instrucción de las personas; la inaccesibilidad a servicios de salud y las vulnerabilidades específicas relacionadas con el género femenino y con las cuestiones raciales y étnicas, entre otras (Garrafa, 2012:9-20. p. 14).

En los propios países desarrollados, donde existe el estado de bienestar, desde una perspectiva utilitarista que alude al conjunto de la población, aunque ello difiere con la realidad, donde persiste las minorías; por ello se demanda una justicia

<sup>31</sup> “Double standard” entendido como la opción de garantizar el acceso a mejores métodos de tratamiento disponibles, lo que posibilita el uso del, así como la no obligatoriedad de la responsabilización de los patrocinadores con los sujetos de investigación después de finalizado el estudio o experimentación.

distributiva o “justicia social”, en el sentido de posibilitar el acceso equitativo a oportunidades de todos los ciudadanos; para lo cual se demanda de políticas de justicia social, acordes al criterio de Daniels y Sabin (Daniels et al., 1997: 303-50), que de recuperando la teoría de la justicia distributiva de John Rawls al área de la salud, para que moralmente se aplique el principio de la protección de igualdad de oportunidades, pues según estos autores, la salud de todos los ciudadanos está afectada por los determinantes sociales-económicos-políticos. De esta forma, las enfermedades y las incapacidades de salud perjudican el funcionamiento normal de las personas, restringiendo sus oportunidades y su pleno desarrollo humano. Esta causa impactos negativos en los individuos porque la salud preserva sus habilidades para ser ciudadanos participativos en la vida social, política y económica de la sociedad –esto pensado desde la perspectiva del poder político–, pero desde el criterio humanista, se defiende la igualdad entre los seres humanos; pero para esto último se demanda la implementación de medidas sociopolíticas, priorizando oportunidades para aquellos que no las tienen (Daniels et al., 1997:303-50). En esta línea se muestra el 14 de la DUBDH, en alusión al principio de la responsabilidad social y la salud; en reconocimiento de que la salud de las personas es resultado de un proyecto social que depende del esfuerzo de todos, acorde a sus posibilidades (ONUECC, 2005 y Daniels y Sabin, 1997).

Entre unos aspectos fundamentales de la vulnerabilidad destaca el cerebro (en su extensión; mente, mentalidad, adaptabilidad y previsión mental...) de la propia persona, a una situación específica de conflicto que determine nuestra capacidad de choque contra vulnerabilidad, lo que Risk relaciona con el concepto de personalidad de cada sujeto o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, problema económico, repercusión política, etc. en combinación con los condicionantes generales políticos, económicos<sup>32</sup>... y la capacidad de respuesta fisiológica, mental, económica... que –según Risk– se resumen en la capacidad del comportamiento o “subsistencia” humano para sobrepo-

<sup>32</sup> Como analiza por ejemplo Bueno-Sánchez et al., 2008.

nerse al riesgo por un evento identificable distinto o mejor dicho inesperado de la sociedad o de la naturaleza (cfr. Blaikie, et al., 1995). Otro aspecto que incide en la condición de vulnerabilidad de las personas, desde ellas mismas, es la genética y su salud mental.

A finales del siglo XX y principios del XXI, de 1999 a 2003 la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) elaboró una serie de estudios sobre los condicionantes de vulnerabilidad de la población, desde la perspectiva de la “vulnerabilidad social” y la “vulnerabilidad sociodemográfica”, pero con el tiempo estos términos han desaparecido para dar lugar exclusivamente al concepto de “vulnerabilidad” únicamente<sup>33</sup>.

La vulnerabilidad es un concepto con diferentes perspectivas nacionales y culturales; por ello, es responsabilidad de los profesionales de la salud pública aplicar valores universales de equidad en beneficio de la integridad de los pacientes, así como asegurar sus derechos fundamentales, basados en la dignidad humana y los derechos humanos, respetando por tanto sus elecciones personales y su historia de vida.

Vulnerabilidad e integridad deben ser reconocidas como dimensiones intrínsecamente humanas. Son componentes de la identidad individual que deben ser tomadas en consideración en toda su extensión y atender a todas sus funciones humanas y sociales.

Por ejemplo, en España la Cruz Roja calcula anualmente el Indicador Global de Vulnerabilidad, para ello utiliza el “Cuestionario Social”, que se aplica a cada persona que acude a los programas de Intervención Social de Cruz Roja. Este cuestionario recoge información sobre cinco ámbitos: económico, social, familiar, vivienda/ambiental y personal. Dentro de cada uno de ellos se formulan preguntas de naturaleza dicotómica, que recogen la presencia o ausencia de aspectos o factores potenciales de riesgo causantes de la de vulnerabilidad social, atendiendo a las siguientes categorías: moderado, medio, alto, muy alto y extremo. El indicador global de vulnerabilidad es resultante de emplear la media aritmética de los indicadores aplicados individualmente (Cruz

<sup>33</sup> CEPAL, 2002.

Roja Española, Informe sobre la vulnerabilidad social, Madrid, Cruz Roja de España, 2014).

**Índice global de vulnerabilidad. Factores de vulnerabilidad económica, social, ambiental/vivienda, familiar, personal y de salud**

ECONÓMICO	SOCIAL	FAMILIAR	AMBIENTAL/ VIVIENDA	PERSONAL	SALUD
Sin ingresos	Baja cualificación profesional	Hijos a su cargo (2 o 3)	Vivienda temporal	Extranjero sin permiso	
Sin permiso de trabajo	No comprende/habla español	Hijos a su cargo (3 o más)	Alquiler sin contrato	Dependencia	<i>Dependencia</i>
Ingresos <500/mes	Estudios primarios incompletos	Otros familiares dependientes	Vivienda sin servicios básicos	Discapacidad sobrevenida	<i>Discapacidad sobrevenida</i>
Sin alta SS	Analfabetismo	Familia monoparental	Hacinamiento	Depresión	<i>Depresión</i>
Trabajo sin contrato	Sufre discriminación	Aislamiento involuntario	Pueblo aislado	Extranjero sin documentación	
Deudas en país de origen	Víctima maltrato	Malos tratos con denuncia	Barrio sin servicios mínimos	Extranjero con orden de expulsión	
Desempleo >2 años	Fracaso/abandono escolar	Prisión en la familia	Sin hogar	Otra enfermedad grave	<i>Otra enfermedad grave</i>



Percibe pensión no contributiva	Sufre racismo/xenofobia	Drogas en la familia	Institucionalizado	Alzheimer o demencia	<i>Alzheimer o demencia</i>
Se dedica a actividades ilegales	Víctima persecución	Abusos sexuales	Semi-institucionalizado	VIH	<i>VIH</i>
Trabaja por cuenta propia				Drogo-dependencia desintoxicación	
Percibe Renta Mínima				Discapacidad genética	<i>Discapacidad genética</i>
Percibe pensión <500/mes				Drogo-dependencia activa	
Prostitución				Enfermedad mental	<i>Enfermedad mental</i>
Parado > 1 año				Alcoholismo	
Hogar con todos los miembros en paro				Hepatitis	<i>Hepatitis</i>
				Tuberculosis	<i>Tuberculosis</i>
<i>Delincuencia</i>	<i>Trata de persona</i>	<i>Delincuencia en la familia</i>	<i>Vive solo</i>	<i>Tiene dificultad en relacionarse con los demás</i>	<i>Enfermo permanente que cuida de otro familiar enfermo</i>

<b>Indicadores de vulnerabilidad ambientales, desastres, resiliencia, socioeconómicos y salud</b>					
AMBIENTALES	DESASTRES	RESILIENCIA	SO-CIOE-CO-NÓMICOS*	SALUD	SALUD
Emisiones de dióxido de carbono	Personas afectadas por actividad volcánica	Coefficiente GINI	% de población en situación de indigencia	% de población < del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	% de población con enfermedades mentales
% de superficie cubierta de bosque	% población expuesta a ciclones tropicales	Gasto Social	Producto Interior Bruto Per Cápita	Tasa de mortalidad por homicidio por cada 100,000 habitantes	% de población con depresión
Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica	% población expuesta a inundaciones	Huella Ecológica	Tasa de alfabetización de adultos	% de población con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con acceso a servicios de eliminación de excretas

\* Existen múltiples de estudios que aplican indicadores de vulnerabilidad económica de impacto personal y nacional, en este último sentido se puede aludir por ejemplo a los indicadores propuestos por el Fondo Monetario Internacional, como la deuda externa e interna, la suficiencia de la reservas, la solidez financiera y el sector empresarial (Indicadores de vulnerabilidad, 2003)

	Promedio de sismos mayores o iguales a 5.5 en la escala de Richter	Índice de Desarrollo Humano		% de población con acceso a servicios de salud	% de población con acceso a servicios de salud
		Número de receptores de radio por mil habitantes		% de población rural con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con otros tipos de enfermedades graves
		Percepción de corrupción <i>política</i>		% de población urbana con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con dependencia
				% de población rural con acceso a servicios de agua potable	% de población enferma que cuidada de otro familiar enfermo
				% de población urbana con acceso a servicios de agua potable	% de población con acceso a servicios de agua potable

% tierra cultivada	% población no apoyada económicamente (> 500) tras un desastre	Índice global de vulnerabilidad	Límite al precio de productos básicos	% de población que tiene dificultad de relacionarse con los demás	% de población que tiene dificultad de relacionarse con los demás
--------------------	--	---------------------------------	---------------------------------------	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de Cruz Roja Española (2014: 36), Chang ([2005]) y Fernández Carrión (todo lo que se presenta en cursiva)

### Indicadores de vulnerabilidad de la OCDE

CONTEXTO	AUTOSUFICIENCIA	EQUIDAD	COHESIÓN SOCIAL	SALUD
Ingresos nacionales	Estado social/Respuestas sociales	Estado/respuesta social	Estado/respuesta social	Estado/respuesta social
Índices de fertilidad	Empleado/Políticas de activación	Pobreza relativa/ Salarios mínimos	Huelgas/Prisioneros	Esperanza de vida/ Personas mayores en residencia
Nivel de dependencia de las personas mayores	Paro/Gastos en educación	Desigualdad en los ingresos/ Gasto público social	Consumo de drogas y muertes relacionadas/ Edad de jubilación	Mortalidad infantil/ Gasto en asistencia médica

Extranjeros y población de origen extranjero	Jóvenes sin empleo/ Educación y cuidado infantiles en edad temprana	Empleo poco remunerado/ Gasto privado social	Suicidio/ Educación y cuidado infantiles en edades tempranas	Años potenciales de vida perdida/ Responsabilidad para financiar la asistencia médica
Refugiados y solicitantes de asilo	Hogares sin empleo/ Logros en educación	Diferencia salarial por razón de sexo/ Gasto neto social	Crimen/ Logros de la educación	Esperanza de vida sin padecer ninguna discapacidad/ Infraestructura médica
Índices de divorcios	Madres trabajadoras/ Alfabetización	Paro/ Obtención de prestaciones	Pertenencia a un grupo/ Gasto público social	Accidentes/ Educación y cuidado infantiles a edad temprana
Familias monoparentales	Edad de jubilación/ Índices de sustitución	Jóvenes sin empleo	Votación/ Gasto en salud	Pobreza relativa/ Logros en la educación
	Presión fiscal	Políticas de activación		Paro
	Gasto público social	Hogares sin empleo	Pobreza relativa	Consumo de drogas y muertes relacionadas
	Gasto público privado	Gastos en educación	Paro	
	Gasto neto social	Madres trabajadoras		
	Gente mayor en residencia	Educación y cuidado infantil a una edad temprana		
		Logros en la educación		

		Alfabetización		
		Índices de sustitución		
Indicadores sociales de la ONU				
“ERRADICACIÓN POBREZA”	“EXPANSIÓN DEL EMPLEO PRODUCTIVO/ REDUCCIÓN DESEMPLEO”	EQUIDAD (“Estado de mujeres y hombres”)	COHESIÓN SOCIAL (“Integración social”)	“POBLACIÓN Y DESARROLLO”
Ingreso y gasto	Trabajo	Saludos cordiales/ Educación	Vivienda	Salud
Recursos económicos	Ambiente laboral	Trabajo	Trabajo	Bienestar material
	Educación y entrenamiento	Ingresos	Crimen y justicia criminal	Educación

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2002) y cfr. Navarro y Larrubia (2006: 491).

Los indicadores de la OCDE y en mayor medida de la ONU muestra una politización excesiva en su desarrollo para la obtención de unos datos muy intencionados con una “preocupación” momentánea y actual de dichos organismos sobre la realidad presente en el mundo, a partir de la conjunción de ambos indicadores Navarro Rodríguez y Larrubia Vargas realizan una “propuesta” de indicadores para “medir situaciones de vulnerabilidad social en el “marco de un proyecto europeo”, en torno a los indicadores de pobreza, trabajo, formación, salud, vivienda y entorno ambiental, vulnerabilidad en función de la familia o el hogar y la participación ciudadana; como se aprecia casi no tiene nada que ver con los indicadores propuestos por la OCDE y ONU y si con los de la Cruz Roja Española, con pequeñas matizaciones como el de la “participación ciudadana” (con intencionalidad política, pues el trabajo presente el resultado de un proyecto “apropa-

do y subvencionado por la Comisión Europea” a través del Ayuntamiento de Málaga. En relación exclusivamente a la salud Navarro y Larrubia indica con razón que la salud “determina la calidad de vida, incide en la dependencia y adquiere perfiles diferentes en asociación con la pobreza” (Navarro y Larrubia, 2006: 500).

Las personas vulnerables para la Federación Internacional de Cruz Roja y a media Luna Roja, son la que están expuestas a situaciones que amenazan su supervivencia o su capacidad de vivir con un mínimo de seguridad social, económica y de dignidad humana (cfr. Chang, [2005]: 3), no cuentan con apoyo externo, ni tienen capacidad física, económica y/o mental para superar la adversidad que le vulnera (FC).

La vulnerabilidad no puede ser totalmente eliminada, pues no consiste en un proceso circunstancial; pues por ejemplo al ejercitarse la autonomía por medio del consentimiento libre e informado no suprime la vulnerabilidad, pues siempre existe el riesgo de que sea condicionada. Por esta razón, la autonomía no debe ser entendida de modo restricto a partir de la aplicación del principialismo en bioética, a través de la puesta en práctica de la capacidad de actuar libremente, de acuerdo a los propios valores y creencias; sino incluso desde la perspectiva de un comportamiento autónomo, para poder reducir en lo posible su situación de vulnerabilidad con respecto a terceros.

La vulnerabilidad adquiere dimensión universal, que puede ser combatido a través de medidas específicas de protección equitativa, como pueden ser acciones fundamentadas en derechos de la dignidad humana, aplicadas por parte del Estado (Neves, 2009 y Schramm 2006:187-200) o gestionados por la propia sociedad con valores solidarios (FC).

Cuanto más es respetado un individuo, menor es su grado de vulnerabilidad; porque se reconocen los derechos humanos y se garantiza la dignidad de todas las personas, por medio de no menoscabar su integridad, ya sea física, psíquica, social y de identidad (FC), al no explotar de su vulnerabilidad, interna o intrínseca a todo ser humano o externa motivada por condicionantes sociales, políticos, económicos o ambientales. Existe una relación entre vulnerabilidad y equidad política o justicia. La aplicación de la justicia social depende de la prác-

tica de políticas públicas de equidad social, económica y de género en la asistencia sanitaria.

## ***VI Factores cognitivos***

Lo cognitivo está relacionado con el acto de conocimiento o proceso de conocer, que es la agrupación y organización racional de información que se adquiere a través del desarrollo del aprendizaje y la experiencia vivencial o dicho de otra forma las acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos. La corriente de psicología dedicada a la comprensión de la cognición es la psicología cognitiva, que analiza los procedimientos de la mente relacionada con la creación y el desarrollo del conocimiento, desde sus aspectos simples hasta los complejos.

El desarrollo cognitivo en particular se centra en los procedimientos intelectuales y en las conductas que se originan de estos procesos. Este desarrollo es una consecuencia de la voluntad de las personas por comprender y transformar la realidad e interactuar en sociedad, es por tanto un elemento clave de la evolución humana. El estilo cognitivo es resultado del proceso de analizar la información adquirida y la aplicación de los recursos cognitivos. El llamado estilo y desarrollo cognitivo no está relacionado exclusivamente con el coeficiente intelectual, sino que depende de la genética y de la propia de la personalidad. Otro aspecto a tener en cuenta es el prejuicio cognitivo, que consiste en una distorsión de la realidad por parte de una persona sobre su entorno. Se alude a distorsiones cognitivas cuando se aprecian errores o fallos en el procesamiento de información, de forma alógica.

Sobre el aprendizaje cognitivo han trabajado múltiples autores, entre los que destaca Jean Piaget con su teoría del desarrollo cognitivo. Muchos de ellos coinciden en plantear que el proceso de adaptabilidad de la información en el sistema cognitivo, depende de la disposición racional y condiciones mentales u otros determinantes externas de cada persona. Según establece Piaget, el desarrollo de la inteligencia se encuentra dividido en varias partes, que son las siguientes:



- 1 Período sensomotriz, que comprende desde el nacimiento de la personas hasta los dos años de edad. Este tipo de aprendizaje se desarrolla a través de los sentidos y las representaciones que la memoria hace de las personas, objetos y situaciones a las que se enfrenta la persona. En este período la imitación es la principal resultante del aprendizaje. El bebé pasa de un ser reflejo a otro que inicia sus primeros esquemas conductuales, de adaptabilidad al entorno. Este proceso gradual se subdivide en seis subetapas (Shaffer, (2000).
- 2 Período preoperacional, de los dos a los siete años, el niño comienza a analizar la realidad mediante símbolos, la imitación diferida y la limitante de la lógica; pues como señala Rice poseen la capacidad de “de manejar al mundo de manera simbólica, pero aún no pueden realizar operaciones mentales de reversibilidad” (Rice, 2000). Etapa en la que destaca la imaginación, el inicio de lenguaje para comunicarse con los otros y el egocéntrico, por el que entiende al mundo desde su propia perspectiva (Stassen, K. (2006). De la inteligencia representacional se da paso a la construcción de las estructuras operatorias concretas, como esquemas de acción interiorizados (Gutierrez, F (2005).
- 3 Período de acciones concretas comprende de los siete los once años, esta etapa se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de razonamiento a través de la lógica sobre situaciones presentes y específicas, comprende la relación entre tiempo y espacio, y entre realidad y fantasía, aunque no es capaz de realizar abstracciones para clasificar sus conocimientos. Interpretar de manera objetiva y racional la realidad inmediata a él, estando limitado por tanto a lo que puede oír, ver, tocar y experimentar personalmente (Stassen, 2006). Asimismo, pueden realizar diversas operaciones mentales como clasificar jerárquicamente, comprender relaciones de inclusión, serialización y los principios de simetría, reciprocidad y conservación (Rice, 2000).
- 4 Período de operaciones formales, de los once a los quince años, el adolescente comienza a tener interés por apreciar la diferenciación entre las relaciones hu-

manas y la identidad personal. De igual forma inicia a desarrollar la capacidad mental para formular hipótesis y conseguir la resolución de problemas propuestos.

A partir de este último cuarto período de desarrollo cognitivo, se puede aplicar también los siguientes tipos de pensamiento, entre otros:

Pensamiento proposicional (Santayana), trata del proceso de evaluar la lógica de una proposición, a través de la aplicación del lenguaje y su sistema de representación.

Pensamiento hipotético-deductivo (Santayana), comprende a todos los elementos que pueden intervenir en su supuesto, de los que se escoge la hipótesis, que es puesta a prueba para la obtención de la conclusión final.

La actividad cognitiva, interactúan en conjunto para lograr un comportamiento humano, con implicaciones biológicas y sociales determinadas.

La neuropsicología y la ciencia cognitiva entiende por memoria todo el conocimiento adquirido, recuperado y empleado sin el uso de la conciencia, que incluye las destrezas motoras así como el conocimiento perceptivo, la mayoría de la cual se usa inconscientemente.

Junto a la memoria coexiste la percepción, que consiste en el proceso de organización, integración e interpretación que implica el empleo precisamente de la memoria, así como los esquemas y el reconocimiento de los patrones que conlleven a la acción. Los neurocientíficos denominan percepción al resultado del procesamiento de la sensación; es por tanto, el proceso que transforma la sensación en una representación capaz de ser procesada cognitivamente. Según Fuster, cada percepción es un evento histórico y la categorización de una impresión sensorial actual estaría enteramente determinada por memorias previamente establecidas: memoria ancestral, memoria filogenética o memoria de la especie.

La inteligencia humana –según Fuster– es un mecanismo cerebral dedicado a la adaptación en su proceso evolutivo del organismo a su ambiente, en el tiempo y el espacio. En principio, el desarrollo de la inteligencia humana es el desarrollo de redes cognitivas y la eficiencia en el proceso de la información, como resalta Fuster, al señalar la inteligencia es

el procesamiento de información cognitiva sobre metas comportamentales o cognitivas, en el que el grado de inteligencia es la “eficiencia con la cual puede ser procesada esta información”. Eficiencia, entendida como la habilidad para el empleo de los medios disponibles, incluidos los conocimientos previos, para la resolución de problemas o cuestiones diversas.

Existen algunos estudiosos del tema que identifican la cognición con el conocimiento. Fuster indica que fenomenológicamente, el conocimiento es la memoria de hechos y la relación entre estos hechos, los cuales al igual que le sucede a la memoria se adquieren a través de la experiencia. Una diferencia entre la memoria autobiográfica y el conocimiento radica en la presencia o ausencia de una limitación temporal; la memoria cuenta con esta limitación, mientras que el conocimiento no. La memoria nueva se somete a un proceso de consolidación antes de ser almacenada permanentemente o convertirse en conocimiento; mientras que el conocimiento establecido es atemporal, aunque puede contar con caducidad. La memoria puede estar completada con conocimiento o sin él; de igual forma el conocimiento puede perdurar en la memoria o desaparecer en el tiempo. El conocimiento, para ser empleado posteriormente, se ha de conservar en el sistema cognitivo, donde sus funciones comparten el mismo sustrato celular así como sus conexiones neuronales.

La atención está caracterizada por la asignación de recursos neuronales en el procesamiento de información. La focalización, la selectividad, la concentración y la exclusividad son atributos de la atención que se obtienen con la activación de determinadas redes neuronales, interconectadas. La atención está relacionada directamente con la recepción activa de la información, desde la perspectiva de su reconocimiento, así como de los elementos de control de la actividad psicológica, que pueden dirigirse al mundo exterior como al interior.

El lenguaje comprende un léxico –capacidad semántica– y una sintaxis –un sistema formal para manipular símbolos–; y se basa en una gramática combinatoria diseñada para comunicar un número ilimitado de pensamientos e ideas. Se emplea en tiempo real mediante la interacción del examen de la memoria y la aplicación de reglas mentales acordes a la práctica del lenguaje. Se implementa en una red de regiones

del centro del hemisferio cerebral izquierdo, que coordinar la memoria, la planificación, el significado de las palabras, la gramática y el lenguaje.

Fuster señala que el significado de la expresión del lenguaje, está precedido por la formulación mental de un plan o un esquema. Dicho plan está elaborado por componentes léxicos de unidades cognitivas ejecutivas, en particular verbos. Lo que conlleva el cerebro debe contar con la opción de acceder a un léxico y tener la capacidad de memoria de trabajo. La dinámica cortical de la sintaxis requiere asimismo la participación de estos dos mecanismos neuronales que se encuentran en el lóbulo frontal del cerebro. La incapacidad de acceder a la red cortical que contienen los componentes léxicos ejecutivos hace imposible la expresión de un lenguaje con significado. Este proceso evolutivo en particular dio paso a la conformación de la conciencia. El paso crítico para una conciencia de orden superior dependió de la evolución de conectividades neuronales paralelas –reentrantes–, entre estas estructuras y las áreas que son responsables de la formación de concepto (Fuster, 2003).

El deterioro cognitivo. A nivel general, aunque dependerá en particular de la memoria de cada persona, a partir de los 45 años puede apreciarse una disminución del funcionamiento del sistema cognitivo; se puede apreciar, por ejemplo, con leves olvidos, como puede ser no recordar donde se dejó unas llaves o la lectura de un texto varias veces sin conseguir comprenderlo, etc. Son hechos particulares que suelen relacionarse con estrés o ansiedad, como así puede ser, pero también pueden significar los primeros síntomas de enfermedades de la memoria, como la demencia o el alzheimer. El deterioro cognitivo puede tardar veinte o treinta años en manifestarse y los detonantes pueden ser enfermedades mentales, obesidad u otros trastornos orgánicos o consumo de sustancias estupefacientes (que puede acelerar su deterioro, incluso en la juventud), etc. que favorecen su desgaste.

Otro tipo de deterioro, puede estar motivado por el egocentrismo en la etapa de operaciones formales (Santayana), que se inicia y/o desarrolla durante la adolescencia y la juventud y que puede prolongarse a lo largo de toda la vida Piaget señala que el egocentrismo es la incapacidad de diferenciar

la perspectiva abstracta propia y la de los demás. Existen de dos tipos:

1. Audiencia imaginaria, por la que se creen que todos están pendientes de ellos, por tanto, son bastante sensibles ante las críticas; en ocasiones, puede estar relacionado con un estado paranoico.
2. Fábula personal, debido a la audiencia imaginaria, tienen un concepto distorsionado de sí mismos, cuando aparece la creencia de ser especial y único; a veces, se relacionará con la esquizofrenia.

La forma en la que los científicos pueden diagnosticar el deterioro cognitivo de una persona es a través de estudios sobre la memoria, el vocabulario, las habilidades para comprender y adaptarse a su entorno y la capacidad de responder a problemas de escritura y semántica.

Para los deterioros generales cognitivos se puede aplicar entre otras medidas la terapia cognitiva o terapia cognitiva-conductual, que consiste en una forma de intervención de la psicoterapia que se centra en la reestructuración cognitiva, ya que considera que las distorsiones mencionadas anteriormente producen consecuencias negativas sobre las conductas y las emociones y que pueden ser combatidas o curadas.

## **VII Psicología cognitiva**

La psicología es una disciplina de las Ciencias Sociales, que tiene a los seres humanos como objeto de estudio, en relación a las características culturales y sociales, en un momento histórico. La psicología estudia las conductas y los procesos mentales, con el fin de identificar, describir, comprender y explicar los diferentes factores y causas involucradas con su quehacer vital, en un tiempo y en un espacio; desde la comprensión de las distintas teorías (psicoanálisis, psicología conductista, psicología cognitiva, psicología genética, psicología sistémica, psicología gestáltica, etc.) y especialidades (clínica, educacional, social, forense, del desarrollo, etc.).

La psicología cognitiva tiene su origen a mediados del siglo XX, en las décadas de los cincuenta y sesenta, como

reacción al conductismo. El funcionamiento de las computadoras sirve como metáfora para explicar los procesos cognitivos, criticando la concepción conductista de la mente de considerarla una caja negra inaccesible. El término comenzó a emplearse en el libro *Cognitive Psychology*, de Ulric Neisser, en 1967. Pero, previamente la aproximación cognitiva había sido traída a colación por parte de Donald Broadbent en *Percepción y Comunicación*, en 1958.

La psicología cognitiva no atiende a su tradición fenomenológica propiciada por Wundt, desconsiderando la introspección como método para lograr un conocimiento objetivo. Es distinta a otras perspectivas psicológicas anteriores, en dos aspectos principales:

1. Acepta el empleo del método científico, y rechaza la introspección como método válido de investigación, contrario a métodos fenomenológicos como el psicoanálisis.
2. Considera la existencia de estados mentales internos, como deseos, motivaciones y creencias, contrario al criterio de la psicología conductista.

La psicología cognitiva estudia diversos procesos cognitivos, tales como la resolución de problemas; el razonamiento inductivo, deductivo, abductivo, analógico; la percepción... y la toma de decisiones.

Los principales exponentes de la psicología cognitiva son Donald Broadbent, Ulrich Neisser, Alan Baddeley, Frederic Bartlett, Jerome Bruner, Hermann Ebbinghaus, George A. Miller, David Rumelhart, Herbert Simon, Endel Tulving, Robert L. Solso, Lev Vygotski, David Ausubel, Angel Riviere, George Kelly y Jean Piaget.

La psicología cognitiva o cognitivismo consiste en el análisis de la cognición, o de los procesos mentales implicados en el conocimiento. Tiene como objeto el estudio de los mecanismos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y el razonamiento lógico.

Según García García (2007: 19) está comprendida en lo que se denomina el hexágono cognitivo, formado por la

interrelación entre neurociencia, inteligencia artificial, psicología, lingüística, antropología y filosofía.

La psicología cognitiva analiza cómo entienden los seres humanos el mundo en el que viven y también cómo las personas adquieren la información sensorial entrante y la transforman, sintetizan, elaboran, almacenan, recuperan y hacen uso de ella. Con el procesamiento activo de la información se logra un conocimiento funcional, por el que un hecho o acontecimiento presente se compara con uno pasado, para apreciar los parecidos y las diferencias, para actuar de acuerdo a la interpretación que se haga en este proceso comparativo. Con este proceso, adecuando las opciones, se intenta minimizar los resultados negativos. En segundo lugar, se atiende al proceso del paso de la cognición a la conducta. A partir de un enfoque motivacional, la cognición se antepone a la acción; esta acción está en función de los pensamientos de la propia persona y no de algún instinto, necesidad, pulsión o estado de activación (*arousal*) particular.

Etapas del desarrollo de la psicología cognitiva, según Francisco Varela en *De cuerpo presente*: Atendiendo a la hipótesis cognitivistas, la cognición está conceptualizada como la manipulación de símbolos a través de determinadas reglas. El sistema (la mente) interactúa con los símbolos, pero no con su significado, mientras que el sistema (mente) funcionaría “correctamente” cuando los símbolos representan de “forma adecuada” la realidad externa en su totalidad o algún aspecto de ésta y el procesamiento de la información dentro de este sistema logra establecer una solución “adecuada” al problema que se ha planteado. Esta, es la hipótesis considerada por muchos autores como la principal propuesta de la psicología cognitivista. Mientras, que la hipótesis conexionista consta de una forma de cognición secuencial y localizada; planteamiento este que es puesto en duda por las últimas investigaciones neurocientíficas.

Psicología del desarrollo y de la subjetividad –como apunta Berenbaum et al., 2015– junto a la psicología social y más aún la psicología cognitiva se debe atender a la psicología del desarrollo y de la subjetividad para el análisis de los factores de vulnerabilidad cognitivos que afectan a la depresión.

La psicología evolutiva es una rama de la psicología que estudia los cambios y la evolución a lo largo del ciclo vital del ser humano. Su objetivo principal es explicar de las transformaciones que se observan en las personas a lo largo del desarrollo de su vida. Asimismo, atiende al cómo y el porqué de las características humanas universales han evolucionado, así como también lo ha hecho determinadas capacidades conductuales, que han favorecido la supervivencia de la especie humana a lo largo de los siglos, incluso en momentos adversos a su existencia.

La psicología del desarrollo está vinculada con la concepción del desarrollo humano, que se define como un conjunto de cambios continuos y sistemáticos que se producen en la persona desde su nacimiento hasta la muerte; que comprende los procesos de crecimiento, maduración y aprendizaje. Describe las diferencias típicas que se producen dependiendo de las edades que se cuentan y se expresan en la forma que sienten, piensan y actúan las personas, así como también describe la secuencia de cambios que presenta un determinado tipo de conducta que abarca desde el momento de su venida al mundo hasta la muerte.

Dentro del desarrollo humano, se atiende al criterio del crecimiento que alude a los cambios cuantitativos y graduales de aspectos corporales; la maduración se refiere a las modificaciones cualitativas, en relación al desarrollo biológico, determinados genéticamente; el aprendizaje es consecuencia de las experiencias adquiridas con la interrelación entre el sujeto y su entorno (conformado por factores psicoafectivos, sociales, culturales, históricos, entre otros). Estos tres procesos deben estudiarse por separado, aunque es su interacción la que permite comprender el desarrollo de cada persona como un proceso singular. Como el desarrollo humano es complejo, dinámico y multideterminado, la psicología del desarrollo toma propuestas de otras corrientes de la psicología que explican la conducta a partir de causas genéticas, neurológicas, psicodinámicas, cognitivas, del aprendizaje, sociales y culturales (Serra, et al., 1989; Shaffer, 2000).



## VII Personalidad y Subjetividad

El concepto de personalidad designa la individualidad psicológica y social. Los modelos teóricos más característicos para la comprensión de la personalidad son: el modelo de los rasgos, psicoanalítico, biologicista o constitucionalista, conductista y fenomenológico o humanista.

Con el modelo de los rasgos Child (1968, cfr. Koldobsky, 1995: 25) define la personalidad como “una configuración de factores más o menos estables que determinan que la conducta sea consistente en distintas ocasiones y diferente de la conducta que otras personas mostrarían en situaciones comparables”. Los rasgos miden los aspectos más habituales o repetitivos de la conducta; como por ejemplo, un estado ansioso, inquieto nervioso... como rasgo cada uno de ellos de la personalidad. Este enfoque presenta la debilidad del planteamiento, de cómo explicar por ejemplo que la misma estructura de rasgos da cuenta de la conducta en general y como probar su permanencia en el tiempo, y no es una situación puntual o esporádica.

Atendido al modelo teórico psicodinámico caracteriza la personalidad –Filloux, 1985– de la siguiente forma, como:

- Una organización e integración, y no sólo una suma de funciones independientes entre sí.
- Personal, única, propia de una persona, aunque éste presente rasgos en común con otros.
- Temporal, porque corresponde a un individuo que vive inserto en la historia.
- Un tipo de estilo que se expresa a través de conductas específicas.

A partir de estas características, la termina definiendo como “la configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta.”

En la formación y desarrollo de la personalidad intervienen elementos constitucionales internos (genéticos) y externos o adquiridos en contacto con el entorno social. Los seres humanos son entes sociales por naturaleza, debido a su

proceso de supervivencia, en un tiempo y espacio concreto; esta concepción es común con el planteamiento que hace Filloux, al aludir a la necesidad de considerar las formas características de la conducta humana personal dentro del contexto de la vida social, el modo en que cada persona se ajusta a su medio o entorno, la manera en que el pasado se aprecia en los hábitos y en las conductas presentes, y las exigencias actuales imperantes del campo psicosocial. La conjunción de todos estos factores: innatos o propios y adquiridos o externos, individuales y sociales expresan por una parte la singularidad de la personalidad, y por otra su dinamismo, su inalterabilidad o por el contrario su proceso de cambio.

La personalidad es fácilmente influenciable por códigos políticos a través de conductas sociales (actualmente por redes sociales), culturales (por la observación directa, medios de comunicación y redes sociales), religiosas (directamente o medios indirectos), etc. Normalmente en casi la totalidad se piensa que se cuenta con personalidad propia y ésta en la mayoría de los casos sólo es autónoma, y no siempre (en el trabajo, etc.) de escoger el momento de realizar una acción u otra (estar casi todo el día enviado mensajes por internet o estar con algunos amigos, por ejemplo). Según Fernández-Carrión la personalidad está constituida por tres partes:

1 La que podría denominarse “fundamento” del pensamiento, equivalente a una base de datos almacenados en dispositivos internos y externos de la computadora, constituida por toda la información pasada, presente y perspectiva de futuro de la mente, la memoria y del propio pensamiento, de origen genética, biológica, social y adecuación personal, por tanto con influencia interna y externa.

2 Base constitutiva del pensamiento, semejante al hardware, el cerebro, la mente y la biología de la persona; siendo más o menos autónoma, dependiendo del carácter y los condicionantes extremos en los que vive (de sometimiento o no) y del estado de salud.

3 Acción del pensamiento o puesta en marcha del ideal del pensamiento en la vida de la persona, es similar al software, constituido por los sistemas gestores de bases de datos (SFBD o *database management system* o DBMS), próximas

a la disposición biológica, genética y social de toma de decisión hacia un tipo u otro de pensamiento (negativo, positivo, social, antisocial, etc.) y su puesta en práctica a través de las actitudes y comportamientos sociales en relación con el pensamiento.

Estas partes del pensamiento, interactúan desde la perspectiva de un diálogo intersubjetivo con el entorno. La mayor interrelación con el medio facilita su integración social y por lo general va unido a una salud mental –al menos desde la perspectiva de la sociedad– y cuanto más alejado o aislado, en una autopercepción estática e inmutable podría conducir a la enfermedad psíquica o somática. Unido a esta disposición a la influencia social, debe darse una capacidad al cambio permanente, pues la adaptabilidad social y por ende mental de la persona en la sociedad en la que está integrado debe estar en disposición al cambio acorde a las demandas sociales (estas se produce a su vez por condicionantes políticos, en la sociedad actual), y si permanece en uno de los estadios de cambio anteriores es causa o condicionante de un problema mental para la persona, por parte de la sociedad imperante (para ello se alude a demencia senil, inadapto, etc.) (FC).

Ante de adentrarnos en el concepto de subjetividad, se aludirá a la consideración de sujeto.

Desde la perspectiva del psicoanálisis Sigmund Freud (**Freud, Sigmund**, 1987), a lo largo de su obra, menciona el término de sujeto pero no lo conceptualiza. A partir de 1914 introduce el término de narcisismo y comienza a conceptualizar al yo; un yo que se propone dominar las pulsiones e imponer el principio de realidad, que es “almácigo de la angustia”, e inicia los mecanismos de autodefensa y tomar precauciones, a través de sus inhibiciones). Posteriormente, en 1938, considera “la escisión del yo en el proceso de defensa”. Desde un posicionamiento postfreudiano, el término “sujeto” está presente desde los primeros escritos psicoanalíticos de Jacques Lacan, en 1932 (**Lacan**, 1981), y adquiere un posicionamiento central en su teoría, en 1945. Lacan interrelaciona al sujeto con el inconsciente, lo simbólico, la verdad, el saber y la sexuación, y la relación del sujeto con el significante –debido a la pérdida de goce–, que genera

una distinción de su perspectiva desde el registro simbólico al registro de lo real (**Lacan**, 1985 ).

En relación al sujeto se puede referir el concepto de subjetividad (**Maldavsky**, 1997). Para Freud la subjetividad depende de las diferentes inscripciones psíquicas que se producen a lo largo de la vida del sujeto. Freud en la “Carta 52” (1896, **Sigmund**, 1987) propone tres tipos de inscripción, precisando que la percepción de la realidad no retiene la huella del suceso, pues esta huella se inscribe en otro lado; de forma que percepción y memoria se excluyen. La primera inscripción de lo percibido es insusceptible para la conciencia y por ello es difícil de ser recordada. Este signo perceptual se une con otros elementos por simultaneidad y es reprocesado por la transcripción inconsciente. El segundo registro de inscripción se ordena en función de otros nexos y es reprocesado por el signo preconscious que corresponde al tercer tipo de inscripción, y se relaciona la representación-palabra y deviene consciente siguiendo las reglas del proceso secundario; pero no todo lo que se percibe es consciente, y de igual forma no todo lo conservado en la conciencia es percibido. Pero igual proceso se sigue con el inconsciente y el preconscious (FC).

También desde el psicoanálisis, en la construcción subjetiva, se incorporan aspectos intersubjetivos (**Winnicott**, 1989; **Bleichmar**, 2006) que consideran la constitución subjetiva a partir del desarrollo de los vínculos de confianza en relación con otros significativos. Entre estos tipos de vínculos, hay que aludir a los vínculos tempranos, propios de la relación inicial del feto y del bebé con su madre, durante la lactancia o en el período sensomotriz –como apunta **Piaget**–, destacan las funciones maternas y el sostenimiento afectivo, que son fundamentales para el pleno desarrollo de la salud mental (independientemente de factores genéticos) y la conformación de la subjetividad. En períodos vitales posteriores, se debe considerar igualmente importante el “correcto” funcionamiento del aparato psíquico para la consolidación de la subjetividad, en un equilibrio (**Calzattan**, 2009) entre el posible pensamiento propio y la adaptabilidad de aprehensión de los mensajes del entorno (FC).

La conformación de la subjetividad de las personas, desde la perspectiva del tiempo y el espacio, y en particular

en relación a factores históricos y culturales Emiliano Galende (1997) señala que “la subjetividad consiste en interrogar los sentidos, las significaciones, y los valores éticos y morales que se producen en una determinada cultura, los modos como los sujetos se apropian de ella y la orientación que efectúan sobre acciones prácticas” (Augsburger, 2002, cfr., Cecilia. 2002); entiende que no existe una subjetividad aparte de la influencia de la cultura y las relaciones sociales, ni tampoco de una cultura aislada de la subjetividad (aunque esto parece un contrasentido, sólo es entendible en el sentido que cada sujeto, desde su propia subjetividad interpreta y peculiariza a la cultura imperante, FC).

Por otra parte, David Maldavsky (1997) crea un método algorítmico (ADL) para investigar sistemáticamente las problemáticas psíquicas y sociales, desde el punto de vista de la subjetividad y la intersubjetividad; considera que la subjetividad implica la asimilación de cualidades en un mundo psíquico en el que se combinan tres grandes exigencias: pulsionales, mundanas, ideales y morales. Asimismo, la subjetividad atiende a la eficacia de los vínculos desde una perspectiva intersubjetiva, determinantes en la creación de los sistemas valorativos y morales, y en relación directa con la importancia que adquiere determinada pulsión y erogeneidad de cada persona en cuestión.

## ***IX Conclusiones***

Para conocer las causas y las consecuencias de la depresión en la adolescencia —época clave junto a la infancia del desarrollo posterior de las personas—, se ha iniciado estudiando la etimología, historia, tipología y el origen y los efectos de la depresión; poniendo énfasis en los condicionantes de la depresión endógena y exógena; aspectos estos últimos tan significativos en la adolescencia —en el que se intenta luchar contra el entorno inmediato con intención de consolidar la identidad propia—. Seguidamente se analiza las peculiaridades de la adolescencia, adentrarnos en el aspecto clave en la vida de las personas como es la trascendencia de esta época de la vida joven a la de adulto; para el movimiento romántico del siglo XIX era el inicio del declive humano de la propia persona, para el siglo XX hasta

el último tercio, equivalía decir a algo menos de la mitad de la vida (del promedio de muerte de muchos países occidentales de 65 a 70 años de edad), actualmente, en el siglo XXI, cuando el promedio de vida aumenta notoriamente en muchos países a los 80 años, este período de transición indicado antes de la juventud a la etapa adulta, de menos de treinta años, ahora equivaldría a un tercio de la vida, unido al modo de vida actual en el que los jóvenes cada vez antes se comportan como mayores mientras que las personas mayores siempre que pueden por razones de salud, social y económica intenta perpetuar algún aspecto de juventud en su vida de adultos.

En este proceso de cambio de la vida de las propias personas y del cambio de humanidad que se vive, ante un mundo “líquido” –como apunta X, donde se impone el yo personal (la defensa de lo propio en una deformación de la personalidad y un subjetivismo superlativo FC), la insolidaridad y el cambio de tipo de sociedad sin referente futuro conocido se desarrolla la depresión, entre otras enfermedades mentales, imperantes en un entorno de vulnerabilidad en relación a los factores cognitivos (la inteligencia, la memoria, la atención, el lenguaje...), en particular, para ello se demanda del diagnóstico y el tratamiento –referencial como se muestra en la presente introducción–, para este último aspecto se demanda de la aplicación de la psicología cognitiva, la psicología del desarrollo (humano) y la psicología evolutiva, esta última en particular estudia los cambios y la evolución a lo largo de la vida, clave por tanto de aplicarse unido a la historia de vida de cada persona (realizada por médico de medicina general o familiar).

Como una de las mejores terapias para la depresión atendemos al mensaje de esperanza y superación que nos propone Stephen Hawking, en la conferencia impartida en la Royal Society, al señalar que “los agujeros negros no son tan negros como los pintan. No son prisiones eternas como alguna vez se pensó. Las cosas pueden salirse de un agujero negro desde ambos lados y posiblemente hacia otro universo. Entonces si te sientes en un agujero negro, no te rindas, hay salida” (cfr. Robledo, 2018).

*Miguel-Héctor Fernández-Carrión*

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (2010) (Gelenberg, A.J., Freeman, M.P., Markowitz, J.C., Rosenbaum, J.F., Thase, M.E., Trivedi, M.H., Van Rhoads, R.S. —edición- Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd Edition; Kennedy S.H., et al. (2009)) “Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies”, *J. Aff Disorders*, No. 117, 44-53.
- Anderson IM (2000) “Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability”, *Journal of Affective Disorders*, 58 (1): 19-36.
- Anderson, I.M. (1998) “SSRIS versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: A meta-analysis of efficacy and tolerability”, *Depression and Anxiety*, 7 suppl. 1, 11-17.
- Anjos, M.F. (2006) “A vulnerabilidade como parceira da autonomia”, *Rev. Bras Bioética*, 2(2),173-186.
- Appleton, K.M., Sallis, H.M., Perry, R., Ness, A.R., Churchill, R. (2015) “Omega-3 fatty acids for depression in adults”, *The Cochrane database of systematic reviews*, 11.
- Augsburger, A. (2002) “*De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*”. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 81, mayo.
- Bados López, A. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia”, *Psicothema*, No. 13, 453-464.
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático”, *Psicothema*, No. 13, 479-492.
- Baraldi, A. C. P., DAUD, Zaira Prado, A. M. de, et al. (2007) “Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 15, 799-805.

- Bauer, M., Dopfmer, S. (1999) "Lithium augmentation in treatment-resistant depression: Meta-analysis of placebo-controlled studies", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(5), 427-34.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2012) *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 7 edc.
- Beck, U., y E. Beck Gernsheim (2003): *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Barcelona: Paidós, 2003.
- Becoña, E., Lorenzo, M. C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar", *Psicothema*, No. 13, 511.
- Bender, K.J. (2008) "Evidence Grows for Value of Antipsychotics as Antidepressant Adjuncts - *Psychiatric Times*"
- Berenbaum, L., Eguidazu, S., Reciniello, P., Rodriguez, M. (2015) "Psicología del desarrollo y de la subjetividad, <http://wiki sociales.uba.ar/wiki/psicologia-del-desarrollo-y-de-la-subjetividad/> (Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales).
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B.(1995) *El entorno social, político y económico de los desastres*, Bogotá.
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B. (1996) "Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres", *La red, Red de Estudios sociales en prevención de desastres en América Latina*, Bogotá.
- Bleger, J. (1991) *Psicología de la Conducta*, Buenos Aires, Paidós, 10 reimpr.
- Bleichmar, S. (2006) *No me hubiera gustado morir en los noventa*, Buenos Aires, Taurus.
- Botella, C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico", *Psicothema*, No. 13, 465-478.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., Knowles, S., Cuijpers, P., Andersson, G., Christensen, H., Meyer, B., Huijbers, M., Smit, F., van Straten, A., Warmerdam, L., Barkham, M., Bilich, L., Lovell, K., Liu, E., Tung-Hsueh (2013) "Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions:



- Meta-analysis of individual patient data”, *BMJ*, No. 346, f540.
- Bueno-Sánchez, E., Diniz Alves, J.A. (2008) *Pobreza y vulnerabilidad social. Enfoques y perspectivas*, Río de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población, Serie Investigaciones 3.
- Busso, G. (2001) “Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI”, CEPAL, Informe de la Reunión de expertos: Seminario internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, CELADE.
- Caddy, C., et al. (2014) “Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy”, *Ther Adv Psychopharmacol*, 4 (2), 75-99.
- Cavalcante, T., Morais, A.de, Sadi Monteiro, P. (2017) “Los conceptos de vulnerabilidad humana y la integridad individual para la bioética”, *Revista Bioética*, 25(2), 313-319, <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.
- Calzetta, J.J. (2009) *Psicoanálisis y psicología evolutiva: una relación difícil*.
- Capafons, A. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada”, *Psicotema*, No. 13, 442-446.
- Capafons Bonet, J. I. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas”, *Psicothema*, No. 13, 447-452.
- CEPAL (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, División de Población de la CEPAL-CELADE, Santiago de Chile, CEPAL.
- Chang ([2005]) “Indicadores de vulnerabilidad y desastres para América Latina. Producto 3: Resumen ejecutivo e informe final”, [www.disaster-info.net/.../isaias\\_chang.../informe\\_final\\_y\\_resumen\\_ejecutivo.doc](http://www.disaster-info.net/.../isaias_chang.../informe_final_y_resumen_ejecutivo.doc)
- Cipriani, A., Geddes, J.R., Barbui, C. (2007) “Venlafaxine for major depression”, *British Medical Journal*, 334 (7587), 215 (editorial).

- Coelho, H.F., Canter, P.H., E. E. (2007) “Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 1000-1005.
- Colomer Revuelta, J. (2013) “Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia”, *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*, No. 15, 261-269.
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M., Mead, G.E. (2013) “Exercise for depression”, *Cochrane Database Syst Rev*, 9.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (2002) “World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects”, <http://bit.ly/1m3gbXb>.
- Craig, M. (2012) “Miller for Harvard Health Publications”, Magnetic stimulation: a new approach to treating depression?
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., Andersson, G. (2008) “Are Psychological and Pharmacologic Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders? A Meta-Analysis of Comparative Studies”, *Journal of Clinical Psychiatry*, e1-e11.
- Cunha, T. Garrafa, V. (2016) “Vulnerability: a key principle for global bioethics?”, *Camb Q. Health Ethics*, 25(2),197-208.
- Cunha, M. P., Machado, D. G., Capra, J. C., Jacinto, J., Bettio, L. E., Rodrigues, A. L. S. (2012) “Antidepressant-like effect of creatine in mice involves dopaminergic activation”, *Journal of Psychopharmacology*, 26 (11), 1489-1501.
- Daniels, N, Sabin, J. (1997) “Limits to healthcare: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers”, *Philos Public Aff.*, 26(4), 303-350.
- Departamento de Estado EEUU, Programas de Información Internacional (2005) “La salud en adolescentes: problemas mundiales, retos locales”, <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0105/ijgs/blum.htm>

- Dimidjian, S. (2006) "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670. \_
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., Jacobson, N.S. (2006) "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Diniz, D, Corrêa, M. (2001) "Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade", *Cad. Saúde Pública*, 17(3), 679-88.
- Doidge, N., Simon, B., Lancee, W.J. (2002) "Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: II. A DSM-III-R validation study", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50 (2), 615-627.
- Domino, M.E., Burns, B.J., Silva, S.G. (2008) "Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS", *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 588-596. \_
- Dunlop, Boadie, W., Nemeroff, Charles, B. (2007) "The role of dopamine in the pathophysiology of depression", *Archives of General Psychiatry*, 64 (3), 327-337.
- Durand, V.M., Barlow, D. (1999) *Abnormal psychology: An integrative*.
- Dworetzky, J. (1997) *Psychology*, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole Pub.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., Hedeker, D. (1995) "Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 841-847.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P. (1989) "National Institute

- of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments”, *Archives of General Psychiatry*, 46 (11), 971-982.
- Emily Underwood (2013) “Short-Circuiting Depression”, *Science*, 342(6158), 548-551.
- Fernández-Carrión, M.H. (2015) “Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos”, *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina*, Ana Luisa Guerrero Guerrero et al., México, Editorial Porrúa, UNAM, 77-99.
- Fernández Rodríguez, C., Fernández Martínez, R. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría”, *Psicothema*, No. 13, 407-418.
- Filloux, J. (1985) *La personalidad*, Buenos Aires, Eudeba, 21 reimpr.
- Freud, S. (1987) “Carta 52”, *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 8 reimpr.
- Freud, S.** (1987) *Obras Completas*; Buenos Aires, Amorrortu Editores, 8 reimpr.
- Fuster, J. M. (2003) *Cortex and Mind*, Oxford University Press.
- Galende, E.** (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires, Paidós.
- García García, E. (2007) “Primera Ponencia. Teoría de la mente y ciencias cognoscitivas”, *Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- Garrafa, V. (2012) “Ampliação e politização do conceito internacional de bioética”, *Rev. Bioét.*, 20(1), 9-20.
- Garrafa, V, Lorenzo, C. (2008) “Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries”, *Cad. Saúde Pública*, 24(10), 2219-2226.
- Garrafa, V., Prado, M.M. (2001) “Mudanças na declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social”, *Cad. Saúde Pública*, 17(6), 1489-1496, <http://bit.ly/2ogkvcH>.
- Gaynes, B.N., Lux, L., Lloyd, S., Hansen, R.A., Gartlehner, G., Thieda, P., Brode, S., Swinson Evans,

- T., Jonas, D., Crotty, K., Viswanathan, M., Lohr, K.N., (2011) "Nonpharmacologic Interventions for Treatment-Resistant Depression in Adults. Comparative Effectiveness Review Number 33. (Prepared by RTI International-University of North Carolina (RTI-UNC) Evidence-based Practice Center)", *AHRQ Publication No. 11-EHC056-EF*. Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality.
- George, M.S., Post, R.M. (2011) "Daily Left Prefrontal Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Acute Treatment of Medication-Resistant Depression", *American Journal of Psychiatry*, 168 (4): 356-364.
- Giedke, H., Schwärzler, F. (2002) "Therapeutic use of sleep deprivation in depression", *Sleep Medicine Reviews*, 6 (5), 361-77.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009) "Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis", *Clin Psychol Rev.*, 29 (3), 193-207.
- Goldberg (s/f) "Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)", [salpub.uv.es/.../Escalas.../085\\_ESCALA\\_ANSIEDAD\\_DEPRESION\\_GOLDBERG.pdf](http://salpub.uv.es/.../Escalas.../085_ESCALA_ANSIEDAD_DEPRESION_GOLDBERG.pdf).
- Golden, R.N., Gaynes, B.N., Ekstrom, R.D. (2005) "The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence", *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 656-662.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1989) "Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general", *Br Med J.*, 4(2), 49-53.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1988) "Detecting anxiety and depression in general medical settings", *Br. Med J.*, No. 97, 897-899.
- Goodyer, I.M., Dubicka, B., Wilkinson, P. (2008) "A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial", *Health Technol Assess*, 12 (14), 1-80.
- Goodyer, I.M., Dubicka, B., Wilkinson, P. (2007) "Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour thera-

- py in adolescents with major depression: Randomised controlled trial”, *British Medical Journal*, 335 (7611), 142.
- Goyal, M., Singh, S, Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shihab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B., Haythornthwaite, J.A. (2014) “Meditation programs for psychological stress and well-being”. *Jama Intern. Med.*, 174 (3), 357-368.
- Gutierrez, F (2005) *Teorías del desarrollo cognitivo*, Buenos Aires, McGraw Hill.
- Guideline, P. (1999) “Depression in primary care. Vol. 2. Treatment of major depression”, *Clinical practice guideline*. No. 5.
- Guzzetta, F., Tondo L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007) “Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder”, *J. Clin Psychiatry*, 68 (3), 380-383.
- Hallahan, B., Ryan, T., Hibbeln, J.R., Murray, I.T., Glynn, S., Ramsden, C.E., SanGiovanni, J.P., Davis, J.M. (2016) “Efficacy of omega-3 highly unsaturated fatty acids in the treatment of depression”, *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209 (3), 192-201.
- Hamilton, M., (1960) “A rating scale for depression”, *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, No 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967) “Development of a rating scale for primary depressive illness”, *Br J Soc Clin Psychol*, No. 6, 278-296.
- Hayes, S. ([2017]) “State of the ACT Evidence”, ContextualPsychology.org, [https://contextualscience.org/state\\_of\\_the\\_act\\_evidence](https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence).
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., LePage, J.P., Hopko, S.D., McNeil, D.W. (2004) “A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression”, *Behavior Modification*, 27 (4), 458-469.
- Houaiss, A., Villar, M.S. (2009) *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*, Rio de Janeiro.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., Wampold, B.E. (2008) “A meta-analysis of psychotherapy and medi-

- cation in unipolar depression and dysthymia”, *J. Affect Disord*, 110 (3), 197-206. \_
- Indicadores de vulnerabilidad (2003) <https://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/vuls.htm>.
- Josefsson, T., Lindwall, M., Archer, T. (2014) “Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review”, *Scand J Med Sci Sports*, 24 (2), 259-272.
- Kavirajan, H.C., Lueck, K., Chuang, K. (2014) “Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression”, *The Cochrane database of systematic reviews* 7.
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., Brown, W.A. (2012) “A Systematic Review of Comparative Efficacy of Treatments and Controls for Depression”, *PLOS ONE*, 7 (7), e41778. \_
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T. (2008) “Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, *PLoS Med.*, 5 (2), e45. \_
- Koldobsky, N.** (1995) *La personalidad y sus desordenes*, Buenos Aires, Salerno.
- Kottow, M. (2008) “Vulnerabilidad y protección”, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Tealdi, J.C. (director), Bogotá, Unesco, 340-342.
- Kraus M.F., Burch, E.A. (1992) “Methylphenidate hydrochloride as an antidepressant: controversy, case studies, and review”, *South. Med. J.*, 85 (10): 985-91.
- Labrador, F. J., Crespo, M. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales”, *Psicothema*, No. 13, 428-441.
- Lacan, J.** (1985) *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J.** (1981) *El seminario, libro I* (1953-1954), Barcelona, Paidós.
- Lakhan, S.E., Callaway, H. (2010) “Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder and treatment-resistant depression: systematic review”, *BMC Research Notes* 3, 60.

- Lanier, Eric (2003) "Depression: The Hidden Workplace Illness" (2003 *Professional Safety Article Index*), *Professional Safety, Journal of the American Society of Safety Engineers*, 27-30, <http://www.asse.org/professional-safety/indexes/2003/>.
- Lawrence, R.W. (2004) "Effect of mirtazapine versus fluoxetine on "sleep quality"", *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (8), 1149-1150.
- Lefaucheur, J.P. (2014) "Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)", *Clinical Neurophysiology*, No. 125, 2150-2206.
- Levine, Gonsalves, Barbur (1993) "Inositol 6 G Daily May Be Effective in Depression but Not in Schizophrenia", *Human Psychopharmacology*.
- Levine, V.; Silvia, F. (2006) "Double-blind, Controlled Trial of Inositol Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152 (5), 792-793.
- Levine; Vittorio; Silvia; Francesco "Double-blind, Controlled Trial of Inositol Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152 (5): 792-793.
- Linde, K., Berner, M.M., Kriston, L. (2008) "St John's wort for major depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- López Blasco (2005) "La trama de los itinerarios de emancipación", *Tendencias en exclusión social y políticas de solidaridad*, J. Tezanos (edición), Madrid, Fundación Sistema, 529-554.
- Lorenzo, C.F. (2006) "Los instrumentos normativos en ética de la investigación en seres humanos en América Latina: análisis de su potencial eficacia", *Ética de la investigación en los seres humanos y políticas de salud pública*, Keyeux G, Penschaszadeh V, Saada E, (coordinadores), Bogotá, Unesco, 167-190.
- Lyoo, I. K., Yoon, S., Kim, T. S., Hwang, J. Kim, J. E., Won, W., Renshaw, P. F. (2012) "A randomized, double-blind placebo-controlled trial of oral creatine monohydrate augmentation for enhanced response to a selective serotonin reuptake inhibitor in women with major depressive disorder", *American Journal of Psychiatry*, 169 (9), 937-945.



- Machado, J. (2007) *Chollos, chapuzas, changas. Jóvenes, trabajo precario y futuro*, Barcelona, Anthropros.
- Maldavsky, D. (1997) *Sobre ciencias de la subjetividad, Buenos Aires, Nueva visión*.
- Marangell, L.B., Martinez, M, Jurdi, R.A., Zboyan, H. (2007) “Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities”, *Acta Psychiatr Scand*, 116 (3), 174-81.
- Márquez Mendoza, O. (2017) *Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental*, México, Editorial Torres Asociados, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición).
- Maat, S. de, Dekker, J., Schoevers, R. (2007) “Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: A mega-analysis based on three Randomized Clinical Trials”, *Depression and Anxiety*, 25(7), 565-574.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S. (2004) “Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial”, *JAMA*, 292 (7), 807-820.
- Meil, G. (2011) *Individualización y solidaridad familiar*, Barcelona, Obra Social Fundación ”la Caixa.
- Melamed, M. M. (1983) *Sidur ha-mercaz*, Jerusalem, Centro Educativo Sefaradí Jerusalem, 565-566, comentarios y notas.
- Melkerson, M.N. (2008) “Special Premarket 510(k) Notification for NeuroStar TMS Therapy System for Major Depressive Disorder”, *Food and Drug Administration*.
- Mischoulon, D., Fava, M. (2002) “Role of S-adenosyl-L-methionine in the treatment of depression: a review of the evidence”, *Am. J. Clin. Nutr.* 76 (5), 1158S-61S.
- Mura, G., Moro, M.F., Patten, S.B., Carta, M.G. (2014) “Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: a systematic review”, *CNS Spectr*, 19 (6), 496-508.
- National Commission for the Protection of Human (EEUU) (2005) “Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont report: ethical principles and guideli-

- nes for the protection of human subjects of research”, <http://bit.ly/2oeRpu>.
- Navarro, Larrubia (2006) “Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo”, *Baética. Estudios de arte, geografía e historia*, No. 28, 485-506.
- Nelson, J.C., Devanand, D.P. (2011) “A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia”, *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (4), 577-585.
- Neves, M.P. (2009) “Article 8: respect de la vulnérabilité humaine et de l’intégrité personnelle”, *La déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l’homme: histoire, principes et application*, Paris, Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura), 167-177.
- Neves, M.P. (2006) “Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio”, *Rev. Bras Bioética*, 2(2), 157-172.
- NHS (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2005). “Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care”.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2004) “Depression: management of depression in primary and secondary care”, *NICE guidance*, Londres, NICE.
- NICE (2005) *NICE Guidelines: depression in children and adolescents*, Londres, NICE.
- NICE (2014) “Transcranial magnetic stimulation for treating and preventing migraine”.
- Nierenberg, A.A., Fava, M., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Thase, M.E., McGrath, P.J., Alpert, J.E., Warden, D., Luther, J.F., Niederehe, G., Lebowitz, B., Shores-Wilson, K., Rush, A.J. (2006) “A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: A STAR\*D report”, *American Journal of Psychiatry*, 163 (9), 1519-1530.
- OCDE (2002) “Panorama de la sociedad. Los indicadores sociales de la OCDE”, <http://www.oecd.org/els/social>.

- OMS (2000) “La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad”, Ginebra, OMS, *Informe Salud para todos en el año 2000*.
- Orr, K., Taylor, D. (2007) “Psychostimulants in the treatment of depression: a review of the evidence”, *CNS Drugs*, 21 (3): 239-57. \_
- Papakostas, G.I., Thase, M.E., Fava, M., Nelson, J.C., Shelton, R.C. (2007) “Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder? A meta-analysis of studies of newer agents”, *Biological Psychiatry*, 62 (11), 1217-1227.
- Pérez Álvarez, M., Gracia Montes, J. M. (2002) “Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión”, *Psicothema*, No. 13, 493-510.
- Puriños, M.J. ([2006]) “Hamilton Depression Rating Scale – HDRS-“, <http://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>).
- Quiroga Romero, E., Errasti Pérez, J. M. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad”, *Psicothema*, No. 13, 393-406.
- Ranjbar, E., Memari, A.H., Hafizi, S., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F.S., Eshghi, M.A. (2015) “Depression and Exercise: A Clinical Review and Management Guideline”, *Asian J Sports Med* 6 (2).
- Ravindran, A.V., da Silva, T.L. (2013) “Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: a systematic review”, *Journal of Affective Disorders* 150 (3), 707-19.
- Rice, P (2000) “Desarrollo humano: estudio del ciclo vital”, <http://books.google.com.pe/books?id=ZnHbCKUCtSUC&pg=PA44&dq=desarrollo+cognitivo+piaget&hl=en&sa=X&ei=6IFnVKykCMKjgwSCtoO4Ag&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20cognitivo%20piaget&f=false>.
- Robledo Vico, J. (2018) “El fantástico mensaje de Stephen Hawking contra la depresión”, *As*, 27 enero, [https://as.com/deportesyvida/2018/01/27/portada/1517052894\\_](https://as.com/deportesyvida/2018/01/27/portada/1517052894_)

- Rodríguez Rigual, M. (2003) "Mesa redonda: Adolescencia-necesidad de creación de unidades de adolescencia", *An Pediatr*, No. 58, 104-110
- Roth, A., Fonagy, P. (2006) "Cognitive-Behavioral Therapy Alone and in Combination with medication: University of Minnesota and University of Pennsylvania-Vanderbilt University Studies", *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford Press, 2 edc., 76-78.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P.B. (2014) "Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis", *J. Clin Psychiatry*, 75 (9), 964-974.
- Ruiz, F. J. (2010) "A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.
- Rush, A.J., Marangell, L.B., Sackeim, H.A. (2005) "Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: A randomized, controlled acute phase trial", *Biological Psychiatry*, 58 (5), 347-54.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R. (2006) "Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression", *New England Journal of Medicine*, 354 (12), 1231-42.
- Saldaña, C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario", *Psicothema*, No. 13, 381-392.
- Schramm, F.R. (2006) "A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública", *Rev. Bras. Bioética*, 2(2), 187-200.
- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína", *Psicothema*, No. 13, 365-380.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (2005) "Adolescents mortality", *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.*, 62(3), 225-238.

- Serra, E., González, A., Oller, A. (1989) *Desarrollo Adulto. Sucesos evolutivos a lo largo de la vida*, Barcelona, Centro Editor Universitario.
- Shaffer, D. R. (2000) “Capítulo 7: Desarrollo cognitivo: la teoría de Piaget y el punto de vista sociocultural de Vygotsky”, *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*, México: Internacional Thompson, 5 edc.
- Shaffer, D. (2000) *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*, México, Thomson Editores, 5 edc.
- Shaw, K., Turner, J., Del Mar, C. (2002) “Tryptophan and 5-hydroxytryptophan for depression”, *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.
- Shelton, R. (2006) “Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment”, *Primary Psychiatry*, 12 (4), 73-82.
- Smith, S. M., Cousins, G., Clyne, B., Allwright, S., O’Dowd, T. (2017) “Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions”, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 2.
- Solbakk, J.H. (2011) “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?”, *Rev. Red-bioética/Unesco*, 1(3), 89-101.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J. (1991) “Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program”, *American Journal of Psychiatry*, 148 (8), 997-1008.
- Spates, C. R., Pagoto, S., Kalata, A. (2006) “A Qualitative And Quantitative Review of Behavioral Activation Treatment of Major Depressive Disorder”, *The Behavior Analyst Today*, 7 (4), 508-518
- Stahl, S. M. (2011) *The Prescriber’s Guide (Stahl’s Essential Psychopharmacology)*, Cambridge University Press.
- Stassen, K. (2006) “Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia”, <http://books.google.com.pe/books?id=sGB87-HX-HQC&pg=PA46&dq=desarrollo+cognitivo+piaget&hl=en&sa=X&ei=6IFnVKykCM>

- [KjgwSCtoO4Ag&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=desarrollo%20cognitivo%20piaget&f=false.](#)
- Sutherland, J.E., Sutherland, S.J., Hoehns, J.D. (2003) "Achieving the best outcome in treatment of depression", *Journal of Family Practice*, 52 (3), 201-209.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014) "Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis", *BMJ*, No. 348, g1151. \_
- Thase, ME (1999). "When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder?", *Psychiatric Quarterly*, 70 (4), 333-346.
- The Merck Manual of Diagnosis and Therapy (2001) "El grano y la criba de los tratamientos psicológicos", *Psicothema*, 13 (3), 523-529.
- Trivedi, M.H., Fava, M., Wisniewski, S.R., Thase, M.E., Quitkin, F., Warden, D., Ritz, L., Nierenberg, A.A., Lebowitz, B.D., Biggs, M.M., Luther, J.F., Shores-Wilson, K., Rush, A.J. (2006) "Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression", *New England Journal of Medicine*, 354 (12), 1243-52.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008) "Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy", *N. Engl. J. Med.*, 358 (3), 252-260.
- Turner, E.H., Rosenthal, R. (2008) "Efficacy of antidepressants", *BMJ*, 336 (7643), 516-517. \_
- Tuunainen, A., Kripke, D.F., Endo, T. (2004) "Light therapy for non-seasonal depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2003) "Declaração internacional sobre os dados genéticos humanos", Paris: Unesco <http://bit.ly/2oDqgUt>.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2005) "Declaração universal sobre bioética e direitos humanos", Genebra, Unesco, <http://bit.ly/2kgv9lt> 2.

- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (1997) “Declaração universal sobre o genoma humano e os direitos humanos”, Paris, Unesco, <http://bit.ly/2oNe3x4>.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2013) *International Bioethics Committee. Report of IBC on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity*, Paris, Unesco.
- União Europeia. Declaración de Barcelona y Asociación Euro-mediterránea (1998), <http://bit.ly/2oAwSBt>.
- Valenstein, M., McCarthy, J.F., Austin, K.L., Greden, J.F., Young, E.A., Blow, F.C. (2006) “What happened to lithium? Antidepressant augmentation in clinical settings”, *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1219-1225.
- Vallejo Pareja, M. A. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo”, *Psicothema*, No. 13, 419-427.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia”, *Psicothema*, No. 13, 345-364.
- Van Voorhees, B. W., Smith, S., Ewigman, B. (2008) “Treat depressed teens with medication and psychotherapy”, *The Journal of Family Practice*, 57(11), 735-739a.
- Warner, K. (ed.) (2007) *Perspective on Social Vulnerability*. United Nations University, Munich Re Foundation, Bornheim.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000) *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, New York, Basic Books.
- Winnicott, D. (1989) *Los bebés y sus madres*, Buenos Aires, Paidós.
- Winokur, A., DeMartinis, N.A., McNally, D.P., Gary, E.M., Cormier, J.L., Gary, K.A. (2003) “Comparative effects of mirtazapine and fluoxetine on sleep physiology measures in patients with major depression and insomnia”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (10), 1224-1229.

- Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Berger, M., Lam, R.W., Martiny, K., Terman, M., Wu, J.C. (2005) "Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders", *Psychological Medicine* 35 (7), 939-44.
- Zimmerman, M.P., Zimmerman, M.A., Chelminski, I. (2005) "Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high?", *J. Nerv Ment. Dis.*, 193(3), 170-175.
- Zisook, S., Rush, A.J., Haight, B.R., Clines, D.C., Rockett, C.B. (2006) "Use of bupropion in combination with serotonin reuptake inhibitors", *Biological Psychiatry*, 59 (3), 203-10.
- Zispin, Remeron, Mayers, A.G., Baldwin, D.S. (2005) "Antidepressants and their effect on sleep", *Human Psychopharmacology*, 20 (8), 533-59.





# **CAPÍTULO I**

## **DEPRESIÓN, MODELOS COGNITIVOS Y FACTORES DE VULNERABILIDAD**



# 1 DEPRESIÓN, MODELOS COGNITIVOS Y FACTORES DE VULNERABILIDAD

## 1.1 Introducción

Los factores de vulnerabilidad cognitiva son una hipótesis importante para explicar el desarrollo, incremento y mantenimiento de los síntomas de depresión. Estos factores cognitivos se refieren a aquellas variables presentes previamente a la instalación del trastorno que genera un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificarse o presentar episodios recurrentes de depresión. Esta vulnerabilidad no puede activarse sin la presencia de eventos estresantes correlacionados con el contenido del esquema cognitivo. Los modelos teóricos cognitivos más estudiados son: el cognitivo de Beck, el de desesperanza y el de estilos de respuesta rumiativas. En la actualidad hay una tendencia para integrar los diferentes modelos en el sentido de que cubren los diferentes aspectos del enfoque cognitivo.

El objetivo del presente trabajo consistió en determinar cuáles son los factores de vulnerabilidad cognitiva que predicen depresión en una muestra de 2292 adolescentes estudiantes del nivel medio superior, con una edad entre 15 y 19 años, (54% mujeres y 46% hombres). Los instrumentos que se aplicaron fueron: La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín (CSV), el cuestionario de Esquemas Cognitivos forma reducida (SQ-SF), Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ), Escala de Respuestas Rumiativas (ERR), y la Escala de desesperanza (EDB).

Los resultados indican una prevalencia de síntomas de depresión del 15.6% en los adolescentes además, las mujeres obtuvieron puntajes más altos en los síntomas depresivos que los hombres. La sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con los factores cognitivos: sucesos vitales negativos, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas y desesperanza. Se realizaron por separado, análisis de regresión múltiple por pasos para determinar el efecto de la relación de cada uno de los factores cognitivos en la sintomatología depresiva, donde los pensamien-

tos automáticos negativos explicaron el 42.1% de la varianza, mientras que la desesperanza explicó el 17.8%.

## **1.2 Estado de la cuestión**

La mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre depresión postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva intercambian con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar síntomas depresivos.

Estas propuestas han sido definidas como modelos de vulnerabilidad a la depresión en cuanto sugieren a la existencia de factores cognitivos presentes en el sujeto previo al inicio del trastorno que lo hace vulnerable a desarrollar un cuadro depresivo.

Estos modelos coinciden en la necesidad de que se produzcan sucesos vitales negativos, por lo que se definen como modelos de vulnerabilidad al estrés. Sin embargo en cada modelo, los factores cognitivos son diferentes y se refieren a variables psicológicas las cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno depresivo.

En este capítulo se hará una revisión teórica de los distintos factores de vulnerabilidad cognitiva que explican la presencia de los síntomas de depresión en los adolescentes tomando en cuenta el modelo cognitivo, el modelo de la desesperanza y el modelo de las respuestas rumiativas.

## **1.3 Depresión**

Desde principios del siglo XXI, la mayoría de las investigaciones examinaban la etiología, el tratamiento y la prevención de la depresión a través de investigaciones con adultos, dando lugar a estudios con modelos para adultos por lo que éstos no podían extenderse a niños y adolescentes. Un progreso importante se ha hecho en los últimos años, entendiendo la etiología de la depresión en población adolescente tomando en cuenta la vulnerabilidad al estrés desde el marco del desarrollo de la psicología, desde lo cognitivo, interpersonal, biológico, genético y la regulación de las emociones. Por consecuencia, estas

investigaciones de la etiología de la depresión han empezado a traducirse en tratamientos efectivos para los adolescentes que sufren trastornos depresivos, así como eficaces programas de prevención con adolescentes que muestran alto riesgo de presentar este trastorno (Abela, y Hankin, 2008).

Asimismo se debe diferenciar entre el ánimo deprimido y el trastorno depresivo. El ánimo deprimido se refiere a “la cualidad afectiva de la depresión, como un sentimiento de tristeza o infelicidad durante un periodo de tiempo indeterminado” (Hankin y Abramson, 2001: 774). En cambio, un trastorno depresivo se define como la reunión de una serie de síntomas (insomnio, trastornos en la alimentación, problemas de concentración) que deben estar presentes durante un periodo concreto (por lo menos dos semanas) junto a una afección funcional (Hankin y Abramson 2001: 775).

Hay distintas perspectivas sobre el ánimo deprimido y el trastorno de depresión. Para algunos son categóricamente distintos (Coyne, 1994) mientras que para otros, ambos forman parte de un continuo cuya diferencia sería únicamente de grado (Flett, Vredenburg y Krames, 1997). En lo que parece haber más acuerdo es en que el ánimo deprimido supone un factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo (Harrington, Fudge, Rutter y Pickles, 1990).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001) ha definido la depresión como un trastorno del estado de ánimo cuya característica fundamental es la alteración del humor. Según este sistema de clasificación, los trastornos depresivos se dividen en: trastorno depresivo mayor, trastorno dístimico y trastorno depresivo no especificado.

La diferencia entre los géneros en la depresión parece emerger en la etapa de la adolescencia (Angold y Rutter, 1992; Hankin, et al., 1998; Petersen, Sarigiani, y Kennedy, 1991). También se ha observado que episodios iniciales en los síntomas de depresión son más severos y de mayor duración en las mujeres que en los hombres (McCauley, Pavlidis y Kendall, 2001), y que las mujeres experimentan por primera vez la depresión en la infancia o la adolescencia, por lo que es de mayor riesgo para presentar futuros episodios depresivos (Kovacs, 1997). Aproximadamente la mitad de las mujeres

adolescentes de 15 años de edad, experimentan más síntomas depresivos durante una semana en comparación con sólo un tercio de sus pares los hombres (Scheidt, Overpeck, Wyatt, y Aszmann, 2000). Algunos estudios han confirmado que antes de la edad de 13 años, niñas y niños tienen niveles relativamente iguales de síntomas de depresión. Entre las edades de 13 y 15 años los síntomas de depresión aumentan en las niñas, mientras que en los niños se mantienen relativamente estables (Galabos y Leadbeater 2000; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). En la adultez temprana, las mujeres son dos veces más vulnerables que los hombres de sufrir depresión.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002) reportó que dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia; reportando que las personas que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad, pueden presentar en promedio siete episodios a lo largo de su vida (Medina-Mora et al., 2003). Por último, en otro estudio más reciente, la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, realizada en el área metropolitana de la ciudad de México, se reportó que el 10.5% de adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, presentaron algún tipo de trastorno afectivo como depresión mayor, distimia, bipolar I y II (Benjet et al., 2009).

#### **1.4 Modelo cognitivo**

Los modelos de vulnerabilidad cognitiva al estrés también han sido denominados modelos de diátesis-estrés ya que proponen que ciertos estilos de pensamiento y procesamiento de la información representan una diátesis que, en la presencia y no en la ausencia de estresores vitales negativos, aumenta la vulnerabilidad al desarrollo de la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Sin embargo, investigaciones más recientes que trabajan en este paradigma prefieren el término vulnerabilidad al de diátesis porque el primero denota la idea de predisposiciones aprendidas y modificables, frente al segundo cuya connotación de rasgos genéricos e inmutables no corresponde con este paradigma (Just, Abramson y Alloy, 2001; Ingram, Miranda y Segal, 2006).

La teoría cognitiva que más se ha investigado es la de vulnerabilidad cognitiva a la depresión. (Abramson et al., 2002; Clark, Beck y Alford 1999, Nolen-Hoeksema y Corte, 2004; Zuroff, Mongrain y Santor 2004). A partir de esta teoría se han desarrollado diferentes modelos para explicar esta vulnerabilidad a la depresión basados en estudios empíricos que proporcionan la prueba más poderosa de las teorías cognitivas. Los modelos que se han desarrollado y de los cuales se cuenta con evidencia empírica sobre la etiología de la depresión son:

1. Modelo de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).
2. Modelo cognitivo de Beck (1967).
3. Modelo de estilos de respuestas (respuestas rumiantes) (Nolen-Hoeksema, 1991).

Estos modelos psicológicos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes negativos aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno (Vázquez, Hervás y Hernangómez, 2008). Dentro de esta aproximación el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado (Sanz y Vázquez, 2008).

La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos:

1. Tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos.
2. Consideración a entender que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.
3. Atención a las características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos.

Se asume que la vulnerabilidad cognitiva es una causa que contribuye a la depresión (Abela y Hankin, 2008).



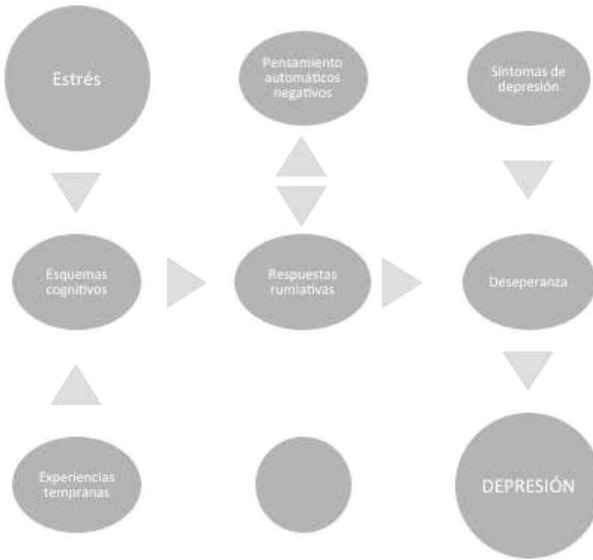
El modelo cognitivo de la depresión ha sugerido que son los factores ambientales los que explican la depresión (Kercher, Rapee y Schniering; 2009), a los que se les ha definido como sucesos vitales estresantes (Ingram, Miranda y Segal, 2006), estos incluyen situaciones de pérdida y fracaso, así como la muerte de un ser querido (Hammen, 2005; Monroe, Slavich y Georgiades, 2009).

El modelo cognitivo de la depresión de Beck (1987), es un modelo de corte clínico, lo cual ha supuesto que los conceptos así como la propia teoría se hayan ido redefiniendo con el paso del tiempo (Clark, Beck y Alford, 1999). Desde un punto de vista temporal, este modelo (ver figura 1) propone una cadena de elementos causales; el primero de los eslabones lo constituirían las experiencias negativas tempranas, como por ejemplo, las críticas y el rechazo de los por parte de los padres. Fruto de esas experiencias se generarían los esquemas o actitudes disfuncionales (ejemplo: si no soy amado por todas las personas importantes entonces no soy valioso). Estos esquemas y actitudes disfuncionales, normalmente no accesibles verbalmente de modo inmediato o sencillo (de ahí el término de esquemas latentes), serían las causas más distantes. Las causas más próximas serían, en primer lugar, un acontecimiento crítico, el cual activaría de nuevo los esquemas disfuncionales, y, como consecuencia de ello, los sesgos de procesamiento. En consecuencia, surgirían los productos mentales negativos sesgados, también llamados pensamientos automáticos negativos (ejemplo: soy un estúpido, no valgo para nada, etc.) que reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada triada cognitiva) y que sería el precursor más inmediato de la depresión. Desde su formulación, el modelo no ha sufrido formalmente cambios significativos.

**Figura 1. Modelo cognitivo de Beck**

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, la evidencia acumulada en la investigación en las dos últimas décadas (Kuyken, Watkins y Beck, 2005; Mathews y MacLeod, 2005), ha permitido ampliar algunos aspectos del mismo como es conocer mejor el papel del estrés y abrir también algunas vías importantes que no habían sido exploradas como el papel de las rumiaciones. De esta forma, Vázquez, Hervás, y Romero (2010) proponen un nuevo modelo integrador del modelo cognitivo de la depresión donde están presentes el modelo cognitivo de Beck, el modelo de la Desesperanza y el Modelo de estilos de respuestas rumiativas (ver figura 2). El cual es motivo de estudio en la presente investigación.

**Figura 2. Modelo reformulado de la vulnerabilidad cognitiva**

Fuente: Elaboración propia

## 1.5 Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión

### 1.5.1. Sucesos vitales estresantes

Los sucesos vitales estresantes se refieren a aquellas circunstancias que requieren de un cambio en la rutina de la persona por el impacto producido por ese estrés que perturba los mecanismos mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional, fisiológica (Ingram, Miranda y Segal, 2006) y que altera las actividades normales de los individuos.

El modelo general de estrés desarrollado por Lazarus describe el proceso de éste, el cual comienza con la percepción de un acontecimiento vital importante donde el individuo hace una evaluación del estímulo si es amenazante o no de sus recursos, y si es que pone en peligro su bienestar psíquico y físico. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), los acontecimientos pueden evaluarse como irrelevantes, benignos o estresantes. Cuando la situación no tiene implicaciones para

la persona se valorará como irrelevante y la persona no experimentará ninguna reacción negativa (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). Si la situación se valora como benigna-positiva, significa que se prevén las consecuencias como preservadoras del bienestar generando emociones placenteras; así, si el estímulo se valora como estresante puede implicar daño o pérdida, amenaza o desafío. El daño o pérdida se identifica con situaciones en las cuales la persona sufre algún perjuicio personal. Se considera amenaza cuando los daños no han ocurrido pero se anticipan.

La evaluación secundaria se relaciona con la estimación que hace la persona sobre su habilidad para afrontar, ajustarse o controlar el estresor potencialmente significativo. De modo que la evaluación secundaria implica, por un lado, una búsqueda cognitiva de las opciones disponibles de afrontar la situación, y por otro, un pronóstico del éxito de las distintas opciones (Lazarus y Folkman, 1986). De esta manera, la persona toma conciencia de la discrepancia que existe entre las estrategias y capacidad de afrontamiento personales y las demandas de la situación, que cuanto mayor sea, mayor será el estrés experimentado (Reeve, 1994). Finalmente, existe una reevaluación que puede estar basada en la nueva información obtenida de la persona y/o el ambiente, así como de los esfuerzos cognitivos de afrontamiento. Este proceso de seguimiento continuo determinará tanto el grado de estrés como la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

Sandín (2008) identifica cuatro tipos de estresores:

1. Sucesos altamente traumáticos, son eventos extraordinarios como desastres naturales o situaciones bélicas.
2. Sucesos vitales: que son acontecimientos relativamente usuales y hasta normativos de la vida (un ascenso en el trabajo, el matrimonio, el nacimiento de un hijo) también pueden ser la pérdida de un ser querido, accidente.
3. Microeventos o sucesos menores, los cuales son pequeños problemas o contrariedades que ocurren cotidianamente o también las molestias diarias.
4. Estresores ambientales, los cuales hacen referencia como al ruido, tráfico, contaminación, etc., que tienen

un efecto reconocido sobre el funcionamiento físico y psicológico de la persona.

Por lo mencionado anteriormente, los sucesos vitales se pueden generar en diversas áreas de la vida: las relaciones, el hogar, la familia, la salud, los hijos, el matrimonio, en las obligaciones sociales, los recursos económicos, los amigos, la escuela, etc., y su poder estresante se va a determinar por la evaluación que cada individuo le otorgue (Lara, Navarro y Navarrete, 2004).

Finalmente, este enfoque pone de manifiesto la naturaleza subjetiva del estrés ya que es la propia valoración del suceso lo que determina si se va a experimentar estrés y a qué nivel de intensidad, por lo que la forma más extendida de clasificar los sucesos vitales es en función del grado, intensidad y cualidad del estresor. Además estos sucesos pueden diferenciarse cualitativa y cuantitativamente.

En un estudio realizado por Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Quijada (2008) donde evaluaron la frecuencia sucesos vitales estresantes en una muestra de 101 adolescentes españoles presentaban aproximadamente de seis o más sucesos estresantes durante los últimos cuatro años. También se ha mencionado que la acumulación de elementos estresantes puede ser una mayor amenaza para el ajuste emocional, que un único suceso aislado, independientemente de la naturaleza de la circunstancia de que se trate (Atzaba-Poria, Pike y Deater-Deckard, 2004).

Los sucesos vitales estresantes más frecuentes encontrados en algunos estudios (Bouteyre, Maurel, y Bernaud, 2007; Park y Adler, 2003; Tao et al., 2000; Wintre y Yaffe, 2000, LaRue y Hermmann 2008) fueron situaciones académicas, financieras, la muerte de un familiar cercano y la ruptura de la relación con la pareja. En diversos estudios sobre la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes en los adolescentes se ha demostrado que puede ser uno de los factores de riesgo para el aumento de problemas emocionales y depresivos (Aseltine, Gore y Colten, 1994; Ge et al., 1994; Kim, Conger, Elder y Lorenz, 2003).

En cuanto al impacto emocional causado por estos eventos, el fallecimiento de un familiar, los problemas y la

ruptura con el mejor amigo, la enfermedad de un familiar, el engaño o la traición de la pareja se situaron entre los principales acontecimientos (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008). Algunos investigadores (Monroe y Simons, 1991) consideraban que la presencia de acontecimientos vitales evaluados como muy estresantes solo en algunos casos se relacionaba para predecir depresión, y que acontecimientos menos estresantes, no se relacionaban en la predicción de la depresión. Sin embargo, en años recientes, se ha observado que formas más leves de estrés en la vida cotidiana, sí pueden desempeñar un papel importante en el inicio de la depresión (Hammen, Henry y Daley, 2000; Kendler et al., 2003; Monroe et al., 2006). De esta forma la relación entre sucesos vitales estresantes y depresión se ha centrado en estresores esporádicos, de contenido negativo, llegando a la conclusión de que tanto el número como la gravedad del estresor se relacionan con el inicio de un episodio depresivo (Hammen, 2005).

Por lo tanto, ha quedado demostrado que la experiencia de los acontecimientos vitales estresantes son un factor de riesgo importante para el desarrollo de la depresión en la adolescencia (Goodyer, Tamplin y Altham, 2000; Kendler, Myers y Neale, 2000; Larson y Ham, 1993; Ormel, Oldehinkel y Brillman, 2001; Rutter, 2000; Silberg et al., 1999); y además que el impacto de estos sucesos estresantes que influyen para la presencia de depresión depende de la sensibilidad de los adolescentes al estrés, que está influenciado por una variedad de factores genéticos y factores de riesgo ambientales (Bouma, Ormel, Verhulst, Oldehinkel, 2008; Estévez, Murgui, Musito y Moren, 2008).

En relación con las diferencias de género se ha comprobado en algunas investigaciones que diferentes sucesos vitales estresantes pueden afectar a hombres y mujeres; por ejemplo, las mujeres adolescentes experimentan más estresores interpersonales que los hombres adolescentes (Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007; Rudolph y Hammen, 1999); además las mujeres adolescentes pueden ser más vulnerables a los sucesos estresantes de familia y de pareja (Blodgett-Salafia y Lemer 2012, Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007; Ruano y Serra, 2001; Oliva, 2006; Wagner y Compas 1990), mientras

que los hombres a sucesos relacionados con la escuela como es repetir cursos (Jiménez, Menéndez y Hidalgo, 2008).

### ***1.5.2 Esquemas cognitivos***

Los teóricos de la Terapia Cognitiva han identificado la existencia de distintos niveles de funcionamiento cognitivo dentro de los cuales los esquemas forman parte de uno de ellos, con sus mecanismos de funcionamiento y organizaciones particulares.

Los esquemas son elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimiento y modelan la forma de percibir e interpretar el mundo y a la persona misma (Segal, 1988). Se ha establecido que las distorsiones cognitivas y los errores de pensamiento son el resultado de estructuras o esquemas cognitivos (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Los esquemas de procesamiento sesgado en los depresivos son llamados esquemas disfuncionales depresivos, los cuales son distintos a los normales en contenido y estructura. Tienen reglas y creencias inflexibles y poco realistas, conectadas a recuerdos de la infancia que fueron su base (Estévez y Calvete, 2009).

Para que se active el esquema depresivo tiene que ocurrir un suceso vital estresante similar al de la infancia, si no, se mantiene latente. El tipo de estresor que lo activa también está determinado por diferencias individuales de la estructura de personalidad. Cuando éste se activa, se cae en errores sistemáticos de procesar la información, que son congruentes con el esquema y que llevan al tipo de cogniciones de la tríada cognitiva negativa (Estévez y Calvete, 2009), es decir, una visión negativa de sí misma, visión negativa del mundo y visión negativa del futuro.

A finales de la década de los 90's, Young (1999) desarrolló un modelo denominado Terapia Centrada en los Esquemas, en el cual, a partir de su experiencia clínica, ha descrito con detalle una serie de esquemas cognitivos que pueden estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos, incluyendo depresión; además, de acuerdo a Young y Brown (1994), las experiencias tempranas con los padres, hermanos y otras

personas tienen una influencia clave en el origen de los esquemas.

Para Young y Brown (1994), los esquemas cognitivos estarían organizados en cinco grandes dominios o categorías: el dominio de desconexión y rechazo incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás. Algunos de los esquemas incluidos en este dominio son los denominados abandono/inestabilidad, privación emocional, abuso, e imperfección. Los esquemas anteriores surgen habitualmente como resultado de experiencias tempranas de separación y rechazo o de ambientes familiares fríos, impredecibles o abusadores (Mc Ginn y Young, 1996).

El segundo dominio, denominado autonomía deteriorada, consiste en una visión negativa de uno mismo y del ambiente en cuanto a la capacidad para tener éxito o para funcionar independientemente de los demás. Incluye esquemas como el de dependencia, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad, apego inseguro y fracaso. Estos esquemas tendrían su origen habitualmente en familias que cuestionan las capacidades del niño para actuar de forma autónoma o que le sobreprotegen. Por ejemplo, el esquema de dependencia suele estar asociado a unos padres sobreprotectores que toman decisiones por el hijo y resuelven todos sus problemas. En el caso del esquema de fracaso, Young y Klosko (2001) han identificado circunstancias tales como unos padres muy críticos con respecto a la ejecución del niño en el colegio o en los deportes. El tercer dominio recibe el nombre de límites deteriorados y se caracteriza por dificultades a la hora de establecer límites internos y de responsabilizarse respecto a los demás (Young y Brown 1999). Incluye dos esquemas: grandiosidad y auto-control insuficiente. El origen de estos esquemas estaría en familias con un estilo de crianza permisivo, indulgente y sin dirección (Young y Klosko, 2001).

El cuarto dominio se denomina orientación a los demás e implica un énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás. Incluye dos esquemas: auto-sacrificio y subyugación. De acuerdo con McGinn y Young (1996), muchas veces el origen de estos esquemas hay que encontrarlo en familias que se basan en la aceptación condicionada. En ellas, el niño



o la niña debe suprimir aspectos importantes de sí mismo a fin de obtener atención, cariño y aprobación por parte de sus padres; de lo contrario puede ser castigado.

Por último, el dominio de vigilancia excesiva e inhibición incluye los esquemas de inhibición emocional y normas inalcanzables. Estos esquemas tienen su origen en familias severas, con un estilo de crianza punitivo. Los valores fundamentales de estas familias suelen ser la ejecución correcta, el logro, el perfeccionismo, la evitación de errores y el cumplimiento de las normas (Young y Klosko, 2001).

No obstante, esta división en dominios está muy cuestionada ya que en algunos análisis factoriales que se han realizado para comprobar la estructura de los esquemas no han podido confirmar esta clasificación (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Lee, Taylor y Dunn, 1999; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995). Sin embargo, la estructura de cada esquema de forma independiente sí se ha comprobado en diferentes investigaciones (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000; Welburn et al., 2002; Cámara y Calvete, 2012; Stopa y Water, 2005).

Para Beck, los esquemas cognitivos son el elemento clave del modelo cognitivo y los define como “representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Beck y Clark, 1988: 382). Estas estructuras relativamente permanentes se organizan a través de la experiencia previa y permiten escanear, codificar y evaluar el rango total de estimulación interna y externa y decidir el curso de acción subsiguiente, es decir, dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información, actuando como filtros cognitivos: Los estímulos congruentes con los esquemas del sujeto se atienden, elaboran y codifican, mientras que la información que no es consistente con tales esquemas se ignora y olvida.

En este sentido, según Beck (1987), los sujetos deprimidos se caracterizan por la presencia de una serie de esquemas cognitivos negativos o depresivos que condicionan la construcción de la realidad del sujeto deprimido, de forma que cuando se activan tales esquemas, estas personas manifestarían una pauta de errores cognitivos negativos a todos los niveles de procesamiento (atención, memoria, interpretación,

atribución causal). Es importante destacar que los esquemas cognitivos, de acuerdo con su nivel de activación pueden ser explícitos y fácilmente detectables, o bien latentes, en cuyo caso no se manifiestan siendo muy extremos e inflexibles, y precisamente estas dos últimas características son las que contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión; por lo que a este tipo de esquemas se les define como disfuncionales, los cuales permanecen latentes hasta que se activan con los acontecimientos vitales estresantes (Vázquez, Hervás y Romero, 2010).

Diversos estudios han demostrado la presencia de esquemas cognitivos en el desarrollo de los síntomas de depresión (Lee, Taylor y Dunn, 1999; Welburn et al., 2002; Stopa y Water, 2005; Baranoff, Oei, Cho y Kwon, 2006; Cámara y Calvete, 2010). Así se muestran en estudios realizados en estudiantes universitarios donde se ha encontrado que los esquemas privación emocional y fracaso se asocian a los síntomas de depresión (Cámara y Calvete, 2010); en el estudio de Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995), fueron los esquemas de dependencia e imperfección y los esquemas de fracaso, imperfección y auto-sacrificio en el estudio de Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz (2005). En una muestra de pacientes psiquiátricos, se observó que los esquemas de abandono, imperfección, subyugación y autosacrificio correlacionaron con la depresión (Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001).

En relación a las diferencias de género, algunos estudios han mostrado que las mujeres presentan más esquemas cognitivos que los hombres, lo que podría contribuir a explicar la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres. Por ejemplo, Welburn et al. (2002) encontraron que las mujeres puntuaban más alto en varios esquemas cognitivos tales como autosacrificio, fracaso, apego, abandono e imperfección, los cuales están asociados con la depresión. Calvete, Estévez y Corral (2007) encontraron que la presencia de esquemas cognitivos en las mujeres era un factor de riesgo para desarrollar síntomas de depresión independientemente de los niveles de estrés por la ocurrencia de sucesos vitales, en contraste los resultados en los hombres fueron consistentes con el modelo cognitivo de la vulnerabilidad al estrés que propone que la de-

presión se va a generar sólo a partir de la presencia de sucesos vitales estresantes.

### ***1.5.3 Pensamientos automáticos negativos***

Otra de las variables que interesa indagar es la de los pensamientos automáticos negativos, los cuales se forman a partir de los esquemas cognitivos, y son una forma de autodiálogos o pensamientos automáticos que se muestran a través de palabras y/o imágenes y que fluirían sin cesar en la mente de todas las personas (Beck, 1987). Estos pensamientos se caracterizarían por la espontaneidad y la brevedad de los mismos así como por el hecho de que las personas serían más conscientes de la emoción que producen que del pensamiento en sí, tienen un carácter telegráfico. Una buena parte de los pensamientos automáticos se consideran que están distorsionados de alguna manera, pero las personas los aceptarían como ciertos sin evaluación o reflexión, a pesar de la existencia de evidencia en su contra. Los pensamientos automáticos son pensamientos o imágenes mentales estereotipadas, no intencionadas, irracionales e incontrolables. Según Beck (1976), se podría decir que todo pensamiento automático es un autodiálogo.

El autodiálogo se define como los productos cognitivos que reflejan lo que las personas se dicen a sí mismas. En la mayoría de los casos los pensamientos toman la forma de autodiálogo interno, aunque las cogniciones también adoptan formas tales como la imaginación, la información afectiva o el conocimiento tácito (Schwartz, 1997).

En relación con su contenido, éste versaría sobre los pensamientos y creencias sobre uno mismo, el mundo y las relaciones con los demás. Los pensamientos automáticos están con frecuencia distorsionados como resultado de los errores de pensamiento. Los pensamientos distorsionados se mantendrían incluso cuando existiese evidencia empírica contraria al pensamiento (Estévez y Calvete, 2009)

A partir de resultados empíricos se ha demostrado que las personas deprimidas experimentan con mayor frecuencia autodiálogos negativos (relacionados a los temas de autoevaluación negativa, desesperanza, pesimismo y tristeza), que los individuos normales o con depresión subclínica (Estévez

y Calvete, 2009; Kendall, Howard y Hays, 1989; Ingram y Kendal 1986; Hollon y Kendall, 1980) o individuos con depresión clínica (Beck., *et al.*, 1987; Crandell y Chambless, 1986; Dobson y Shaw, 1986). Los datos disponibles señalan que este tipo de contenido parece ser una característica relativamente específica de los trastornos depresivos (Clark, Beck y Brown, 1989; Kendall, Howard y Hays, 1989).

Una conclusión a la que llegó Kendall (1983) fue que las ganancias asociadas a los tratamientos de la depresión estaban relacionados con una reducción de los pensamientos negativos, sin embargo esto no hacía que se aumentaran los pensamientos positivos; además puntualizó que estos dos tipos de pensamientos era importante considerarlos para tener una mejor comprensión de la psicopatología, específicamente en la depresión.

En este sentido Schwartz y Garamoni (1989) desarrollaron un modelo de procesamiento de la información de los pensamientos positivos y negativos, donde su propuesta fue que un estado mental funcionalmente óptimo (autodiálogo positivo) es aquel que mantiene el equilibrio entre pensamientos positivos y negativos, es decir, el uso de las cogniciones positivas en un 62% de las ocasiones y de cogniciones negativas en el 38%. Esta proporción asimétrica parece la óptima para afrontar situaciones de estrés. Cualquier desviación sustancial y duradera (en cualquier dirección) de esta proporción entre pensamientos positivos y negativos representa estados mentales diferentes que estarían asociados a diversas formas de psicopatología. En relación con los trastornos depresivos, el modelo hipotetiza que niveles ligeros de depresión estarían asociados a pensamientos o autodiálogo de conflicto; niveles moderados de depresión se caracterizan por un pensamiento o autodiálogo negativo y niveles graves de depresión estarían relacionados con una especie de monólogo negativo (31% de pensamientos positivos y 69% o más de negativos).

Por ello, uno de los objetivos de la terapia cognitiva es la modificación de las falsas creencias que predisponen a las personas a distorsionar lo que les sucede (Beck, 1983). En el proceso terapéutico se enseña a la persona a controlar sus pensamientos automáticos y a conocer la relación entre las cogniciones, el afecto y la conducta.

Las cogniciones o pensamientos que están asociadas a la depresión, son las que se refieren a temas de pérdida, privación, fracaso e inadecuación personal. Estos pensamientos desencadenan sentimientos de tristeza, melancolía, indefensión, inutilidad, y fatiga física (Clark, Beck y Brown, 1992).

En relación a las diferencias por sexo de la presencia de pensamientos automáticos negativos, se encontraron estudios que han reportado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Schniering y Rapee, 2004; Fichten, Amsel, Robillard y Tagalakis 1991; Prinstein y Hanewald 1999). Contrario a estos resultados Jolly, Dyck, Kramer y Wherry (1994) encontraron que las mujeres presentaban mayor puntaje que los hombres cuando se evaluaron los pensamientos automáticos negativos relacionados con temas de ansiedad y depresión.

#### ***1.5.4 Respuestas rumiativas***

Otra variable dentro del marco de la vulnerabilidad cognitiva de la depresión es la respuesta rumiativa (Girgus, Nolen-Hoeksema y Seligman, 1989; Girgus, et al., 1991; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999), la cual ayuda a explicar por qué durante la adolescencia se desarrollan e incrementan los síntomas de depresión, basándose en que las diferencias individuales para hacerle frente a los sentimientos de tristeza o depresión ayudan a explicar la vulnerabilidad a la depresión de las personas. En concreto, un estilo de respuesta rumiativa al estado de ánimo deprimido contribuye a la aparición, la gravedad y la persistencia de síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 2004).

La respuesta rumiativa consiste en centrar la atención de forma repetida en los sentimientos y las posibles consecuencias del estado de ánimo depresivo sin llevar a cabo ninguna acción para cambiar los sentimientos o resolver el problema que los ocasiona.

El modelo de los estilos de respuesta fue originalmente propuesto para explicar la prevalencia de depresión en mujeres más que en los hombres, por esta razón Nolen-Hoeksema (1987) propone que esta diferencia podría ser, al menos en parte, por la respuesta diferencial de los estilos de respuesta

de los sexos; más concretamente, la hipótesis de que las mujeres tienden más a las respuestas rumiativas y los hombres a las respuestas de distracción (Abela y Hankin, 2008).

Las personas con pensamiento rumiativo se caracterizan por la repetición de ideas negativas sobre sí mismas, de las cuales no pueden desprenderse; esta forma recurrente de pensamiento sobre determinadas situaciones emocionalmente negativas y de alto significado personal, provocan malestar emocional, que en algunos casos influye para la presencia de sintomatología depresiva (Nolen-Hoeksema, 1991). Lyubomirsky, Caldwell y Nolen-Hoeksema (1998) postulan que cuando la rumiación se prolonga, los síntomas de depresión empeoran. En ausencia de una respuesta activa de afrontamiento, el individuo presenta pensamientos sobre los factores que le generan estrés y de los síntomas que surgen de éstos lo que le lleva a rumiar; numerosos estudios empíricos con poblaciones clínicas apoyan esta afirmación.

Los efectos perjudiciales del estilo rumiativo se han encontrado en forma consistente en diferentes estudios (Roberts, Gilboa y Gotlib, 1998; Papadakis, Prince, Jones y Strauman, 2006; Verstraeten, Vasey, Raes, Bijttebier 2009), por ejemplo en un estudio en Estados Unidos, se reportó que altas puntuaciones en las respuestas rumiativas predicen síntomas de depresión después de un acontecimiento estresante (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991); en otro estudio se encontró que personas con depresión y alto puntaje de respuestas rumiativas permanecían más tiempo con los síntomas de depresión (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Por su parte, Papageorgiou y Wells (2004) argumentaron que una cadena de pensamientos rumiativos puede ser síntoma de disforia o de una depresión clínica, pero también esta cadena puede ser un mecanismo para el inicio de la depresión. Investigadores como Abela y Hankin (2008), Nolen-Hoeksema (1991), Nolen-Hoeksema, Parker y Larson (1994) han corroborado que la rumiación es un factor de vulnerabilidad en la aparición, mantenimiento y recaída de la sintomatología depresiva, y esto podría ser, por la forma en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos. Además estos hallazgos han sido comprobados en estudios con adultos (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow

y Fredrickson, 1993), y con adolescentes (Abela, Brozina y Haigh, 2002; Skitch y Abela, 2008; Verstraeten, Vasey, Raes y Bijttebier, 2009).

En una serie de investigaciones con el constructo rumiación con adultos, se encontró que está compuesto por dos subtipos diferentes (Bagby y Parker, 2001; Cox, Enns y Taylor, 2001; Roberts, Gilboa y Gotlib, 1998; Watkins, 2004), rumiación negativa (reproches, brooding) y rumiación reflexiva, ambos se asocian de manera diferente con la sintomatología depresiva (Roberts, Gilboa y Gotlib, 1998; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003; Watkins, 2004). El primero es un modo de autoevaluación negativa de sí mismo en forma de reproche o queja focalizado en el malestar experimentado y que sustancialmente aumenta la sintomatología depresiva. Por el contrario, el modo rumiación reflexiva no aumenta la vulnerabilidad a la depresión y podría ser un modo adaptable (Kuyken, Watkins, Holden y Cook, 2006; Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003); éste se refiere a pensamientos que tienen relación con el análisis de las experiencias vividas. Burwell y Shirk (2007) extendieron su investigación sobre los dos subtipos de respuesta rumiativa en adolescentes encontrando los factores de reproches y reflexiones identificados previamente por Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003); donde reproches correlacionó positivamente con los síntomas depresivos y predijo un aumento de los síntomas en un estudio longitudinal (Burwell y Shirk 2007). En otro estudio, Crane, Barnhofer y Williams (2007) observaron en personas que tenían depresión e historias con intentos suicidas, que presentaban respuestas rumiativas de reproches. De acuerdo con Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003) estos dos componentes también se relacionan con la depresión en términos de predicción, capacidad de mediación y la diferencia de género.

Diferentes autores han señalado que una teoría que puede ayudar a explicar el surgimiento de las diferencias de género para el desarrollo de síntomas de depresión o el trastorno depresivo en la adolescencia es la teoría de estilos de respuesta (Girgus, Nolen-Hoeksema y Seligman, 1989; Girgus et al., 1991; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson,

1999). De acuerdo con esta teoría, la forma en que los individuos responden a los primeros síntomas de tristeza puede contribuir a su vulnerabilidad a la depresión. Aquellos que presentan rumiaciones en respuesta a la tristeza (es decir, responder de una manera pasiva, centrando la atención en el estado de ánimo negativo) se espera que sean más vulnerables a la depresión, que los que tienden a distraerse cuando están tristes (es decir, participar en actividades que lo mantienen fuera de los sentimientos de tristeza) son menos vulnerables a la depresión. (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994; Just y Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994). Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) postularon que las mujeres son más proclives que los hombres a tener un estilo de respuesta rumiativo y que esta diferencia de estilo de respuesta se da a partir del inicio de la adolescencia.

### ***1.5.5 Desesperanza***

La desesperanza es definida como la expectativa de que ocurran eventos negativos y que los eventos positivos no se produzcan, sin que la persona puede hacer algo para cambiar esto (Abela y Hankin, 2008). La desesperanza es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. En este sentido, la desesperanza se ha considerado un factor importante de vulnerabilidad para los síntomas de depresión y para el pensamiento de suicidio (Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2007).

El estilo atribucional propio de la desesperanza se caracteriza por una tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales, así como a presentir consecuencias negativas y concluir que, si dichos sucesos negativos han tenido lugar, eso significa que algo falla en uno mismo (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Las personas con este estilo hacen una interpretación fatalista de los problemas que les ocurren, pensando que no tienen solución, que no hay nada que puedan hacer para mejorar la situación y que las consecuencias son inevitables, permanentes y que afectarán a todos los ámbitos de la vida. Además, se echan la



culpa de lo que les sucede y piensan que les seguirá pasando en el futuro (Calvete, Villardón, Estévez y Espinosa, 2007).

La teoría de la desesperanza de la depresión propone que el estilo atribucional actúa como factor de vulnerabilidad al interactuar con acontecimientos estresantes. De esta manera, cuando un adolescente experimenta circunstancias vitales adversas, como no aprobar un examen o rechazo por parte del grupo, interpretará causas y consecuencias muy negativas para dichas circunstancias, poniéndose en riesgo de desarrollar depresión (Abela, et al., 2011).

En relación a la diferencia de género, la teoría de la vulnerabilidad cognitiva al estrés sugiere que esta se da particularmente entre las mujeres; estas muestran una mayor tendencia al estilo atribucional de desesperanza, ya que atribuyen en mayor medida los acontecimientos negativos a causas globales; y perciben un mayor número de consecuencias negativas para sí mismas y el futuro. Por otro lado, si bien el estilo de desesperanza se asocia a más síntomas de depresión tanto en hombres como en mujeres, es solamente en estas últimas en quienes actúa como factor de vulnerabilidad, haciendo que el impacto de los estresores en los síntomas depresivos sea mayor entre las chicas caracterizadas por este estilo cognitivo (Abela y Scheffer, 2008).

Similar a la teoría de la desesperanza, la teoría cognitiva de Beck (1976) es una diátesis del estrés. De acuerdo con Beck, en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Los depresivos valoran excesivamente los sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles. Tienen una visión negativa del yo, del mundo y del futuro –del yo- (tríada cognitiva negativa). Es por esto que la tristeza se amplifica e interfiere en la capacidad adaptativa del sujeto. Este tipo de procesamiento distorsionado está en la base de todos los síntomas depresivos, pero el origen de la distorsión puede responder a diferentes factores (genéticos, hormonales, psicológicos, etc.) (Abela y Hankin, 2008).

## 1.6 Planteamiento del problema

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas de salud mental más relevantes en la sociedad actual con una gran repercusión clínica. (Estévez y Calvete, 2009). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO; 2004) la depresión representa a nivel mundial, la principal causa de discapacidad y constituye la patología psiquiátrica de mayor prevalencia, afectando alrededor de 340 millones de personas.

Los trastornos depresivos también llamados trastornos emocionales o afectivos, son los síndromes más investigados en adultos, sin embargo, en las últimas décadas se ha dado gran importancia al estudio en adolescentes por ser un grupo con mayor probabilidad de sufrir depresión. Algunos estudios han reportado que los síntomas depresivos están presentes entre el 30 a 40% de los adolescentes estudiantes (Boulard, Quertemont, Gauthier y Born, 2012; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002)

En los últimos años las teorías cognitivas sobre depresión son las que han generado mayor investigación aportando información empírica sobre los factores de vulnerabilidad cognitiva que al interactuar con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos puede desencadenar depresión. En el modelo de vulnerabilidad cognitiva a la depresión reformulado por Vázquez, Hervás y Hernangómez (2008) se enfatiza que las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos están relacionadas con la forma de procesar la información.

Por lo que con base en lo anterior el proyecto consiste en realizar una integración de las propuestas o modelos mencionados, a fin de tener un modelo preliminar que permita proponer una explicación multidimensional de la depresión desde la perspectiva de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, identificando cómo se relaciona cada factor propuesto, en lo individual y en conjunto considerando los siguientes factores cognitivos para su estudio: sucesos vitales negativos, esquemas cognitivos, respuestas rumiativas y desesperanza. Por lo que se considera que el estudio de estos factores aportará conocimientos respecto al desarrollo de los síntomas depresivos, planteándose las siguientes preguntas de investigación.

### **1.6.1 Preguntas de investigación**

- ¿Cuál será la prevalencia de los síntomas de depresión en los adolescentes?
- ¿Existirán diferencias estadísticamente significativas en los factores de vulnerabilidad cognitiva y síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes?
- ¿Cuáles factores de vulnerabilidad cognitiva predicen de manera significativa los síntomas de depresión en adolescentes?

### **1.7 Hipótesis**

- Hipótesis alterna 1. Existe un 15% de síntomas de depresión en los adolescentes.
- Hipótesis nula 1. No existe un 15% de síntomas de depresión en los adolescentes.
- Hipótesis alterna 2. Existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de vulnerabilidad cognitiva (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, y desesperanza) y los síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes.
- Hipótesis nula 2. No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de vulnerabilidad cognitiva (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, y desesperanza) y los síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes.
- Hipótesis alterna 3. Los factores de vulnerabilidad cognitiva (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, y desesperanza) predicen los síntomas de depresión en adolescentes.
- Hipótesis nula 3. Los factores de vulnerabilidad cognitiva (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, y desesperanza) no predicen los síntomas de depresión en adolescentes.

## 1.8 Objetivos

- General: Determinar cuáles son los factores de vulnerabilidad cognitiva que predicen depresión en adolescentes.
- Específicos:
  - Identificar la prevalencia de depresión en adolescentes.
  - Identificar las diferencias en los factores de vulnerabilidad cognitiva y síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes.
  - Determinar el nivel de predicción de los factores de vulnerabilidad cognitiva en los síntomas de depresión en adolescentes.

## 1.9 Justificación

Antes de la década de los setenta, la depresión en adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas es claro que también se presenta en este grupo etario, incluso asociada con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, ya que antes de los 18 años de edad hay mayor riesgo de desarrollar otros problemas psicológicos como son la agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona 2007).

Otra de las principales razones por lo que es importante estudiar la depresión en los adolescentes, es que a nivel mundial ocupa el cuarto lugar dentro de las 10 principales enfermedades y se estima que para el año 2020, ocupará el segundo lugar (OMS, 2001). De acuerdo con AaltoSetälä, et al., (2001) y Pardo, Sandoval, y Umbarilla (2004) se ha identificado que a los adolescentes a quienes no se les diagnostica ni se les tratan los síntomas depresivos, son más susceptibles de presentar embarazos no deseados, accidentes, violencia, trastornos alimenticios.

Además se ha documentado que se asocia a una mayor probabilidad de conductas violentas como amenazas, intimidación, agresiones físicas y verbales, particularmente en varones (Papalia, 2001), bajo rendimiento escolar (Herrera y

Maldonado, 2002), consumo de sustancias adictivas (Villatoro, et al., 2002) y a la posibilidad de que se presenten ideaciones e intentos suicidas e incluso el suicidio. La Organización Mundial de la Salud OMS (2001) reportó que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 14 a 25 años y la sexta entre niños de 5 a 14 años. Los intentos de suicidio ocurren aún con más frecuencia.

La OMS (2001) estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas y problemas de salud iniciados en la adolescencia (Maddaleno, Morello, Infante-Espinola, 2003). En la adultez temprana se tiene una mayor probabilidad de presentar altos índices de depresión, funcionamiento biopsicosocial adverso, y abuso de sustancias cuando en la adolescencia existió un episodio depresivo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en el 2002 proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales que indican que 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (Medina-Mora, et al., 2003).

La depresión de aparición temprana tiene continuidad en la edad adulta, y se señala que la depresión en los adolescentes también predice una patología más severa, convirtiéndose en un trastorno recurrente en más de la mitad de los individuos que presentaron depresión (Kessler, Walters, y Forthofer, 1998; Zeiss y Lewinsohn, 2000; Vázquez y Torres, 2005).

La importancia de estudiar el modelo de Beck, es por ser la aproximación cognitiva con mayor vigencia. Los modelos cognitivos en general ponen el énfasis en que las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos están relacionadas con la forma de procesar la información.

Un mayor conocimiento de los factores de vulnerabilidad está íntimamente relacionado con la reducción de la amplia tasa de recaídas y recurrencias de la depresión (Vázquez, Hervás y Hernangómez, 2008). Por lo tanto, en la medida en que se avance hacia una mayor comprensión de los factores que generan vulnerabilidad se podrán diseñar tratamientos y programas preventivos específicos que consigan reducir la prevalencia e incidencia de la depresión.

## **1.10 Material y métodos**

### ***1.10.1 Diseño de estudio***

El tipo de estudio es transversal descriptivo, ya que el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la enfermedad, en este caso los síntomas de depresión, así como examinar las relaciones entre los síntomas de depresión y otras variables de interés, en este caso los factores de vulnerabilidad cognitiva, del modo en que existen en una población y en un momento determinado.

En términos de la prevalencia de la enfermedad en la población definida según la presencia o ausencia de ésta.

La relación entre una variable y la enfermedad se examinó:

- Universo: Alumnos inscritos en ambos turnos, en los 5 planteles del nivel medio superior de la Universidad Autónoma del Estado de México, ubicados en la ciudad de Toluca (11 151 estudiantes).
- Método de muestreo: Probabilístico estratificado por plantel, sexo turno y semestre. Este método se basó en el principio de equiprobabilidad, todos los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra, por lo que la muestra fue representativa de la población a estudiar. De tal manera que se seleccionaron al azar 2 grupos por semestre y por turno de las 5 escuelas preparatorias del nivel medio superior de la Universidad Autónoma del Estado de México. Considerando que existe un promedio de 37 alumnos por grupo, la muestra fue de 2514 alumnos.
- Tamaño de muestra: De los 2514 adolescentes seleccionados, 184 no se presentaron el día de la aplicación a su respectiva escuela, a 7 adolescentes su padre o tutor no les firmaron la carta de consentimiento informado y 31 decidieron no firmar la carta de asentimiento informado; por lo que al final la muestra quedó conformada por 2292 adolescentes estudiantes del nivel medio superior, con una edad de 15 a 19 años ( $M = 16.26$   $DE = 0.9$ ), de los cuales el 46% eran hombres y el 54% mujeres. El

36.5% de los participantes cursaba 1er año, el 32.8% cursaba 2º año y el 30.7% cursaba 3er año.

### **1.11 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Criterios inclusión:

- Adolescentes del Nivel Medio Superior.
- Edad: entre 15 y 19 años.
- Sexo masculino y femenino.
- Alumnos del semestre 2º. , 4º. y 6º.
- Ambos turnos.
- Firmada la carta de consentimiento informado (padres de familia) y asentimiento informado (adolescentes) firmada.

Criterios de exclusión:

- Alumnos de 14 años o menos.
- Alumnos de 20 años o más.

Criterios de eliminación:

- Llenado incompleto de los cuestionarios

### **1.12 Procedimientos**

A las autoridades de los planteles se les informó sobre los objetivos de la investigación y se les solicitó el permiso para que los alumnos pudieran participar en el estudio, así como la organización para la aplicación de los instrumentos. Una vez autorizada la actividad se programaron las fechas y horarios de aplicación, la cual sería en el horario de clases de acuerdo con el turno y en el salón de clases. Un día antes de la aplicación se asistió a cada escuela para entregar a los alumnos la carta de consentimiento informado para los padres de familia (Anexo 1) y las de asentimiento informado (Anexo 2). El día de la aplicación a los alumnos que entregaron sus cartas firmadas se les entregó un fólder con los cuestionarios.

La aplicación de los instrumentos fue de manera grupal dentro del horario de clases, en un tiempo aproximado de 60 minutos. Participaron 3 aplicadores estudiantes de psicología previamente capacitados para el manejo de los instrumentos y la retroalimentación a los participantes, de modo que pudieran aclarar las dudas que se presentaran durante la aplicación.

Se entregaron cartas de consentimiento informado para el padre o tutor y para los adolescentes carta de asentimiento informado. Los alumnos que hicieron la devolución de las cartas autorizadas fueron los que participaron en la investigación. La aplicación de los cuestionarios fue en el horario de clases. La participación de los adolescentes estudiantes fue voluntaria, anónima y confidencial.

## **1.13 Instrumentos**

### ***1.13.1 Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos***

Center for Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D) de Radloff (1977), se utilizó la versión española de González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008. La CES-D es una escala de tamizaje para detectar probables casos de depresión. Evalúa cuatro factores de la depresión (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden y con la cual se obtiene información de la presencia de síntomas en las últimas dos semanas con cinco opciones de respuesta: 0 = ningún día; 1 = de 1 a 2 días; 2 = de 3 a 4 días; 3 = de 5 a 7 días; y 4 = de 8 a 14 días. Las puntuaciones de la escala varían entre 0 y 80 puntos. La CES-D tiene excelentes características psicométricas de confiabilidad y validez para adolescentes estudiantes mexicanos, reportando una consistencia interna de  $\alpha = 0.93$ . Para efectos del presente estudio, se consideró un punto de corte de 28 puntos, tomando en cuenta la media más una desviación estándar. Se obtuvo el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach total de 0.88.



### ***1.13.2 Cuestionario de sucesos vitales (CSV, Sandín, 2008)***

Este cuestionario tiene como objetivo disponer de un procedimiento de evaluación de los sucesos vitales, aplicables a la población en general. Evalúa los sucesos vitales según la percepción que el propio sujeto tiene de cada evento particular, así como el grado de estrés que el suceso le genera, así el individuo valora su experiencia personal con cada evento. Consta de 60 sucesos que cubren seis dimensiones:

- 1 Escolares.
- 2 Pareja.
- 3 Familia.
- 4 Social.
- 5 Salud.
- 6 Recursos económicos.

También mide el grado de estrés de cada suceso donde 0 = nada, 1 = muy poco, 2 = regular, 3 = mucho y 4 = muchísimo. Se reportan coeficientes alfa que oscilan entre 0.68 y 0.83. También se ha informado sobre la validez predictiva, utilizando como criterios la sintomatología somática, la enfermedad física y los trastornos depresivos. Para hacer los análisis estadísticos, en este estudio se tomó el grado de estrés de las dimensiones que se obtuvieron mediante un análisis factorial, las cuales fueron la de pareja, académicas y de matrimonio, con una varianza explicada del 51.73%, quedando con un total de 14 sucesos. El alfa de Cronbach que se obtuvo fue de 0.72 (cuadro 1).

**Cuadro 1. Análisis factorial del cuestionario de sucesos vitales estresantes (CSV)**

No. Ítem		<b>Factor 1 Pareja</b>	<b>Factor 2 Académica</b>	<b>Factor 3 Matrimonio</b>
8	Rompimiento o separación con tu pareja	.760		

19	Ruptura de noviazgo o relación similar	.745		
46	Conflicto con tu pareja	.560		
49	Reconciliación con tu pareja	.543		
59	Problemas graves con tu pareja	.577		
10	Exámenes escolares importantes		.573	
21	Calificaciones muy bajas		.561	
30	Excesivas presión debido a actividades extracurriculares		.544	
33	Muchas responsabilidades		.528	
37	Decisiones importantes sobre tu educación futura		.528	
51	Fracaso en alguna actividad importante		.543	
5	Matrimonio			.792
7	Nacimiento de un hijo			.805
42	Quedar embarazada			.546

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 2. Estructura factorial, rotación varimax**

Validez	% de la varianza total	51.73	
Confianza	Alpha de Cronbach	.728	
	KMO	.805	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 60**

**Reactivos que se conservan = 14**

**N = 2292**

**Iteraciones = 20**

**Método de extracción:** Análisis de componentes principales

**Método de rotación:** Varimax

***1.13.3 Cuestionario de esquemas cognitivos-forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994)***

El cuestionario consta de 75 ítems que evalúan 15 esquemas, organizados en los cinco dominios mencionados. Cada una de las escalas está formada por los 5 ítems que más explicaban la escala en un análisis factorial realizado por Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995). Los y las participantes tenían que puntuar los ítems usando una escala Likert de 6 puntos (1 = totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más falso que verdadero, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente). Los 15 esquemas seleccionados para la versión corta del SQ se organizan en los 5 dominios. El dominio de desconexión/rechazo está constituido por los esquemas de abandono, abuso, privación emocional, imperfección y aislamiento social. El dominio de autonomía deteriorada lo forman los esquemas de dependencia, vulnerabilidad al daño, apego y fracaso. En tercer lugar, los esquemas de grandiosidad y autocontrol insuficiente que se encuentran dentro del dominio de límites deteriorados. En cuarto lugar, el dominio de orientación a los demás incluye los esquemas de autosacrificio y subyugación. Por último, el dominio de vigilancia excesiva donde se hallan los esquemas de inhibición. En general, los estudios anteriores con el SQ-SF han mostrado coeficientes alfa adecuados

para las subescalas, los cuales se encuentran entre 0.61 a 0.84, y han sido confirmados en estudios realizados por Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz (2005). Para este estudio se realizó un análisis factorial donde se determinaron 6 dimensiones que fueron: aislamiento social, abandono, fracaso, inhibición emocional, privación emocional y autosacrificio, con un total de 24 ítems, el alfa de cronbach obtenido fue de 0.89 y una varianza explicada del 51.51% (cuadro 3).

**Cuadro 3. Análisis factorial del cuestionario de esquemas cognitivos de Young (SQ-SF)**

	Aislamiento social	Abandono	Fracaso	Inhibición emocional	Privación emocional	Autosacrificio
2. Pienso que ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando vea mis defectos	.610					
3. No me aceptan en ningún lugar	.668					
8. Nadie que yo desee quisiera estar cerca de mí, si me conociera realmente	.600					
74. Me siento alejado/a del resto de personas	.524					
12. Me siento afeerrado a las personas a las que estoy muy unido/a porque tengo miedo de que me abandonen		.672				
13. Algunas veces estoy tan preocupado/a por la posibilidad de que las personas me dejen, que me alejo de ellas		.528				

41. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos		.640				
48. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero		.658				
70. Me preocupa que las personas a las que me siento unido/a me dejen o me abandonen		.737				
5. No hago casi nada bien en el trabajo (o en la escuela) como lo pueden hacer otras personas			.509			
9. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento escolar			.547			
45. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio)			.685			
49 Soy incompetente cuando se trata de realizar cualquier tarea			.629			
51. No tengo tantas aptitudes para el trabajo (o el estudio) como la mayoría de la gente			.691			
52. Soy demasiado tímido/a para expresar sentimientos positivos hacia los demás (por ejemplo, cariño, preocupación)				.745		

62. Me resulta difícil tener que expresar mis sentimientos a los demás				.741		
69. Me es difícil ser cálido/a y espontáneo/a				.654		
36. En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto					.591	
50. Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuche, me comprenda o conecte con mis verdaderas necesidades o sentimientos					.680	
63. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre					.687	
26. Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo/a						.688
30. Estoy tan ocupado/a haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo/a						.690
34. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo/a						.690

54. Soy él/la que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí						.584
--	--	--	--	--	--	------

Fuente: Elaboración propia

#### Cuadro 4. Estructura factorial, rotación varimax

Validez	% de la varianza total	51.51	
Confianza	Alpha de Cronbach	.895	
	KMO	.961	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 75**

**Reactivos que se conservan = 24**

**N = 2292**

**Iteraciones = 37**

**Método de extracción:** Análisis de componentes principales

**Método de rotación:** Varimax

#### ***1.13.4 Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (Automatic Thoughts Questionnaire –ATQ–, Hollon y Kendall, 1980)***

Se utilizó la versión española de Cano y Rodríguez, (2002). El cuestionario consta de 30 ítems es diseñado para medir la frecuencia de la ocurrencia de pensamientos automáticos negativos. (Su rango es: 30-150). Evalúa 4 factores: autoconcepto negativo, (reactivos 11, 13,15, 17, 19, 21, 23 y 29); indefensión, (reactivos 03, 06, 08, 09,12, 16, 18, 24, 25, 28 y 30); inadaptados (reactivos 14, 20, 26 y 27) y autorreproches (reactivos 01, 02, 05, 07 y 10). Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (1= nunca, 2= algunas veces, 3= bastante a menudo, 4= muy a menudo y 5= casi siempre). Los autores reportaron un alfa de Cronbach de .95. Para este estudio se realizó un análisis factorial donde quedaron las 4 dimensiones originales con 22 ítems, con un alfa de Cronbach de 0.93 y una varianza explicada de 55.24% (cuadro 5).

**Cuadro 5. Análisis factorial del cuestionarios de pensamientos automáticos negativos (ATQ)**

	Autorreproches	Autoconcepto Negativo	Inadaptados	Indefensión
7. Ojalá fuese mejor persona	.680			
9. Mi vida no marcha como yo quisiera	.595			
10. Estoy decepcionado conmigo mismo	.627			
14. Pienso que algo está mal en mí	.704			
20. Me pregunto a mí mismo, ¿qué es lo que me pasa?	.702			
26. Algo va a tener que cambiar en mí	.732			
27. Debe haber algo mal en mí	.696			
17. Me odio		.729		
18. Soy un inútil		.760		
19. Ojalá pudiera desaparecer		.622		
21. Soy un perdedor		.710		
23. Soy un fracasado		.748		
29. Nada vale la pena		.535		
6. Creo que no voy a poder continuar			.514	



13. No puedo iniciar mis actividades			.521	
16. No puedo organizar mi vida			.551	
24. Nunca voy a conseguirlo			.587	
28. Mi futuro es poco esperanzador			.610	
30. No puedo acabar nada			.690	
1. Tengo la sensación de estar en contra del mundo				.666
12. Ya no soporto más esto				.564
15. Ojalá estuviese en otro lugar				.554

Fuente: Elaboración propia

#### **Cuadro 6. Estructura factorial, rotación varimax**

Validez	% de la varianza total	55.24	
Confianza	Alpha de Cronbach	.933	
	KMO	.971	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 30**

**Reactivos que se conservan = 22**

**N = 2292**

**Iteraciones = 13**

**Método de extracción:** Análisis de componentes principales

**Método de rotación:** Varimax

### ***1.12.5 Escala de Respuesta Rumiativa (ERR, Cuestionario de Estilos de Respuesta –RSQ–, Nolen-Hoeksema, 1991)***

Se utiliza la adaptación española de Hervás (2008), esta escala evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo, consiste en una focalización excesiva en las causas y consecuencias de los propios síntomas depresivos. El estilo rumiativo se ha asociado con una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa. La versión en español tiene un alfa de Cronbach de .82. Consta de 22 ítems que se responden en una escala de cuatro opciones de respuesta tipo Likert donde 1= nunca, 2 = pocas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre. Se obtiene un puntaje mínimo 22 y máximo de 88. En este estudio se realizó un análisis factorial donde quedaron las dos dimensiones originales de reproches y reflexión con un total de 21 ítems. Se obtuvo un alfa de 0.92. Y una varianza explicada del 47.90%. (cuadro 7)

**Cuadro 7. Análisis factorial del cuestionario de respuestas rumiativas (RRS)**

No. ítem		Reproches	Reflexión
1	Piensas en lo solo (a) que te sientes	.544	
2	Piensas “No seré capaz de hacer mi trabajo/tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima”	.639	
3	Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias	.627	
4	Piensas en lo duro que te resulta concentrarte	.676	
5	Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”	.549	
6	Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes	.566	
9	Piensas “¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?”	.714	

10	Piensas “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”.	.555	
14	Piensas: “No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera”	.558	
15	Piensas “Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen”	.689	
16	Piensas: “¿Por qué no puedo controlar mejor las cosas?”	.684	
17	Piensas en lo triste que te sientes	.554	
18	Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, errores y equivocaciones	.543	
19	Piensas en que no se te antoja hacer nada	.548	
7	Analizas los sucesos recientes para entender por qué estás deprimido		.664
11	Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así		.659
12	Escribes lo que estás pensando y lo analizas		.616
13	Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera sido mejor		.506
20	Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido (a)		.742
21	Te vas solo (a) a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes		.736
22	Piensas en cómo estás de enojado (a) contigo mismo (a)		.564

Fuente: Elaboración propia

### Cuadro 8. Estructura factorial, rotación varimax

Validez	% de la varianza total	47.90	
Confianza	Alpha de Cronbach	.927	
	KMO	.960	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 22**

**Reactivos que se conservan = 21**

**N = 2292**

**Iteraciones= 3**

**Método de extracción:** Análisis de componentes principales

**Método de rotación:** Varimax

***1.12.6 Escala de Desesperanza (EDB): (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)***

Esta escala se construyó para detectar expectativas de ocurrencia de acontecimientos negativos y de no poder hacer nada por evitarlos. Consta de 20 reactivos, cada uno de ellos contiene una afirmación que tiene dos opciones de respuesta: falso o verdadero. Evalúa tres indicadores: un factor afectivo (reactivos 1, 6, 13 15 y 19); un factor motivacional (reactivos 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20) y un factor cognitivo (reactivos 4, 7, 8, 14 y 18). El rango de calificación es de 0 a 1, donde 0 indica la ausencia de síntoma o condición de desesperanza y 1 implica la presencia del síntoma. También evalúa el riesgo suicida: riesgo nulo o mínimo de 0 a 3 puntos; riesgo leve de 4 a 8; riesgo moderado de 9 a 14 y riesgo alto de suicidio de 15 a 20. Se ha reportado un alfas de Cronbach entre 0.97 a 0.56. En este estudio se realizó un análisis factorial, donde esta escala quedó conformada por las 3 dimensiones originales, Motivacional, afectiva y cognitiva, integrada por un total de 15 ítems, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.72 y una varianza explicada de 40.91% (cuadro 9).

**Cuadro 9. Análisis factorial del cuestionario de desesperanza de Beck (EDB)**

	Factor 1 Motivación	Factor 2 Afectiva	Factor 3 Cognitiva
2. Más vale que abandone todo porque no puedo conseguir que mis cosas puedan mejorar	.526		
9. No consigo oportunidades y, además, no hay razón para creer que las tenga en el futuro	.595		
11. Todo lo que puede prever es más desagradable que agradable	.501		

12. No tengo esperanza de conseguir realmente lo que deseo	.581		
14. Las cosas no se realizarán de la manera en que yo quiero	.538		
16. Es una estupidez desear algo pues nunca consigo lo que quiero	.590		
20. Es inútil que intente conseguir lo que realmente quiero, porque probablemente no lo conseguiré	.697		
1. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza		.535	
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no pueden continuar así toda la vida		.601	
13. Cuando miro hacia el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora		.527	
15. Tengo una gran fe en el futuro		.542	
19. Preveo tiempos mejores que peores		.586	
4. No puedo imaginar lo que será mi vida dentro de 10 años			.590
5. Tengo bastante tiempo para realizar las cosas que más deseo hacer			.570
18. El futuro se me presenta poco claro e incierto			.587

Fuente: Elaboración propia

#### **Cuadro 10. Estructura factorial, rotación varimax**

Validez	% de la varianza total	40.91	
Confianza	Alpha de Cronbach	.720	
	KMO	.905	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 20**

**Reactivos que se conservan = 15**

**N = 2292**

**Iteraciones = 6**

**Método de extracción:** Análisis de componentes principales

**Método de rotación:** Varimax

### 1.14 Variables de estudio

- Independientes: Sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, sentimientos de desesperanza, sexo.
- Dependiente: Síntomas de depresión.

**Cuadro 11. Variables de estudio**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONTADOR	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE
Síntomas de depresión	“Es un trastorno del estado de ánimo, hay pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas, presencia de actitudes pesimistas y pérdida de espontaneidad”. Algunos síntomas son: tristeza, alteraciones del pensamiento y dificultad en la actividad física y motora (Beck, 1967)	CES-D mide la severidad de los síntomas a través del afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales	Cuantitativa continua

<p>Sucesos vitales estresantes</p>	<p>Son aquellas circunstancias que requieren de un cambio en la rutina de la persona. El impacto estresante de un suceso depende de la evaluación que la persona hace de éste. Pueden provenir de diversas áreas de la vida: relaciones, hogar, familia, salud, hijos, matrimonio, obligaciones sociales, dinero, descanso y amigos (Sandín, 2003 y 2008)</p>	<p>Cuestionario de Sucesos Vitales, mide la frecuencia de los sucesos vividos durante el último año, así como el grado de estrés percibido</p>	<p>Cuantitativa continua</p>
<p>Esquemas cognitivias</p>	<p>Son estructuras relativamente permanentes que se organizan a través de la experiencia previa y permiten escanear, codificar y evaluar el rango total de estimulación interna y externa y decidir el curso de acción subsiguiente, es decir, dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información, actuando como “filtros cognitivos” (Beck, 1967)</p>	<p>Cuestionario de Esquemas cognitivos, mide la presencia de los esquemas-cognitivos: abandono, privación emocional, abuso, aislamiento social, imperfección, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, apego inseguro, subyugación, autosacrificio, normas inalcanzables, inhibición emocional, grandiosidad, autocontrol insuficiente</p>	<p>Cuantitativa continua</p>

<p>Pensamientos automáticos negativos</p>	<p>Son productos cognitivos, también denominados autodiálogos o autoafirmaciones. Estos pensamientos reflejan lo que las personas se dicen a sí mismas sobre ellos, el mundo y las relaciones con los demás. El nivel de los pensamientos automáticos estaría determinados por el de los Esquemas cognitivos (Hollon y Kriss, 1984)</p>	<p>Cuestionario de pensamientos automáticos negativos, mide el autodiálogo de tipo autorreproches, indefensión, inadaptados y de autoconcepto negativo</p>	<p>Cuantitativa continua</p>
<p>Respuestas rumiativas</p>	<p>Es un pensamiento pasivo y perseverante que se concentra en los estímulos negativos, incluyendo síntomas depresivos, triste o emociones negativas de los acontecimientos estresantes, los cuales son autocríticos o negativos (Nolen y Hoekseman, 1991)</p>	<p>Cuestionario de respuestas rumiativas mide los pensamientos repetitivos de tipo reproches y de reflexión</p>	<p>Cuantitativa continua</p>



Desesperanzas	Es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. Se ha considerado un importante factor de vulnerabilidad para la depresión y para el pensamiento de suicidio (Hankin y Abramson, 2001)	Cuestionario de desesperanza, mide el grado de desesperanza, evalúa tres indicadores: 1. Motivacional, hace referencia a la pérdida de esta, de tal manera que tiene que ver con rendirse, decidir no querer hacer nada y no tratar de conseguir lo que uno desea afectivo y cognitivo. 2. Afectivo gira alrededor del entusiasmo y la esperanza, la felicidad, la fe y los buenos tiempos. 3 Cognitivo anticipa lo que la vida será en un futuro: oscuro, obtener un buen fin, que las cosas no estén resultando y que el futuro sea vago e incierto (Beck et al., 1974)	Cuantitativa continua
---------------	---	---	-----------------------

Fuente: Elaboración propia

## 1.15 Implicaciones bioéticas

En este estudio la participación de los adolescentes fue voluntaria y se hizo a través de la carta de consentimiento informado. La investigación fue confiable de manera que se protegió la privacidad e intimidad de los participantes. Los adolescentes no corrieron ningún riesgo por su participación, se invitó a los adolescentes que presentaran algún problema de salud mental a asistir al Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la UAEM, o a otra institución para su atención. Los resultados de cada instrumento se usaron con fines estadísticos y de investigación.

La carta de consentimiento informado se integró por los 4 principios básicos éticos que se refieren a:

- A Respeto a las personas: Exige que los investigadores traten a los sujetos como individuos autónomos y obtengan su consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.
- B Beneficencia: Exige que los investigadores diseñen protocolos que proporcionen conocimientos válidos y generalizables, que se aseguren que los beneficios de la investigación sean proporcionales a los riesgos corridos por los participantes.
- C Justicia: Exige que los beneficios y cargas de la investigación se distribuyan equitativamente. Los participantes en la investigación asumen algún riesgo a fin de beneficiar a la sociedad en conjunto.
- D Autonomía: Exige que todas las personas tienen capacidad de decidir por ellas mismas. También garantiza la confidencialidad de la información que se obtiene, asegurando la protección de los datos. El procedimiento formal para aplicar este principio es el consentimiento informado, donde se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el estudio (Levine, 1986).

Este proyecto fue presentado y aceptado en el comité de ética e investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

## 1.16 Recolección de datos

Con la finalidad de lograr los objetivos de este estudio se solicitaron los listados de los alumnos de los planteles del nivel medio superior, por turno y grupo, de esta manera se seleccionaron aleatoriamente los adolescentes que participaron en la investigación. Una vez aplicados los instrumentos se realizó una base de datos para el vaciado de la información que se obtuvo a través de los cuestionarios y de una entrevista clínica con preguntas de opción múltiple, la cual incluía datos de identificación personal, datos familiares, consumo de alcohol y tabaco, inicio de relaciones sexuales, si había estado en tratamiento psicológico y antecedentes de maltrato.

## 1.17 Análisis estadísticos

Para conocer la frecuencia de las variables sociodemográficas de la muestra se realizó un análisis descriptivo. Para identificar si existen diferencias en los factores de vulnerabilidad cognitiva (esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, desesperanza, grado de estrés de los sucesos vitales y síntomas de depresión) entre hombres y mujeres se llevó a cabo un análisis de *t* de *Student*. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para identificar la relación entre síntomas de depresión y los factores de vulnerabilidad cognitiva. Finalmente para determinar el nivel predictivo de cada uno de los factores en los síntomas de depresión (CES-D) se realizó un análisis de regresión lineal múltiple paso por paso. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 17.

## Bibliografía

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., Lönnquist, J. (2001) "One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults". *Psychology Medical*, No. 31, 791-801.

- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A., Martorell, B. (2000) "Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes", *Psicothema*, 12 (1), 49-54.
- Abela, J.R.Z., Brozina, K., Haigh, E.P. (2002) "An examination of the response styles theory of depression in third and seventh grade children: A short-term longitudinal study", *Journal of Abnormal Child Psychology*, No. 30, 515-27.
- Abela, J.R.Z., Hankin, B.L., (2008) *Cognitive vulnerability to depression in child and adolescent. A developmental psychopathology perspective*. En: J.R.Z. Abela and B.L. Hankin, eds., *Handbook of child adolescent depression*, New York, The Guilford Press, cap. 1.
- Abela, J.R.Z., Scheffler, P. (2008) "Conceptualizing cognitive vulnerability to depression in youth: A comparison of the weakest link and additive approaches", *International Journal of Cognitive Therapy*, No. 1, 333-50.
- Abela, J.R.Z., Stolorow, D., Mineka, S., Yao, S., Zhu, X.Z., Hankin, B.L. (2011) "Cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescents in urban and rural Hunan, China: A multiwave longitudinal study", *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 765-78.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Haefel, G.J., MacCoon, D.G., Gibb, B.E. (2002) *Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context*. En: I.H. Gotlib y C.L. Hammen eds., *Handbook of Depression*, New York, Guilford.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989) "Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression", *Psychological Review*, No. 96, 358-372.
- American Psychiatric Association (2001) *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., Washington DC, American Psychiatric Association.
- Angold, A., Rutter, M. (1992) "Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample", *Development and Psychopathology*, No. 4, 5-28.
- Aseltine, R.H., Gore, S. y Colten, M.H. (1994) "Depression and the social developmental context of adolescence",

- Journal of Personality and Social Psychology*, No. 74, 127-43.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (2001) "Relation of rumination and distraction with neuroticism and extraversion in a sample of patients with major depression", *Cognitive Therapy and Research*, No. 25, 91-102
- Baranoff, J., Oei, T.P.S., Cho, S.H., Kwon, S.M. (2006) "Factor structure and internal consistency of the Young schema questionnaire (short form) in Korean and Australian samples", *Journal of Affective Disorders*, No. 93, 133-140.
- Beck, A.T. (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, New York, Harper y Row.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Madison, WI, International Universities Press.
- Beck, A.T. (1983) "Cognitive therapy of depression: New Perspectives", En P.J. Clayton y J.E. Barrett eds. *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*, New York, Raven Press, 265-84
- Beck, A.T. (1987) "Cognitive Models of Depression", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, No. 1, 5-37.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.T., Riskind, J.H. (1987) "Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 96, 179-83.
- Beck, A.T., Clark, D.A. (1988) "Anxiety and depression: An information processing perspective", *Anxiety Research*, No. 1, 23-36.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, Trexler, L. (1974) "The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 42, 861-65.
- Benjet, C. Borges, G. Medina-Mora, M.E. Méndez, E. Fleiz, C. Rojas, E., et al. (2009) "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México", *Salud Mental*, No. 31, 155-63.

- Blodgett-Salafia, E.H. y Lemer, J.L. (2012) "Association between multiple types of stress and disordered eating among girls and boys in middle school", *Journal Child and Family Study*, No. 21, 148-57.
- Boulard, A, Quertemont, E., Gauthier, J.M., Born, M. (2012) "Social context in school: its relation to adolescents' depressive mood", *Journal of adolescence*, 35(1), 43-52.
- Bouma, E.M., Ormel, J., Verhulst, F.C., Oldehinkel, A. (2008) "Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment", *Journal of Affective Disorders*, No. 105, 185-93.
- Bouteyre, E., Maurel, M., Bernaud, J. (2007) "Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*", *Health*, No. 23, 93-99.
- Burwell, R.A., Shirk, S.R. (2007) "Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 36, 56-65.
- Butler, L.D., Nolen-Hoeksema, S. (1994) "Gender differences in responses to depressed mood in a college sample", *Sex Roles*, No. 30, 331-46.
- Calvete, E., Estévez, A., Corral, S. (2007) "Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas", *Psicothema*, 9(3), 446-51.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., Ruiz, P. (2005) "The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders", *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 91-100.
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., Espina, M. (2007) "La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes", *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 215-227.
- Cámara, M., Calvete, E. (2010) "El rol de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desa-

- rollo de síntomas de ansiedad y depresión”, *Psicología Conductual*, 18 (3), 491-509.
- Cámara, M., Calvete, E. (2012) “Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students”, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, No. 34, 58-68.
- Cano, G.F., Rodríguez, F.L. (2002) “Evaluación del Lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico”, *Apuntes de Psicología*, No. 20, 329-346.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J. (1999) “Valoración, afrontamiento y ansiedad”, *Ansiedad y estrés*, 5(2-3), 129-143.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Alford, B.A. (1999) *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*, New York, John Wiley and Sons.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Brown, G. (1989) “Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the cognitive content-specificity hypothesis”, *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 56, 958-964.
- Clark, D., Beck, A., Brown, G. (1992) “Sociotropy, autonomy, and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals”, *Cognitive Therapy and Research*, 16(6), 635-652.
- Cox, B.J., Enns, M.W., Taylor, S. (2001) “The effect of rumination as a mediator of anxiety sensitivity in major depression”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 25, 525-534.
- Coyne, J.C. (1994) “Self-reported distress: Analog or ersatz depression?”, *Psychological Bulletin*, No. 116, 29-45.
- Crandell, C.J., Chambless, D.L. (1986) “The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: the Crandell Cognitions Inventory”, *Behaviour Research and Therapy*, No. 24, 403-411.
- Crane, C., Barnhofer, T., Williams, J.M. (2007) “Reflection, brooding and suicidality: A preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression”, *The British Journal of Clinical Psychology*, No. 46, 497-504.

- Dobson, K.S., Shaw, B.F. (1986) "Cognitive assessment with major depressive disorders", *Cognitive Therapy and Research*, No. 10, 13-29.
- Estévez, A., Calvete, E. (2009) "Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión", *Anales de Psicología*, 25(1), 27-35.
- Estévez, L.E., Murgui, P.S., Musitu, O.G., Moreno, R.D. (2008) "Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes", *Revista Mexicana de Psicología*, No. 25, 119-128.
- Fichten, C.S., Amsel, R., Robillard, K., Tagalakis, V. (1991) "Thoughts about encounters between nondisabled and disabled peers: Situational constraints, states-of-mind, valence thought categories", *Cognitive Therapy and Research*, No. 15, 345-369.
- Flett, G.L., Vredenburg, K., Krames, L. (1997) "The continuity of depression in clinical and nonclinical samples", *Psychological Bulletin*, No. 121, 395-416.
- Galabos, N.L., Leadbeater, B.J. (2000) "Trends in adolescents research for the new millennium", *International Journal of Behavioral Development*, No. 24, 289-294.
- Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H., Simons, R.L. (1994) "Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence", *Developmental Psychology*, No. 30, 467-483.
- Girgus, J.S., Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M.E.P. (1989) "Why do sex differences in depression emerge during adolescence?", *Paper presented at the American Psychological Association*, New Orleans.
- Girgus, J.S., Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M.E.P., Paul, G., Spears, H. (1991) "Why do girls become more depressed than boys in early adolescence?", *Paper presented at the meeting of the American Psychological Association*, San Francisco, CA.
- González-Forteza C., Jiménez-Tapia J.A., Ramos-Lira L., Wagner F.A. (2008) "Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México", *Salud Pública México*, No. 50, 292-299



- Goodyer, I.M., Tamplin, H.A., Altham, P.M. (2000) "Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents", *British Journal of Psychiatry*, No. 177, 499-504.
- Hammen C. (2005) "Stress and depression", *Annual Review of Clinical Psychology*, N. 1, 293-319.
- Hammen, C., Henry, R., Daley, S. (2000) "Depression and sensitization to stressors among young women as a function of child adversity", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 68, 782-787.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. (2001) "Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory", *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R., Angel, K.E. (1998) "Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 31, 491-504.
- Hankin, B.L., Mermelstein, R., Roesch, L. (2007) "Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity", *Journal Child Development*, No. 78, 279-295.
- Harrington, R.C., Fudge, H., Rutter, M.L., Pickles, A., Hill, J. (1990) "Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I: Psychiatric status", *Archives of General Psychiatry*, No. 47, 465-473.
- Herrera, A., Maldonado, A. (2002) "Depresión, Cognición y Fracaso Académico", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, No. 2, 25-50
- Hervás, G. (2008) "Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La Escala de Respuestas Rumiativas", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, No. 13, 11-121.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. (1980) "Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire", *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.

- Hollon, S.D., Kriss, M.R. (1984) "Cognitive factors in clinical research and practice", *Clinical Psychology Review*, No. 4, 35-76.
- Ingram, R.E., Kendall, P.C. (1986) "Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective". En R.E. Ingram ed. *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, Orlando, FL: Academic., 3-21.
- Ingram, R.E., Miranda, J., Segal, Z.V. (2006) *Cognitive Vulnerability to Depression*, New York, Guilford Press.
- Jiménez, L., Menéndez, S., Hidalgo, M.V. (2008) "Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia", *Apuntes de Psicología*, 26(3), 397-527.
- Jolly, J.B., Dyck, M., Kramer, T.S., Wherry, J.N. (1994) "Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specify: Improved discrimination of anxious and depressive symptoms", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 103, 544-552.
- Just, N., Abramson, L.Y., Alloy, L.B. (2001) "Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique of conceptual analysis", *Clinical Psychology Review*, No. 21, 63-83.
- Just, N., Alloy, L.B. (1997) "The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 106, 221-229.
- Kendall, P.C. (1983) "Stressful medical procedures: Cognitive-behavioral strategies for stress management and prevention". En D. Meichenbaum & M. Jaremko eds. *Stress Prevention and Management: A Cognitive Behavioral Approach*, New York, Plenum Press.
- Kendall, P.C., Howard, B.L., Hays, R.C. (1989) "Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking", *Cognitive Therapy and Research*, 13(6), 583-598.
- Kendler, K., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C., Prescott, C.A. (2003) "Life event dimensions of loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the prediction of onset of major Depression and Generalized Anxiety", *Archives General Psychiatry*, No. 60, 789-796.

- Kendler, K.S., Myers, J.M., Neale, M.C. (2000) "A multi-dimensional twin study of mental health in women", *American Journal of Psychiatry*, No. 157, 506-513.
- Kercher, J.A., Rapee, M.R., Schniering, A.C. (2009) "Neuroticism, Life Events and Negative Thoughts in the Development of Depression in Adolescent Girls", *Journal Abnorm Child Psychol*, No. 37, 903-915.
- Kessler, R.C., Walter, E.E., Forthofer, M.S. (1998) "The social consequences of Psychiatric Disorder: III. Probability of Marital Stability". *American Journal of Psychiatry*, No. 155, 1092-1096.
- Kim, K.J., Conger, R.D., Elder, G.H., Lorenz, F.O. (2003) "Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems", *Child Development*, 74 (1), 127-143.
- Kovacs, M. (1997) "Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape", *Journal of child Psychology and Psychiatry*, No. 38, 287-298.
- Kuyken, W., Watkins, E. R., Beck, A. T. (2005) "Cognitive-behavioural therapy for mood disorders". En G. Gabbard, J. Beck y J. Holmes (eds.), *Concise Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford, Oxford University Press.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., Cook, W. (2006) "Rumination in adolescents at risk for depression", *Journal of Affective Disorders*, No. 96, 39-47.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L. (2004) "Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión", *Salud Pública México*, No. 46, 378-387.
- LaRue, D., Herrman, J. (2008) "Adolescents stress through the eyes of high-risk teens", *Pediatric Nursing*, 357-380.
- Larson, R., Ham, M. (1993) "Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect", *Developmental Psychology*, No. 29, 130-140.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca.

- Lee, C.W., Taylor, G., Dunn, J. (1999) "Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample", *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Levine, R. (1986) *Ethics and Regulation of Clinical Research*, Baltimore-Munich, Urban y Schwarzenberg.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez A.M., Nava-Jiménez, G., López-Gaona, V. (2007) "Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar", *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45 (3), 225-232.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N.D., Nolen-Hoeksema, S. (1998) "Effects of Ruminative and Distracting Responses to Depressed Mood on Retrieval of Autobiographical Memories", *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 75, 166-177.
- Maddaleno, M., Morello, P., Infante-Espínola, F. (2003) "Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década", *Salud Pública México*, No. 45, S132-S139.
- Mathews, A., MacLeod, C. (2005) "Cognitive vulnerability to emotional disorders", *Annual Review of Clinical Psychology*, No. 1, 167-195.
- McCauley, E., Pavlidis, K., Kendall, K. (2001) "Developmental precursors of depression: The child and the social environment". En I. Goodyer ed. *The Depressed Child and Adolecen*, 2nd ed., Cambridge, Engand, Cambridge Univesity Press, 46-48.
- McGinn, L.K., Young, J.E. (1996) *Schema-Focused Therapy*. En: P.M. Salkovskis ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York, The Guilford Press.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2003) "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", *Salud Mental*, No. 26, 1-16.
- Monroe, S.M., Slavich, G.M., Georgiades, K. (2009) "The social environment and life stress in depression". En: I.H. Gotlib., C.L. Hammen eds. *Handbook of Depression*, New York, The Guilford Press.
- Monroe, S.M. y Simons, A.D. (1991) "Diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications

- for the depressive disorders”, *Psychological Bulletin*, No. 110, 406-425.
- Monroe, S.M., Torres, L.D., Harkness, K.L., Robets, J.E., Frank, E., Kupfer, D. (2006) “Life stress and Long-Term treatment course of recurrent Depression: III. Nonsevere life events predict recurrence for medicated patients over 3 years”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 74, 112-120.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987) “Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory”, *Psychological Bulletin*, No. 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991) “Responses to depression and their effects on duration of depressive episodes”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004) “The response styles theory”. En C. Papageorgiou y A.Wells eds., *Depressive Rumination, Nature, Theory, and Treatment*, New York: Wiley, 107-124.
- Nolen-Hoeksema, S., Corte, C. (2004) “Gender and self-regulation”. En R.F. Baumeister y K.D. Vohs eds., *Handbook of Self-regulation: Research, Theory, and Applications*, New York: Guilford Press., 411-421.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. (1994) “The emergence of gender differences in depression during adolescence”, *Psychological Bulletin*, No. 115, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C. (1999) “Explaining the gender differences in depressive symptoms”, *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., 1991. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp.115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson, B.L. (1993) “Response styles and the duration of episodes of depressed mood”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E., Larson, J. (1994) “Ruminative coping with depressed mood following loss”,

- Journal of Personality and Social Psychology*, No. 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S. (2008) "Rethinking rumination", *Perspectives on Psychological Science*, 5(3), 400-424.
- Oliva, A. (2006) "Relaciones familiares y desarrollo adolescente", *Anuario de Psicología*, No. 37, 209-223.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á., Sánchez-Queija, I. (2008) "Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, No. 13, 53-62.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) *Comunicado de Prensa. Informe sobre la Salud en el Mundo*, Ginebra, OMS.
- Ormel, J., Oldehinkel, A.J., Brilman, E.I. (2001) "The interplay and etiological continuity of neurocism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life", *American Journal of Psychopathology*, No. 12, 375-405.
- Papadakis, A.A., Prince, R.P., Jones, N.P., Strauman, T. J. (2006) "Self-regulation rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls", *Development and Psychopathology*, 18(3), 815-829
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2004) "Nature, functions, and beliefs about depressive rumination". En C. Papageorgiou y A. Wells (eds.), *Depressive Ruminations: Nature, theory, and treatment*, West Sussex: Wiley y Sons, Piotrowski, 3-20.
- Papalia, D. (2001) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 3ra. ed. Mc Graw Hill, 608-613.
- Pardo, G.A., Sandoval, A.D., Umbarilla, D.Z. (2004) "Adolescencia y depresión", *Revista Colombiana de Psicología*, No. 13, 17-32.
- Park, C.L., Adler, N.E. (2003) "Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school", *Health Psychology*, 22(6), 627-631.
- Petersen, A.C., Sarigioni, P.A., Kennedy, R.E. (1991) "Adolescent depression: why more girls?", *Journal of Youth and Adolescent*, No. 20, 246-271.

- Prinstein, P., Hanewald, G. (1999) "Coping self-talk and cognitive interference in anxious children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No. 67, 435-439.
- Radloff, L. (1977) "The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population", *Applied Psychological Measurement*, No. 1, 385-401.
- Reeve, J. (1994) *Motivación y emoción*, Madrid, McGraw Hill.
- Roberts, J.E., Gilboa, E., Gotlib, I.H. (1998) "Ruminative response styles and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration", *Cognitive Therapy and Research*, No. 22, 401-423.
- Ruano, P.R., Serra D.E. (2001) "Sucesos Vitales y Tensiones en familias con hijos adolescentes", *Estudios Pedagógicos*, 55-64.
- Rudolph, K., Hammen, C. (1999) "Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactivity in youngsters: A transactional perspective", *Child Development*, No. 70, 660-677.
- Rutter, M. (2000) *La conducta antisocial de los jóvenes*, Madrid, Cambridge University Press.
- Sandín, B. (2003) "El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales", *Revista de Psicología Clínica y de Salud*, No. 1, 141-57.
- Sandín, B. (2008) *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. 2ª ed. Madrid, Klinik.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008) "Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas". En: A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos eds. *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. 2ª edc. Madrid, McGraw Hill, 271-298.
- Scheidt, P., Overpeck, M.D., Wyatt, W., Aszmann, A. (2000) "Adolescents' general health and wellbeing", *Journal of Psychiatry*, 37(1), 13- 33.
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J., Telch, M.J. (1995) "The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas", *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-21.
- Schniering, C.A., Rapee, R.M. (2004) "The structure of negative self-statements in child and adolescents: A con-

- firmatory factor-analytic approach”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, No. 32, 95-100.
- Schwartz, R.M. (1997) “Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 970-83.
- Schwartz, R.M., Garamoni, G.L. (1989) “Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind”, *Clinical Psychology Review*, No. 9, 271-94.
- Segal, Z.V. (1988) “Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression”, *Psychological Bulletin*, No. 103, 147-62.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., et al. (1999) “The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls”, *Archives of General Psychiatric*, No. 56, 225-35.
- Skitch, S.A., Abela, J.R.Z. (2008) “Rumination in response to stress as a common vulnerability factor to depression and substance misuse in adolescence”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, No. 36, 1029-045.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., Preston, J. (2001) “Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores?”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3), 253-72.
- Stopa, L., Waters, A. (2005) “The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form”, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, No. 78, 45-57.
- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M.W., Hansberger, B., Pancer, M. (2000) “Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the people’s Republic of China”, *Journal of Adolescent Research*, 15(1), 123-44.
- Treynor, W., González, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003) “Rumination reconsidered: a psychometric analysis”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 27, 247-59.



- Twenge, J., Nolen-Hoeksema, S. (2002) "Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences in the Children's Depression Inventory: A meta-analysis", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 111, 578-88.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. (2008) "Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas". En: J.L. Vázquez-Barquero ed. *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Los trastornos depresivos*, Madrid, Elsevier, 21-33.
- Vázquez, C., Hervás, G., Romero, N. (2010) "Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación", *Psicología Conductual*, No. 18, 139-65.
- Vázquez, F.L., Torres, A. (2005) "La prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros", *Boletín de Psicología*, No. 83, 21-44.
- Verstraeten, K., Vasey, W.M., Raes, F., Bijttebier, P. (2009) "Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Moderation by Effortful Control", *Journal Abnormal Child Psychology*, No. 37, 349-61.
- Verstraeten, K., Vasey, M.W., Raes, F. y Bijttebier, P. (2010) "Brooding and reflection as components of rumination in late childhood", *Personality and Individual Differences*, No. 48, 367-72.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002) "¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes. Medición otoño del 2000", *Salud Mental*, 25(4), 43-53.
- Wagner, B.M., Compas, B.E. (1990) "Gender, instrumentality, and expressivity: Moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence", *American Journal of Community Psychology*, No. 18, 383-06.
- Watkins, E. (2004) "Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing", *Behaviors Research and Therapy*, No. 42, 1037-52.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., Jordan, S. (2002) "The Schema Questionnaire-Short Form: Factor Analysis and Relationship between Schemas

- and Symptoms”, *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-30.
- Wintre, M., Yaffe, M. (2000) “First-year students’ adjustment to university life as a function of relationships with parents”, *Journal of Adolescent Research*, No. 15, 9-37.
- World Health Organization (WHO) (2004) “Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options”, *Summary report*, Ginebra, WHO.
- Young, J.E. (1999) *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focuse approach* 3<sup>a</sup> ed. Sarasota, Professional Resource Press.
- Young, J.E., Brown, G. (1994) *Young Schema Questionnaire-SI*. New York, NY, Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Klosko, J.S. (2001) *Reinvent tu vida: Como superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*, Barcelona, Paidós.
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. (2000) “Depression: “Vicious” or variable?”, *Clinical Psychology: Science and Practice*, No. 7, 232- 235.
- Zuroff, D.C., Mongrain, M., Santor, D.A. (2004) “Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression”, *Psychological Bulletin*, No. 54, 1063-70.



## **CAPÍTULO II**

# **DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**



## **2 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: EL PAPEL DE LOS SUCESOS VITALES ESTRESANTES**

### **2.1 Introducción**

En los adolescentes se ha observado que los sucesos de vida estresante pueden tener una influencia en el inicio y desarrollo de los síntomas de depresión estos se originan de situaciones familiares, personales y económicas que alteran las actividades normales de los individuos.

El objetivo y el método es aplicad para identificar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres. Participaron 2292 adolescentes 15 a 19 años de edad (54% mujeres y 46% hombres). Se utilizó la versión en español de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológico de Depresión CES-D y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín SV.

Análisis estadístico, para evaluar las variables síntomas de depresión y grado de estrés de los sucesos vitales se realizaron análisis descriptivos, t de student, correlación de Pearson y regresión múltiple por pasos.

Los resultados indican que el 15.6% de adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D) el 80.4% ha sufrido algún suceso vital estresante familiar. Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social( $r=0.34$ ;  $p<0.001$ ). Además que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predicen en un 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes.

Como conclusiones se puede indicar que el grado de estrés de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Además

el hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia a un mayor puntaje de síntomas de depresión.

La depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años, esto se debe a su alta prevalencia así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, por lo que la atención de este padecimiento genera altos costos para los sistemas de salud (Lara et al., 2010). Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta, en la adolescencia los síntomas y trastornos depresivos también representan un grave problema de salud pública y mental.

De acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo donde predomina el humor disfórico, presentando síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 2002).

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos comienza a edades tempranas, durante las primeras décadas de vida (Benjet et al., 2009), y que el 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (Benjet et al., 2004). En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que el 10.5% de adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, presentaron depresión mayor, distimia, bipolar I y II (Benjet et al., 2009).

Hallazgos consistentes y duraderos en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia de género aparece en el inicio de la adolescencia alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta (Hankin et al., 2001 y Kessler et al., 2003).

Tomando en cuenta los costos personales, sociales y económicos que se invierten en el tratamiento de la depresión, la investigación se ha centrado en identificar los factores que se asocian a este trastorno, como son la relación entre el estrés

de la vida y la depresión, fijando su interés en el papel que juegan los sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno depresivo (Muscatell et al., 2009).

Algunos modelos psicológicos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno (Vásquez et al., 2008). Dentro de esta aproximación de diátesis-estrés, el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado (Sanz, 2008).

El modelo cognitivo de la depresión ha sugerido que son los factores ambientales los que explican la depresión (Kercher et al., 2009), a los que se les ha definido como “sucesos vitales estresantes” (Ingram et al., 1998), estos incluyen situaciones de pérdida y fracaso, así como la muerte de un ser querido (Hammen, 2005 y Monroe et al., 2008).

Algunos investigadores (Monroe et al., 1991) consideraban que la presencia de acontecimientos vitales graves solo en algunos casos se relacionaba para predecir depresión, y que acontecimientos menos graves, no se relacionaban en la predicción de la depresión. Sin embargo, en años recientes, se ha observado que formas más leves de estrés en la vida cotidiana, sí pueden desempeñar un papel importante en el inicio de la depresión (Hammen et al., 2000; Kendler et al., 2003 y Monroe et al., 2006).

De esta forma la relación entre estrés y depresión se ha centrado en estresores esporádicos, de contenido negativo, llegando a la conclusión de que tanto el número como la gravedad del estresor se relacionan con el inicio de un episodio depresivo (Hammen, 2005).

En algunos estudios sobre el tipo de sucesos vitales estresantes que son experimentados por los adolescentes se encontraron que los más frecuentes presentaban una naturaleza muy distinta: cambio de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo al grupo de iguales). Estos sucesos se han relacionado con síntomas de depresión en los adolescentes (Oliva et al., 2008).



Otro estudio realizado con adolescentes reportó que los que presentaban depresión de larga duración habían experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tenían episodios depresivos más cortos presentaron sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares (Grant et al., 2006).

En lo que respecta a las diferencias de género sobre este trastorno se han propuesto varias explicaciones teóricas sobre la aparición y persistencia de la depresión, las cuales en su mayoría están implicados los sucesos vitales que generan estrés (Cyranowski et al., 2000 y Hankin et al., 2001).

Estudiar la depresión y los sucesos de vida estresantes en los estudiantes de bachillerato es relevante si se considera que la atención en esta etapa de vida ayude a prevenir un trastorno depresivo más grave en la edad adulta.

Por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

## **2. 2 Material y métodos**

Para evaluar la asociación entre el grado de estrés de los sucesos vitales y los síntomas de depresión se realizó un estudio transversal.

Participaron 2292 adolescentes estudiantes de bachillerato de 5 escuelas públicas del Estado de México, con una edad de 15 a 19 años ( $M = 16.26$   $DE = 0.9$ ), de los cuales el 46% eran hombres y el 54% mujeres. La muestra que se obtuvo fue probabilística estratificada por grado escolar, el 36.5% de los participantes cursaba 1er año, el 32.8% cursaba 2º año y el 30.7% cursaba 3er año. EL 98% de los estudiantes refirió vivir con su familia.

Para evaluar los síntomas de depresión se empleó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies of Depression Scale: CES-D) de Radloff (1997), integrada por 20 ítems y se utilizó la versión en español (González-Forteza, 1995). Es una escala de tamizaje para detectar probables casos de depresión. La

CES-D evalúa cuatro factores de la depresión (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden. Se realizó un ajuste de la escala de respuesta para obtener información de la presencia de síntomas en las últimas dos semanas con cinco opciones de respuesta: 0 = ningún día; 1 = de 1 a 2 días; 2 = de 3 a 4 días; 3 = de 5 a 7 días; y 4 = de 8 a 14 días. Las puntuaciones de la escala varían entre 0 y 80 puntos. La consistencia interna de la escala ha sido satisfactoria en estudios con adolescentes mexicanos reportando un  $\alpha$  de Cronbach desde 0.84 a 0.90 (González-Forteza, 1992 y Mariño et al., 1993). Para efectos del presente estudio, se consideró un punto de corte de 28 puntos. Además se obtuvo el coeficiente de confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach total de 0.80 (varianza explicada 51%).

Para medir los sucesos vitales estresantes se utilizó Cuestionario de Sucesos Vitales (SV): De Sandín (2008). Este cuestionario tiene como objetivo disponer de un procedimiento de evaluación de los sucesos vitales, aplicables a la población en general. Evalúa los sucesos vitales según la percepción que el propio sujeto tiene de cada evento particular, así como el grado de estrés que el suceso le genera, así el individuo valora su experiencia personal con cada evento. Consta de 60 sucesos que cubren seis dimensiones:

1. Escolares.
2. Pareja.
3. Familia.
4. Social.
5. Salud.
6. Recursos económicos.

También mide el grado de estrés de cada suceso donde 0 es Nada, 1 es Muy Poco, 2 Regular, 3 Mucho y 4 Muchísimo. Se reportan coeficientes  $\alpha$  que oscilan entre 0.68 y 0.83. También se ha informado sobre la validez predictiva, utilizando como criterios la sintomatología somática, la enfermedad física y los trastornos depresivos (Sandin, 2008). En este estudio se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de 0.82, con una varianza explicada de 55%.

## 2.3 Procedimiento

La aplicación de los instrumentos fue de manera grupal dentro del horario de clases, en un tiempo aproximado de 30 minutos. Participaron 3 aplicadores estudiantes de psicología previamente capacitados para el manejo de los instrumentos y la retroalimentación a los participantes de modo que pudieran aclarar las dudas que se presentaran durante la aplicación.

Se entregaron cartas de consentimiento informado para sus padres y para los adolescentes. Los alumnos que hicieron la devolución de las cartas autorizadas fueron los que participaron en la investigación.

Este proyecto fue presentado y aceptado en el comité de ética e investigación del Centro de investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

### Análisis Estadístico

Para conocer la frecuencia de las variables sociodemográficas de la muestra se realizó un análisis descriptivo. Para identificar si existen diferencias en el grado de estrés de los sucesos vitales entre hombres y mujeres se llevó a cabo un análisis de *t* de Student. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para identificar la relación entre síntomas de depresión y el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales de familia, social, escolar, de salud, pareja y económico. Finalmente para determinar el nivel predictivo de cada una de las dimensiones de los sucesos vitales SV en los síntomas de depresión (CES-D) se realizó un análisis de regresión lineal múltiple paso por paso. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 16 para Windows. Se consideraron estadísticamente significativas todas aquellas asociaciones con un valor de  $p < 0.05$ .

## 2.4. Resultados

De un total de 2292 adolescentes estudiantes de bachillerato que participaron en este estudio, se observó que el 54% son mujeres, ( $M= 16.2$ ,  $DE=0.9$ ), el 46% son hombres ( $M= 16.02$ ,  $DE= 0.1$ ) El 36.1% de los adolescentes cursan el primer año de bachillerato, un 32.8% el segundo año y un 30.1% el tercer año. Además, el 57% de los adolescentes asisten en el turno matuti-

no y el 43% en el turno vespertino. En proporción los hombres consumen más tabaco (33.4%) que las mujeres (31.2%). Por otro lado el 57.6% de las mujeres y el 58.1% de los hombres refirieron haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida. Un 90.7% de los adolescentes reportaron haber experimentado algún suceso vital estresante escolar y un 80.4% algún suceso vital estresante familiar. Finalmente se encontró que el 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, siendo la prevalencia mayor en mujeres (21.3%) que en hombres (8.8%) (datos no mostrados en tablas)

Con el propósito de analizar las diferencias en el grado de estrés de los sucesos vitales y los síntomas de depresión entre hombres y mujeres, se desarrolló una prueba de *t* de Student (cuadro 1). Considerando el grado de estrés de los distintos sucesos vitales estresantes se observó que en promedio tanto hombres como mujeres reportaron poco estrés, sin embargo los resultados indican mayores puntajes en mujeres. Por ejemplo respecto a la dimensión de los sucesos vitales familiares los hombres tuvieron un puntaje de 0.49, mientras que las mujeres de 0.68 ( $p < 0.001$ , así fue para los sucesos vitales estresantes escolar, social y de pareja. Sin embargo, aunque en las sucesos de salud y económicos también tuvieron mayor puntaje esto no fue estadísticamente significativo. Con respecto a los síntomas de depresión (CES-D), igualmente las mujeres puntuaron más alto  $M=21.35$  ( $DE= 10.18$ ) que los hombres  $M=16.35$  ( $DE= 8.22$ ) y que de la muestra total  $19.17$  ( $DE= 9.22$ ).

Para examinar la relación entre los sucesos vitales estresantes y los síntomas de depresión se realizó un análisis de Correlación de Pearson (cuadro 2). Cuando se evaluó la relación de sucesos estresantes de familia y síntomas de depresión, se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $r=0.32$ ;  $p < 0.001$ ). En este sentido, también se analizó la correspondencia que existe entre los sucesos vitales estresantes del área escolar y los síntomas de depresión, los hallazgos muestran que hay una correlación positiva de ( $r= 0.30$ ) entre ambas variables la cual fue significativa estadísticamente ( $p < 0.001$ ). Adicionalmente, se observó una correlación positiva y signi-

ficativa ( $r= 0.34$ ;  $p<0.001$ ) entre los sucesos estresantes de la dimensión social y los síntomas de depresión.

Para determinar el efecto del grado de estrés de las dimensiones de sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión (CES-D) en los adolescentes se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos (ver cuadro 3), donde el grado de estrés de los sucesos vitales (social, pareja, familiar, salud, económico y escolar) entraron como variables independientes y síntomas de depresión como variable dependiente. Ajustando por las variables, sexo, edad (años), consumo de tabaco, consumo de alcohol y tratamiento psicológico anterior.

En el primer paso, entró el grado de estrés de los sucesos vitales sociales como predictor de la ecuación, ( $F(1,2290) = 300.00$ ,  $p<.001$ ). En el segundo paso, se agregó sexo como predictor, el incremento en  $R^2$  fue significativo, ( $F(2,2289) = 214.37$ ,  $p<.001$ ). En el tercer paso se adicionó a la ecuación el grado de estrés de la dimensión de suceso vital familiar como predictor siendo significativa, ( $F(3,2288) = 171.27$ ,  $p<.001$ ). Para el siguiente paso, se agregó el grado de estrés de la dimensión suceso vital de pareja como predictor de la ecuación, siendo significativa, ( $F(4,2287) = 136.65$ ,  $p<.001$ ). En el quinto paso, se sumó el grado de estrés de la dimensión suceso vital escolar como predictor de la ecuación, siendo significativa, ( $F(5,2286) = 112.60$ ,  $p<.001$ ). En el sexto paso se adicionó el grado de estrés de la dimensión suceso vital estresante de salud como predictor siendo significativa, ( $F(6,2285) = 95.58$ ,  $p<.001$ ). En el siguiente paso se agregó tratamiento psicológico anterior, ( $F(7,2284) = 83.34$ ,  $p<.001$ ). En el último paso se adicionó el grado de estrés de la dimensión suceso vital económico como predictor de la ecuación siendo significativa, ( $F(8,2283) = 73.69$ ,  $p<.001$ ). Estos resultados muestran que los adolescentes que presentan altos puntajes en el grado de estrés de las dimensiones de sucesos vitales social, familiar, pareja, escolar, salud y económico, así como el ser mujer y haber asistido a tratamiento psicológico contribuyen a presentar síntomas de depresión.

**Cuadro 12. Comparación de medias de los puntajes de grado de estrés de los sucesos vitales y los síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes**

Variable	Hombres		Mujeres		t	P
	M	DE		DE		
SVE Familiar	0.49	0.50	0.68	0.60	-8.35	<0.001
SVE Salud	0.31	0.45	0.34	0.47	-1.34	>0.177
SVE Escolar	0.73	0.46	0.89	0.52	-7.47	<0.001
SVE Social	0.32	0.36	0.41	0.42	-6.00	<0.001
SVE Pareja	0.30	0.30	0.37	0.33	-5.27	<0.001
SVE Económico	0.46	0.46	0.48	0.49	-0.87	>0.380
CES-D Síntomas de Depresión	16.62	8.22	21.35	10.18	-12.30	<0.001

Fuente: Elaboración propia  
 $p < .05$

**Cuadro 13. Análisis de Correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y los grados de estrés de los sucesos vitales**

		1	2	3	4	5	6	7
1	CES-D	1						
2	GESV social	0.34**	1					
3	GESV pareja	0.29**	0.50**	1				
4	GESV familia	0.32**	0.46**	0.33**	1			
5	GESV salud	0.24**	0.42**	0.31**	0.40**	1		
6	GESV económico	0.32**	0.40**	0.30**	0.40**	0.32**	1	
7	GESV escolar	0.30**	0.47**	0.37**	0.51**	0.36**	0.40**	1

Fuente: Elaboración propia

GESV (Grado de estrés Suceso Vital) CES-D Síntomas de depresión

Usando prueba de Correlación de Pearson \*\*\*  $p < 0.001$

**Cuadro 14. Análisis de regresión múltiple por pasos de las variables grado de estrés de las dimensiones sucesos vitales que predicen síntomas de depresión**

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
Paso 1 GESV Social	8.12	0.46	0.34	.116	
Paso 2 Sexo	3.94	0.37	0.20	.158	.042***
Paso 3 GESV Familiar	3.08	0.36	0.18	.183	.026***
Paso 4 GESV Pareja	3.38	0.65	0.11	.193	.013***
Paso 5 GESV Salud	1.63	0.44	0.08	.198	.005***
Paso 6 GESV Escolar	1.33	0.45	0.07	.201	.003***
Paso 7 Tratamiento Psic.	1.61	0.56	0.05	.203	.002***
Paso 8 GESV Económico	0.97	0.43	0.04	.205	.002***

Fuente: Elaboración propia

\*\*\*  $p < 0.001$

## 2.5. Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue identificar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los sínto-

mas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

Los resultados de este estudio corroboraron la hipótesis de que los sucesos vitales estresantes se relacionaron con los síntomas de depresión, esto se confirma con lo reportado en varios estudios, donde también hubo una asociación consistente entre acontecimientos de vida estresante y depresión adolescentes (Larson et al., 1993; Kendler, 1995; Kessler, 1997; Rutter, 2000; Monroe et al., 2005 y Bouma et al., 2008).

En relación a lo anterior se encontró una asociación importante entre los síntomas de depresión y los sucesos vitales estresantes específicamente de tipo familiar, esto concuerda con lo reportado en un estudio (Monroe et al., 2007), donde los sucesos vitales estresantes familiares se relacionan positivamente con los síntomas de depresión, aunque menciona que no solo es la presencia sino más bien la recurrencia de estos sucesos.

Es importante destacar estos resultados, ya que los hallazgos encontrados en otros estudios mencionan que las situaciones negativas que se viven en familia (Mayer et al., 2009), así como las interacciones conflictivas (Sheeber et al., 1997) tienen una fuerte asociación con depresión, de igual manera la muerte temprana o separación de los padres (Monroe et al., 2007).

En cuanto a los sucesos vitales estresantes que se presentaron con mayor frecuencia son los que se refieren a aspectos escolares, esto concuerda con algunos resultados (Jiménez et al., 2008) donde refieren que los sucesos del contexto escolar son los que predominan durante la adolescencia; además se ha reportado que en esta etapa de vida la depresión se asocia con mucha frecuencia, con el deterioro del rendimiento escolar (Rosemberg et al., 2001; Pérez et al., 2001 y Herrera et al., 2002).

Tomando en cuenta la frecuencia de eventos o sucesos estresantes algunos estudios (Atzaba-Poria, et al., 2004) han enfatizado que la acumulación de sucesos estresantes en la vida de las personas supone un mayor riesgo para el ajuste emocional que un único evento aislado, independientemente



de la naturaleza de dicho suceso, por lo que se consideró conveniente reportar lo encontrado en esta investigación.

Por otro lado, en el análisis de *t de Student*, se comprobó la hipótesis de que existen diferencias respecto al sexo ya que se encontró que son las mujeres adolescentes quienes reportaron que presentaron sucesos vitales estresantes familiares, sociales, de salud y de pareja así como un mayor número de síntomas de depresión. Estos datos que son consistentes con los reportados en la literatura (Bouma et al., 2008 y Silberg et al., 1999). Además se observó que las mujeres que presentaron mayores sucesos estresantes tienen 3.6 mayor puntaje de síntomas de depresión cuando fueron comparados con los hombres ( $p < 0.001$ ); esto concuerda con algunos hallazgos empíricos que postulan que las mujeres poseen una vulnerabilidad biológica y psicológica como serían niveles más altos de la hormona oxitocina afiliación, y un estilo de respuesta rumiativo respectivamente, que incrementan la probabilidad en las mujeres de desarrollen trastorno depresivo cuando se enfrentan a los acontecimientos estresantes de la vida. La clave de estos modelos teóricos podría ser el papel que desempeñan los sucesos vitales estresantes ya estos se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (Harkness et al., 2010).

En cuanto al análisis de regresión múltiple por pasos, este indicó que todas las dimensiones de los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, de pareja, escolar, de salud y económicos) se asociaron de manera positiva y estadísticamente significativa a los síntomas de depresión, aunque este modelo solo explicó el 21% del efecto de estas variables sobre la presencia de estos síntomas. Por lo que estos hallazgos concuerdan con otras investigaciones donde se considerara que existen otros factores de tipo psicológico (Gotlib et al., 1995), social (Hammen, 2006), biológico (Angold et al., 1999), y genético (Thapar y McGuffin, 1996) que se asocian a la sintomatología depresiva, por lo que se le considera como un trastorno multicausal.

Un punto importante de resaltar en este estudio fue que se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1977), adaptada para población mexicana, para evaluar la sintomatología depresiva en

los adolescentes. Cabe resaltar que se pudo comprobar lo que se ha encontrado en otros estudios (González-Forteza et al., 2008), que este instrumento resultó ser conveniente para la evaluación de los síntomas de depresión por su brevedad y porque no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, hechos que han sido reportados por a la vez que fue un instrumento adecuado y de fácil administración cuando fue aplicado en grupo de estudiantes adolescentes.

Los resultados que se obtuvieron de la presencia de síntomas de depresión mediante el punto de corte que se calculó mediante la media más una desviación estándar (28), donde se detectaron 357 estudiantes con sintomatología depresiva (15.6%), son similares a los resultados encontrados en otro estudio donde se evaluaron con el CES-D a 57 403 adolescentes estudiantes mexicanos, encontrando una presencia del 14.7% de adolescentes con síntomas de depresión (González-Forteza et al., 2011).

Por lo que los resultados reportados en este estudio muestra que la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D es un instrumento que posee características psicométricas satisfactorias de confiabilidad y validez (alfa de 0.80) para adolescentes estudiantes mexicanos (González-Forteza, 2008b; González-Forteza et al., 1997 y Caballero et al., 2005), razón por la cual es posible considerarla como una herramienta útil y adecuada para la detección oportuna de depresión.

En resumen, los resultados presentados muestran que los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, escolares, de pareja, salud y económicos) se asocian a los síntomas de depresión, lo cual debería considerarse en el diseño de programas preventivos y en la atención clínica. Cabe mencionar que si bien el grado de estrés tuvo una puntuación baja, los sucesos vitales considerados como estresantes fueron los predictores de los síntomas de depresión de forma significativa.

Por último, se pueden señalar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar considerar que por tratarse de un estudio transversal el diseño no nos permite inferir temporalidad. En segundo lugar, en futuras investigaciones habrá que considerar la variable edad, con el fin de que nos permita tener mayor comprensión acerca de su relación con la depresión

dado que en la presente investigación no tuvo ningún efecto. Asimismo, la investigación realizada nos permite proponer la necesidad de continuar probando modelos teóricos a fin de poder explicar la incidencia de otras variables psicológicas sobre la depresión en adolescentes, lo cual será motivo de estudio para los autores.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Edición), Masson, 323-352.
- Angold, A., Costello, E.J., Erkanli, A., Worthman, C.M. (1999) "Pubertal changes in hormones of adolescent girl", *Psychological Medicine*, No. 29, 1043-1053.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A., Deater-Deckard, K. (2004) "Do risk factors for problem behavior act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective", *J. Child Psychol Psyc.*, No. 45, 707-718.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. et al. (2009) "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México", *Salud Mental*, No. 31, 155-163.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Zambrano, J. (2004) "La depresión con inicio temprano prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento", *Salud Pública*, No. 46, 417-423.
- Bouma, M.C., Ormel, J., Verhulst, F.C., Oldehinkel, J. (2008) "Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment", *J. Affect Disord*, No. 105, 185-193.
- Caballero, M., Ramos, L., González-Forteza, C., Saltijeral, M. (2005) "La violencia que ejercen los padres hacia sus hijos adolescentes". En Jiménez M, ed., *Caras de la violencia familiar*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., Shear, K. (2000) "Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model", *Arch. Gen. Psychiatry*, No. 57, 21-27.
- González-Forteza, C. (1992) "Estresores psicosociales y respuestas de enfrentamiento en los adolescentes: Impacto sobre el estado emocional", tesis, Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Forteza, C., Andrade, P. (1995) "La relación de los hijos con sus progenitores y recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos", *Salud Mental*, No. 18, 41-8.
- González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A. (1997) "Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos", *Acta Psiquiátrica Psicol. América Latina*, No. 43, 319-326.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J.A., Ramos-Lira, L., Wagner, F.A. (2008) "Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México", *Salud Publica*, No. 50, 292-299.
- González-Forteza, C., Solís-Torres, C., Jiménez-Tapia, J.A., Hernández, F.I., González-González, A., Juárez, G.F., Medina-Mora, M.E., Fernández-Varela, M.H. (2011) "Confiabilidad y Validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la ciudad de México", *Salud Mental*, No. 34, 53-59
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (1995) "Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning", *J. Consult. Child Psychol*, No. 63, 90-100.
- Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E. et al. (2006) "Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects", *Clin. Psychol Rev.*, No. 26, 257-283.
- Hammen, C. (2005) "Stress and depression", *Annu Rev Clin Psychol*, No. 1, 293-319.

- Hammen, C. (2006) "Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions", *J. Clin. Psychol*, No. 62, 69-82.
- Hammen, C., Henry, R., Daley, S. (2000) "Depression an sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity", *J. Consult Clin Psychol*, No. 68, 782-727.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. (2001) "Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory", *Psychological Bulletin*, No. 127, 773-796.
- Harkness, K., Alavi, N., Monroe, S.M., Slavich, G., Gotlib, I., Bagby, R. (2010) "Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age", *J. Abnorm Psychol*, No. 4, 791-803.
- Herrera, A., Maldonado, A. (2002) "Depresión, Cognición y Fracaso Académico", *J. Clin. Health Psychol*, No. 2, 25-50.
- Ingram, R.E., Miranda, J., Segal, Z.V. (1998) *Cognitive Vulnerability to Depression*, New York, Guilford Press.
- Jiménez, L., Menéndez, S., Hidalgo, M.V. (2008) "Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia", *Apunt. Psicol.*, No. 26, 427-440.
- Kendler, K.S. (1995) "Genetic epidemiology in psychiatry", *Arch. Gen. Psychiatry*, No. 52, 895-899.
- Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., Prescott, C.A. (2003) "Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression in women", *Am J. of Psychiat*, No. 152, 833-842.
- Kercher, J.A., Rapee, M.R., Schniering, A.C. (2009) "Neuroticism, Life Events and Negative Thoughts in the Development of Depression in Adolescent Girls", *J. Abnorm Child Psychol* No. 37, 903-915.
- Kessler, R. (1997) "The effects of stressful life events on depression", *Annu Rev. Psycho.*, No. 48, 191-214.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. et al. (2003) "The epidemiology of Major depressive Disorder", *JAMA*, No. 289, 3095-3105.

- Lara, M.C., Robles, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., Medina-Mora, M.E. (2010) "Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México", *Salud Mental*, No. 33, 301-308.
- Larson, R., Ham, M. (1993) "Stress and 'storm and stress' in early adolescence: The relationship Of negative life-events with disphorie affect", *Dev. Psychol*, No. 29, 130-140.
- Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J.J., González-Forteza, C. (1993) "Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en una Muestra de Adolescentes Mexicanos", *Rev. Mex. Psicol.*, No. 10, 141-145.
- Mayer, L., Lopez-Duran, N.L., Kovacs, M., George, C.J., Baji, I., Kapornai, K., Kiss, E., Vetró, Á. (2009) "Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary", *J. Affect Disord*, 115-207.
- Monroe, S.M., Harkness, K.L. (2005) "Life stress, the 'kindling' hypothesis and recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective", *Psychol Rev.*, No. 112, 417-445.
- Monroe, S.M., Simons, A.D., (1991) "Diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications for the depressive disorders", *Psychological Bulletin*, No. 110, 406-425.
- Monroe, S.M., Slavich, G.M., Georgiades, K. (2008) "The social environment and life stress in depression". En Gotlib, I.H., Hammen, C.L. (eds.), *Handbook of Depression*, New York, The Guilford Press.
- Monroe, S.M., Slavich, G.M., Torres, L.D., Gotlib, I.H. (2007) "Severe life events predict specific patterns of change in cognitive biases in major depression", *Psychol Med.*, No. 37, 863-871.
- Monroe, S. M., Torres, L.D., Guillaumot, J., Harkness, K.L., Roberts, J.E., Frank, E. et al. (2006) "Life stress and the long-term treatment course of recurrent depression: III. Nonsevere life events predict recurrence for medicated patients over 3 years", *J. Consult Clin Psychol*, No. 74, 112-120.
- Muscattell, K.A., Slavich, G.M., Monroe, S.M., Gotlib, I. (2009) "Stressful Life Events, Chronic Difficulties,

- and the Symptoms of Clinical Depression”, *J. Nerv Ment Dis*, No. 197, 154–160.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., Sánchez-Queija, I. (2008) “Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, No. 13, 53-62.
- Pérez, M.V., Urquijo, S. (2001) “Depresión en Adolescentes. Relaciones con el Desempeño Académico”, *Psicología Escolar y Educacional*, No.5, 37-43.
- Radloff, L. (1977) “The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population”, *Appl. Psych. Meas*, No. 1, 385-401.
- Rosemberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. (2001) “Global self-esteem and specific seel-esteem: Diferent concepts, different outcomes”, *Am Sociol Rev.*, No. 14, 141-156.
- Rutter, M. (2000) *La conducta antisocial de los jóvenes*, Madrid, Cambridge University Press.
- Sandín, B. (2008) *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*, Madrid, Klinik, 2 edc.
- Sanz, J., Vázquez, C. (2008) “Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas”. En Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (eds.) *Manual de psicopatología*, Madrid, McGraw Hill.
- Silberg, J.L., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H. et al. (1999) “The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls”, *Arch. Gen. Psychiatry*, No. 56, 225–232.
- Thapar, A., McGuffin, P. (1996) “The genetic etiology of childhood depressive symptoms: A developmental perspective”, *Dev. Psychopathol*, No. 8, 751-760.
- Sheeber, L., Hop, H., Alpert, A., Davis, B., Andrews, J. (1997) “Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression”, *J. Amnorm Child Psychol*, No. 25, 333-344.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. (2008) “Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas”. En Vázquez-Barquero, J.L. *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos*, Barcelona, Masson&Elsivier.

### **3 ERRORES COGNITIVOS Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES**

En el procesamiento de la información de los sujetos deprimidos, Beck (1991) señaló que se filtraban las señales negativas y se focalizaba la atención sobre los aspectos negativos o contrarios ante situaciones de pérdida o fracaso. Desde esta referencia precursora diversos estudios han apoyado empíricamente esta hipótesis (Clark y Beck, 1997; Ingram, 1984; Kuiper y Olinger, 1989) y han extendido su aplicación al ámbito infantil y juvenil. Ejemplos de este modelo son el análisis de las atribuciones causales y el estilo explicativo pesimista (Nolen-Hoeksema, Seligman y Girgus, 1992; Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinsohn, 2000); la percepción de contingencias y de control (Weisz, Stevens, Curry, Cohen, Craighead *et al.*, 1989); la triada cognitiva depresiva y los pensamientos automáticos (Stark, Humphrey, Laurent, Livingston y Christopher, 1993); la autocrítica, la dependencia y el lugar de control (Luthar y Blatt, 1993); la estimación de probabilidad de ocurrencia de eventos negativos futuros (Dalglish, Neshat-Doost, Taghavi, Moradi, Yule *et al.*, 1998) o el pensamiento disfuncional en adolescentes (Lewinsohn, Allen, Gotlib y Seeley, 1999).

Los sesgos o distorsiones cognitivas se refieren a las de proposiciones que suponen errores lógicos y sistemáticos que facilitan el mantenimiento del humor depresivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Para Beck se trata de un tipo de pensamiento inmaduro semejante al preoperatorio del niño, caracterizado como irreversible y categórico por Piaget. Su origen se sitúa en las primeras etapas del desarrollo, constituyendo un factor predisponente para la depresión, mantenedor de los esquemas depresivos y de la tríada depresiva cuando el trastorno anímico hace aparición (Beck, 1991; Ruiz Caballero, 1991). Desde una perspectiva dimensional se esperan ciertos sesgos cognitivos (Hammen, 1997) pero el estado de ánimo depresivo incrementa su probabilidad de aparición y



en un círculo vicioso las distorsiones cognitivas agravan el humor (Clark y Beck, 1997).

A las distorsiones cognitivas en los adolescentes no se les puede conceder un papel causal. Los pensamientos sesgados no generan las modificaciones neuroquímicas ni al revés, son los mismos procesos desde ópticas diferentes como señaló Beck: son síntomas concomitantes y agravantes de las alteraciones anímicas (1991 y 1997; Clark y Beck, 1997, Teasdale, 1983 y 1988).

Los principales errores cognitivos en los adolescentes son:

- Inferencia arbitraria (extraer conclusiones en ausencia o con evidencias contraria)
- Abstracción selectiva (filtrado, focalización sobre elementos aislados y desconsideración de otros)
- Sobregeneralización (extraer una regla general y aplicarla indiscriminadamente), maximización y minimización (valoración exagerada de los elementos negativos y positivos, respectivamente)
- Personalización (autorreferencias negativas)
- Pensamiento absolutista, dicotómico o polarizado (percibir los acontecimientos de forma radical y extrema) (Beck et al., 1983)
- El catastrofismo
- Razonamiento emocional

En población infanto-juvenil la relación entre las distorsiones cognitivas con la sintomatología depresiva o los trastornos anímicos ha sido ampliamente documentada. Los trabajos de Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman (1985) y de Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson (1986), han sido pioneros en la elaboración de instrumentos específicos para la recogida y valoración de las distorsiones cognitivas. Leitenberg et al. (1986).

Sin embargo, existen otros modelos teóricos para explicar la depresión en adolescentes como aquellas que se sustentan en un enfoque interpersonal o psicosocial, se enfatiza la importancia de otros factores en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Se ha planteado que la depresión

es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las que el individuo solía obtener apoyo social, y que la reacción de las figuras significativas sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos.

Cuando el adolescente depresivo se da cuenta de esta reacción negativa en los demás, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continua hasta que las personas del entorno se dan cuenta de lo que está viviendo.

Para concluir es importante mencionar que la problemática que presenta un adolescente deprimido puede variar de un joven a otro y esto se da por las forma y la periodicidad con la que se presentan los síntomas, esto tienen que ver con su evolución temporal y por las condiciones sociales y familiares de cada caso. En algunos adolescentes se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier adolescente deprimido es probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o trastorno depresivo).

## **Bibliografía**

- Beck, A.T. (1991) "Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective", *American Psychologist*, 46,368-375.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión* (3ª ed.). Bilbao, Desclée de Brouwer, 3 edc.
- Clark, D.A., Beck, A.T. (1997) "El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva". En I. Caro (Comp.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (pp 119-129). Barcelona: Paidós.
- Dalgleish, T., Neshat-Doost, H., Taghavi, R., Moradi, A., Yule, W., Canterbury, R., Vostanis, P. (1998) "Information processing in recovered depressed children and adolescents", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, No. 39, 1031-1035.

- Haley, G.M., Fine, S.V., Marriage, K., Moretti, M.M., Freeman, R.J. (1985) "Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 53.
- Hammen, C. (1997) *Depression*, East Sussex, Psychology Press.
- Ingram, R.E. (1984) "Information processing and feedback: Effects of mood information favorability on the cognitive processing of personally relevant information", *Cognitive Therapy and Research*, No. 8, 371-386.
- Kuiper, N.A., Olinger, L.J. (1989) "Stress and cognitive vulnerability for depression: A self-worth contingency model". En R.W. Neufeld (ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*, New York, John Wiley and Sons, 367-391.
- Leitenberg, H., Yost, L., Carroll-Wilson, M. (1986) "Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 54, 528-536.
- Lewinsohn, P.M., Allen, N.B., Gotlib, I.H., Seeley, J.R. (1999) "First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 108, 483-489.
- Luthar, S., Blatt, S. (1993) "Dependent and self-critical depressive experiences among inner city adolescents", *Journal of Personality*, No. 61, 365-386.
- Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M.E., Gargus, J. (1992) "Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5 years longitudinal study", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 101, 405-422.
- Ruiz Caballero, J.A. (1991) *Introducción al estudio de la depresión desde la perspectiva del procesamiento de la información: teoría, evidencia empírica e implicaciones Clínicas*, Madrid, UNED.
- Schwartz, J.A., Kaslow, N.J., Seeley, J., Lewinsohn, P. (2000) "Psychological, cognitive, and interpersonal correlates

- of attributional change in adolescents”, *Journal of Clinical Child Psychology*, No. 29, 188-198.
- Stark, K., Humphrey, L., Laurent, J., Livingston, R., Christopher, J. (1993) “Cognitive behavioral and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 61, 878-886.
- Teasdale, J.D. (1983) “Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship?”, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, No. 5, 3-25.
- Teasdale, J.D. (1988) “Cognitive vulnerability to persistent depression”, *Cognition and Emotion*, No. 2, 247-274.
- Weisz, J., Stevens, J., Cuny, J., Cohen, R., Craighead, E., Burlingame, W., Smith, A., Weiss, B., Parmelee, D. (1989) “Control-related cognitions and depression among inpatients children and adolescents”, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, No. 28, 358-363.



## **4 DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS: ¿UNA REALIDAD EN LOS ADOLESCENTES?**

### **4.1 Depresión y pensamientos negativos**

En las últimas décadas, la mayoría de las investigaciones examinaban la etiología, el tratamiento y la prevención de la depresión a través de investigaciones con adultos, dando lugar a estudios que no podían extenderse a niños y adolescentes. Un progreso importante se ha hecho en los últimos años, entendiendo la etiología de la depresión en población adolescente tomando en cuenta la vulnerabilidad al estrés desde el marco del desarrollo de la psicología, desde lo cognitivo, interpersonal, biológico, genético y la regulación de las emociones. Por consecuencia, estas investigaciones de la etiología de la depresión han empezado a traducirse en tratamientos efectivos para los adolescentes que sufren trastornos depresivos, así como eficaces programas de prevención con adolescentes que muestran alto riesgo de presentar este trastorno (Abela, y Hankin, 2008).

Entre las principales razones por lo que es importante estudiar la depresión en los adolescentes, es que a nivel mundial ocupa el cuarto lugar dentro de las 10 principales enfermedades y se estima que para el año 2020, ocupará el segundo lugar (OMS, 2001). De acuerdo con Aalto-Setälä, et al., (2001) se ha identificado que a los adolescentes a quienes no se les diagnostica ni se les tratan los síntomas depresivos, son más susceptibles de presentar embarazos no deseados, accidentes, violencia, trastornos alimenticios.

Otra de las variables que interesa indagar es la de los pensamientos automáticos negativos, los cuales se forman a partir de los esquemas cognitivos, y son una forma de autodiálogos o pensamientos automáticos que se muestran a través de palabras y/o imágenes y que fluirían sin cesar en la mente de todas las personas (Beck, 1987). Estos pensamientos se caracterizarían por la espontaneidad y la brevedad de los mismos así como por el hecho de que las personas serían más conscientes de la emoción que producen que del

pensamiento en sí, tienen un carácter telegráfico. Una buena parte de los pensamientos automáticos se consideran que están distorsionados de alguna manera, pero las personas los aceptarían como ciertos sin evaluación o reflexión, a pesar de la existencia de evidencia en su contra. Los pensamientos automáticos son pensamientos o imágenes mentales estereotipadas, no intencionadas, irracionales e incontrolables.

En relación con su contenido, éste versaría sobre los pensamientos y creencias sobre uno mismo, el mundo y las relaciones con los demás. Los pensamientos automáticos están con frecuencia distorsionados como resultado de los errores de pensamiento.

A partir de resultados empíricos se ha demostrado que las personas deprimidas experimentan con mayor frecuencia autodiálogos negativos (relacionados a los temas de autoevaluación negativa, desesperanza, pesimismo y tristeza), que los individuos normales o con depresión subclínica o con depresión clínica (Estévez y Calvete, 2009; Ingram, Hollon y Kendall, 1980) Una conclusión a la que llegó Kendall (1983) fue que las ganancias asociadas a los tratamientos de la depresión estaban relacionados con una reducción de los pensamientos negativos, sin embargo esto no hacía que se aumentaran los pensamientos positivos; además puntualizó que estos dos tipos de pensamientos era importante considerarlos para tener una mejor comprensión de la psicopatología, específicamente en la depresión.

- Tipo de estudio: Transversal descriptivo.
- Población: Alumnos inscritos en planteles del nivel medio superior del Estado de México.
- Muestreo: Probabilístico estratificado por plantel, sexo turno y semestre.
- Tamaño de muestra: 2292 adolescentes estudiantes del nivel medio superior, con una edad de 15 a 19 años ( $M = 16.26$   $DE = 0.9$ ), de los cuales el 46% eran hombres y el 54% mujeres.
- Instrumentos. Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies of Depression Scale: CES-D*) de Radloff (1977),

versión en español revisada (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008).

- Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (*Automatic Thoughts Questionnaire*) (ATQ). (Hollon y Kendall, 1980). Se utilizó la versión española de Cano y Rodríguez, (2002).
- Implicaciones bioéticas. En este estudio la participación de los adolescentes fue voluntaria y se hizo a través de la carta de consentimiento informado. El protocolo de investigación se sometió al Comité de Investigación y Bioética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas UAEM.

## 4.2 Resultados

El cuestionario de pensamientos automáticos negativos, arrojó un puntaje mínimo de 1 y máximo de 5. El pensamiento que tuvo un alto puntaje fue autorreproches y el menor fue autoconcepto negativo

En cuanto a los puntajes del CES-D fueron de 0 a 60 puntos. Los resultados indican que la puntuación media de 28 puntos se considera baja, esto es posible ya que la población de estudio no es una muestra clínica.

Para identificar las diferencias de puntajes de los pensamientos automáticos negativos y los síntomas de depresión entre hombres y mujeres se utilizó la prueba de *t* de *Student*, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Además se analizó la relación entre los pensamientos automáticos negativos y los síntomas de depresión en los adolescentes, la sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con todos los factores de los pensamientos negativos; aunque estas asociaciones en su mayoría se consideran de moderadas a bajas, tanto en los hombres como en las mujeres,

Se asoció a una mayor presencia autorreproches, insatisfacción e indefensión y a presentar menor autoconcepto negativo tanto en hombres como en mujeres, lo cual fue estadísticamente significativo.



### 4.3 Discusión

El estudio de la depresión es un tema complejo sobre todo en la adolescencia donde se ven involucrados diferentes factores cognitivos, interpersonales, biológicos, genéticos y emocionales. La prevalencia de los síntomas de depresión en la muestra de adolescentes fue de 15.6%, estos datos son más altos que los reportados en otros estudios como en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, donde se encontró que el 10.5% de adolescentes entre los 12 y 17 años de edad presentaron algún tipo de depresión (Benjet, et al., 2004). Al respecto la Encuesta de Comorbilidad Nacional de Estados Unidos, utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-R) encontró en adolescentes de 15 a 18 años una prevalencia de depresión mayor de 11% y de depresión menor del 25%

En cuanto a las diferencias de la prevalencia de síntomas de depresión por sexo en la población estudiada se encontró que las mujeres presentan más síntomas de depresión (21.3%) que los hombres (8.8%); estos datos presentan una mayor prevalencia que los publicados por Benjet, et al. (2004), en un estudio con adolescentes mexicanos, donde las mujeres presentaron una prevalencia del 7.6%, mientras que los hombres del 2.0%.

Los resultados muestran que las mujeres puntuaron más alto, en los pensamientos negativos de autorreproches e indefensión, estos resultados apoyan la idea de que este tipo de pensamientos se relacionan a la presencia de síntomas psicológicos incluyendo los de depresión (Calvete y Connor-Smith, 2005); estos resultados son coherentes con otros estudios (Gómez y Roa, 2002) y, especialmente, con el planteamiento de Beck (1976) que sostiene que los pensamientos depresivos expresarían una visión insatisfactoria de uno/a misma, autculpa y desesperanza.

### 4.4 Conclusiones

Los adolescentes con depresión tienden a sentirse de acuerdo a como piensan; por lo que tienen una visión o pensamientos

demasiado negativos sobre sí mismos y el mundo, como resultado surgen de un pensamientos irracionales que distorsionan la información de la que disponen en un momento dado o incluso ignorando otra información disponible más realista y constructiva. Cuando esto ocurre los adolescentes con depresión comen errores en la interpretación, por ejemplo el vivir siempre con ideas rígidas o incorrectas generalmente aprendidas a través de la educación y de experiencias previas. Por tal motivo es necesario enfocarnos en la identificación de aquellos pensamientos negativos que se presentan en el adolescente y que estos a la vez logren identificarlos para que puedan transformarlos en positivos y tengan una percepción de la realidad más saludable.

## Bibliografía

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Polkolainen, K., Lönnquist, J. (2001) "One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults", *Psychology Medical*, No.31, 791-801.
- Abela, J.R.Z., Hankin, B.L. (2008) "Cognitive vulnerability to depression in child and adolescent. A developmental psychopathology perspective". En: J.R.Z. Abela, B.L. Hankin (ed.), *Handbook of child adolescent depression*, New York, The Guilford Press, cap. 1.
- Beck, A.T. (1987) "Cognitive Models of Depression", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, No. 1, 5-37.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Zambrano, J. (2004) "La depresión con inicio temprano prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento", *Salud Pública México*, No. 46, 417-23.
- Calvete, E., Connor-Smith, J.K. (2005) "Automatic Thoughts and psychological symptoms: A cross-Cultural comparison of American and Spanish student", *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-17.
- Cano, G.F., Rodríguez, F.L. (2002) "Evaluación del Lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de

- dolor crónico”, *Apuntes de Psicología*, No. 20, 329-346.
- Estévez, A., Calvete, E. (2009) “Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión”, *Anales de Psicología*, 25(1), 27-35.
- Gómez, C., Roa, M.L. (2002) “Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único”, *Acción Psicológica*, 1(2), 195-204.
- González-Forteza C., Jiménez-Tapia J.A., Ramos-Lira L., Wagner F.A. (2008) “Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México”, *Salud Pública México*, No. 50, 292-299
- Hollon, S. D., Kendall, P.C. (1980) “Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire”, *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395
- Ingram R.E, Miranda J, Segal Z.V. (1998) *Cognitive Vulnerability to Depression*, New York, Guilford Press.
- Kendall, P.C. (1983) “Stressful medical procedures: Cognitive-behavioral strategies for stress management and prevention”. En D. Meichenbaum, M. Jaremko (ed.), *Stress Prevention and Management: A Cognitive Behavioral Approach*, New York, Plenum Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) *Comunicado de prensa. Informe sobre la salud en el mundo*, Ginebra, OMS.
- Radloff, L. (1977) “The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population”, *Applied Psychological Measurement*, No. 1, 385-401.

## **CAPÍTULO III**

# **RESPUESTAS RUMIATIVAS PREDICTORAS DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**



# **5 RESPUESTAS RUMIATIVAS PREDICTORAS DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

## **5.1 Introducción**

Se ha reportado que la respuesta rumiación predice tanto el inicio como la duración de los síntomas de depresión, además que éste constructo contiene dos elementos, reflexión y reproches, siendo reproches el factor que más se asocia a la depresión. En este estudio longitudinal de dos tiempos (basal y 4 meses), se evaluó la relación de reflexión y reproches con el desarrollo de síntomas depresivos en 476 adolescentes. Reproches presentó una asociación más alta que reflexión después de 4 meses de la medida inicial. Se confirmó que reproches predice el desarrollo de síntomas de depresión. Estos resultados sugieren que reproches es un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de depresión en adolescentes. Se puede concluir que no todos los tipos de pensamientos repetitivos y focalizados en las emociones negativas se relacionan con la sintomatología depresiva a corto plazo en los adolescentes.

La adolescencia es un periodo crítico de desarrollo marcada por un periodo de transición que lleva al individuo a una mayor autonomía y maduración; esta transición puede ser estresante y como resultado se pueden presentar síntomas de depresión (Hankin, Mermelstein & Roesch, 2007). Los síntomas y trastornos depresivos durante la adolescencia representan un problema de salud mental, se estima que la primera aparición de este trastorno es entre los 14 y 19 años de edad y la prevalencia al final de esta etapa puede llegar a ser hasta del 25% (Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001).

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) durante el año 2001 y 2002, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos comienza a edades muy tempranas, durante las primeras décadas de vida (Benjet et al., 2009), y que el 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (Benjet, Borges, Medina-

Mora, Fleiz & Zambrano, 2004). En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en el área metropolitana de la Ciudad de México, se reportó que el 10.5% de adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, presentaron algún tipo trastorno afectivo como, depresión mayor, distimia, bipolar I y II (Benjet et al. 2009). A pesar de que en México el 30% de la población es adolescente de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001), investigadores como Benjet et al. (2009) y Ponce et al. (2010) afirman que existe escasa información sobre la prevalencia de depresión entre los adolescentes.

En países como Estados Unidos de Norteamérica, España, Gran Bretaña y Bélgica, entre otros, se han realizado investigaciones para entender las causas y los mecanismos de la depresión, así como la efectividad en sus tratamientos tomando en cuenta los diferentes modelos de vulnerabilidad. En los últimos años el modelo que más se ha desarrollado es el modelo cognitivo (Vázquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010), el cual afirma que los procesos mentales como son los sesgos cognitivos, son elementos fundamentales que favorecen la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos. Los sesgos más estudiados son la atención o memoria y la interpretación, que median la relación entre experiencias, sucesos estresantes y la aparición de trastornos emocionales como la depresión (Alloy & Riskind, 2006). Esta visión causal de la depresión se ha trasladado también al ámbito de la intervención; en concreto, la terapia cognitiva se basa en que no son los acontecimientos por sí solos los que provocan depresión en las personas sino el modo en el que éstas interpretan dichos acontecimientos. (Beck, 1976, Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Dentro del modelo cognitivo Nolen-Hoeksema (1991) propuso la Teoría de los Estilos de Respuesta, también nombrada “respuesta rumiativa”. De acuerdo con Nolen-Hoeksema (1991, p. 569.) rumiación implica “centrarse repetidamente en los síntomas de depresión, en las posibles causas, significados y consecuencias que provocan estos síntomas”. Este término se refiere al hecho de que algunas personas que han vivido una situación estresante o un fracaso, focalizan su atención repetidamente en los síntomas surgidos ante esa si-

tuación (Hervás, 2008). Las personas con pensamiento rumiativo se caracterizan por la repetición de ideas negativas sobre sí mismo, de las cuales no pueden desprenderse; esta forma recurrente de pensamiento sobre determinadas situaciones emocionalmente negativas y de alto significado personal, provocan malestar emocional, que en algunos casos influye para la presencia de sintomatología depresiva (Nolen-Hoeksema 1991).

Papageorgiou y Wells (2004) argumentaron que una cadena de pensamientos rumiativos puede ser síntoma de disforia o de una depresión clínica, pero también esta cadena puede ser un mecanismo para el inicio de la depresión. Investigadores como Abela y Hankin (2008), Nolen-Hoeksema (1991), Nolen-Hoeksema, Parker y Larson (1994) han corroborado que la rumiación es un factor de vulnerabilidad en la aparición, mantenimiento y recaída de la sintomatología depresiva, y esto podría ser, por la forma en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos. Estos hallazgos han sido comprobados en estudios transversales y longitudinales con adultos (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993), con adolescentes (Abela, Brozina, & Haigh, 2002; Skitch & Abela, 2008; Verstraenten, Vasey, Raes & Bijttebier, 2009a); y en estudios experimentales con adultos (Robinson & Alloy, 2003; Cova, Rincón, & Milipillán, 2009).

En años recientes, en una serie de investigaciones realizadas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Reino Unido y Chile se ha encontrado que el constructo rumiación está compuesto por dos subtipos diferentes (Bagby & Parker, 2001; Cox, Enns, & Taylor, 2001; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998; Watkins, 2004), rumiación reproches y rumiación reflexiva, y que ambos se asocian de manera diferente con la sintomatología depresiva (Treynor, González & Nolen-Hoeksema, 2003). El primero es un modo de autoevaluación negativa de sí mismo en forma de reproche o queja (p. ej. “¿Qué estoy haciendo para merecer esto?”), focalizado en el malestar experimentado y que aumenta sustancialmente la sintomatología depresiva. Por el contrario, el modo rumiación reflexiva se refiere a los pensamientos que tienen relación con el análisis de las experiencias vividas para aliviar los sínto-



mas depresivos (p. ej. “Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás deprimido”). Este estilo de respuesta reflexiva parece que no aumenta la vulnerabilidad a la depresión y de hecho podría ser un modo adaptativo de afrontar situaciones complicadas (Kuyken, Watkins, Holden, & Cook, 2006; Treynor et al. 2003).

Burwell & Shirk (2007) extendieron su investigación sobre los dos subtipos de respuesta rumiativa en adolescentes, y confirmaron los dos factores identificados previamente por Treynor et al. (2003); además encontraron que el factor reproches correlacionó positivamente con los síntomas depresivos prediciendo un aumento de los síntomas a través del tiempo. En contraste, el factor reflexión se asoció positivamente con un afrontamiento voluntario orientado a modificar la actitud sobre el factor estresante (resolución de problemas y reestructuración cognitiva). En otro estudio, Crane, Barnhofer y Williams (2007) observaron que personas que presentaban depresión mayor y tenían antecedentes de suicidio, presentaban más rumiaciones de tipo reproches, que las que solo tenían depresión mayor. Sin embargo, otro estudio encontró que tanto la tendencia de centrarse en las consecuencias negativas del modo depresivo, así como la evaluación cognitiva de ese estado de ánimo se asociaron positiva y significativamente con síntomas de depresión y ansiedad (Fresco, Frankel, Menin, Turk, & Heimberg, 2002). Miranda y Nolen-Hoeksema (2007) reportaron que reflexión no puede ser un modo adaptativo como se ha sugerido (Treynor et al., 2003) ya que evidencias sugieren que reflexión solo puede ser adaptativo en la ausencia de sesgos cognitivos negativos (Joormann, Dkane, & Gotlib, 2006).

Aunque algunos estudios han encontrado una diferencia entre la respuesta de tipo reflexión y el tipo reproches, todavía es necesario contar con más evidencia empírica sobre todo de tipo longitudinal, que indique cómo se relacionan en el tiempo estas variables en relación con la depresión en los adolescentes. El presente estudio pretende aportar datos sobre el papel que juegan las respuestas rumiativas de reflexión y reproches en la predicción de los síntomas depresivos en los adolescentes mexicanos, teniendo como hipótesis que es el

factor reproches y no el modo reflexión el que predice los síntomas de depresión en los adolescentes.

Es importante señalar que hasta el momento de realizar la presente investigación, no se ha encontrado alguna evidencia que indique si en México se están realizando estudios sobre factores de vulnerabilidad asociados a la presencia de depresión que incluyan variables cognitivas como son las respuestas rumiativas y sus dos subfactores: reproches y reflexión, por lo que este estudio se considera uno de los pioneros en el tema en este país y pretende aportar datos que contribuyan a identificar factores asociados a la depresión en adolescentes.

Por lo tanto, los objetivos de este estudio fueron, realizar un estudio longitudinal de dos tiempos con adolescentes mexicanos para identificar cuál es la relación de las dimensiones reproches y reflexiones de la escala de respuestas rumiativas con el desarrollo de la sintomatología depresiva. Para esto, en primer lugar se propuso corroborar si el modo rumiación contiene dos subtipos de pensamientos, el de reproches y el reflexivo. Finalmente, se pretende comprobar si el subtipo de respuesta rumiativo reproches está asociado a los síntomas depresivos así como a la predicción de la presencia de síntomas de depresión a corto plazo.

## **5.2 Método**

### ***5.2.1 EscucharLeer fonéticamente Participantes***

El estudio se realizó en una muestra por conveniencia integrada por 482 estudiantes (249 mujeres y 233 hombres) con un rango de edad entre 15 y 19 años, pertenecientes a 3 escuelas del nivel medio superior de la ciudad de Toluca, Estado de México. Se hicieron dos mediciones, al inicio del semestre (T1) y cuatro meses más tarde (T2). En la segunda aplicación se descartaron 6 adolescentes ya que no completaron los instrumentos, al final la muestra quedó conformada por 476 participantes, (241 mujeres y 235 hombres) de entre 15 y 19 años de edad (Media = 16.26,  $DT= 1.02$ ). De acuerdo al semestre escolar que estaban cursando, la muestra quedó distribuida de la siguiente manera: en el primer semestre 48% ( $n= 229$ ); en el cuarto semestre 34% ( $n=161$ ) y en el sexto semestre

18% ( $n=86$ ). El 98% de los adolescentes informó vivir con su familia.

### **5.2.2 Instrumentos**

Para evaluar los síntomas de depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck segunda edición (Beck, Steer, & Brown, 1996). En esta investigación se utilizó la adaptación al español realizada de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Es un instrumento autoaplicable de 21 ítems, que evalúa la gravedad de los síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir una respuesta entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. En cuanto a la calificación, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Los puntos de corte utilizados fueron de 0 a 13, sin depresión; de 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 o más, depresión severa. En cuanto a la fiabilidad del BDI-II, en esta investigación se obtuvo un Coeficiente alfa de Cronbach en el T1 de .88 y en el T2 de .91. El BDI II es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente por sus adecuadas propiedades psicométricas que tiene tanto la versión original en inglés como la de su traducción en español.

Para evaluar las respuestas rumiativas se aplicó la Escala de Respuesta Rumiativa (ERR) del Cuestionario de Estilos de Respuesta (RSQ, por sus siglas en inglés) (Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991), utilizando la adaptación española de Hervás (2008). Esta escala evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo, consiste en una focalización excesiva en las causas y consecuencias de los propios síntomas depresivos. Consta de 22 ítems que se contestan en una escala de cuatro opciones de respuesta tipo Likert donde 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Frecuentemente, 4= Siempre. Se obtiene un puntaje mínimo 22 y máximo de 88. El alfa de Cronbach que se obtuvo en T1 fue de .92 y en el T2 de .93.

### **5.2.3 Procedimiento**

Un día antes de la primera aplicación de los instrumentos, con previo consentimiento de las autoridades, se invitó a los estudiantes a participar en el proyecto explicándoles en qué consistía la investigación. A cada estudiante se le entregaron dos cartas, una carta de consentimiento para que la firmaran sus padres y una de asentimiento informado para los adolescentes. Al día siguiente, a los alumnos que regresaron ambas cartas autorizadas se les repartió una carpeta que contenía todos los instrumentos, alentándolos a hacer preguntas si tenían alguna duda sobre la forma de contestar o sobre los temas. La aplicación fue de manera grupal dentro del horario de clases, en un tiempo aproximado de 60 minutos. El diseño operativo de la encuesta incluyó 3 aplicadores estudiantes de psicología previamente capacitados. Este proyecto fue presentado y aceptado en el comité de ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

### **5.2.4 Análisis de datos**

Para conocer las características psicométricas del la ERR, se llevaron a cabo análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal de tipo Varimax, considerando el cálculo del índice de reactivos. Se consideraron valores de correlación ítem-total iguales o mayores a .40 y las preguntas que puntuaran de manera natural en un solo factor. Posteriormente, con el objetivo de identificar las variables asociadas con depresión después de 4 meses de la primera aplicación se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, donde se incluyeron como variables criterio la respuesta rumiativa de tipo reproche y el tipo reflexión; como variable de desenlace, depresión en el T2, controlando depresión en el T1 y el sexo de los sujetos, considerando una  $p \leq .05$ . Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0

## 5.3 Resultados

### 5.3.1 *Análisis factorial de la escala respuestas rumiativas*

Para la investigación se utilizó la escala completa de respuestas rumiativas compuesta por 22 ítems; para este análisis se excluyeron las preguntas que de acuerdo a algunos investigadores (Roberts et al., 1998; Treynor et al., 2003) se solapan con ítems de instrumentos que miden síntomas depresivos como es el caso del BDI. Por ejemplo un ítem de la ERR menciona “piensas en lo triste que te sientes”, el cual se relaciona con el contenido del ítem “Te sientes triste” de la escala BDI, por lo que se realizó el análisis factorial con los 10 ítems que Treynor et al. (2003) encontraron que no se relacionaban con la escala de depresión, y que pertenecían a las dos subescalas, reproches y reflexiones (Ítems: 5, 7, 10, 11,12, 13, 15,16, 20, 21). Para conocer la estructura factorial de la ERR en este estudio se utilizó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett obteniendo un puntaje de .88 ( $p<.001$ ), lo cual indica que la muestra fue adecuada para el análisis factorial realizado, obteniendo como resultado dos factores, a los que se les llamó reproches (ítems 5, 10, 15 y 16) y reflexiones (ítems 7, 12, 20 y 21), explicando el 56% de la varianza. El análisis factorial se hizo con rotación Varimax tal como en el estudio original. En la tabla 2 se puede observar la relación de ítems que saturaron en cada factor. Se obtuvo un Alpha de Cronbach para reproches de .77 y para reflexión.de .75 Para los dos factores se obtuvo un Alpha total de .82. Es importante destacar que los 10 ítems originales señalados por Treynor et al. (2003) no se conservaron en esta investigación; dos ítems fueron excluidos por puntuar en los dos factores, por lo que se decidió mantener solo los que puntuaban en cada dimensión de manera natural. Los ítems que quedaron fuera son, el 11 “Te vas por ahí solo y piensas en por qué te sientes así; y el 13 “Pienzas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor”. Así cada dimensión se integró con 4 ítems.

### ***5.3.2 Estadística descriptiva y correlación entre variables***

La tabla 2 contiene los coeficientes de correlación entre todas las variables del estudio, sus medias y desviaciones estándar. Las variables reproches y reflexión se correlacionaron positivamente con la variable síntomas de depresión en el T1 y en el T2. La variable depresión T1 se correlacionó con los dos tipos de la respuesta rumiativa en T1, donde se obtuvo una correlación alta con reproches (.55) y una correlación moderada (.41) con reflexión. La asociación en el T1 entre reproches y reflexión fue alta (.58). Se observó una alta correlación (.66) entre Depresión en el T1 y el T2.

### ***5.3.3 Niveles de depresión***

Para determinar la presencia de síntomas de depresión en el T1 y en el T2 en los 476 adolescentes evaluados, se tomó como punto de corte un puntaje  $\geq 14$ ; encontrando que en el T1, el 18.1% (86) de los participantes presentó algún síntoma, y en el T2 el 17.6% (84). De acuerdo con los niveles de síntomas de depresión, en el T1 se observó con síntomas leves el 10.1% (48), con síntomas moderados el 6.7% (32) y con síntomas severos 1.3% (6); en el T2 con síntomas leves el 8.2% (39), con síntomas moderados el 5.3% (25) y con síntomas severos el 4.2% (20); lo que indica que si bien no hubo variación en el tiempo en cuanto a la prevalencia, en general si hubo un incremento en la presencia de síntomas severos de depresión en los adolescentes.

### ***5.3.4 Relación entre subtipos de rumiación y depresión***

Para dar respuesta a al objetivo principal de determinar si el subfactor reproches de la escala de respuestas rumiativas es el predictor de los síntomas depresivos en el T2, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple; en un primer modelo se ingresaron las variables reproches y reflexiones, (factores de respuestas rumiativas), ajustado por la presencia de depresión en el T1 y sexo de los sujetos. Se observa que sólo la variable reproches resultó significativa con un coeficiente de regresión

de 0.30, Error estándar (ET) de 0.14 ( $p < 0.00$ ) y una  $R^2 = 0.45$ . (Tabla 3) se muestra un resumen de los resultados, indicando los coeficientes de regresión no estandarizados y errores típicos para las variables del modelo descrito.

## 5.4 Discusión

Este estudio pone de manifiesto que las subescalas reproches y reflexión constituyen en conjunto un instrumento adecuado para evaluar los tipos de respuestas rumiativas a partir de la información proporcionada por los adolescentes.

El presente estudio evaluó la asociación de los subtipos de respuesta rumiativa, reproches y reflexión con la presencia de síntomas depresivos en un periodo de cuatro meses en una muestra de estudiantes adolescentes mexicanos. Este estudio parte de investigaciones previas del constructo respuestas rumiativas y de los dos factores que la conforman, reproches y reflexión; así como de la relación que tienen con el desarrollo de los síntomas depresivos.

Los resultados de esta investigación confirman que rumiación no está integrado por un sólo factor como originalmente se había considerado, sino que contiene dos factores, reproches y reflexión; mismos que se han encontrado en estudios previos en adultos, (Treyner et al. 2003, Hervás, 2008); en adolescentes (Burwell & Shirk, 2007, Cova et al. 2009); así como en niños (Lopez, Driscoll & Kitner, 2009; Verstraeten, Vasey, Raes, Bijttebier, 2009b). Además que estos dos factores, ya sea por separado o en conjunto cuentan con niveles aceptados de validez y fiabilidad. Los datos presentados muestran que la escala de respuestas rumiativas mantiene su estructura factorial en una muestra de adolescentes mexicanos.

Los resultados revelan que los tipos de respuesta reproches y reflexión son factores que están presentes en los adolescentes de esta muestra. Estos resultados concuerdan con los estudios realizados en E.U.A. por Treyner et al. (2003) en adultos, y por Burwell y Shirk (2007) en adolescentes, así como en Bélgica por Verstraeten et al. (2009b) en niños.

Con respecto a la asociación entre reproches y reflexión con la presencia de los síntomas, se encontró que los dos factores se asociaron a la presencia de síntomas depre-

sivos, lo cual es consistente con investigaciones previas con adultos (Grassia & Gibb 2008) y con adolescentes (Cova et al. 2009), aunque con correlaciones más bajas. También se encontró una correlación igual con los resultados obtenidos en esta investigación ( $r = .55$ ,  $p < .001$ ) reproches y ( $r = .41$ ,  $p < .001$ ) reflexión (Raes & Hermans, 2008), en una muestra de mujeres adultas.

En cuanto a los resultados obtenidos de la asociación de los factores reproches y reflexión con depresión en un periodo corto (cuatro meses), se observó que solo el factor reproches predice los síntomas depresivos en el tiempo, lo cual es consistente con estudios en adultos (Roberts et al., 1998; Treynor et al., 2003) y con adolescentes (Burwell & Shirk, 2007). Se observó que aunque los puntajes en el factor reflexión se correlacionan positivamente con la presencia de síntomas depresivos tanto en el T1 como en el T2, éste no mantiene los síntomas de depresión cuando se realiza el seguimiento en un periodo de cuatro meses. En contraste los puntajes de reproches además de correlacionarse positivamente con los síntomas de depresión también se asociaron en el seguimiento; estos resultados son similares a los reportados por Treynor et al. (2003).

Estos resultados sugieren que el factor reproches y no el factor reflexión predice el desarrollo de los síntomas depresivos a través del tiempo, por lo que no todos los tipos de pensamientos repetitivos y focalizados en las emociones negativas contribuyen al mantenimiento de los síntomas depresivos. Posiblemente estos hallazgos, puedan servir como apoyo a estudios previos, donde se sugiere que los pensamientos repetitivos y pasivos que se focalizan en las emociones negativas no son exclusivos de una determinada edad, sino que están presentes tanto en adultos como en adolescentes, independientemente del sexo.

Como limitación de este estudio se puede mencionar que es necesario realizar por lo menos una tercera medición que explique la relación de los dos factores de la respuesta rumiativa en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de depresión, a la vez identificar si el factor reflexión es un modo adaptativo de la rumiación y que podría ser parte de la solución del estado de ánimo negativo o si es desadaptativo



e incrementa el riesgo para el mantenimiento de la depresión en el tiempo.

Por lo que se concluye que los hallazgos obtenidos confirman que reproches y reflexión son dos factores de respuesta de rumiativa presentes tanto en hombres como en mujeres adolescentes mexicanos entre 15 y 19 años de edad. Además de que esta investigación indica que la respuesta tipo reproches puede ser un factor de riesgo para el inicio y mantenimiento de los síntomas de depresión. Finalmente, la importancia de realizar estudios sobre la etiología de la depresión en la adolescencia puede darnos herramientas para la prevención oportuna de ésta.

**Cuadro 15 Resultados de análisis factorial usando varimax: factores**

	Reproches	Reflexión
15. Piensas “Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen”.	0.81	
16. Piensas: “¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?”	0.75	
5. Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”	0.71	
10. Piensas “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”.	0.63	
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.		0.73
20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido.		0.70
7. Analizas los sucesos recientes para entender por qué estás deprimido.		0.69

21. Te vas solo a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.		0.67
11. Te vas por ahí solo y piensas en por qué te sientes así.	.47	0.62
13. Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor.	.47	0.69
% Varianza Total	56.46	
Alpha	.82	
KMO	.88	P=.001

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 16. Correlaciones entre las variables, medias y desviaciones estándar: (N = 476)

	1	2	3	4	5	6	M	DT
<b>1</b>								
T1 Síntomas Depresivos	1						7.45	<b>7.29</b>
<b>2</b>	.66***						7.82	8.23
T2 Síntomas Depresivos		1					6.71	2.55
<b>3</b>	.55***	.44***					7.91	3.01
T1 Reproches			1				8.64	3.21
<b>4</b>	.41***	.34***	.58***				9.39	3.69
T1 Reflexión				1				
<b>5</b>	.45***	.63***	.62***	.45***				
T2 Reproches					1			
<b>6</b>	.35***	.43***	.45***	.62***	.62***			
T2 Reflexión						1		

Fuente: Elaboración propia

\*\*\* p&lt;0.001

Cuadro 17. Análisis de regresión lineal prediciendo Depresión en T2 desde reflexión y reproches. Ajustado sexo como variable demográfica y depresión en T1

	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>P</i> <	<i>Total R</i> <sup>2</sup>
<b>1</b>				
Constante	1.72	0.90	0.001	
<b>2</b>				
Depresión T1	0.68	0.04	0.001	.44
Sexo T1	0.15	0.58	0.80	
Reflexión T1	0.07	0.11	0.49	
Reproches T1	0.31	0.15	0.04	.45

Fuente: Elaboración propia

## Bibliografía

- Abela, J. R. Z., Brozina, K., Haigh, E. P. (2002) “An examination of the response styles theory of depression in third and seventh grade children: A short-term longitudinal study”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, No. 30, 515–527.
- Abela, J., Hankin, B. L. (2008) “Cognitive vulnerability to depression in child and adolescent. A developmental psychopathology perspective”. En J. R. Z. Abela, B. L. Hankin (ed.), *Handbook of child adolescent depression*, New York, The Guilford Press, 35-78.
- Alloy L. B., Riskind J. H. (2006) “Cognitive vulnerability to emotional disorders: Theory and research design/methodology”, *Cognitive vulnerability to emotional disorders*, Mahwah, New Jersey, LEA, 1-32.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (2001) “Relation of rumination and distraction with neuroticism and extraversion in a sample of patients with major depression”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 25, 91–102.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York, International Universities Press.
- Beck, A.T., Steer, R., Brown, G. (1996) *Beck Depression Inventory – II Manual*, San Antonio, Texas, The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, et al. (2009) “Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México”, *Salud Mental*, No. 31, 155-163.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz, B. C., Zambrano, R. J. (2004) “La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento”, *Salud Pública de México*, No. 46, 417-424.
- Burwell, R. A., Shirk, S. R. (2007) “Subtypes of rumination in adolescence: Association between brooding, reflec-

- tion, depressive symptoms and coping”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 36, 56–65.
- Cova, S.F., Rincón G. P., Milipillán A. R. (2009) “Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino”, *Terapia psicológica*, No. 27, 155-160.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Taylor, S. (2001) “The effect of rumination as a mediator of anxiety sensitivity in major depression”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 25, 525–534.
- Crane, C., Barnhofer, T., Williams, J. M. (2007) “Reflection, brooding and suicidality: A preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression”, *The British Journal of Clinical Psychology*, No. 46, 497–504.
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S. Turk, C. L., Heimberg, R. G. (2002) “Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 26, 179-188.
- Grassia, M., Gibb, B. E. (2008) “Rumination and prospective changes in depressive symptoms”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, No. 27, 931-948.
- Hankin, B. L., Mermelstein, R., Roesch, L. (2007) “Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models”, *Child Development*, No. 78, 279-295.
- Hervás, G. (2008) “Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas”, *Revista de psicopatología y psicología clínica*, No. 13, 11-121.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2001) *Cuaderno No. 13 Estadísticas demográficas*, México, INEGI.
- Joormann, J., Dkane, M., Gotlib, I. H. (2006) “Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases”, *Behavior Therapy*, No. 37, 269-280.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Merikangas, K.R., (2001) “Mood disorders in children and adolescents: an epide-

- miologic perspective”, *Biological Psychiatry*, No. 49, 1002–1014.
- Kuyken, W, Watkins, E., Holden, E., Cook, W. (2006) “Rumination in adolescents at risk for depression”, *Journal of Affective Disorders*, No. 96, 39–47.
- Lopez, M. C., Driscoll, A. K., Kistner, A.J. (2009) “Sex differences and response styles: subtypes of rumination and association with depressive symptoms”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 38, 27-35.
- Miranda, R., Nolen-Hoeksema, S. (2007) “Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample”, *Behaviour Research and Therapy*, No. 45, 3088-3095.
- Nolen- Hoeksema, S. (1991) “Responses to depression and their effects on duration of depressive episodes”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 100, 569-582
- Nolen- Hoeksema, S., Morrow, J. (1991) “A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake”, *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 61, 115–121
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson, B.L. (1993) “Response styles and the duration of episodes of depressed mood”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L., Larson, J. (1994) “Ruminative coping with depressed mood following loss”, *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 67, 92-104.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2004) *Depressive Rumination, Nature, Theory and Treatment*, London, England. Wiley.
- Ponce, M., Flores, Y. N., Mudgal, J., Huitrón, G., Halley, E., Gallegos-Carrillo, K., et al. (2010) “The Association between type of confidant and depressive symptomology in a sample of Mexican youth”, *Salud Mental*. No. 33, 249-256.
- Raes, F., Hermans, D. (2008) “On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between child-

- hood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection”, *Depression and Anxiety*, No. 25, 1067-1070.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., Gotlib, I. H. (1998) “Ruminative response styles and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 22, 401-423.
- Robinson, M. S., Alloy, L. B. (2003) “Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interactive to predict depression: A prospective study”, *Cognitive Therapy & Research*, No. 27, 275-292.
- Sanz, J., Navarro, M. E., Vázquez, C. (2003) “Adaptación español del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios”, *Análisis y Modificación de Conducta*, No. 29, 239-288.
- Skitch, S. A., Abela, J. R. Z. (2008) “Rumination in response to stress as a common vulnerability factor to depression and substance misuse in adolescence”, *Journal Abnorm Child Psychology*, No. 36, 1029-1045.
- Treynor, W., González, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003) “Rumination reconsidered: a psychometric analysis”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 27, 247-259.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., Romero, N. (2010) “Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y una nueva propuesta basada en 30 años de investigación”, *Behavioral psychology /Psicología Conductual*, No.18, 139-165
- Verstraenten, K., Vasey, W. M. Raes, F., Bijttebier., P. (2009a) “Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Moderation by Effortful Control”, *Journal Abnormal Child Psychol.* No. 37, 349-361.
- Verstraenten, K., Vasey, W. M. Raes, F., Bijttebier., P. (2009b) “Brooding and reflexion as components of rumination in late childhood”, *Personality and Individual Difference*, No. 48, 367-372.
- Watkins, E. (2004) “Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing”, *Behaviors Research and Therapy*, No. 42, 1037-1052.

## **CAPÍTULO IV**

# **FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVA**





# **6 INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVA ASOCIADOS A LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR**

## **6.1 Introducción**

La investigación desarrollada para la obtención del grado de doctora en Ciencias de la Salud, en la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de México, se realizó en parte dentro de un proyecto de investigación financiado por el Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la UAEM, con el título del proyecto “Respuestas rumiativas asociadas con síntomas de depresión en adolescentes” y como trabajo de tesis en su conjunto intitulado “Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la UAEM”, de 2009 a 2012.

El apartado teórico inicial de la investigación, constituido por el “planteamiento del problema”, “preguntas de investigación”, “objetivos”, el “método” y la conceptualización del tema se presentan en el subcapítulo 1 y en el subcapítulo 2 y el análisis descriptivo, de correlación, etc. y las conclusiones generales se incluye en el subcapítulo 7; mientras que en el presente subcapítulo 6 se atiende a la ordenación y análisis entre las variables dependientes e independientes de la investigación realizadas entre el periodo de 2009 a 2012, previo a la presentación de la tesis, pues los últimos análisis y sus respectivas conclusiones presentadas definitivamente en la defensa pública de la tesis, corresponde al material indicado a los otros tres subcapítulos 1, 2 y 7. Se presenta por tanto por separado, pues lo que corresponde al presente subcapítulo es inédito, sólo habiendo sido presentado oralmente como “reporte de investigación” ante los comités tutorial de la tesis, del 2009 al 2012.

La directora de la tesis fue Norma Ivonne González Arratía López Fuentes, el tutor interno Hans Oudhof, ambos

de la UAEM y el tutor externo es Patricia Andrade Palos, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta investigación desde el inicio tubo como objetivo, identificar los factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en los adolescentes del nivel medio superior de acuerdo al modelo de la Teoría cognitiva de Beck, la Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy y la Teoría de estilos de respuestas (respuestas rumiantes) de Nolen-Hoeksema; los factores de vulnerabilidad están presentes previamente a la instalación del trastorno depresivo que generan un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificarse o presentar episodios recurrentes de depresión (Ingram, Miranda y Segal, 2006).

Los factores de vulnerabilidad cognitiva que se han propuesto para este estudio son: estilos parentales considerados como las experiencias tempranas, las experiencias vitales o sucesos vitales negativos, la desesperanza, los esquemas cognitivos y las respuestas rumiativas.

El proyecto consiste en realizar una integración de las propuestas o modelos mencionados, a fin de tener un modelo preliminar que permita proponer una explicación multidimensional de la depresión desde la perspectiva de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, identificando como se relaciona cada factor propuesto, en lo individual y en conjunto.

### ***Objetivos, pregunta de investigación e hipótesis***

Los primeros objetivos desarrollados en la presente investigación fueron, como objetivos generales, determinar cuáles son los factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión y su magnitud en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM. Y, como objetivos específicos:

- 1 Obtener indicadores de validez y confiabilidad de los cuestionarios de factores de vulnerabilidad cognitiva (esquemas cognitivos, pensamientos automáticos, sucesos de vida y respuestas rumiativa).
- 2 Identificar la prevalencia de depresión en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM.

- 3 Determinar el grado de correlación entre depresión y los factores de vulnerabilidad cognitiva en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM y
- 4 Analizar los factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en adolescentes hombres y mujeres del nivel medio superior de la UAEM.

Para el logro de estos objetivos, el estudio se dividió en 3 fases (o fases de objetivos):

- Fase I: Estudios descriptivos, validación y confiabilidad de instrumentos
- Fase II: Identificar la prevalencia de depresión y los factores cognitivos en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM.
- Fase III: Prueba de hipótesis y análisis en conjunto de las variables depresión y los factores de vulnerabilidad cognitiva

A estos objetivos y fases de trabajo, le completa las siguientes preguntas de investigación, propuestas inicialmente: ¿Cuáles variables de vulnerabilidad cognitiva se asocian de manera significativa con la depresión en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM? y ¿Existen diferencias en la asociación de variables cognitivas y depresión en hombres y mujeres adolescentes del nivel medio superior de la UAEM? Así como las correspondientes hipótesis:

- Hi1. Existe correlación entre los factores de vulnerabilidad cognitiva (esquemas cognitivos, sucesos de vida, desesperanza, respuestas rumiativas, pensamientos automáticos) y la presencia de depresión.
- Ho1. No existe correlación entre los factores de vulnerabilidad cognitiva, esquemas cognitivos, sucesos de vida, desesperanza, respuestas rumiativas, estilos de vida, y la presencia de depresión en adolescentes.
- Hi2. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión en hombres y mujeres adolescentes del nivel medio superior de la UAEM.

- Ho2. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión en hombres y mujeres adolescentes del nivel medio superior de la UAEM.

La población de estudio está constituida por alumnos inscritos en ambos turnos, en los 5 planteles del nivel medio superior de la Universidad Autónoma del Estado de México, ubicados en la ciudad de Toluca, del 2°, 4° y 6° semestre. Se seleccionaron al azar 2 grupos por semestre y por turno de las 5 escuelas preparatorias. Considerando que existe un promedio de 37 alumnos por grupo, la muestra fue de 2.292 alumnos

### 6.3 Distribución de la muestra

**Cuadro 18. Alumnos encuestados por turno**

Plantel	Turno Matutino	Turno Vespertino	Total
<b>No. 1</b>	261	241	502
<b>No. 2</b>	310	237	547
<b>No. 3</b>	247	142	389
<b>No. 4</b>	241	180	421
<b>No. 5</b>	233	154	387
<b>Total</b>	1292	953	2246

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 19. Alumnos encuestados por semestre**

Plantel	2°. Semestre	4°. Semestre	6°. Semestre	Total
<b>No. 1</b>	177	150	175	502
<b>No. 2</b>	192	201	154	547
<b>No. 3</b>	141	135	113	389
<b>No. 4</b>	159	141	121	421

<b>No. 5</b>	146	106	135	387
<b>Total</b>	815	733	698	2246

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 20. Alumnos encuestados por sexo**

<b>Plantel</b>	<b>Sexo Femenino</b>	<b>Sexo Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>No. 1</b>	269	233	502
<b>No. 2</b>	302	245	547
<b>No. 3</b>	211	178	389
<b>No. 4</b>	210	216	426
<b>No. 5</b>	220	167	387
<b>Total</b>	1212	1034	2246

## **6.4 Variables dependientes e independientes de la investigación**

**ATQ 30**= Pensamientos automáticos Negativos.

**RRS**= Respuestas Rumiativas.

**BDI II**= Depresión (Cuestionario de Beck).

**EDB**= Desesperanza.

**CSV**= Sucesos Vitales.

**CESD R**= Depresión.

De acuerdo con la prueba de hipótesis, se trabaja un nivel de significancia de  $p = .05$ , es decir con un nivel de confianza del 95% para todas las pruebas estadísticas. Al mismo tiempo, el procedimiento consta de tres fases:

- Fase I:
- Selección de la muestra bajo estudio
- Aplicación de los instrumentos. La aplicación se hará de manera grupal por plantel y será autoaplicable. El tiempo aproximado de la aplicación es de 45 minutos.
- Captura de información en SPSS versión 15.

- Análisis Descriptivos.
- Obtención de indicadores de validez y confiabilidad del cuestionario de violencia.
- Búsqueda de información bibliográfica.
- Traducción de artículos.
- Fase II:
- Análisis estadísticos para identificar niveles de depresión y factores de vulnerabilidad cognitiva
- Búsqueda de información bibliográfica.
- Traducción de artículos
- Integración de capítulos de tesis
- Análisis de resultados parciales.
- Fase III:
- Análisis estadísticos pertinentes para probar hipótesis
- Búsqueda de información bibliográfica.
- Análisis de resultados en conjunto.
- Elaboración de conclusiones.

Cuadro 21. Variables

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONTEXTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	PRUEBA ESTADÍSTICA
<b>DEPRESIÓN</b>	Es un trastorno del estado de ánimo cuya característica principal es la alteración del humor. Se presenta tristeza, melancolía, desánimo o pérdida de interés y/o placer, por todas o casi todas las actividades; síntomas asociados: alteración del apetito, cambio de peso, alteración del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultad de pensamiento o concentración e ideas de muerte recurrentes, o ideas e intentos suicidas (American Psychiatric Association, 1995)	Depresión Leve. Depresión Media. Depresión Severa	Cualitativa: ordinal	Clasificados en cinco niveles: 5- Normal. 4-Reacción de ansiedad. 3-Depresión incipiente. 1-Depresión media. 0-Depresión severa.	Cuestionario de Cuadros Depresivos (Calderón, 1997).	Estadística descriptiva Análisis de varianza con comparaciones múltiples 2 X Correlación de Pearson



<b>DEPRE- SION</b>	Identifica los síntomas depresivos y cuantificar la intensidad de la sintomatología depresiva.	Mide la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión.	Cualitativa: ordinal	*Sin sintomatología depresiva, *leve, *moderada, *severa	Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II)	Estadística descriptiva Análisis de varianzas con comparaciones múltiples 2 X Correlación de Pearson
<b>VULNERA- BILIDAD COGNITI- VAA</b>	Conjunto de factores entre los que se incluyen predisposiciones aprendidas y por tanto modificables. Variables presentes previamente a la instalación del trastorno que genera un aumento en la probabilidad de desarrollarlo, cronificarse o presentar episodios recurrentes de depresión	*Respuestas rumiativas. *Esquemas cognitivos. *Escala de desesperanza +Estilos parentales. *Sucesos vitales	Cualitativa: ordinal			Estadística descriptiva 2 X Análisis de Varianza Comparaciones múltiples Correlación de Pearson

<b>SEXO</b>	Diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres y mujeres. Se nace con esas características, son universales e inmodificables	Masculino, Femenino	Nominal	Dicotómica		2 X
-------------	---	------------------------	---------	------------	--	--------

Fuente: Elaboración propia

## 6.5 Resultados preliminares

En los meses de febrero y marzo de 2010, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos a 2246 estudiantes en los 5 planteles del nivel medio superior. Hasta junio de 2010, se capturó los datos de 1227 participantes, de los que se presenta los siguientes resultados preliminares.

**Cuadro 22. Datos demográficos, por sexo**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	560	45.6
<b>Femenino</b>	667	52.4
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 23. Datos demográficos, por edad**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>14</b>	6	5
<b>15</b>	384	31.3
<b>16</b>	407	33.2
<b>17</b>	334	27.7
<b>18</b>	87	7.1
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 24. Datos demográficos, por estado civil**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Soltero</b>	1219	99.3
<b>Casado</b>	1	.1
<b>Divorciado</b>	1	.1
<b>Separado</b>	1	.1
<b>Unión Libre</b>	5	.1
<b>Total</b>	1227	1227

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 25. Datos demográficos, por plantel**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No. 1</b>	374	30.5
<b>No. 2</b>	190	15.5
<b>No. 3</b>	384	31.3
<b>No. 4</b>	167	13.6
<b>No. 5</b>	112	9.1
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 26. Datos demográficos, por semestre**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>2</b>	508	41.4
<b>4</b>	439	35.8
<b>6</b>	280	22.8
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 27. Datos demográficos, por turno**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Matutino</b>	683	55.7
<b>Vespertino</b>	544	44.3
<b>Total</b>	1227	1227

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 28. ¿Has estado en tratamiento psicológico?**

<b>Sí</b>	146	11.9
<b>No</b>	1081	88.1
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 29. Tipo de tratamiento**

<b>Ninguno</b>	1081	88.1
<b>Individual</b>	106	8.7
<b>Familiar</b>	30	2.4
<b>Grupal</b>	3	0.2
<b>Otro</b>	7	0.6
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 31. ¿Vives con tu familia?**

Si	1204	98.1
No	23	1.9
Total	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 32. ¿Con quién vives?**

<b>Familia</b>	1204	98.1
<b>Otro Familiar</b>	17	1.4
<b>Amistad</b>	1	0.1
<b>Casa Huéspedes</b>	2	0.2
<b>Solo</b>	3	0.2
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 33. ¿Tus padres están divorciados?, contesta cuanto tiempo**

<b>0</b>	1028	8.3
<b>Menos de un año</b>	24	2.0
<b>1 a 4 años</b>	49	4.0
<b>5 a 9 años</b>	30	2.4
<b>Más de 9 años</b>	96	7.8
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 34. Familiar fallecido**

<b>Padre</b>	34	2.8
<b>Madre</b>	13	1.1
<b>Hermano</b>	14	1.1
<b>Ninguno</b>	1166	95
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 35. Desempeñas trabajo remunerado**

<b>Sí</b>	119	9.7
<b>No</b>	1108	90.3
<b>Total</b>	1227	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 36. ¿Fumas?**

<b>Nunca</b>	847	69.0
<b>Ocasionalmente</b>	326	26.6
<b>Diario</b>	54	4.4
<b>Total</b>	1227	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 37. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?**

<b>Nunca</b>	530	43.2
<b>Ocasionalmente</b>	654	53.3
<b>Una o más veces por semana</b>	43	3.5
<b>Total</b>	1227	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 39. ¿Has sufrido maltrato físico o psicológico?**

<b>Sí</b>	262	21.4
<b>No</b>	965	78.6
<b>Total</b>	1227	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 40. Especifica donde sucedió el maltrato**

<b>Nunca</b>	967	78.8
<b>Dentro familia</b>	140	11.4
<b>Fuera familia</b>	105	8.6
<b>Ambos</b>	15	1.2
<b>Total</b>	1227	100.0

Fuente: Elaboración propia

### **6.5.1 Análisis de las variables dependiente e independientes del estudio**

- ATQ 30= Pensamientos automáticos negativos.
- RRS= Respuestas rumiativas,
- BDI II= Depresión (Cuestionario de Beck),
- EDB= Desesperanza.
- CSV= Sucesos vitales.
- CESD R= Depresión.

**Cuadro 41. Estadística descriptiva de las medidas de las variables de estudio**

Instrumentos	N	Mínimo Puntaje	Máximo Puntaje	Media	Desv. Tip.
<b>ATQ30</b>	1227	30	146	48.23	17.885
<b>RRS</b>	1227	22	85	41.34	13.090
<b>BDI II</b>	1227	0	56	8.68	8.360
<b>EDB</b>	1227	0	20	2.54	3.001
<b>CSV</b>	1227	0	41	12.43	6.326
<b>CESD R</b>	1227	0	121	23.51	17.118

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 42. Análisis de confiabilidad de los instrumentos**

Instrumentos	N	Alfa de Cronbach	No. Elementos
ATQ30	1227	.946	30

RRS	1227	.931	22
BDI II	1227	.903	21
EDB	1227	.793	20
CSV	1227	.819	60
CESD R	1227	.850	35

Fuente: Elaboración propia

### ***6.5.2 Análisis de correlaciones de las variables de estudio***

En las correlaciones siguientes se puede observar que todas resultan altamente significativas ( $p < 0.001$ ), lo cual indica que existen relaciones importantes entre estos constructos.





	N	1227	1227	1227	1227	1227	1227	1227
<b>RRS</b>	C .Pearson	.664(**)	.341(**)	.371(**)	.646(**)	.732(**)	1	
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000		
	N.	1227	1227	1227	1227	1227	1227	1227

Fuente: Elaboración propia

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

### 6.5.3 Análisis factorial. Pensamientos automáticos (ATQ 30)

**Cuadro 44. Pensamiento automático (ATQ 30)**

No. Item		Componentes		
		Mal ajuste personal	Baja autoestima	Desesperanza
26	Algo va a tener que cambiar	.710		
20	¿Qué es lo que me pasa?	.704		
14	Pienso que algo está mal en mí	.687		
27	Debe haber algo mal en mí	.656		
9	Mi vida no marcha como yo quisiera	.641		
7	Ojalá fuese mejor persona	.627		
10	Estoy decepcionado (a) conmigo mismo (a)	.567		
15	Ojalá estuviese en otro lugar	.557		
16	No puedo organizar mi vida	.548		
12	Ya no soporto más esto			.461
25	Me siento indefenso (a)		.446	
	He dejado plantada a la gente			
2	No soy bueno (a)			
23	Soy un (a) fracasado (a)		.727	

24	Nunca voy a conseguirlo		.710	
21	Soy un (a) perdedor (a)		.701	
28	Mi futuro es poco esperanzador		.644	
30	No puedo acabar nada		.637	
18	Soy un (a) inútil		.631	.
3	¿Por qué no tengo éxito jamás?		.576	
8	Soy muy débil		.511	
6	Creo que no voy a poder continuar		.488	
13	No puedo empezar o iniciar actividades		.406	
17	Me odio		.464	
29	Nada la pena en absoluto			.644
19	Ojalá pudiera desaparecer			.620
1	Tengo la sensación de estar en contra del al mundo			.581
22	Mi vida es un problema			.513
4	Nadie me comprende	.476		
11	Ya nada me parece bien			.478

Fuente: Elaboración propia

#### Cuadro 45. Validez, confianza

% de la Varianza Total	51.73	
Alpha de Cronbach	.945	
KMO	.966	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 30**

**Reactivos que se conservan = 29**

**N = 1227**

**Iteraciones = 13**

**Método de extracción = Análisis de componentes principales**

**Método de rotación = Varimax.**

#### **6.5.4 Análisis factorial. Respuestas rumiativas (RRS)**

**Cuadro 46. Análisis factorial, respuestas rumiativas (RRS)**

No. Item		Componentes	
		Reproches	Reflexiones
9	Piensas “¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?”	.715	
15	Piensas “Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen”	.697	
4	Piensas en lo duro que te resulta concentrarte	.679	
16	Piensas: “¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?”	.667	
2	Piensas “No seré capaz de hacer mi trabajo/ tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima”	.652	
3	Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias	.602	
5	Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”	.601	
10	Piensas “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”	.582	

6	Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes	.577	
19	Piensas en que no se te antoja hacer nada	.574	
14	Piensas: “No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera”	.573	
18	Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones	.568	
17	Piensas en lo triste que te sientes	.561	
1	Piensas en lo solo/a que te sientes	.545	
8	Piensas acerca de cómo pareces no sentir ya nada	.490	
11	Te vas solo/a a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes		.747
<b>20</b>	Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido/a		.742
7	Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás deprimido		.668
<b>21</b>	Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así		.662
<b>12</b>	Escribes lo que estás pensando y lo analizas		.602
<b>22</b>	Piensas en cómo estás de enojado contigo mismo/a		.565
<b>13</b>	Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor		.508

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 47. Validez, confianza**

% de la Varianza Total	48.56	
Alpha de Cronbach	.931	
KMO	.958	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 22.**

**Reactivos que se conservan = 22.**

**N = 1227.**

**Iteraciones = 3.**

**Método de extracción:** Análisis de componentes principales.

**Método de rotación:** Varimax.

**6.5.5 Análisis factorial. Cuestionarios de sucesos vitales (CSV)**

**Cuadro 48. Análisis factorial, cuestionarios de sucesos vitales (CSV)**

		Componentes		
No. Item		Pareja	Éxito	Matrimonio
8	Separación con pareja	.775		
19	Ruptura de noviazgo	.768		
49	Reconciliación con pareja	.549		
30	Presión debido a actividades extracurriculares		.622	
51	Fracaso en actividad importante		.589	
33	Muchas responsabilidades		.579	

37	Decisiones importantes sobre tu educación		.487	
7	Nacimiento hijo			.847
5	Matrimonio			.759
42	Quedar embarazada			.595
46	Conflicto con amigos/pareja	.404		

Fuente: Elaboración propia

#### **Cuadro 49. Validez, confianza**

% de la Varianza Total	10.66	
Alpha de Cronbach	.819	
KMO	.740	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 60.**

**Reactivos que se conservan = 11.**

**N = 1227.**

**Iteraciones = 27.**

**Método de extracción = Análisis de componentes principales.**

**Método de rotación: Varimax**

#### **6.5.6 Análisis factorial. Cuestionarios de desesperanza de Beck**



**Cuadro 50. Análisis factorial, cuestionarios de desesperanza de Beck**

No. Ítem		Componentes		
		Visión Negativa de sí mismo	Optimismo	Visión negativa del futuro
9	No consigo oportunidades y, además, no hay razón para creer que las tenga en el futuro	.657		
20	Es inútil que intente conseguir lo que realmente quiero, porque probablemente no lo conseguiré	.609		
12	No tengo esperanza de conseguir realmente lo que deseo	.601		
2	Más vale que abandone todo porque no puedo conseguir que mis cosas puedan mejorar	.561		
17	Es muy poco probable que logre alguna verdadera satisfacción en el futuro	.541		
11	Todo lo que puedo prever es más desagradable que agradable	.535		

7	Mi futuro parece obscuro	.510		
16	Es una estupidez desear algo pues nunca consigo lo que quiero	.501		
15	Tengo una gran fe en el futuro		.598	
13	Cuando miro hacia el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora		.587	
1	Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza.		.577	
19	Preveo tiempos mejores que peores		.553	
6	En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa		.465	
8	Creo que soy especialmente afortunado y espero obtener más cosas en la vida que el término medio de las personas		.447	
4	No puedo imaginar lo que será mi vida dentro de 10 años			.587
18	El futuro se me presenta poco claro e incierto			.545

14	Las cosas no se realizarán de la manera en que yo quiero			.458
----	--	--	--	------

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 51. Validez, confianza**

% de la Varianza Total	39.95	
Alpha de Cronbach	.793	
KMO	.893	p= .000

Fuente: Elaboración propia

**Total de reactivos = 20.**

**Reactivos que se conservan = 17.**

N = 1227.

**Iteraciones = 18.**

Método de extracción = Análisis de componentes principales.

Método de rotación = Varimax.

**Cuadro 52. Número de sucesos vitales (CSV) que le han ocurrido durante el último año al adolescente**

CSV	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 – 5	145	11.81	11.81
6 – 10	374	30.48	42.29
11 – 15	354	28.85	71.14
16 –20	225	18.33	89.47
21 – 25	81	6.60	99.07
26 – 30	40	3.25	99.32
31 – 35	6	0.50	99.82
36 – 40	1	0.09	99.91
41 – 45	1	0.09	100

<b>46 – 50</b>	0	0.0	100
<b>51 – 55</b>	0	0.0	100
<b>56 – 60</b>	0	0.0	100
<b>Total</b>	1227	100	

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 53. Sucesos vitales que le han ocurrido con mayor frecuencia a los adolescentes**

<b>Suceso</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>Total %</b>
<b>Exámenes escolares</b>	1077	<b>87.8</b>	150	12.2	1227	100
Decisiones importantes sobre tu educación	767	<b>62.5</b>	460	37.5	1227	100
Calificaciones bajas	670	<b>54.6</b>	557	45.4	1227	100
Iniciar un noviazgo	639	<b>52.1</b>	588	47.9	1227	100
Compra de objeto valioso	638	<b>52.0</b>	589	48.0	1227	100
Éxito personal importante	630	<b>51.3</b>	597	48.6	1227	100
Fiestas frecuentes	541	<b>44.1</b>	686	55.9	1227	100
Muchas responsabilidades	528	<b>43.0</b>	699	57.0	1227	100
Dificultad con padres	515	<b>42.0</b>	712	58.0	1227	100
Ruptura de noviazgo	478	<b>39.0</b>	749	61.0	1227	100

Presión por actividades extracurriculares	408	<b>33.3</b>	819	66.7	1227	100
Problemas compañeros escuela	372	<b>30.3</b>	855	69.7	1227	100

Fuente: Elaboración propia

#### **Cuadro 54. Presencia de depresión a través del cuestionario de depresión de Beck**

<b>Depresión BDI II</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin Depresión</b>	970	79.1
<b>Con Depresión</b>	257	20.9
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

#### **Cuadro 55. Clasificación de la presencia de depresión por niveles de acuerdo al cuestionario de Beck**

<b>Nivel Depresión BDI II</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin depresión</b>	970	79.1
<b>Leve</b>	124	10.1
<b>Moderado</b>	91	7.4
<b>Severo</b>	42	3.4
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

#### **Cuadro 56. Presencia de depresión de acuerdo al CESD R**

<b>Depresión CESD R</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin depresión	1063	86.6
<b>Con depresión</b>	164	13.4
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 57. Presencia de desesperanza de acuerdo a la escala de desesperanza de Beck**

<b>Desesperanza EDB</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin desesperanza</b>	920	75.0
<b>Con desesperanza</b>	307	25.0
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 58. Clasificación de la presencia de desesperanza por niveles de acuerdo a la escala de Beck**

<b>Niveles EDB</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin desesperanza</b>	920	75.0
<b>D. Leve</b>	241	19.64
<b>D. Moderada</b>	57	4.63
<b>D. Severa</b>	9	0.73
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 59. Indicador indirecto de conducta suicida en deprimidos o en individuos que han intentado el suicidio**

<b>Indicador Conducta Suicida EDB</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin indicador</b>	1173	95.6
<b>Con indicador</b>	54	4.4
<b>Total</b>	1227	100

Fuente: Elaboración propia

### ***6.5.7 Consideraciones generales de los resultados preliminares***

Los resultados de la presencia de depresión en los adolescentes de acuerdo al Cuestionario de Beck se consideraron tomando los puntajes de corte para población en general, el punto de corte es a partir de >13 puntos, la media es de 8.68,

por lo que se puede decir que la población se encuentra con puntajes de normalidad.

En cuanto a la presencia de sintomatología depresiva, se encontró un 20.9%, en estudios realizados en la misma población en los años 2000 y 2008, los porcentajes fueron del 20% y del 18% respectivamente, evaluados con el Cuestionario de Calderón.

En relación con el cuestionario de Beck, es complicado hacer una comparación clara de las prevalencias ya que en la literatura revisada, sean tomado diferentes puntos de corte, por lo que la mayoría de las veces se van a encontrar porcentajes altos. Para este estudio se tomó como base las puntuaciones que Beck determinó para estudios en población general (Beck, 1986), disminuyendo en un 15% el primer puntaje obtenido (35% con un punto de corte de 10).

Puntajes encontrados con el BDI, en adolescentes de raza blanca en Estados Unidos fue del 18.4%, y en hispanos del 21.7% (Sherry y cols. 2002), estudios en México en el 2004 en la ENEP plantel Aragón de la ciudad de México, el 30%; y el 18.6% en adolescentes de una escuela preparatoria de Culiacán Sinaloa. (Martínez y cols, 2006).

La evaluación de la presencia de síntomas depresivos con el CESD R, se encontró un porcentaje del 13.4%, tomando como punto de corte la suma de la Media con una D. E. , por lo que se consideró un puntaje de  $\geq 40$  se considera con problemas de sintomatología depresiva.

Los resultados preliminares, en a cuanto al análisis de correlación de variables, sugiere que si existe una correlación positiva de moderada a alta y estadísticamente significativa. Se observa que las variables con mayor correlación con la variable depresión (BDI II y CESD R), fueron los pensamientos automáticos (ATQ 30) y las respuestas rumiativas (RRS); mientras la que presentó menor coeficientes correlación fueron los sucesos vitales (CSV).

La confiabilidad de todos los instrumentos resulto ser satisfactoria.

Los puntajes de las medias de las variables respuestas rumiativas (RRS), pensamientos automáticos negativos (ATQ 30), depresión( BDI II y CESD R), sucesos vitales (CSV) y

desesperanza (EDB), nos indican una tendencia a respuestas positivas que nos sugiere que la muestra de estudio es normal.

## 6.6 Resultados generales

De un total de 2292 adolescentes estudiantes de bachillerato que participaron en este estudio, se observó que las mujeres consumen más tabaco (16.84%) que los hombres (15.35%). Por otro lado el 31.10% de las mujeres y el 26.74% de los hombres refirieron haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida. Finalmente se encontró que el 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, siendo la prevalencia mayor en mujeres (21.3%) que en hombres (8.8%). (cuadro 60).

**Cuadro 60. Características de la población encuestada por sexo**

Sexo	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
	1055	46.00	1237	54.00
<b>Grado Escolar</b>				
1°.	476	20.76	401	17.49
2°.	331	14.44	421	18.36
3°.	288	12.56	415	18.10
<b>Turno</b>				
Matutino	589	25.70	726	31.67
Vespertino	466	20.33	511	22.30
Vivir con padres	1036	45.20	1211	52.83
Padres divorciados	153	6.67	202	8.81
Familiar Fallecido	48	2.09	48	2.09
Relaciones Sexuales	254	11.08	170	7.41



Ingerir Alcohol	613	26.74ir Alcohol sr	713	31.10
Consumo Tabaco	352	15.35	386	16.84
Tratamiento Psicológico	124	5.4	147	6.4
<b>S. Depresión</b>		8.8		21.3

Fuente: Elaboración propia

Para conocer el coeficiente interno de los instrumentos aplicados se obtuvieron las alfas de Cronbach, los cuales nos indican que en los 15 esquemas cognitivos se tuvo una confiabilidad de alta a moderada ya que en el esquema de dependencia obtuvo el alfa más bajo que fue de .404 y el más alto fue el esquema de abandono con un alfa de .812. En cuanto a los de sucesos vitales (grado de estrés), desesperanza, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas y síntomas de depresión la consistencia interna fue alta ya que fue de .792 a .947. En el cuadro 61 se presentan los puntajes alfas de Cronbach reportados por el autor original y los encontrados en este estudio.

**Cuadro 61. Alfas de Cronbach reportados por el autor original y los obtenidos en este estudio**

<b>Instrumentos</b>	<b>Alfa reportada por el autor</b>	<b>Alfa de Cronbach en este estudio</b>
E. Abandono	.880	<b>.812</b>
E. Privación Emocional	.803	.716
E. Abuso	.850	.713
E. Aislamiento social	.830	.668
E. Imperfección	.890	.683
E. Fracaso	.901	.774
E. Dependencia	.880	<b>.404</b>

E. Vulnerabilidad al daño	.782	.672
E. Apego Inseguro	.904	.577
E. Subyugación	.740	.661
E. Autosacrificio	.802	.750
E. Normas Inalcanzables	.762	.570
E. Inhibición Emocional	.792	.768
E. Grandiosidad	.802	.645
E. Autocontrol Insuficiente	.810	.606
Grado Estrés Sucesos V	.830	.856
Desesperanza	.790	.792
Pensam Autom Neg	.940	.947
Respuestas Rumiativas	.890	.930
S. Depresión	.930	.887

Fuente: Elaboración propia

Con el propósito de analizar las diferencias en el puntaje de los factores cognitivos (esquemas cognitivos, grado de estrés de los sucesos vitales, desesperanza, pensamientos automáticos negativos y respuestas rumiativas) y los síntomas de depresión entre hombres y mujeres, se desarrolló una prueba de t de Student (cuadro 62). Se observó que en promedio tanto hombres como mujeres reportaron poco puntaje en los factores cognitivos, sin embargo los resultados indican mayores puntajes en mujeres. Con respecto a los síntomas de depresión (CES-D), también las mujeres puntuaron más alto  $M=21.35$  ( $DE= 10.18$ ) que los hombres  $M=16.35$  ( $DE= 8.22$ ).

Cuadro 62. Comparación de medias de los puntajes de los factores cognitivos y los síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes

Variables	M-Max	Hombres		Mujeres		t	P
		M	DE	M	DE		
E. Privación	5-30	9.24	4.54	9.81	4.97	-2.81	<0.005
E. Abandono	5-30	10.65	5.13	<b>12.26</b>	6.20	-6.79	<0.001
E. Maltrato	5-30	10.61	4.68	11.13	4.94	-2.90	<0.010
E. Imperfección	5-30	8.77	4.03	8.89	4.38	0.67	<b>0.498</b>
<b>E. Aislamiento Social</b>	5-30	10.68	4.45	11.14	4.45	-2.41	<0.016
E. Fracaso	5-30	8.54	0.46	9.37	4.49	-4.81	<0.001
E. Dependencia	5-30	10.27	3.46	10.91	3.79	-4.22	<0.001
E. Vulnerabilidad	5-30	11.08	4.98	11.59	5.23	-2.39	<0.017
E. Apego	5-30	9.22	3.74	10.47	4.40	-7.35	<0.001
E. Subyugación	5-30	9.35	4.00	10.79	4.75	-7.85	<0.001
E. Sacrificio	5-30	13.00	4.93	<b>14.50</b>	5.56	-6.87	<0.001
E. Inhibición	5-30	12.04	5.66	11.87	5.85	0.72	<b>0.467</b>
E. Grandiosidad	5-30	15.21	5.47	15.82	5.34	-2.68	<0.007

E. Normas Inalcanzables	5-30	18.04	5.15	18.46	4.71	-2.05	<0.043
E. Autocontrol	5-30	12.45	4.70	13.62	5.07	-5.74	<0.001
GE Sucesos Vitales	1-5	2.63	1.80	3.20	2.05	-6.91	<0.001
Desesperanza	0-20	2.63	2.88	2.48	3.00	1.23	<b>0.219</b>
Pens Aut Neg	30-150	47.66	16.58	<b>53.63</b>	20.36	-7.73	<0.001
Respuestas Rumiativas	22-88	37.67	11.91	<b>44.46</b>	12.86	-13.10	<0.001
S. Depresión	0-80	16.62	8.22	<b>21.35</b>	10.18	-12.30	<0.001

Fuente: Elaboración propia

Para examinar la relación entre los factores de vulnerabilidad cognitiva (esquemas cognitivos) y los síntomas de depresión se realizó un análisis de correlación de Pearson (cuadro 63). Cuando se evaluó la relación del esquema de abandono y síntomas de depresión, se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $r= 0.51$ ;  $p<0.001$ ). Otro esquema que tuvo una alta correlación con los síntomas de depresión fue el de Subyugación ( $r= 0.50$ ;  $p<0.001$ ). Adicionalmente, se observó una correlación positiva y significativa ( $r= 0.48$ ;  $p<0.001$ ) entre el esquema de Aislamiento social y los síntomas de depresión.



9 Vulnerabilidad	0.42	0.40	0.51	0.56	0.41	0.42	0.42	0.39	1									
10 Apego Inseg.	0.39	0.40	0.48	0.43	0.43	0.39	0.42	0.41	0.44	1								
11 Subyugación	<b>0.50</b>	0.54	0.56	0.54	0.56	0.50	0.55	0.49	0.48	0.55	1							
12 Sacrificio	0.40	0.38	0.48	0.44	0.36	0.35	0.34	0.34	0.37	0.40	0.46	1						
13 Inhibición	0.33	0.48	0.33	0.49	0.51	0.54	0.37	0.34	0.38	0.35	0.46	0.30	1					
14 Grandiosidad	0.30	0.27	0.36	0.41	0.24	0.37	0.20	0.31	0.39	0.32	0.26	0.35	0.30	1				
15 Normas I	0.20	0.18	0.25	0.31	0.19	0.28	0.08	0.23	0.30	0.24	0.19	0.33	0.27	0.42	1			
16 Autocontrol	0.44	0.41	0.49	0.46	0.42	0.42	0.50	0.41	0.46	0.44	0.50	0.36	0.40	0.44	0.28	1		

Fuente: Elaboración propia  
Usando prueba de Correlación de Pearson \*\*\* p<0.001

En el cuadro 64, se encuentran los resultados del análisis de correlación de Pearson y los factores de vulnerabilidad cognitiva restantes (grados de estrés de los sucesos vitales, desesperanza, pensamientos automáticos negativos y respuestas rumiativas) y los síntomas de depresión. Se encontró que existe una correlación positiva alta y estadísticamente significativa entre los pensamientos automáticos negativos y los síntomas de depresión ( $r=0.70$ ;  $p<0.001$ ). Otro esquema que tuvo una alta correlación con los síntomas de depresión fue el de respuestas rumiativas ( $r= 0.67$ ;  $p<0.001$ ).

**Cuadro 64. Análisis de correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y los factores cognitivos**

	Variables	1	2	3	4	5
1	CES-D-R	1				
2	GE Sucesos Vitales	0.45**	1			
3	Desesperanza	0.33**	0.16**	1		
4	Pens Automat Neg	0.70**	0.42**	0.51**	1	
5	R Rumiativas	0.67**	0.45**	0.31**	0.73**	1

Fuente: Elaboración propia

Usando prueba de Correlación de Pearson \*\*\*  $p<0.001$

Para determinar el efecto de los factores de vulnerabilidad cognitiva sobre los síntomas de depresión (CES-D-R) en los adolescentes se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos (ver cuadro 65), donde los esquemas cognitivos (privación, abandono, maltrato, imperfección, aislamiento social, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, apego inseguro, subyugación, sacrificio, inhibición, grandiosidad, normas inalcanzables y autocontrol) el grado de estrés de los sucesos vitales, desesperanza, pensamientos automáticos negativos y respuestas rumiativas, entraron como variables independientes y síntomas de depresión como variable dependiente. Ajustando por las variables, sexo, edad (años), consumo de tabaco, consumo de alcohol y tratamiento psicológico anterior.



En el primer paso, entraron los pensamientos automáticos negativos como predictor de la ecuación, ( $F(1,2290) = 2283.00, p < .001$ ). En el segundo paso, se agregaron las respuestas rumiativas como predictor, el incremento en  $R^2$  fue significativo, ( $F(2,2289) = 1397.49, p < .001$ ). En el tercer paso se adicionó a la ecuación el grado de estrés de los sucesos vitales como predictor siendo significativa, ( $F(3,2288) = 980.38, p < .001$ ). Para el siguiente paso, se agregó el esquema de abandono como predictor de la ecuación, siendo significativa, ( $F(4,2287) = 762.26, p < .001$ ). En el quinto paso, se sumó la variable sexo como predictor de la ecuación, siendo significativa, ( $F(5,2286) = 620.96, p < .001$ ). En el último paso se adicionó el esquema de Aislamiento Social como predictor de la ecuación siendo significativa, ( $F(8,2283) = 519.80, p < .001$ ). Estos resultados muestran que los adolescentes que presentan altos puntajes en los pensamientos automáticos negativos, en respuestas rumiativas, en el grado de estrés, además que presentan el esquema de Abandono así como el ser mujer y tener el esquema de aislamiento social contribuyen a presentar síntomas de depresión.

**Cuadro 65. Análisis de regresión múltiple por pasos de los factores cognitivos que predicen síntomas de depresión**

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>B</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	$\Delta R^2$
Paso 1 Pens. autom. neg.	6.25	0.13	0.70	.449	
<b>Paso 2 R. Rumiativas</b>	4.27	0.27	0.32	.550	.051***
<b>Paso 3 GE Sucesos vitales</b>	1.09	1.34	0.12	.562	.013***
Paso 4 Abandono	3.38	0.49	0.11	.571	.009***
Paso 5 Sexo	2.35	0.47	0.07	.576	.005***
Paso 6 Aislamiento social	1.63	0.64	0.04	.577	.001***

Fuente: Elaboración propia

\*\*\*  $p < 0.001$

El objetivo principal de este trabajo fue identificar la relación y el efecto de los factores de vulnerabilidad cogniti-

vas sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

Los resultados de este estudio corroboraron la hipótesis de que los factores cognitivos se relacionaron con los síntomas de depresión, esto se confirma con lo reportado en varios estudios, (Estévez y Calvete, 2009; Abela, Parkinson, Stolow y Starrs, 2009; Skitch y Abela, 2008; Hankin y Abramson, 2002; Lee, Taylor y Dunn, 1999) donde también hubo una asociación consistente entre esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, sucesos vitales estresantes y depresión en adolescentes.

Para calcular la prevalencia de los síntomas de depresión se sumó la media del puntaje del CES-DR más una desviación estándar lo cual dio un punto de corte de 28; encontrando que el 15.6% de los adolescentes encuestados presentaron algún síntoma, teniendo predominio en las mujeres. Esto concuerda con lo reportado por Nolen-Hoeksema (1991), Weissman y Goldstein (1999) donde refieren que en la mayoría de las naciones, culturas y grupos étnicos las mujeres tienen dos veces mayor probabilidad que los hombres de desarrollar depresión.

Por otro lado, el análisis de *t* de Student, comprobó la hipótesis de que existen diferencias respecto al género. Se encontró que son las mujeres adolescentes las que presentan mayor puntaje en todas las medidas de los factores cognitivos. Los factores que predominaron en las mujeres fueron: los esquemas de abandono, subyugación, sacrificio y autocontrol insuficiente; así como pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, y síntomas de depresión. Estos datos son consistentes con los reportados por Estévez y Calvete, (2009); Calvete y Connor-Smith (2005) y Calvete, Estévez y Corral, (2007).

En cuanto al análisis de regresión múltiple por pasos, indicó que los factores cognitivos como los pensamientos automáticos negativos, las respuestas rumiativas, el grado de estrés de los sucesos vitales, los esquemas de abandono y aislamiento social, así como ser mujer se asociaron de manera positiva y estadísticamente significativa a los síntomas de depresión, este modelo explicó el 57% del efecto de estas variables sobre la presencia de los síntomas.

Además, en el modelo de regresión, los pensamientos automáticos negativos explicaron un porcentaje importante (44%) de los síntomas de depresión en los adolescentes. Estos resultados son coherentes el estudio de Kercher, Rapee and Schniering (2009), donde los pensamientos automáticos negativos se relacionaban a temas de pérdida, fracaso y abandono, además con la presencia de sucesos vitales negativos existía una relación con el inicio y mantenimiento de los síntomas de depresión y, especialmente, con el planteamiento de Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979) que sostiene que los pensamientos negativos expresan una visión insatisfactoria de uno mismo, autculpa y desesperanza. También estarían en la línea desarrollada por Abramson, Metalsky y Alloy (1989), la cual caracteriza a la depresión por un estilo cognitivo negativo lleno de pensamientos relacionadas con una baja autoconfianza y baja autoeficacia.

En este estudio, de los 15 esquemas solo el de abandono y aislamiento social estuvieron directamente asociados con la presencia de síntomas de depresión. En cuanto al esquema de abandono los resultados coinciden con lo reportado por Cámara y Calvete (2011); Welburn, Coristine, Dagg Pontefract y Jordan (2002), en estudios realizados con estudiantes universitarios y pacientes con depresión.

El vínculo entre el esquema de abandono y la depresión es coherente con el concepto de depresión basada en la teoría del abandono (Bowlby, 1993; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001).

En relación a la variable desesperanza, se pudo observar que las mujeres puntuaron más alto que los hombres, esto concuerda con lo reportado con Abela, Parkinson, Stolow y Starrs (2009) donde mujeres adolescentes ( $M=14.1$  años de edad) presentaron mayor desesperanza; aunque estadísticamente no fue significativo. Sin embargo en el análisis de regresión, no formó parte del modelo que se relaciona con los síntomas de depresión, esto probablemente se deba que se ha encontrado que tiene un efecto bidireccional (McCarty, Vander Stoep y McCauley, 2007) y al ser este un estudio transversal se tiene la limitante de identificar la dirección de la relación.

En resumen, los resultados presentados muestran que existen factores cognitivos como los pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, sucesos vitales estresantes, esquemas de abandono y aislamiento social que se asocian a los síntomas de depresión, si bien los factores de vulnerabilidad cognitiva tuvieron una puntuación de baja moderada, fueron predictores de los síntomas de depresión de forma significativa; lo cual debería considerarse en el diseño de programas preventivos y en la atención clínica ya que en la medida en que se avance hacia una mayor comprensión de los factores que generan vulnerabilidad a la depresión se podrán diseñar tratamientos específicos sobre los factores que más influyen sobre la sintomatología depresiva como en este caso fueron los pensamientos automáticos negativos, que consigan reducir la prevalencia e incidencia de depresión en los adolescentes.

## Bibliografía

- Abela, J. R. Z, Parkinson, C. Stolow, D., Starrs, C. (2009) “A test of the integration of the hopelessness and response styles theories of depression in middle adolescence”, *Journal Clinic Child Adolescence Psychology*, No. 38, 354-364.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989) “Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression”, *Psychological Review*, No. 96, 358-372.
- Beck, A. T. (1983) “Cognitive therapy of depression: new perspectives”, *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches*, P.J. Clayton, J.E. Barrett (edc.), New York, Raven Press, 265-290.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press.
- Bowlby, J. (1993) *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós
- Calvete, E., Connor-Smith, J. (2005) “Automatic thoughts and psychological symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish students”, *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-207.

- Calvete, E., Estévez, A., Corral, S. (2007) "Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators", *Behaviour Research and Therapy*, No. 45, 791–804.
- Cámara, M., Calvete, E. (2011) "Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. *In press*.
- Estévez, A., Calvete E. (2009) "Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión", *Anales de Psicología*, 25 (1), 27-35.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y. (2002) "Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 31, 491–504.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. (2006) *Cognitive Vulnerability to Depression*, New York, Guilford Press.
- Kercher JA, Rapee MR, Schniering AC. (2009) Neuroticism, Life Events and Negative Thoughts in the Development of Depression in Adolescent Girls, *J. Abnorm Child Psycho*, No. 37, 903-915.
- Lee, C. W., Taylor, G., Dunn, J. (1999) "Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample", *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Martínez, J, Felix, A.M., Flores, P. (2006) "Prevalencia de depresión en adolescentes de escuelas preparatorias", *Archivos de investigación pediátrica de México*, 9(3), septiembre-diciembre.
- McCarty CA, Vander Stoep A, McCauley E. (2007) "Cognitive features associated with depressive symptoms in adolescence: directionality and specificity", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 36, 147-58.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., Egan, M. (2001) "Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course", *Journal of Personality Disorders*, No. 15, 371-389.

- Nolen-Hoeksema, S. (1991) "Responses to depression and their effects on duration of depressive episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, No. 100, 569-582.
- Sherry, G, Daniel, P. (2002) "Consequences and correlates of adolescent depression", *Arch Pediatric Adolescent Med.*, No. 156, 1009-1014.
- Skitch, S. A., Abela, J. R. Z. (2008) "Rumination in response to stress as a common vulnerability factor to depression and substance misuse in adolescence", *Journal Abnormal Child Psychology*, No. 36, 1029-1045.
- Weisman M, Wolf S, Goldstein R. (1999) "Depressed adolescents grown up", *JAMA*, 218(18),1707-1713.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., Jordan, S. (2002) "The Schema Questionnaire-Short Form: Factor Analysis and Relationship between Schemas and Symptoms", *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530.



# 7 FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVA ASOCIADOS A LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR

## 7.1 Análisis descriptivo de las variables cognitivas

En los cuadros 1-6 se muestran los análisis descriptivos generales de las variables estudiadas en esta investigación: sucesos estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas y desesperanza. En todas las variables se especifican la media y la desviación típica. Además, para los sucesos estresantes también se añaden las frecuencias de cada suceso.

El análisis de frecuencias de los sucesos vitales estresantes que experimentaron los adolescentes durante el último año a partir de la aplicación de los instrumentos, indica que la mayoría de los sucesos vividos fueron los relacionados a los académicos, como presentar exámenes, tomar decisiones importantes sobre su educación futura y tener calificaciones bajas, mientras que los sucesos que se presentaron en menor medida fueron contraer matrimonio y con la misma frecuencia el quedar embarazada y tener hijos (ver cuadro 66).

**Cuadro 66. Frecuencia de los sucesos vitales estresantes en adolescentes**

<b>Dimensión pareja</b>	<b>Porcentaje</b>
Ruptura de noviazgo	41.0%
Conflicto con la pareja	31.7%
Separación de la pareja	27.6%
Reconciliación con la pareja	21.8%
Problemas graves con la pareja	4.3%
Dimensión académicos	
Exámenes escolares	85.7%



Decisiones importantes educación futura	65.6%
Tener bajas calificaciones	52.7%
Muchas responsabilidades	44.1%
Presión por actividades extracurriculares	33.4%
Fracaso en actividad importante	28.7%
Dimensión matrimonio	
Nacimiento de un hijo	1.0%
Quedar embarazada	1.0%
Matrimonio	0.9%

Fuente: Elaboración propia

A continuación se presentan las medias y desviaciones típicas de los puntajes de los diferentes instrumentos aplicados. En general, se observa que los adolescentes presentan puntuaciones medias/bajas en los factores estudiados, es decir, todas están por de bajo del valor medio de la escala, o sobre éste.

Del cuestionario de sucesos vitales estresantes, además de obtener la frecuencia de cada suceso experimentado por los adolescentes, se obtuvo el puntaje del grado de estrés percibido por cada uno de los sucesos, este puntaje va de 0 a 4 puntos. En este estudio se obtuvo un mínimo de 0 y un máximo de 3 puntos. La puntuación más alta se obtuvo en la dimensión sucesos académicos y la más baja en la de matrimonio (ver cuadro 67).

**Cuadro 67. Media y desviación estándar de sucesos vitales estresantes**

Dimensión	Media	D.E.
Pareja	0.55	0.70
Académicos	1.41	0.89
Matrimonio	0.03	0.23

Fuente: Elaboración propia

En relación al cuestionario de esquemas cognitivos, el puntaje va de 1 a 6 puntos, el puntaje estuvo en este rango.

Las dimensiones con mayor puntaje fueron autosacrificio e inhibición emocional, mientras que las de menor puntaje fueron aislamiento social y privación emocional (ver cuadro 68).

**Cuadro 68. Media y desviación estándar de esquemas cognitivos**

Dimensión	Media	D.T.
Abandono	2.30	1.15
Aislamiento social	1.65	0.85
Fracaso	1.80	0.84
Inhibición emocional	2.43	1.34
Privación emocional	1.61	0.98
Autosacrificio	2.50	1.11

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al cuestionario de pensamientos automáticos negativos, el puntaje mínimo es de 1 y máximo de 5. El pensamiento que tuvo un alto puntaje en esta muestra fue autorreproches y el menor fue autoconcepto negativo (ver cuadro 69).

**Tabla 69. Media y desviación estándar de pensamientos automáticos negativos**

Dimensión	Media	D.T.
Autorreproches	2.02	0.90
Autoconcepto negativo	1.24	0.53
Inadaptados	1.44	0.59
Indefensión	1.75	0.87

Fuente: Elaboración propia

El puntaje del cuestionario de Respuestas Rumiativas es ente 1 y 4 puntos. De las dos dimensiones del cuestionario, la puntuación más alta referida por los adolescentes fue la dimensión reflexión, la cual fue la única de todas las dimen-

siones de este estudio que estuvo por arriba de la media (ver cuadro 70).

**Cuadro 70. Media y desviación estándar de respuestas rumiativas**

<b>Dimensión</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Reproches	1.80	0.58
Reflexión	2.06	0.72

Fuente: Elaboración propia

A su vez, los puntajes del cuestionario de desesperanza son 0 y 1. La dimensión que tuvo mayor puntaje fueron los sentimientos cognitivos y los que puntuaron más bajo fueron los motivacionales (ver cuadro 71).

**Cuadro 71. Medias y desviaciones estándar del cuestionario de desesperanza**

<b>Dimensión</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>
Cognitiva	0.25	0.29
Afectiva	0.13	0.19
Motivacional	0.08	0.17

Fuente: Elaboración propia

Por último, los puntajes del CES-D varían de 0 a 60 puntos en la escala original. Los resultados indican que la puntuación media se considera baja, esto es posible ya que la población de estudio no es una muestra clínica (ver cuadro 72).

**Cuadro 72. Media y desviación estándar del CES-D**

<b>Dimensión</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>
CES-D	19.17	9.22

Fuente: Elaboración propia

## 7.2 Análisis de diferencias entre hombre y mujeres

Se utilizó la prueba de *t* de *Student* con el propósito de analizar las posibles diferencias entre hombres y mujeres con respecto al puntaje de las dimensiones de los factores cognitivos (esquemas cognitivos, grado de estrés de los sucesos vitales, desesperanza, pensamientos automáticos negativos y respuestas rumiativas) y los síntomas de depresión, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas que a continuación se detallan.

En relación a la variable sucesos vitales estresantes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones lo que indica que las mujeres adolescentes cuando presentan situaciones relacionadas con la pareja como el inicio de un noviazgo o la ruptura de éste, situaciones académicas como presiones por actividades extracurriculares, decisiones importantes sobre su educación futura, o calificaciones bajas; o el hecho de casarse o haber quedado embarazada, les generan mayor estrés que a los hombres (ver cuadro 73).

**Cuadro 73. Diferencia de medios los sucesos vitales estresantes en hombres y mujeres.**

			Hombres N = 1055		Mujeres N = 1237	
Dimensión	p	t	Media	D. E.	Media	D. E.
Pareja	.001	6.50	0.45	0.63	<b>0.63</b>	0.74
Académicos	.001	8.67	1.24	0.83	<b>1.56</b>	0.92
Matrimonio/Hijos	.011	2.55	0.01	0.16	<b>0.04</b>	0.28

Fuente: Elaboración propia

En el cuestionario de esquemas cognitivos las mujeres adolescentes presentaron mayores puntajes que los hombres en las dimensiones: aislamiento social, abandono, fracaso, inhibición emocional, y autosacrificio lo cual fue estadísticamente significativo. A pesar de que las mujeres también puntuaron más alto en la dimensión privación emocional, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (ver cuadro 74).

**Cuadro 74. Diferencias de medias de los esquemas cognitivos en hombres y mujeres.**

			<b>Hombres</b> N = 1055		<b>Mujeres</b> N = 1237	
Dimensión	p	t	Media	D. E.	Media	D. E.
Aislamiento social	.031	2.16	1.61	0.81	<b>1.69</b>	0.88
Abandono	.001	6.79	2.13	1.02	<b>2.45</b>	1.24
Fracaso	.001	4.81	1.71	0.76	<b>1.87</b>	0.89
Inhibición emocional	.018	2.36	2.36	1.29	<b>2.49</b>	1.38
Privación emocional	.079	1.75	1.57	0.92	1.64	1.02
Autosacrificio	.001	4.76	2.39	1.00	<b>2.61</b>	1.19

Fuente: Elaboración propia

En el caso de los pensamientos automáticos negativos se observó que las mujeres presentan más pensamientos de tipo autorreproches, indefensión, inadaptación y autoconcepto negativo que los hombres (ver cuadro 75).

**Cuadro 75. Diferencias de medias de los pensamientos automáticos negativos en hombres y mujeres.**

			<b>Hombres</b> N = 1055		<b>Mujeres</b> N = 1237	
Dimensión	P	t	Media	D. E.	Media	D. E.
Autorreproches	.001	7.52	1.87	0.82	<b>2.15</b>	0.94
Autoconcepto negativo	.001	5.43	1.18	0.43	<b>1.29</b>	0.60
Insatisfacción	.001	5.18	1.37	0.54	<b>1.50</b>	0.62
Indefensión	.001	4.11	1.65	0.82	<b>1.83</b>	0.91

Fuente: Elaboración propia

Cuando se evaluó el cuestionario de repuestas rumiativas, se encontró que las mujeres adolescentes que estudian el nivel medio superior muestran mayor reflexión y reproches

en contraste con los hombres. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (ver cuadro 76).

**Cuadro 76. Diferencias de las respuestas rumiativas y los síntomas de depresión en hombres y mujeres.**

			Hombres N = 1055		Mujeres N = 1237	
Dimensión	p	t	Media	D. E.	Media	D. E.
Reproches	.001	11.82	1.65	0.53	<b>1.93</b>	0.59
Reflexión	.001	13.27	1.86	0.66	<b>2.24</b>	0.71

Fuente: Elaboración propia

En el cuestionario de desesperanza también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, que indican que los hombres adolescentes muestran mayor puntaje en la dimensión afectiva, mientras que las mujeres presentan mayor puntaje en la dimensión cognitiva, la dimensión motivación no fue significativa (ver cuadro 77).

**Cuadro 77. Diferencias del cuestionario de desesperanza en hombres y mujeres.**

			Hombres N = 1055		Mujeres N = 1237	
Dimensión	p	t	Media	D. E.	Media	D. E.
Motivación	.358	0.91	0.08	0.16	0.08	0.17
Afectiva	.006	2.76	<b>0.14</b>	0.29	0.11	0.18
Cognitiva	.014	2.44	0.23	0.19	<b>0.26</b>	0.30

Fuente: Elaboración propia

Por último, para el CES-D se encontró que las mujeres adolescentes que estudian el nivel medio superior muestran mayor puntaje en los síntomas de depresión que los hombres. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (ver cuadro 78).

**Cuadro 78. Diferencias del CES-D en hombres y mujeres.**

			<b>Hombres</b> N = 1055		<b>Mujeres</b> N = 1237	
CES-D	<b>p</b>	<b>t</b>	<b>Media</b>	<b>D. E.</b>	<b>Media</b>	<b>D. E.</b>
Síntomas de depresión	.001	12.30	16.62	8.22	<b>21.35</b>	10.28

Fuente: Elaboración propia

### 7.3 Análisis de correlación

Con el objetivo de analizar la relación entre los diferentes factores de vulnerabilidad cognitiva (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas, así como desesperanza) y los síntomas de depresión en los adolescentes, se realizaron análisis de correlación de Pearson ( $r$ ) por sexo, considerando una  $p \leq .05$ .

De manera general, los resultados mostraron correlaciones en la dirección esperada: la sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con todas las variables cognitivas, lo cual fue estadísticamente significativa; aunque estas asociaciones en su mayoría se consideran de moderadas a bajas, tanto en los hombres como en las mujeres.

Cuando se evaluó la relación de los sucesos vitales estresantes y los síntomas de depresión, en el caso de las mujeres se encontraron asociaciones positivas en todas las dimensiones, en los hombres se encontró una asociación negativa en la dimensión matrimonio. En ambos casos, los sucesos vitales que presentaron una asociación más alta fueron los académicos y la más baja fueron los sucesos relacionados al matrimonio (ver cuadro 79).

**Cuadro 79. Análisis de correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y sucesos vitales estresantes**

Sexo			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Masculino	1	CES-D	1			
	2	Pareja	0.21**	1		
	3	Académicos	0.28**	0.23**	1	
	4	Matrimonio	-0.02	0.04	-0.03	1

			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Femenino	1	CES-D	1			
	2	Pareja	0.23**	1		
	3	Académicos	0.24**	0.22**	1	
	4	Matrimonio	0.08**	0.05	0.01	1

Fuente: Elaboración propia

Para la asociación de los esquemas cognitivos y los síntomas de depresión, los resultados indican que todos los coeficientes fueron positivos y estadísticamente significativos a  $p < .001$ . Los esquemas que tuvieron una asociación mayor fueron abandono y aislamiento social, el esquema que tuvo una asociación más débil fue inhibición emocional tanto para hombres como para mujeres (ver cuadro 80).

**Cuadro 80. Análisis de correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y esquemas cognitivos**

Masculino	1	2	3	4	5	6	7
CES-D	1						
Aislamiento Social	0.43**	1					
Abandono	0.45**	0.44**	1				
Fracaso	0.37**	0.53**	0.38**	1			
Inhibición Emocional	0.32**	0.49**	0.33**	0.38**	1		
Privación Emocional	0.36**	0.62**	0.36**	0.33**	0.39**	1	
Autosacrificio	0.32**	0.33**	0.46**	0.32**	0.20**	0.31**	1
<b>Femenino</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
CES-D	1						
Aislamiento social	0.43**	1					
Abandono	0.49**	0.52**	1				
Fracaso	0.36**	0.53**	0.45**	1			



Inhibición emocional	0.26*	0.43**	0.33**	0.35**	1		
Privación emocional	0.37**	0.53**	0.41**	0.38**	0.37**	1	
Autosacrificio	0.33**	0.35**	0.49**	0.36**	0.21**	0.31**	1

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la relación de los pensamientos automáticos negativos y los síntomas de depresión, se encontró que la ocurrencia de los síntomas de depresión, se asoció a una mayor presencia autorreproches, insatisfacción e indefensión y a presentar menor autoconcepto negativo tanto en hombres como en mujeres. lo cual fue estadísticamente significativo (ver cuadro 81).

**Cuadro 81. Análisis de correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y pensamientos automáticos negativos (ATQ).**

	<b>Masculino</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 CES-D		1				
2 Autorreproches		0.56**	1			
3 Autoconcepto negativo		0.42**	0.64**	1		
4 Insatisfacción		0.50**	0.67**	0.65**	1	
5 Indefensión		0.49**	0.62**	0.57**	0.60**	1
	<b>Femenino</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 CES-D		1				
2 Autorreproches		0.59**	1			
3 Autoconcepto Negativo		0.47**	0.64**	1		
4 Insatisfacción		0.54**	0.69**	0.67**	1	
5 Indefensión		0.54**	0.70**	0.60**	0.64**	1

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las respuestas rumiativas y depresión, en ambos sexos se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa, entre reproches y los síntomas de depresión, es decir, a mayores respuestas rumiativas de tipo reproches, mayores síntomas de depresión, indicando una asociación positiva y estadísticamente significativa (ver cuadro 82).

**Cuadro 82. Análisis de correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y las respuestas rumiativas.**

	Masculino	1	2	3
1	CES-D	1		
2	Reproches	<b>0.60**</b>	1	
3	Reflexión	0.52**	0.73**	1
	Femenino	1	2	3
1	CES-D	1		
2	Reproches	<b>0.60**</b>	1	
3	Reflexión	0.45**	0.69**	1

Fuente: Elaboración propia

Por último, los resultados de la correlación entre los sentimientos de desesperanza y los síntomas de depresión indican que en los hombres la dimensión desesperanza cognitiva tuvo una asociación más alta; mientras que en las mujeres la asociación más alta se mostró en la desesperanza motivacional lo cual fue estadísticamente significativo. Además en los hombres la desesperanza afectiva tuvo una asociación baja con los síntomas de depresión, sin embargo no fue estadísticamente significativo (ver cuadro 83).

**Cuadro 83. Análisis de correlación entre síntomas de depresión (CES-D) y el cuestionario de desesperanza**

	Masculino	1	2	3	4
1	CES-D	1			
2	Motivacional	0.21**	1		
3	Afectiva	0.07	0.30**	1	
4	Cognitiva	0.26**	0.38**	0.26**	1
	Femenino	1	2	3	4
1	CES-D	1			
2	Motivacional	0.35**	1		
3	Afectiva	0.14**	0.41**	1	
4	Cognitiva	0.26**	0.36**	0.31**	1

Fuente: Elaboración propia

## 7.4 Análisis de regresión múltiple por pasos

Para determinar el efecto de las dimensiones de los factores cognitivos como son los sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas y la desesperanza sobre los síntomas de depresión en los adolescentes estudiantes del nivel medio superior, se realizaron análisis de regresión múltiple paso a paso, donde las dimensiones de estos factores cognitivos entraron como variables independientes y los síntomas de depresión como variable dependiente. Los análisis se hicieron por separado para cada factor cognitivo, ajustando por sexo, tratamiento psicológico anterior, ingerir alcohol, consumo de tabaco y haber iniciado relaciones sexuales. Cabe aclarar que en estos los análisis se realizaron sin separar hombres y mujeres y que las correlaciones no mostraron patrones diferentes.

La primera regresión múltiple mostró que los sucesos vitales estresantes significativamente asociadas a las puntuaciones de los síntomas de depresión fueron el suceso académico [F (1, 2290) = 311.96,  $p < .001$ ], el suceso de pareja [F (2, 2289) = 111.93,  $p < .001$ ], sexo [F (3, 2288) = 83.36,  $p < .001$ ], y la variable tratamiento psicológico [F (4, 2287) = 15.29,  $p < .001$ ]. El modelo explicó el 19.6% de la varianza,  $R^2 = .196$ ,  $p < .001$ . Es decir, que un alto grado de estrés tanto en sucesos académicos, como de pareja, el ser mujer y haber estado en tratamiento psicológico, afecta la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes estudiantes del nivel medio superior (ver cuadro 84).

**Cuadro 84. Análisis de regresión múltiple por pasos de los sucesos vitales estresantes que predicen síntomas de depresión**

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
Paso 1 Académico	3.72	0.21	0.34	.120	
Paso 2 Pareja	2.97	0.28	0.21	.161	.041***
Paso 3 Sexo	3.40	0.37	0.17	.190	.029***
Paso 4 Tratamiento Psicológico	2.20	0.56	0.07	.196	.005***

Fuente: Elaboración propia

La segunda regresión múltiple mostró que los esquemas cognitivos que se asociaron a los síntomas de depresión fueron el esquema de abandono [ $F(1, 2290) = 726.28, p < .001$ ], el esquema de aislamiento social [ $F(2, 2289) = 144.39, p < .001$ ], sexo [ $F(3, 2288) = 114.41, p < .001$ ], el esquema de autosacrificio [ $F(4, 2287) = 38.55, p < .001$ ], el esquema de privación emocional [ $F(5, 2286) = 26.56, p < .001$ ], el esquema de fracaso [ $F(6, 2285) = 17.57, p < .001$ ], la variable ingerir alcohol [ $F(7, 2284) = 15.36, p < .001$ ], tratamiento psicológico [ $F(8, 2283) = 5.76, p < .001$ ], y el esquema de inhibición emocional [ $F(9, 2282) = 4.85, p < .001$ ]. Este modelo explicó el 35.1% de la varianza,  $R^2 = .351, p < .001$ . Lo que indica que los adolescentes del nivel medio superior que presentan esquemas de abandono, aislamiento social, así como el ser mujer, además de tener esquemas de autosacrificio, privación emocional, fracaso, ingerir alcohol, haber estado en tratamiento psicológico y tener es esquema de inhibición emocional son más vulnerables a presentar síntomas de depresión (ver cuadro 85).

**Cuadro 85. Análisis de regresión múltiple por pasos de los esquemas cognitivos que predicen síntomas de depresión**

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
Paso 1 Abandono	4.07	1.51	0.49	.241	
Paso 2 Aislamiento social	2.73	2.28	0.24	.286	.045***
Paso 3 Sexo	3.59	0.33	0.18	.320	.034***
Paso 4 Autosacrificio	1.06	0.71	0.12	.331	.011***
Paso 5 Privación emocional	1.06	0.20	0.10	.339	.008***
Paso 6 Fracaso	1.00	0.23	0.08	.344	.005***
Paso 7 Ingerir alcohol	1.29	0.33	0.06	.348	.004***
Paso 8 Tratamiento psicológico	1.22	0.50	0.04	.350	.002***
Paso 9 Inhibición emocional	.308	0.14	0.43	.351	.001***

Fuente: Elaboración propia

La siguiente regresión se realizó con los pensamientos automáticos mismos que se introdujeron como variables predictivas y la puntuación total síntomas de depresión como variable criterio o dependiente. Los pensamientos que se asociaron que los síntomas de depresión son los de autorreproches [F (1, 2290) = 1216.77,  $p < .001$ ], los pensamientos inadaptados [F (2, 2289) = 111.30,  $p < .001$ ], sexo (género) [F (3, 2288) = 93.26,  $p < .001$ ], de indefensión [F (4, 2287) = 59.73,  $p < .001$ ], el consumo de alcohol [F (5, 2286) = 6.12,  $p < .001$ ], tratamiento psicológico [F (6, 2285) = 4.31,  $p < .001$ ], y el pensamiento de autoconcepto negativo [F (7, 2284) = 4.11,  $p < .001$ ]. Este modelo explicó el 42.1% de la varianza,  $R^2 = .421$ ,  $p < .001$  (ver cuadro 86).

**Cuadro 86. Análisis de regresión múltiple por pasos de los pensamientos automáticos negativos que predicen síntomas de depresión.**

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
Paso 1 Autorreproches	6.28	0.18	0.58	.347	
Paso 2 Inadaptados	3.82	0.36	0.24	.377	.030***
Paso 3 Sexo	3.05	0.31	0.15	.402	.024***
Paso 4 Indefensión	1.93	0.25	0.17	.417	.015***
Paso 5 Consumo alcohol	0.77	0.31	0.04	.418	.002***
Paso 6 Tratamiento psicológico	1.00	0.48	0.03	.420	.001***
Paso 7 Autoconcepto negativo	0.83	0.41	0.04	.421	.001***

Fuente: Elaboración propia

Las respuestas rumiativas que se asociaron son los síntomas de depresión fueron la respuesta reproches [F (1, 2290) = 1436.05,  $p < .001$ ], sexo [F (2, 2289) = 37.89,  $p < .001$ ], la respuesta rumiativa reflexión [F (3, 2288) = 19.88,  $p < .001$ ], tratamiento psicológico [F (4, 2287) = 7.06,  $p < .001$ ], el consumo de alcohol [F (5, 2286) = 5.09,  $p < .001$ ]. Este modelo explicó el 40.4% de la varianza,  $R^2 = .404$ ,  $p < .001$ . Lo que indica que las mujeres que presentan respuestas rumiativas de reproches y reflexión, además de haber estado en tratamiento psicológico e ingerir alcohol tienden a presentar síntomas de depresión (ver cuadro 87).

**Cuadro 87. Análisis de regresión múltiple por pasos de las respuestas rumiativas que predicen síntomas de depresión**

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	B	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
Paso 1 Reproches	10.23	0.27	0.62	.385	
Paso 2 Sexo	1.98	0.32	0.10	.395	.010***
Paso 3 Reflexión	1.41	0.31	0.10	.400	.005***
Paso 4 Tratamiento psicológico	1.29	0.48	0.04	.401	.002***
Paso 5 Ingerir alcohol	0.71	0.31	0.03	.402	.001***

Fuente: Elaboración propia

Y la última regresión fue con las dimensiones de la escala de desesperanza, donde se obtuvo que las dimensiones que predicen los síntomas de depresión fueron la motivación [F (1, 2290) = 192.65,  $p < .001$ ], sexo [F (2, 2289) = 167.00,  $p < .001$ ], cognitivo [F (3, 2288) = 68.892  $p < .001$ ], tratamiento psicológico [F (4, 2287) = 23.09,  $p < .001$ ], el consumo de alcohol [F (5, 2286) = 12.01,  $p < .001$ ] y la afectiva [F (1, 2290) = 5.36,  $p < .001$ ]. Este modelo explicó el 18.0% de la varianza,  $R^2 = .180$ ,  $p < .001$ . Es decir, el tener sentimientos de desesperanza de tipo motivacional, cognitivo y afectivo, el ser mujer, además de haber estado en tratamiento psicológico favorecen la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes (ver cuadro 88).

**Cuadro 88. Análisis de regresión múltiple por pasos del cuestionario de desesperanza que predicen síntomas de depresión**

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	B	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
Paso 1 Motivacional	15.79	1.13	0.27	.078	
Paso 2 Sexo	4.83	0.34	0.25	.140	.063***
Paso 3 Cognitivo	5.53	0.66	0.17	.164	.025***
Paso 4 Tratamiento Psicológico	2.73	0.56	0.09	.172	.008***
Paso 5 Consumo Alcohol	1.28	0.37	0.06	.176	.004***
Paso 6 Afectivo	-2.39	1.03	-0.04	.178	.002***

Fuente: Elaboración propia

## 7.5 Discusión general

El estudio de la depresión es un tema complejo sobre todo en la adolescencia donde se ven involucrados diferentes factores cognitivos, interpersonales, biológicos, genéticos y emocionales. Para la presente investigación se consideró pertinente abordar el estudio de la depresión a través de los factores cognitivos, ya que este tema a pesar de contar con una gran evidencia empírica a nivel internacional, en México existe escasa o nula información al respecto por lo que se retomó el modelo cognitivo reformulado por Vázquez, Hervás y Romero (2010) donde integran los factores de vulnerabilidad cognitiva de Beck, la desesperanza de Abramson y Alloy y las Respuestas Rumiativas de Nolen-Hoeksema.

Por lo que el objetivo general de esta investigación fue determinar cuáles son los factores de vulnerabilidad cognitiva que predicen depresión en adolescentes, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

En este apartado se discuten los resultados obtenidos para dar respuesta a cada una de las preguntas de investigación.

### ***7.5.1 Pregunta 1: ¿Cuál será la prevalencia de los síntomas de depresión en los adolescentes?***

La prevalencia de los síntomas de depresión en la muestra de adolescentes fue de 15.6%, estos datos son más altos que los reportados en otros estudios como en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, donde se encontró que el 10.5% de adolescentes entre los 12 y 17 años de edad presentaron algún tipo de depresión (Benjet, et al., 2009). En otro estudio realizado en Estados Unidos de América (EUA), se estimó una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% (Shaffer, et al., 1996). Contrario al estudio realizado Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona (2007) en la Ciudad de México donde se reportó mayor prevalencia de depresión (29.8%) que en la encontrada en la presente investigación.

Al respecto la Encuesta de Comorbilidad Nacional de Estados Unidos, utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-R) encontró en adolescentes de 15 a 18 años una prevalencia de depresión mayor de 11% y de depresión menor del 25%

Comparando la prevalencia reportada en esta investigación y la reportada en los otros estudios, se puede observar que la cifra del 15.6% se encuentra dentro del rango reportado por estos investigadores.

En cuanto a las diferencias de la prevalencia de síntomas de depresión por sexo en la población estudiada se encontró que las mujeres presentan más síntomas de depresión (21.3%) que los hombres (8.8%); estos datos presentan una mayor prevalencia que los publicados por Benjet, et al. (2004), en un estudio con adolescentes mexicanos, donde las mujeres presentaron una prevalencia del 7.6%, mientras que los hombres del 2.0%. Sin embargo, ambos estudios concuerdan con lo reportado por Caraveo, Colmenares y Saldivar (1999); Elliot (2001), que la proporción de la prevalencia de depresión es de dos mujeres por un hombre.

### **7.5.2 Pregunta 2: *¿Existirán diferencias estadísticamente significativas en los factores de vulnerabilidad cognitiva en hombres y mujeres?***

Para dar respuesta a la pregunta se analizaron las diferentes dimensiones por separado, de acuerdo al factor de vulnerabilidad.

#### **7.5.2.1 Diferencias por sexo de los sucesos vitales estresantes en adolescentes**

De acuerdo con los resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas siendo las mujeres las que presentaron mayor puntaje en las dimensiones estudiadas: pareja, académicos y matrimonio. Estos datos concuerdan con lo reportado por Shih, Eberhart, Hammen y Brennan (2006) en cuanto que las mujeres puntuaron más en situaciones estresantes de pareja y académicos que los hombres. Aunque también se observan diferencias con el estudio de Ávila, Heredia,



Lucio y Martínez (2006) donde los hombres presentaron mayor puntaje en los sucesos escolares que las mujeres, no obstante en general las mujeres puntuaron más alto en otros sucesos (familiar, social, salud, logros y fracasos y personal). Esta vulnerabilidad de la mujer a presentar mayores síntomas de depresión se ha atribuido al hecho de que éstas presentan altos niveles de estrés generados por los sucesos vitales, este hecho posiblemente se deba a cuestiones de bio-psico-sociales como el descenso de la dopamina, noradrenalina y la serotonina, la labilidad emocional, actitud autodestructiva, cogniciones negativas, problemas con la familia, de índole académico y de relaciones sociales que afectan en mayor medida a las mujeres (Nolen-Hoeksema, 2002). También se han incluido factores genéticos como explicación de esta vulnerabilidad, ya que se ha demostrado que existe mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentaron trastornos depresivos (Abela y Skitch, 2007). Adicionalmente, estos factores de riesgo bio-psico-social interactúan entre sí con los cambios propios de la pubertad, lo que desencadena aumentos en los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991).

Además, se ha demostrado que las mujeres tienen más probabilidades de experimentar problemas de internalización como depresión y ansiedad que los hombres en la etapa adolescente, independientemente del país y de la cultura en la que se hayan llevado a cabo las investigaciones (Abad, Forns y Gómez, 2002; Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002; Shih, Eberhart, Hammen y Brennan, 2006; Bouma, Ormel, Verhulst y Oldehinkel, 2008). Otra explicación que tiene que ver con la diferencia de sexo, es el modo de como se expresa la angustia emocional en respuesta a los factores de estrés, de tal manera que los hombres pueden usar estrategias en las que existe mayor consumo de alcohol o drogas, mientras que las mujeres expresan su angustia en forma de síntomas depresivos como, tristeza, llanto, pensamientos negativos, somáticos, entre otros (Hankin y Mermelstein, 2007). Sin embargo esto, contrasta con lo reportado por Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981) donde no es posible detectar diferencias de sexo. Así a pesar de la cantidad de evidencia empírica, los resultados dejan ver que el hecho de ser hombre o mujer es una variable que aún sigue siendo controversial en relación

al estudio de la depresión. De tal forma que la investigación debe de considerar el análisis de diferencias según el género a fin de avanzar en el tema.

#### 7.5.2.2 Diferencias por sexo en los esquemas cognitivos de los adolescentes

De acuerdo con los resultados se pudo observar que las mujeres adolescentes puntuaron más alto en todos los esquemas estudiados que son: Aislamiento Social, Abandono, Fracaso, Inhibición Emocional, Privación Emocional y Autosacrificio, lo cual fue estadísticamente significativo; sin embargo, solo en el esquema de privación emocional la diferencia no fue estadísticamente significativa. Estos resultados concuerdan con lo reportado con Welburn, *et al.*, (2002) donde las mujeres puntuaron más en los esquemas de abandono, fracaso y autosacrificio, también reportaron puntajes elevados en los esquemas de apego negativo e imperfección, estos autores mencionan que esquemas como el autosacrificio pueden presentar diferencias de género ya que existe una influencia cultural donde las mujeres aprenden a pensar en las necesidades de los demás antes que en las suyas y que posiblemente se esté dando en esta muestra de adolescentes mexicanos. Los resultados de este estudio también concuerdan con los resultados obtenidos por Estévez y Calvete (2007) en un estudio con mujeres donde obtuvieron una puntuación alta en los esquemas de abandono y autosacrificio. En estudios donde no se han analizado las diferencias de género se ha encontrado que estudiantes universitarios colombianos puntuaron más alto en los esquemas de abandono, privación emocional e inhibición emocional (Castrillón, *et al.*, 2005), mientras que, en una muestra de pacientes psiquiátricos, se observó que los puntajes altos se presentaron en los esquemas de imperfección, subyugación y autosacrificio (Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001). Algo importante de señalar es que al comparar los resultados del presente estudio con otras investigaciones se puede observar que los resultados son diferentes en cada uno de estos, esto puede deberse a que se han utilizado muestras diferentes, por lo que es conveniente seguir investigando sobre este tema.

### 7.5.2.3 Diferencias por sexo en los pensamientos automáticos negativos de los adolescentes

Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los pensamientos automáticos negativos en los hombres y las mujeres, siendo éstas las que puntuaron más alto, sobre todo en los pensamientos de autorreproches e indefensión, estos resultados apoyan la idea de que este tipo de pensamientos se relacionan a la presencia de síntomas psicológicos incluyendo los de depresión (Calvete y Connor-Smith, 2005); estos resultados son coherentes con otros estudios (Gómez y Roa, 2002; Palenzuela, Gutiérrez-Calvo y Avero, 1998) y, especialmente, con el planteamiento de Beck (1995) que sostiene que los pensamientos depresivos expresarían una visión insatisfactoria de uno/a misma, autculpa y desesperanza. Otros resultados similares son los reportados por Calvete y Cardeñoso (2005) donde mujeres adolescentes puntuaron más alto que los hombres en pensamientos de autodiálogo negativo de uno mismo, evaluación negativa de uno mismo y sentimientos de culpa, así como de auto cogniciones negativas (por ejemplo, sentirse avergonzado, creencia de que los demás te evalúan de forma negativa).

### 7.5.2.4 Diferencias por sexo en las respuestas rumiativas de los adolescentes

En cuanto a las diferencias por sexo en los puntajes del cuestionario de respuestas rumiativas, específicamente en las dimensiones de reproches y reflexión se encontraron diferencias estadísticamente significativas donde las mujeres presentaron puntajes altos en las dos dimensiones, estos resultados concuerdan con lo reportado por Lopez, Driscoll, y Kistner, (2009) y Verstraenten, Vasey, Raes y Bijttebier (2010). Un dato importante de este estudio reportado es que la dimensión reflexión se ha encontrado con mayores puntajes. En contraposición con lo reportado en otras investigaciones donde, el mayor puntaje es en la dimensión reproches cuando se asocia a depresión. En el estudio de Roelofs, *et al.*, (2008), los hombres puntuaron más en reflexión y las mujeres en reproches.

Treyner, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2001) encontraron en estudios longitudinales que reflexión se relaciona con los síntomas de depresión cuando se evalúa a corto plazo, pero a largo plazo se asoció a una disminución de síntomas, lo que sugiere un efecto benéfico. Conclusiones contrarias con respecto a los efectos de reflexión también se han informado cuando se ha asociado con la ideación suicida. Algunos estudios han informado efectos beneficiosos de la reflexión con respecto a ideación suicida (Crane, Barnhofer, y Williams, 2007), mientras que otros estudios han encontrado efectos negativos de la reflexión en la ideación suicida.

Así, los resultados con respecto a la reflexión no son concluyentes y parece depender de el contenido del pensamiento, el contexto intrapersonal, y el nivel de conceptualización abstracta (Watkins, 2008), además dependerá de si los efectos de reflexión se examinan en el corto plazo o largo plazo, las características de la muestra (por ejemplo, estudiantes, adultos, los individuos clínicamente deprimidos); por lo que es evidente que es necesario realizar más investigación para determinar el papel preciso de la reflexión en la sintomatología depresiva.

#### 7.5.2.5 Diferencias por sexo de la variable desesperanza en adolescentes

Con base a los resultados, se puede confirmar que sí existen diferencias estadísticamente significativas, donde las mujeres presentaron mayor puntaje en la dimensión desesperanza cognitiva, mientras que los hombres obtuvieron más puntuación en la desesperanza afectiva. En la literatura revisada, no se encontraron datos que indiquen diferencias por sexo de los puntajes de la escala de desesperanza con los que se puedan contrastar estos resultados. Sin embargo, existe un gran número de estudios donde se ha comprobado empíricamente que las personas que presentan altos puntajes de depresión cuando son evaluados con la escala de desesperanza también muestran puntajes elevados en este factor (Pompili, et al., 2007; Sher, et al., 2012; Tanaka, et al., 1998; Hirsch, Visser, Chang y Jeglic, 2011).

### 7.5.2.6 Pregunta 3: ¿Cuáles factores de vulnerabilidad cognitiva predicen de manera significativa los síntomas de depresión en adolescentes?

Para dar respuesta a esta pregunta se tomaron en cuenta los factores de vulnerabilidad cognitiva que se correlacionaron en este estudio con los síntomas de depresión que fueron: los sucesos vitales estresantes (pareja, académicos y matrimonio); los esquemas cognitivos (abandono, aislamiento social, fracaso, inhibición emocional, privación emocional y autosacrificio); los pensamientos automáticos negativos (autoconcepto negativo, autorreproches, insatisfacción e indefensión), las respuestas rumiativas (reproches y reflexión), así como la desesperanza (motivacional, afectiva y cognitiva). Los resultados mostraron que efectivamente existen factores de vulnerabilidad cognitiva que predicen la presencia de los síntomas de depresión en adolescentes, tomando en cuenta algunas variables de ajuste como el sexo (masculino, femenino). Estos resultados están en concordancia con otros estudios (Horesh, Klomek y Apter, 2008, Blodgett -Salafia y Lemer, 2012; Cámara y Calvete 2012; Stopa y Waters, 2005; Baranoff, Oei, Ho Cho, Kwon, 2006, Estévez y Calvete, 2009; Kendall, Howard y Hays 1989, Abela y Hankin, 2008, Verstraenten, Raes y Bijttebier, 2009, Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007; Abela, Parkinson, Stolow, Starrs, 2009; McCarty, Vander Stoep y McCauley 2007).

### 7.5.2.7 Sucesos vitales estresantes que predicen síntomas de depresión

A través de los resultados se pudo determinar que los sucesos de pareja, académicos y de matrimonio predicen depresión en los adolescentes de esta investigación, estos resultados son consistentes con otros estudios (Grant, *et al.*, 2006; Stroud, Davila, Hammen, Vrshek-Schallhorn, 2011; Muscatell, Slavich, Monroe y Gotlib 2009; Lien, Yang, Kuo, y Chen, 2011), donde se comprueba que la presencia de acontecimientos o sucesos estresantes durante la adolescencia puede ser un factor de riesgo para desencadenar problemas emocionales y depresión. Algunas investigaciones sugieren que las ado-

lescentes experimentan mas estrés en general (Muscatell, Slavich, Monroe, y Gotlib, 2009; Wagner y Compas, 1990) ya que de por sí es complicado transitar por esta etapa del ciclo vital, donde los jóvenes se enfrentan a diferentes cambios evolutivos tanto físicos como psicológicos, a esto se le suma la ocurrencia de algunos sucesos generadores de estrés como las relaciones familiares, con compañeros, la situación académica, la relación amorosa con la pareja, problemas de salud y económicos (LaRue y Hermmman 2008; Oliva 2006). Sin embargo, resulta conveniente mencionar que no todos los adolescentes se ven afectados de igual manera por este tipo de sucesos, cada individuo reacciona de forma diferente ante este tipo de estresores. Lo interesante de estos hallazgos es que se debe empezar a pensar que los acontecimientos externos juegan un papel importante en el comportamiento humano y que por igual afecta tanto a los niños, adolescentes y adultos (Hankin y Abramson 2002; Kessler, 1997).

En este estudio se encontró que los sucesos que predicen esta sintomatología son los que tienen que ver con las relaciones de pareja y con los acontecimientos académicos donde se incluye el presentar exámenes escolares importantes, tener calificaciones bajas, tomar decisiones importantes sobre su educación futura, relación con sus compañeros, entre otras, estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Adkins, Wang y Elder (2008); Bouma, Ormel, Verhulst y Oldehinkel (2008); Boulard, Quertemont, Gauthier y Born (2012) ya que se ha demostrado que durante la etapa de la adolescencia los eventos que están presentes en esta etapa son aquellos que de alguna manera se les puede nombrar como normativos como las preocupaciones, dificultades y tensiones cotidianas, son sucesos a los que todos los jóvenes deben enfrentarse pero normalmente dentro de una escala temporal relativamente predecibles (Hauser y Bowlds, 1990).

Aunque algunos estudios han mostrado que la presencia de altos niveles de estrés debido a los sucesos vitales predicen depresión, en este estudio solo se explica el 19.6% de la varianza de dicha sintomatología. Contrario a los resultados reportados en otros estudios donde se han encontrado varianzas más elevadas (35% y 36%) cuando se evaluaron los sucesos estresantes dentro del contexto escolar (Boulard,

Quertemont, Gauthier y Born, 2012) y cuando se tomó en cuenta sucesos estresantes relacionados con la pareja, los académicos, de amistad y de relación familiar (Shih, Eberhart, Hammen y Brennan, 2006). También se ha reportado en otros estudios varianzas bajas (15%) cuando se evaluaron sucesos vitales estresantes relacionados con el deporte en adolescentes estudiantes integrantes de equipo de atletismo (Smith, Ptacek y Smoll, 1992) y en preadolescentes con padres con historial de depresión (Bouma, Ormel, Verhulst y Oldehinkel, 2008). En definitiva, queda demostrado que el experimentar acontecimientos vitales estresantes es solo una variables importante que explica la presencia de síntomas de depresión en los estudiantes del nivel medio superior; por lo que también confirma que existen otros factores influyentes en el desajuste psicológico de los adolescentes, los cuales pueden atribuirse a factores genéticos, psicológicos, de personalidad y biológicos entre otros.

#### 7.5.2.7 Esquemas cognitivos que predicen depresión

En este estudio fueron incluidos los esquemas (aislamiento social, abandono, fracaso, inhibición emocional, privación emocional y autosacrificio) los cuales tuvieron una relación directa con los síntomas de depresión en los adolescentes, lo que indica que estos adolescentes al presentar los esquemas de abandono, privación emocional y aislamiento social tienen la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás. Por otro lado, el esquema de fracaso describe a los adolescentes que tienen la creencia de que fallarán inevitablemente, sobre todo cuando se comparan con los otros en áreas de logro, en este caso relacionado con las situaciones académicas. También tendrían los esquemas de autosacrificio e inhibición emocional donde los individuos tratan de satisfacer de una manera exagerada las necesidades de los demás a expensas de su propia satisfacción, además de no demostrar sus sentimientos a fin de evitar la desaprobación de los demás. Los contenidos de estos esquemas son coherentes con la tríada cognitiva relacionada con la depresión propuesta por Beck (1976), en donde la manera negativa en que juzgamos las situaciones,

a los demás y a nosotros mismos actuaran como una diátesis para la depresión.

Algunos estudios han corroborado esta teoría (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Glaser et al., 2002; Lumley y Harkness, 2007; Oei y Baranoff, 2007; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001; Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001). En concreto, en cuanto al esquema de abandono los resultados coinciden con lo reportado por Cámara y Calvete (2012); Welburn, et al. (2002) Glaser, et al. (2002); Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell (2001) en estudios realizados con estudiantes universitarios y con pacientes depresivos. Privación emocional (Cámara y Calvete, 2012; Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton y Abela, 2011; Lumley y Harkness, 2007; Stopa y Waters, 2005). Autosacrificio (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Lumley y Harkness, 2007; Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001), Aislamiento Social (Glaser et al., 2002) y fracaso (Baranoff, Oei, Cho y Kwon, 2006).

Contrario a los resultados encontrados en esta investigación, en otros estudios se ha reportado que existen diferentes esquemas cognitivos asociados a los síntomas de depresión como son el de dependencia e imperfección encontrado por Lumley y Harkness (2007) y Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995), el de subyugación mencionado por Lumley y Harkness (2007); Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell (2001); Stopa, Thorne, Water y Preston (2001) y el de autocontrol insuficiente (Harris y Curtin, 2002; Oei y Baranoff, 2007).

Por otra parte, en otras investigaciones se ha corroborado que los esquemas cognitivos de abandono, aislamiento social, autosacrificio, privación emocional, fracaso e inhibición emocional hallados en este estudio y que predicen síntomas de depresión, también se han reportado como variables predictivas de otras psicopatologías; por ejemplo, en estudiantes universitarios con problemas de ansiedad el esquema de inhibición emocional (Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995) y el esquema de abandono en pacientes ambulatorios (Glaser, *et al.*, 2002), y adolescentes estudiantes con fobia social se han relacionado los esquemas de abandono, fracaso e inhibición emocional (Calvete y Orue, 2008) .



Por último, el análisis de regresión mostró que el porcentaje de varianza que explican los esquemas cognitivos de los síntomas de depresión en adolescentes es menor que lo reportado en otros estudios, (Baranoff, Oei, Cho y Kwon, 2006; Cámara y Calvete, 2010 y Welburn *et al.*, 2002), esto quizá se deba a las diferencias en las muestras, debido al efecto tanto de la cultura como de la edad, ya que los estudios con los que se han contrastado los resultados fueron con estudiantes universitarios australianos, españoles y con pacientes adultos con depresión e ideación suicida. Por lo que es necesario realizar estudios de este tipo en más muestras de adolescentes ya, que se ha observado que esta etapa es crucial en lo que se refiere al desarrollo de síntomas de depresión.

#### 7.5.2.8 Pensamientos automáticos negativos que predicen depresión

Como se desprende de los resultados del análisis de regresión, los pensamientos automáticos negativos predicen los síntomas de depresión, estos datos son coherentes con otros estudios (Gómez y Roa, 2002; Palenzuela, Gutiérrez Calvo y Avero, 1998), lo que indica que los adolescentes al presentar autoafirmaciones o autodiálogos con temas de pérdida y fracaso son más vulnerables de presentar sintomatología depresiva, esto puede observarse por el tipo de pensamiento que reportan los adolescentes como los son de autorreproches, de inadaptación, de indefensión y de autoconcepto negativo, lo cual concuerda con el planteamiento de Beck (1987) que sostiene que los pensamientos negativos expresan una visión insatisfactoria de uno mismo, autoculpa y desesperanza por lo que son un factor importante de vulnerabilidad.

Cabe señalar que se obtuvo un importante porcentaje de varianza (42.1%) que explica la presencia de los síntomas de depresión a través de los pensamientos automáticos negativos en los adolescentes, el cual es más elevado en comparación con las varianzas encontradas en los otros factores cognitivos estudiados en esta investigación (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, y respuestas rumiativas). En contraste con otros datos reportados, también se han encontrado diferencias en el porcentaje de varianza cuando se han evaluado

los pensamientos automáticos negativos, por citar algunos, Estévez y Calvete (2009) encontraron una varianza del 64% cuando incluyeron además de los pensamientos, esquemas cognitivos esto fue en una muestra en mujeres de edad adulta; investigadores como Kendall, Howard y Hays (1989); mencionan una varianza del 43% cuando integraron pensamientos automáticos de tipo positivos en pacientes adultos con y sin depresión y por último se encontró una varianza del 39% cuando se incluyeron otros problemas afectivos en adolescentes estudiantes (Calvete y Cardeñoso, 2005).

A pesar de que se han encontrado varianzas diferentes para explicar los síntomas de depresión en diferentes muestras, se considera que en su mayoría explican un buen porcentaje importante de estos síntomas, por lo que debe considerarse para trabajar en consulta psicológica este tipo de pensamientos para tratar de reducirlos ya que es una de los factores cognitivos que más se asocian a la depresión, así mismo, es importante incluirlo en estudios con más variables tanto psicológicas, como sociales y biológicas para poder determinar su grado de importancia para el desarrollo de la depresión.

#### 7.5.2.9 Respuestas rumiativas que predicen depresión

Los hallazgos de este estudio corroboran la hipótesis de que las respuestas rumiativas (reproches y reflexión) predicen los síntomas de depresión en adolescentes. Estos resultados se apoyan en la Teoría del Estilo de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991) que sostiene, entre otros aspectos, que estas respuestas son un tipo pensamiento pasivo, repetitivo y focalizado en los fracasos, pérdidas y problemas así como en los sentimientos que esto origina, lo que contribuye al inicio, desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo.

Un dato importante que resaltar, es que este factor de vulnerabilidad obtuvo uno de los puntajes más altos de la varianza explicada (40.2%) en comparación con los otros factores de vulnerabilidad cognitiva evaluados en esta investigación; lo que apunta a considerar que el estilo de respuesta rumiativa, tiene efectivamente un efecto perjudicial en el estado de ánimo debido a que aumenta las atribuciones negati-

vas y globales (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995), permite la accesibilidad de recuerdos negativos (Lyubomirsky, Caldwell y Nolen-Hoeksema, 1998, Teasdale y Green, 2004), interfiere con la capacidad de resolver problemas (Nolen-Hoeksema, 1991), y propicia mayores situaciones de estrés (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999, Lyubomirsky y Tkach, 2003), por lo que de acuerdo con Nolen-Hoeksema y Larson (1999) los adolescentes tendientes a la rumiación son más propensos a bloquearse, y a no movilizarse lo que impide que mejore su situación emocional.

Sin embargo, aunque algunas investigaciones (Papageorgiou y Wells, 2004; Hankin y Abramson, 2001; Goring y Papageorgiou, 2008; Joormann, Dkane, y Gotlib, 2006) se han centrado fundamentalmente en la relación entre rumiación como un solo constructo y depresión, recientes informes han reportado (Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007; Olson y Kwon, 2008) que este tipo de respuesta tiene dos componentes, reproches y reflexión, por lo que la presente investigación, brinda una aportación importante a este tema, ya que se confirma que estas dos dimensiones tienen un papel importante en la predicción de los síntomas de depresión en los adolescentes, sin embargo, hay que aclarar que en este estudio la respuesta rumiativa de tipo reproches fue la variable que explicó una varianza con mayor porcentaje (38.5%) la presencia de los síntomas de depresión, mientras que la variable reflexión lo hizo en menor proporción (0.5%). Una explicación de estos resultados puede ser que el papel diferencial de estas dos variables respecto a su influencia con la depresión, es que al tener pensamientos rumiativos de tipo reflexión sobre uno mismo y los problemas que se viven, en el transcurso del tiempo puede ayudar a una disminución de la sintomatología (Burwell y Shirk, 2007; Joormann, Dkane, y Gotlib, 2006; Siegle, Moore, y Thase, 2004); mientras que la respuesta rumiativa de tipo reproches solo se focaliza en el malestar acompañada de críticas hacia sí mismo, lo que parece incrementar la presencia de los síntomas depresivos (Welburn, et al., 2002; Verstraeten, Vasey, Raes, Bijttebier, 2009; Olson y Kwon 2008; Cova, Rincón y Melipillán 2009; Roelf et al., 2008).

### 7.5.2.10 Desesperanza que predice depresión

El análisis de regresión mostró claramente que el porcentaje de varianza que explican la desesperanza de la sintomatología depresiva es menor a los factores de vulnerabilidad antes mencionados. Esto se debe a que cuando se realizó el análisis de correlación con los síntomas de depresión las dimensiones de esta escala tuvieron una asociación muy débil.

Al comparar los datos obtenidos en esta investigación con otros resultados se encontró lo siguiente: De acuerdo a Husky, Mazure, Maciejewski y Swendsen (2007) la desesperanza explicó una parte ligeramente mayor de la varianza en el estado de ánimo depresivo, lo cual difiere de lo encontrado la presente investigación, estos autores lo atribuyen a que en la desesperanza se tiende a hacer inferencias negativas sobre las causas y consecuencias que tienen los sucesos vitales negativos en la persona, lo que propicia un factor importante de vulnerabilidad para la depresión, así como para la presencia de pensamientos de suicidio

Es importante mencionar que a pesar de que el porcentaje de varianza de la variable desesperanza explica la presencia sintomatología depresiva es menor que cuando se analizan otros factores de vulnerabilidad, existe evidencia empírica donde se enfatiza la relación de esta variable con la depresión, como es, en el estudio realizado por Villafaña (2012) donde se reportó que en mujeres entre 16 a 52 años de edad, originarias de la ciudad de Toluca, con un cuadro de depresión, mostraban además de ansiedad e ideación de muerte y suicidio, sentimientos de desesperanza, lo que indica que es un factor que debe estudiarse con mayor detenimiento ya que se observa que también existe una relación estrecha entre desesperanza y los pensamientos de suicidio.

Una vez realizados los análisis estadísticos de los factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión, se puede mencionar que los hallazgos de este estudio muestran la coherencia con los modelos (cognitivo de Beck, desesperanza y el estilo de respuesta rumiativa) e investigaciones revisadas, así como la solidez de los resultados estadísticos mostrados, permite explicar en un porcentaje importante la presencia de la sintomatología depresiva en

la muestra estudiada, así como el hecho de que las mujeres muestren un mayor número de síntomas que los hombres, por ser estas las que tienden a mostrar mayor puntaje en los factores cognitiva desadaptativos, por tanto se muestran más vulnerables ante ciertos sucesos estresantes a activar esquemas cognitivos, desarrollar pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas y sentimientos de desesperanza generando la presencia de depresión.

Estas afirmaciones favorecen para tomar en cuenta estos modelos cognitivos para aplicarlos en la práctica clínica, tanto en el ámbito de prevención como del tratamiento. En concreto, las estrategias de reestructuración cognitiva dirigidas a modificar los factores de vulnerabilidad que los adolescentes emplean cuando se enfrentan a situaciones o sucesos estresantes pueden ser de gran valor para disminuir o prevenir la presencia de síntomas de depresión.

## 7.6 Conclusiones

Los resultados anteriormente reportados permiten concluir lo siguiente:

- Se encontró una prevalencia del 15.6% de síntomas de depresión en los adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- La prevalencia de depresión fue mayor mujeres que en hombres.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los factores cognitivos y los síntomas de depresión en hombres y mujeres adolescentes.
- Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre los factores de vulnerabilidad cognitiva (sucesos vitales estresantes, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos negativos, respuestas rumiativas y desesperanza), y los síntomas de depresión en los adolescentes.
- Los factores cognitivos que inciden sobre los síntomas de depresión son: los sucesos vitales estresantes (académicos, pareja y matrimonio); los esquemas cogniti-

vos (abandono, aislamiento social, autosacrificio, privación emocional, fracaso, e inhibición emocional); los pensamientos automáticos negativos (autorreproches, autoconcepto negativo, insatisfacción e indefensión); las respuestas rumiativas, (reproches y reflexión y la desesperanza (afectiva, motivacional y cognitiva).

- Se encontró que los pensamientos automáticos negativos son los que explican en mayor medida los síntomas de depresión.

## Bibliografía

- Abad, J., Forns, M., Gómez, J. (2002) "Emotional and behavioral problems as measured by YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents", *European Journal of Psychological Assessment*, No. 18, 149-57.
- Abela, J.R.Z., Hankin, B.L., (2008) *Cognitive vulnerability to depression in child and adolescent. A developmental psychopathology perspective*. En: J.R.Z. Abela and B.L. Hankin, eds., *Handbook of child adolescent depression*, New York, The Guilford Press, cap. 1.
- Abela, J.R., Parkinson, C., Stolow, D., Starrs, C. (2009) "A test of the integration of the hopelessness and response styles theories of depression in middle adolescence", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 354-64.
- Abela, J.R.Z., Skitch, S. (2007) "Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents", *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1127-40.
- Adkins, D., Wang, V., Elder, G. (2008) "Stress processes and trajectories of depressive symptoms in early life: Gendered development", *Advances in Life Course Research*, No. 11, 107-134.
- Ávila, C.M.R., Heredia, A.M.C., Lucio, G.M.E., Martínez, P.L.V. (2006) "Confiabilidad interna y estabilidad temporal del cuestionario de sucesos de vida para adolescentes en estudiantes mexicanos", *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 11(1), 97-13.

- Baranoff, J., Oei, T.P.S., Cho, S.H., Kwon, S.M. (2006) "Factor structure and internal consistency of the Young schema questionnaire (short form) in Korean and Australian samples", *Journal of Affective Disorders*, No. 93, 133-140.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Madison, WI, International Universities Press.
- Beck, A.T. (1987) "Cognitive Models of Depression", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, No. 1, 5-37.
- Beck, J.S. (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, New York, The Guilford Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., et al. (2009) "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México", *Salud Mental*, No. 31, 155-63.
- Blodgett-Salafia, E.H. y Lemer, J.L. (2012) "Association between multiple types of stress and disordered eating among girls and boys in middle school", *Journal Child and Family Study*, No. 21, 148-57.
- Boulard, A., Quertemont, E., Gauthier, J.M., Born, M. (2012) "Social context in school: its relation to adolescents' depressive mood", *Journal of adolescence*, 35(1), 43-52.
- Bouma, E.M., Ormel, J., Verhulst, F.C., Oldehinkel, A. (2008) "Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment", *Journal of Affective Disorders*, No. 105, 185-93.
- Burwell, R.A., Shirk, S.R. (2007) "Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 36, 56-65.
- Calvete, E., Cardeñoso, O. (2005) "Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 179-92.

- Calvete, E., Connor-Smith, J.K. (2005) "Automatic Thoughts and psychological symptoms: A cross-Cultural comparison of American and Spanish student", *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-17.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., Ruiz, P. (2005) "The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders", *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 91-100.
- Calvete, E., Orue, I. (2008) "Ansiedad social y esquemas cognitivos", *Psicología Conductual*, 16(1), 5-21.
- Cámara, M., Calvete, E. (2010) "El rol de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión", *Psicología Conductual*, 18 (3), 491-509.
- Cámara, M., Calvete, E. (2012) "Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, No. 34, 58-68.
- Caraveo, J. Colmenares E., Saldivar G. (1999) "Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida", *Salud Mental*, No. esp., 62-67.
- Castrillón, D.A., Chávez, L., Ferrer, A., Londoño, N.H., Maestre, K., Marín C., Schnitter M. (2005) "Validación del Young schema questionnaire long-form second edition (YSQ-L2) en población colombiana", *Revista latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.
- Cova, S.F., Rincón, G.P., Melipillán, A.R. (2009) "Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino", *Terapia Psicológica*, No. 27, 155-160.
- Crane, C., Barnhofer, T., Williams, J.M. (2007) "Reflection, brooding and suicidality: A preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression", *The British Journal of Clinical Psychology*, No. 46, 497-504.
- Eberhart, N.K., Auerbach, R.P., Bigda-Peyton, J., Abela, J.R..Z. (2011) "Maladaptive schemas and depression:



- Tests of transactional and diathesis-stress models”, *Journal Social and Clinical Psychology*, No. 30, 75-104.
- Elliot, M. (2001) “Gender differences in causes of depression”, *Women Health*, No. 33, 163-177.
- Estévez, A., Calvete, E. (2007) “Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza”, *Clinica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Estévez, A., Calvete, E. (2009) “Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión”, *Anales de Psicología*, 25(1), 27-35.
- Glaser, B.A., Campbell, L.F., Calhoun, G.B., Bates, J.M., Petrocelli, J.V. (2002) “The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study”, *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, No. 35, 2-13.
- Gómez, C., Roa, M.L. (2002) “Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único”, *Acción Psicológica*, 1(2), 195-204.
- Goring, H.J., Papageorgiou, C. (2008) “Rumination and worry: factor analysis of self-report measures in depressed participants”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 33, 554-566.
- Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E., McMahon, S.D., Gipson, P.Y., Campbell, A.J., Krochock, K., Westerholm, R.J. (2006) “Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects”, *Clinical Psychology Review*, No. 26, 257-283.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. (2001) “Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory”, *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. (2002) “Measuring cognitive vulnerability to depression in Adolescent: Reliability, validity, and gender differences”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 31, 491-504.

- Hankin, B.L., Mermelstein, R., Roesch, L. (2007) "Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity", *Journal Child Development*, No. 78, 279-295.
- Harris, A.E., Curtin, L. (2002) "Parental perceptions, Early Maladaptive Schemas, and depressive symptoms in young adults", *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.
- Hauser, S.T., Bowlds, M.K. (1990) "Stress, coping and adaptation within adolescence: Diversity and resilience", *At the threshold: The developing adolescent. The Carnegie Foundation Volume on Adolescence*, S. Feldman, C. Elliot (eds.), Cambridge, M.A., Harvard University Press.
- Hirsch, J.K., Visser, P.L., Chang, E.C., Jeglic, E.L. (2011) "Race and ethnic differences in hope and hopelessness as moderators of the association between depressive symptoms and suicidal behavior", *Journal of American College Health*, 60(2), 115-25
- Horesh, N., Brustein, A.K., Apter, A. (2008) "Stressful life events and major depressive disorders", *Psychiatry Research*, No. 160, 192-199.
- Husky M.M, Mazure C.M, Maciejewski P.K, Swendsen J.D. (2007) "A daily life comparison of sociotropy-autonomy and hopelessness theories of depression", *Cognitive Therapy and Research*, No. 31, 659-676.
- Joormann, J., Dkane, M., Gotlib, I H. (2006) "Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases", *Behavior Therapy*, No. 37, 269-280.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., Lazarus, R.S. (1981) "Comparisons of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events", *Journal of Behavioral Medicine*, No. 4, 1-39.
- Kendall, P.C., Howard, B.L., Hays, R.C. (1989) "Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking", *Cognitive Therapy and Research*, 13(6), 583-598.
- Kessler, R. (1997) "The effects of stressful life events on depression", *Annu Rev Psycho*, No. 48, 191-214.

- LaRue, D., Herрман, J. (2008) "Adolescents stress through the eyes of high-risk teens", *Pediatric Nursing*, 357-380.
- Lemos, S., Vallejo, G., Sandoval, M. (2002) "Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR)", *Psicothema*, 14 (4), 816-822.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez A.M., Nava-Jiménez, G., López-Gaona, V. (2007) "Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar", *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45 (3), 225-232.
- Lien, Y-J, Yang, H-J, Kuo, P-H., Chen, W-J. (2011) "Relation of Perseverative Tendency and Life Events to Depressive Symptoms: Findings from a Prospective Study in Non-referred Adolescents in Taiwan", *Behavioral Medicine*, No. 37, 1-7.
- Lopez, M.C., Driscoll, A.K., Kistner, A.J. (2009) "Sex differences and response styles: subtypes of rumination and association with depressive symptoms", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 38, 27-35.
- Lumley, M.N.; Harkness, K.L. (2007) "Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression", *Cognitive Therapy and Research*, No. 31, 639-657.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N.D., Nolen-Hoeksema, S. (1998) "Effects of Ruminative and Distracting Responses to Depressed Mood on Retrieval of Autobiographical Memories", *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 75, 166-177.
- Lyubomirsky, S., Nolen-Hoeksema, S. (1995) "Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving.", *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 69, 176-190.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. (2003) "The consequences of dysphoric rumination", *Depressive Rumination: Nature, theory, and treatment*, C. Papageorgiou y A.Wells (eds.), Chichester, UK: Wiley
- McCarty, C.A., Vander Stoep, A., McCauley. (2007) "Cognitive features associated with depressive symptoms in

- adolescence: directionality and specificity”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, No. 36, 147-158.
- Miranda, R., Nolen-Hoeksema, S. (2007) “Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample”, *Behaviour Research and Therapy*, No. 4, 3088–3095.
- Muscattell, K.A., Slavich, G.M., Monroe, S.M., Gotlib, I.H. (2009) “Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, No. 197, 154-160.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991) “Responses to depression and their effects on duration of depressive episodes”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002) “Gender differences in depression”, *Handbook of Depression*, I.H. Gotlib y C.L. Hammen (eds.), New York, Guilford, 492-509.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1999) *Coping with loss mahwah*, New York, Erlbaum.
- Nolen-Hoeksema, S, Stice, E., Wade, E., Bohon, C. (2007) “Reciprocal Relations between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 116, 198-207.
- Oei, T.P., Baranoff, J. (2007) ”Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues”, *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Oliva, A. (2006) “Relaciones familiares y desarrollo adolescente”, *Anuario de Psicología*, No. 37, 209-223.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á., Sánchez-Queija, I. (2008) “Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, No. 13, 53-62.
- Olson, M. L., Kwon, P. (2008) “Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression”, *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 788-802.
- Palenzuela, D.L., Gutiérrez Calvo, M., Avero, P. (1998) “Ejercicio físico regular como un mecanismo de pro-

- tección contra la depresión en jóvenes”, *Psicothema*, 10(1), 29-39.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2004) “Nature, functions, and beliefs about depressive rumination”. En C. Papageorgiou y A. Wells (eds.), *Depressive Ruminations: Nature, theory, and treatment*, West Sussex: Wiley y Sons, Piotrowski, 3-20.
- Petrocelli, J.V., Glaser, B.A., Calhoun, G.B., Campbell, L.F. (2001) “Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression”, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 183-191.
- Pompili M., Vanacore, N., Macone, S., Amore M., Perticoni G., Tonna, M., Sasso, E. Lester, D., Marco Innamorati, M., Gazzella, S., Bonaventura, C., Giallonardo, A., Di Girardi P., Tatarelli, R., De Pisa, E. (2007) “Depression, hopelessness and suicide Risk among patients suffering from epilepsy”, *Ann Ist Super Sanità*. 43, (4 ), 425-429.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F, Arntz, A., Os, J. (2008) “Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals”, *Behaviour Research and Therapy*, No. 46, 283-1289.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. (1996) “The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC.2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study”. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, No. 35, 865-877.
- Shih, J.H., Eberhart, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A. (2006) “Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 103-115.
- Sher, L., Stanley, B.H., Posner, K., Arendt, M., Grunebaum, M.F., Neria, Y., Mann, J.J., Oquendo, M.A. (2012) “Decreased suicidal ideation in depressed patients

- with or without comorbid posttraumatic stress disorder treated with selective serotonin reuptake inhibitors: an open study”, *Psychiatry Research*, 196 (2-3), 261-266.
- Siegle, G.J., Moore, P.M., Thase, M.E. (2004) “Rumination: one construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 28, 645–68.
- Smith, R.E., Ptacek, J.T., Smoll, F.L. (1992) “Sensation seeking, stress, and adolescent injuries: A test of stress-buffering, risk-taking, and coping skills hypotheses”, *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 62, 1016-1024.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., Preston, J. (2001) “Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores?”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3), 253-72.
- Stopa, L., Waters, A. (2005) “The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form”, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, No. 78, 45-57.
- Stroud, C.B., Davila, J., Hammen, C., Vrshek-Schallhorn, S. (2011) “Severe and nonsevere events in first onsets versus recurrences of depression: evidence for stress sensitization”, *Journal of Abnormal Psychology*, No. 120, 42-54.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Ono, Y., Fujihara, S., Kitamura, T. (1998) “Hopelessness in a community population: Factorial structure and psychosocial correlates”, *Journal of Social Psychology*, 138(5), 581-90.
- Teasdale, J.D., Green, H.A.C. (2004) “Ruminative self-focus and autobiographical memory”, *Personality and Individual Differences*, No. 36, 1933-43.
- Treynor, W., González, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003) “Rumination reconsidered: a psychometric analysis”, *Cognitive Therapy and Research*, No. 27, 247-59.
- Verstraeten, K., Vasey, W.M. Raes, F., Bijttebier, P. (2009) “Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Modera-

- tion by Effortful Control”, *Journal Abnormal Child Psychology*, No. 37, 349-61.
- Verstraeten, K., Vasey, M.W., Raes, F. y Bijttebier, P. (2010) “Brooding and reflection as components of rumination in late childhood”, *Personality and Individual Differences*, No. 48, 367-72.
- Villafaña, M.L.G. (2012) *Los lamentos del cuerpo. Reflexiones sobre la degradación y el dolor del cuerpo*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Wagner, B.M., Compas, B.E. (1990) “Gender, instrumentality, and expressivity: Moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence”, *American Journal of Community Psychology*, No. 18, 383-06.
- Watkins, E. (2004) “Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing”, *Behaviors Research and Therapy*, No. 42, 1037-52.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., Jordan, S. (2002) “The Schema Questionnaire-Short Form: Factor Analysis and Relationship between Schemas and Symptoms”, *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-30.

## ANEXO

1. Universidad Autónoma del Estado de México  
Doctorado en Ciencias de la Salud  
Consentimiento Informado para Padre o Tutor del Estudiante Menor de Edad

Se hace una atenta invitación, para que su hijo (a) participe en la investigación “*Factores de Vulnerabilidad Cognitiva a la Depresión en Estudiantes del Nivel Medio Superior de la UAEM*”.

Responsable del proyecto: Mtra. Marcela Veytia López, como parte de su trabajo de tesis doctoral.

Objetivo del proyecto: Detectar factores de vulnerabilidad cognitiva que se asocian a la depresión en estudiantes del Nivel Medio Superior de la UAEM, ya que se ha identificado que en adolescentes que presentan síntomas de depresión que no se diagnostica ni se atienden estos síntomas; son más susceptibles de presentar embarazos no deseados, trastornos de alimentación, bajo rendimiento académico, violencia e ideas de suicidio entre otros padecimientos.

La investigación se realizará en estudiantes de nivel medio superior de la UAEM, su participación consiste *solamente* en que los estudiantes contesten los cuestionarios sobre temas como: datos personales, depresión, pensamientos automáticos, desesperanza, respuestas rumiativas, eventos estresantes y esquemas cognitivos. La aplicación de estos instrumentos se hará en una sola ocasión durante el horario de clase. Los cuestionarios serán proporcionados por un equipo de psicólogos del Centro de Investigación en Ciencias Médicas CICMED de la UAEM, con previa autorización de las autoridades de la escuela preparatoria

El hecho que un estudiante responda estos cuestionarios NO representa riesgo para su salud; una vez evaluados los cuestionarios, en caso de presentar algún tipo de depresión, se le darán a conocer el resultado y podrá ser canalizado, si usted así lo autoriza, al CICMED u otra Institución en Salud para su atención.

El equipo psicoterapéutico del CICMED esta integrado por profesionales especializados en el área de Salud Mental. Si tiene alguna duda dirigirse al Centro, con la Mtra. Marcela Veytia López.

Al teléfono (722) 2-19-41-22 ext. 101/118, o directamente en Jesús Carranza No. 205, Col. Universidad. Toluca, México.

La información que emita el estudiante en los cuestionarios será confidencial, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más los conocerá. Se entregara un informe general en cada plantel, sin mencionar NUNCA los nombres. Los resultados de los cuestionarios se utilizarán con fines estadísticos y de investigación y la información será publicada en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes. Por lo tanto, la



participación en la investigación es *voluntaria, sin costo alguno* y confidencial.

### Consentimiento informado

Dejo constancia de que he leído y comprendido el documento informativo, que se me han aclarado de las características del proyecto, que han sido resueltas mis dudas y que “Sí” autorizo para que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ participe en la investigación “*factores de vulnerabilidad cognitiva a la depresión en estudiantes del nivel medio superior de la UAEM*”.

Se me entrega copia de esta carta de consentimiento informado.

Toluca, México \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del testigo.

## 2. Universidad Autónoma del Estado de México Doctorado en Ciencias de la Salud Asentimiento Informado para Estudiantes Menores de Edad

Se te hace una atenta invitación, para que participes en la investigación: “*Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en estudiantes del nivel medio superior de la UAEM*”, Responsable del proyecto: Mtra. Marcela Veytia López, como parte de su trabajo de tesis doctoral.

Objetivo del proyecto: detectar factores de vulnerabilidad cognitiva que se asocian a la depresión en estudiantes del Nivel Medio Superior de la UAEM, ya que se ha identificado que en adolescentes que presentan síntomas de depresión que no se diagnostica ni se atienden estos síntomas; son más susceptibles de presentar embarazos no deseados, trastornos de

alimentación, bajo rendimiento académico, violencia e ideas de suicidio entre otros padecimientos.

Tu participación consiste en: contestar los cuestionarios que serán proporcionados por un equipo de psicólogos del Centro de Investigación en Ciencias Médicas CICMED, en tu salón de clases, en la hora y fecha establecida previamente por las autoridades de tu escuela preparatoria.

Para que puedas participar en este proyecto: además de que tu digas “SÍ”, es necesario contar con la *autorización de tu padre o tutor*, si ellos no están de acuerdo, entonces no se te aplicará ningún cuestionario.

No representa ningún riesgo para ti, ni para tu familia si participas en este proyecto, y una vez evaluados los cuestionarios, en caso de presentar algún tipo de depresión, se te dará a conocer el resultado y serás canalizado, con la previa autorización de tus padres, al CICMED u otra Institución de salud para tu atención.

El equipo psicoterapéutico del CICMED está integrado por profesionales especializados en el área de Salud Mental. Si tienes alguna duda dirígete al Centro, con la Mtra. Marcela Veytia López.

Al teléfono (722) 2-19-41-22 ext. 101/118, o directamente en Jesús Carranza No. 205, Col. Universidad. Toluca, México.

La información que emitas en los cuestionarios será confidencial, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más los conocerá. Se entregará un informe general en cada plantel, sin mencionar NUNCA los nombres de los participantes.

Los resultados de los cuestionarios: se utilizarán con fines estadísticos y de investigación, esta información será publicada en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes.

#### asentimiento informado

Dejo constancia de que he leído y comprendido el documento informativo, que se me han aclarado de las características del proyecto, que han sido resueltas mis dudas y que si mis padres lo autorizan, y yo estoy de acuerdo, podré participar en la investigación “*Factores de vulnerabilidad cognitiva*”

*a la depresión en estudiantes del nivel medio superior de la UAEM”.*

Se me entrega copia de esta carta de asentamiento informado.

Toluca, México \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre y firma del alumno/a

Nombre y firma testigo 1

Nombre y firma testigo 2

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Compendio y extracto de los textos incluidos en el presente libro, agrupados de acuerdo al orden de los capítulos.

Capítulo I. Depresión, modelos cognitivos y factores de vulnerabilidad

*1. Depresión, modelos cognitivos y factores de vulnerabilidad*

“Factores de vulnerabilidad cognitiva, asociada a la depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la UAEM”, Toluca, UAEM, tesis doctoral, 2012, 3-41 y 124-151.

Con el título de “Depresión en adolescentes: un modelo de vulnerabilidad cognitiva. Resultados preliminares”, presenta Marcela Veytia López junto a Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Patricia Andrade Palos, Hans Oudhof Barneveld, Octavio Márquea Mendoca y Gerardo Huitrón Bravo una ponencia en el 6 Congreso Internacional sobre salud del adolescente, en la UAEM, en 2008.

Capítulo II. Depresión en adolescentes

*2. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes*

“Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes”, Marcela Veytia López, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Patricia Andrade Palos y Hans Oudhof [van Barneveld], *Salud mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2012, 35(1), enero-febrero, 37-43, cfr. “Factores de vulnerabilidad cognitiva, asociada a la depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior de la UAEM”, Toluca, UAEM, tesis doctoral, 2012, 46-67.

Con los títulos de “Sucesos estresantes y síntomas de depresión en adolescentes estudiantes” y “Sucesos estresantes y síntomas de depresión en adolescentes estudiantes”, presenta Marcela Veytia López junto a Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Octavio Máquez Mendoza dos ponencias en el

12 Congreso Internacional sobre salud del adolescente, en la UAEM, en 2014, que se recoge en el cd *Actualidades en la atención de la salud del adolescente*, UAEM, 2014, 439-446 y 454460, respectivamente.

### *3. Errores cognitivos y su relación con la sintomatología depresiva en adolescentes*

Inédito

### *4. Depresión y pensamientos negativos: ¿una realidad en los adolescentes?*

Inédito, aunque presenta una parte del tema, con el mismo título en forma de ponencia en el Congreso mundial de salud mental, de la Federación mundial de salud mental, en Buenos Aires, en 2013.

Capítulo III. Respuestas rumiativas predictoras de síntomas de depresión en adolescentes

### *5. Respuestas rumiativas asociadas con síntomas de depresión en adolescentes*

“Brooding and reflection: Ruminative responses and depressive symptoms in adolescents” (“Reproches y reflexión: respuestas rumiativas predictoras de síntomas de depresión en adolescentes”), texto presentado en su versión en inglés, pero no publicado, en *Journal of Abnormal Child Psychology*, cfr. “Brooding and reflection: Ruminative responses and depressive symptoms in adolescents”, Toluca, UAEM, tesis doctoral, 2012, 72-89. La versión en español, se indica firmado por Marcela Veytia López, Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Patricia Andrade Palos y Hans Oudhof van Barneveld; pero previamente presenta otro texto de contenido algo más reducido que el anterior, con el mismo título en español, pero firmado en esa ocasión por Marcela Veytia López, Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guaderrama Guaderrama y Gerardo Huitrón Bravo, que es un –como indica la autora– un “proyecto de investigación” financiado por el Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México y “producto del proyecto doctoral” de Marcela Veytia, por entonces denominado “Vul-

nerabilidad cognitiva asociada a la depresión en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM”.

#### Capítulo IV. Factores de vulnerabilidad cognitiva

*6. Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior*; adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos:

“Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en adolescentes del nivel medio superior en la UAEM”, presentado por la autora ante el Comité Tutorial del Doctorador del tercer semestre, en junio de 2010, correspondiente a los apartados 6.2 “Objetos, pregunta de investigación...”, 6.3 “Distribución de la muestra” y 6.5 “Resultados preliminares”.

“Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en adolescentes del nivel medio superior de la UAEM”, presentado ante el Comité tutorial del 2 semestre, en junio de 2009, correspondientes al apartado 6.4 “Variables dependientes e independientes de la investigación”.

“Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior”, presentado ante el Comité tutorial del sexto semestre, en 2012, correspondiente al apartado 6.6 “Resultados generales”.

*7. Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior*

“Resultados adicionales: Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio superior”, Toluca, UAEM, tesis doctoral, 2012, 90-105, correspondiente a los apartados 7.1 “Análisis descriptivo de las variables cognitivas”, 7.2 “Análisis de diferencias entre hombres y mujeres”, 7.3 “Análisis de correlación” y 7.4 “Análisis de regresión múltiple por pasos”.

“Discusión general”, Toluca, UAEM, tesis doctoral, 2012, 106-121, correspondiente al apartado 7.5 “Discusión general”.

“Conclusiones generales”, Toluca, UAEM, tesis doctoral, 2012, 122-123, correspondiente al apartado 7.6 “Conclusiones”.

## BIO-BIBLIOGRAFÍA DE MARCELA VEYTIA-LÓPEZ

**Estudios y grados académicos:** Doctora en Ciencias de la Salud, por la Universidad, Autónoma del Estado de México; maestría en Terapia familiar sistémica, por el Instituto Superior de Estudios de la Familia (ILEF); licenciatura en Psicología clínica, por la Universidad de las Américas, en Puebla. Es profesora e investigadora del Centro de Investigación en Ciencias Médicas e integrante del Cuerpo Académico Bioética y Salud Mental de la Universidad Autónoma del Estado de México. Docente de la licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta, y de la maestría y doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería y Medicina de la UAEM.

**Investigación:** Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (CONACYT) Nivel I. Publicación de varios artículos y capítulos de libros con temas de Salud Mental y Bioética. Proyectos de investigación: “Factores de riesgo y protección para el suicidio en adolescentes”, responsable: Sheila Mendoza Mujica, corresponsable: Marcela Veytia López, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, 2013. “Conocimiento y actitud ante el testamento vital en los pacientes y médicos del Estado de México”, responsable Octavio Márquez Mendoza, colaborador: Marcela Veytia López, registro: 3515/2013CHT, Universidad Autónoma del Estado de México, 2013. “Cohorte de trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México: Etapa III”, responsables: Gerardo Huitrón Bravo, Octavio Márquez Mendoza; participantes: Marcela Veytia López et al., clave: 2947/2010, CICMED-UAEM, 2012. “Factores de vulnerabilidad cognitiva asociados a la depresión en adolescentes de nivel medio superior de la UAEM”, responsable: Marcela Veytia López, registro: DCISA.0909, UAEM, 2010. “Incidencia del trastorno por estrés traumático (tept) en trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México”, responsable: Octavio Márquez Mendoza, p: Marcela Veytia López et al., clave SF21/2009, 2009-2010.

**Publicaciones:** Artículos y capítulos de libros con temas sobre salud mental y bioética. “Relación entre satisfac-



ción del ambiente familiar y depresión en adolescentes del Estado de México”, *Revista Psicología y Salud*, Salazar Álvarez Yareli, Veytia López Marcela, Márquez Mendoza Octavio, Huitrón Bravo G. Gerardo, 20(20), julio-agosto 2012, Universidad Veracruzana. “Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes”, *Revista de Salud Mental*, Veytia López Marcela, González Arratía López Fuentes Norma Ivonne, Andrade Palos Patricia y Oudhof Hans, 35(35), enero-febrero 2012, 37-43.

### **Nota biográfica de la autora de la presentación**

Norma Ivonne González Arratía López Fuentes es doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana, maestría en Psicología Clínica y licenciatura en Psicología, por la Universidad Autónoma del Estado de México. Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, líder del Cuerpo Académico Cultura y Personalidad y perfil PROMEP desde 2001. Obtuvo el Premio Estatal de Ciencia y Tecnología (2014) en la de Modalidad Ciencias, recibió la Distinción Rogelio Díaz Guerrero por su contribución a la Psicología Social.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 2. Línea de investigación: psicología positiva, psicología social, psicología de la salud, metodología y estadística, cultura y personalidad, significado psicológico, construcción de instrumentos, niños y adolescentes, investigación cuantitativa, cualitativa y modelos mixtos de investigación. Autora de libros y ha publicado en diversas revistas nacionales e internacionales. Libros: *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*, 2001. *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Como desarrollarse en tiempos de crisis*, 2011 y *Bienestar y familia. Una mirada desde la psicología positiva*, 2014. Coautora de los libros: *Investigación cualitativa*, 2006 y *Psicología y salud*, 2011.

## Nota autobiográfica del autor de la edición

Miguel-Héctor Fernández-Carrión, doctor en Historia por la Universidad Complutense de Madrid y doctorado en Economía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España. Ha sido docente o/e investigador en el Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques en la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociale de París (EHESS), Francia (invitado por Alain Touraine); Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina; Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Facultad de Geografía e Historia y Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca, España, entre otras instituciones académicas y de investigación.

Actualmente es Director del Instituto de Estudios Históricos y Económicos, Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas y Centro Internacional de Estudios y Creación Artística y Literaria con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid y del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, México. Investigador miembro del Cuerpo Académico Bioética, salud mental y sociedad del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, e investigador colaborador de de la Universidad Nacional Autónoma de México. Director de la revista indexada *Vectores de Investigación*. Autor de numerosos libros y artículos publicados en revistas arbitradas e indexadas sobre Ciencias Sociales (Economía, Política, Sociología, Historia), Humanidades (Geografía, Filosofía, Literatur...) y Ciencias de la Salud (Bioética, Salud mental...), en Estados Unidos, España, Argentina, Brasil... y México. Libros: *Metodología y análisis en Ciencias Sociales, Humanidades y Salud. Aproximación y debate*, 2011; *Ciencias Sociales, Humanidades y Salud. Metodología y análisis*, 2012... y *Educación actual: entre el pasado y el futuro*, 2017.

Se terminó de imprimir  
en el mes de diciembre de 2017,  
en los talleres de Creative CI  
Ángel del Campo 14-3, Col. Obrera,  
Del. Cuauhtémoc, Ciudad de México, México,  
C. P. 06800. El tiro consta de 1 000 ejemplares.