

TESIS DOCTORAL



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Departamento de Personalidad, Evaluación, y Tratamiento Psicológicos

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES Y PERSONALES
QUE PUEDEN GENERAR DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES CHILENOS**

AUTORA: MARIE JOSÉE MUÑOZ BLIN

DIRECTORA: GUADALUPE SÁNCHEZ CRESPO

SALAMANCA, 2014

INFORME DE LA DIRECTORA

Dña. **GUADALUPE SÁNCHEZ CRESPO**, Profesora Contratada Dr. de la Universidad de Salamanca y perteneciente al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología,

INFORMA QUE,

La tesis realizada bajo mi dirección por Dña. **MARIE JOSÉE MUÑOZ BLIN**, con el título “Factores de riesgo familiares y personales que pueden generar Depresión en los jóvenes chilenos”, reúne los requisitos de análisis científico, originalidad y calidad exigibles en una investigación científica y, por ello, se encuentra en condiciones de ser sometida a la valoración del tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Salamanca a de dos mil catorce.

Fdo.: Guadalupe Sánchez Crespo.

DEDICATORIA

Quisiera agradecer sinceramente a mi tutora Guadalupe Sánchez Crespo por haber creído en mí, y haberme prestado todo el apoyo que he necesitado en este tiempo para terminar mi tesis.

Agradezco a la Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología, a sus profesores especialmente a Fernando Jiménez, por los conocimientos recibidos que permitieron que este trabajo se constituya en un aporte al estudio de la Depresión en jóvenes chilenos.

Por último, dedico este trabajo a mi familia, hijas, que hacen que cada día mi vida sea algo nuevo e interesante.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue desarrollar un Modelo Explicativo y Predictivo de la Depresión en adolescentes chilenos a partir, de factores de riesgo familiares, como fueron el funcionamiento familiar (tipo de Cohesión familiar y tipo de adaptación familiar) y estilos de crianza; con factores de riesgo del propio adolescente, como fueron la Autoestima y la percepción de Autoeficacia, todos seleccionados tras la revisión de la literatura que los señala como factores de riesgo de Depresión en jóvenes.

Se aplicaron una serie de cuestionarios a una muestra constituida por 453 adolescentes cuyas edades fluctuaron entre los 13 y 17 años, de ambos sexos, que provenían de tres regiones del país, ciudades ubicadas: al extremo norte, Antofagasta, al centro, Santiago y el sur de Chile, Concepción.

Los resultados arrojaron un robusto Modelo explicativo y predictivo de la Depresión en los jóvenes chilenos que estuvo compuesto por las variables familiares como fue el clima de socialización familiar de las madres, que en este caso se constató que las madres coercitivas/impositivas tendían a tener hijos que presentaban mayor Depresión, como también la percepción del funcionamiento familiar del joven, dado que quienes percibían a sus familias como poco cohesionadas tendían a presentar mayor Depresión. Con respecto a las variables personales, presentar una baja Autoestima explicó fuertemente la Depresión como también la baja percepción de Autoeficacia personal.

Palabras claves: Depresión adolescente y factores de riesgo.

ÍNDICE GENERAL

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	22
CAPÍTULO I: DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL	23
<i>1.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL</i>	23
1.2. CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL.....	30
CAPÍTULO II: PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL Y LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN	32
II.1. FACTORES DE RIESGO.....	34
II.2. FACTORES PROTECTORES O RESILIENCIA	41
CAPÍTULO III: LA ADOLESCENCIA COMO UN FACTOR DE RIESGO DE PRESENTAR PSICOPATOLOGÍA	44
III.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.....	46
III.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.....	48
<i>III.2.1. Cambios Corporales</i>	49
<i>III.2.2. Cambios Cognitivos</i>	51
<i>III.2.3. Cambios Socio-emocionales</i>	56
III.2.3.1. Desarrollo de la Identidad:	56
III.2.3.2. Desarrollo Moral:	59
III.2.3.3 Desarrollo Social y Familiar:.....	62
<i>III.2.4. Cambios en la Sexualidad:</i>	63
<i>III.2.5. Tareas de la Adolescencia</i>	65
III.3. RIESGO ADOLESCENTE.....	67
<i>III.3.1. Farmacodependencia:</i>	68
<i>III.3.2 Sexualidad Precoz</i>	70
<i>III.3.3 Delincuencia y conductas de descuido:</i>	72
<i>III.3.4 Problemas de Salud Mental:</i>	73

CAPÍTULO IV: LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL.....	76
IV.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL.....	76
IV.2. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL	81
<i>IV.2.1. Depresión anaclítica.....</i>	<i>83</i>
<i>IV.2.2 Depresión enmascarada y equivalentes depresivos.....</i>	<i>84</i>
<i>IV.2.3 Depresión somatogena, depresión endógena y depresión exógena.....</i>	<i>86</i>
IV.3. CLASIFICACIÓN ACTUAL DEL LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL, DSM IV-TR (2000)..	87
<i>IV.3.1 Trastorno del Ánimo</i>	<i>89</i>
<i>IV.3.2 Trastorno Bipolar</i>	<i>89</i>
IV.4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL	91
IV.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL	98
<i>IV.5.1 Incidencia de acuerdo a la edad.....</i>	<i>103</i>
<i>IV.5.2 Incidencia según el Sexo.....</i>	<i>104</i>
IV.6. COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL.....	104
IV.7. EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL.....	107
<i>IV.7.1 Limitaciones en la evaluación de la Depresión infanto-juvenil.....</i>	<i>108</i>
<i>IV.7.2. Técnicas de Evaluación</i>	<i>110</i>
IV.8. ETIOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTO-JUVENIL	114
<i>IV.8.1 Modelo Biológico.....</i>	<i>114</i>
<i>IV.8.2 Modelos Psicológicos</i>	<i>121</i>
CAPÍTULO V: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN	
INFANTO-JUVENIL	131
V.1. FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRÁFICOS	131
<i>V.1.1. Género</i>	<i>132</i>
<i>V.1.2 Edad.....</i>	<i>136</i>
<i>V.1.3 Estatus Socioeconómico.....</i>	<i>137</i>

V.2. FACTORES DE RIESGO SOCIALES E INDIVIDUALES	138
V.2.1 Factores Socio-Ambientales.....	138
V.2.2 Factores relacionados con Acontecimientos Vitales.....	140
V.2.3 Factores Individuales.....	142
V.2.3.1 Temperamento:.....	142
V.2.3.2 Personalidad:	143
V.2.3.3 Inteligencia:	144
V.2.3.4 Estilos cognitivos:	144
V.2.3.5 Autoeficacia	147
V.2.3.6 Autoestima:	150
V.3. FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	155
V.3.1 Psicopatología Paterna:	156
V.3.2 Estructura Familiar:	160
V.3.2.1 Constitución familiar:	161
V.3.2.2 Funcionamiento Familiar:	164
V.3.2.3 Estilos de crianza parental o Disciplina Familiar:	172
SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO	182
CAPÍTULO VI: DISEÑO METODOLÓGICO	183
VI.1.- PLANTEAMIENTO DE OBJETIVO E HIPOTESIS.....	184
VI.1.1. OBJETIVO GENERAL	185
VI.1.1.1. Objetivo Específico 1	185
Hipótesis 1	186
VI.1.1.2. Objetivo Específico 2	186
Hipótesis 2	186
VI.1.1.3. Objetivo Específico 3	186
Hipótesis 3	186
VI.1.1.4. Objetivo 4.....	187
Hipótesis 4	187
VI.1.1.5. Objetivo 5.....	187

Hipótesis 5	187
VI.1.1.6. Objetivo 6.....	187
Hipótesis 6	187
VI.2. PARTICIPANTES	188
VI.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO	188
VI.2.2. ANÁLISIS DE LA MUESTRA	190
VI.2.2.1 Características de los sujetos participantes	191
VI.2.2.2 Características de las familias de los sujetos de la muestra	194
VI.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	202
VI.3.1 Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992; adaptación y validación chilena por Coggiola y Guillon, 1991 y estandarización por Cáceres, Collado, 1994).....	203
VI.3.2. Escala de Evaluación de Adaptación y Cohesión Familiar (FACES III) (Olson, Portner y Lavee, 1985).....	207
VI.3.3 Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (Musitu, García, 2001).....	212
VI.3.4 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965, 1989).....	214
VI.3.5. Escala de Autoeficacia General (Babler, Schwarzer, y Jerusalem, 1979)	216
VI.4. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	218
VI.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE	219
VI.4.1.1. Depresión	219
VI.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	221
VI.4.2.1. Funcionamiento familiar	221
VI.4.2.2. Estilos de crianza parental.....	222
VI.4.2.3. Autoestima	224
VI.4.2.4. Autoeficacia percibida	226
VI.5 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO EMPLEADO	228
TERCERA PARTE: RESULTADOS.....	231
CAPITULO VII: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	232

VII.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	232
<i>VII.1.1. Depresión</i>	232
<i>VII.1.2. Funcionamiento Familiar: Adaptación y Cohesión</i>	236
<i>VII.1.3. Estilos de crianza parental</i>	238
<i>VII.1.4. Autoestima</i>	240
<i>VII.1.5. Autoeficacia</i>	241
VII.2. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS	242
<i>VII.2.1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN</i>	242
<i>VII.2.2. ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y DEPRESIÓN</i>	249
<i>VII.2.3. AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN</i>	256
<i>VII.2.4. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PERSONAL Y DEPRESIÓN</i>	258
VII.3. MODELO PREDICTIVO.....	259
CUARTA PARTE: DISCUSIÓN	262
CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	263
VIII.1. PERFIL DEL JOVEN DE LA MUESTRA.....	263
VIII.2 FACTORES DE RIESGO PROPIAMENTE DE LA INVESTIGACIÓN	265
<i>VIII.2.1 Funcionamiento Familiar</i>	265
<i>VIII.2.2 Autoestima y Autoeficacia</i>	270
<i>VIII.2.3. Depresión en jóvenes Chilenos</i>	272
VIII.3. FACTORES DE RIESGO Y DEPRESIÓN.....	274
<i>VIII.3.1 Funcionamiento Familiar y Depresión</i>	275
<i>VIII.3.2 Estilos de Crianza y la Depresión</i>	280
<i>VIII.3.3 Autoestima y Depresión</i>	284
<i>VIII.3.4. Autoeficacia y Depresión</i>	285
VIII.4. MODELO EXPLICATIVO Y PREDICTIVO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CHILENOS	287
QUINTA PARTE: CONCLUSIONES	289
CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES Y LIMITACIONES	290

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	297
ANEXOS.....	330
<i>N°1: Carta de Presentación a Padres</i>	<i>331</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación de los Factores de Riesgo Biológicos.....	38
Figura 2. Clasificación de los Factores de Riesgo Psicosociales	41
Figura 3. Factores Protectores	44
Figura 4. Características del pensamiento formal	54
Figura 5. Niveles de desarrollo de la identidad	58
Figura 6. Etapas del Razonamiento Moral	60
Figura 7. Síntomas de la Depresión infantil	94
Figura 8. Síntomas de Depresión por edades	94
Figura 10. Síntomas de un episodio depresivo mayor.....	97
Figura 11. Requisitos para el Diagnóstico de Depresión Mayor.....	98
Figura 12. Estudios sobre prevalencia de la Depresión en la población infantil general ...	100
Figura 13. Instrumentos de evaluación españoles o con adaptación española.	113
Figura 14. Principales características de las familias en la dimensión Cohesión.....	167
Figura 15. Principales características de las familias en la dimensión adaptabilidad.	169
Figura 16. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de Cohesión y flexibilidad.....	170
Figura18. Características de las ciudades seleccionadas para el estudio.....	188
Figura19. Grupos Socioeconómicos en SIMCE 2010.....	190
Figura 20. Características de los colegios seleccionados.	190
Figura 21. Relación entre Ciudad y Sexo.....	192
Figura22. Nivel de estudios de las madres	195
Figura 23. Ocupación de la madre.....	196
Figura 24. Nivel de escolaridad de los padres	197
Figura 25. Ocupación de los padres	198

Figura 26. Instrumentos de Medida Seleccionados	203
Figura 27. Funcionamiento Familiar	222
Figura 28. Modelo Bidimensional de Socialización y sus tipologías.....	224
Figura 29. Puntuaciones EAR	226
Figura 30. Frecuencia de Depresión en la muestra.....	233
Figura 31. Distribución de Depresión según el sexo de los evaluados.....	233
Figura 32. Distribución de Frecuencia de Autoestima	240
Figura 33. Distribución de Frecuencias de Expectativas de Autoeficacia Personal.....	241
Figura 34. ANOVA entre Puntajes de Depresión y Categoría Cohesión Familiar	245
Figura 35. ANOVA entre Puntajes de Depresión y Categoría de Adaptación Familiar	249
Figura 36. Correlación de Pearson entre prácticas maternas para la dimensión coerción/imposición y Depresión	250
Figura 37. Correlación de Pearson entre prácticas maternas para la dimensión aceptación/implicación y Depresión.....	251
Figura 38. Correlación de Pearson entre prácticas paternas para la dimensión Coerción/imposición.....	252
Figura 39. Correlación de Pearson entre prácticas paternas para la dimensión Aceptación/implicación	253
Figura 40. Correlación de Pearson entre Autoestima y Depresión en jóvenes.....	257
Figura 41. Correlación de Pearson entre expectativas de Autoeficacia personal y Depresión	259

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre ciudad y edad de los participantes	191
Tabla 2. Relación entre sexo y edad de los participantes.....	192
Tabla 3. Edad de Inicio o Menarquia*	193
Tabla 4. Relación Curso y Ciudad de los participantes	194
Tabla 5. Edad de las Madres	195
Tabla 6. Edad de los padres	197
Tabla 7. Número de Hermanos	199
Tabla 8. Estructura Familiar.....	199
Tabla 9. ¿Con quién viven?.....	200
Tabla 10. Apoyo Psicológico o Psiquiátrico recibido por el joven o algún miembro de su Familia	200
Tabla 11. Número de eventos estresantes ocurridos en el último año	201
Tabla 12. Relación entre edad y depresión	234
Tabla 13. Relación entre ciudad y Depresión	235
Tabla 14. ¿Con quién vives? y presentar Depresión.....	235
Tabla 15. Relación entre tipo de Cohesión familiar y Depresión	237

Tabla 16 . Relación entre tipo de adaptación familiar y Depresión	238
Tabla 17. Estilo de crianza de las madres	239
Tabla 18. Estilos de Crianza de los padres	239
Tabla 19. Distribución de Medias entre Depresión y Cohesión Familiar	243
Tabla 21. Análisis de las diferencias de medias y del Tamaño del efecto (<i>d</i>) entre sujetos con síntomas depresivos y no depresivos con relación al funcionamiento familiar.	246
Tabla 22. Distribución de Medias entre Depresión y Adaptación Familiar.....	247
Tabla 23.Prueba de comparaciones múltiples Scheffé para Adaptación familiar	248
Tabla 24. Análisis de las diferencias de medias de los Estilos de Socialización de las madres con sus puntuaciones en el CDI y el tamaño del efecto.....	255
Tabla 25. Análisis de las diferencias de medias y del tamaño del efecto de los Estilos de Socialización de los padres con sus puntuaciones en el CDI.	256
Tabla 26. Análisis de las diferencias de medias y del Tamaño del efecto (<i>d</i>) entre sujetos con síntomas depresivos y no depresivos.....	258
Tabla 27. Resumen del modelo Regresión Lineal	260
Tabla 28.Estimación de Parámetros de la Ecuación de Predicción o regresión lineal	261

INTRODUCCIÓN

El estudio de la depresión en niños jóvenes tiene una corta historia, de comienzos de los años setenta del siglo pasado, período en que la comunidad científica acepta que la patología depresiva puede ser desarrollada en los niños y jóvenes, a pesar de que los marcos explicativos del fenómeno aún no daban una respuesta clara a ésta. A partir de este momento comenzó una rápida proliferación de investigaciones y teorías explicativas, de las que en la actualidad es simple de recoger. Chile no ha quedado fuera de esto, sin embargo no es fácil encontrar una información sistematizada, sino más bien esfuerzos investigativos aislados que aún no se transforman en un cuerpo de conocimientos que permita tener claridad acerca de la situación de la depresión infanto-juvenil en Chile, tanto en relación a su prevención, detección y tratamiento.

Hoy en día hay un consenso acerca de la definición de la depresión, la última versión del Manual diagnóstico y estadístico (DSM IV-TR, 2000) sistematiza este estudio en el apartado de los desórdenes del ánimo, definido como trastorno cuya característica principal es la alteración del humor, que se pueden diferenciar en tres bloques distintos, Episodios Afectivos, Trastornos del Estado de Ánimo y otros Trastornos del Estado de Ánimo.

Dentro de los Trastornos del estado de ánimo se encuentran la Depresión Mayor y las Distimias. Este trabajo se basará en la Depresión Mayor en adolescentes, dado que la mayor cantidad de investigación en la actualidad acerca de la depresión en niños y jóvenes es referida a la Depresión Mayor y Distimias (Birmaher, Dahl, Perel, Williamson, Nelson, Stull, et al. ,1996; Polaino Lorente, 1995 ; Rende, Birmaher, Axelson, Strober, Gill, Valeri, et al., 1995).

Con respecto a estudios de prevalencia, MINSAL (2003, Ministerio de Salud Chile) ha estimado que el 17,5% de la población general sufría esta enfermedad, y aproximadamente al 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, constituyéndose en la segunda causa de discapacidad en mujeres (Calvin, 2001). En el caso de la población infanto-juvenil, el primer estudio de prevalencia de Salud Mental en Niños y jóvenes chilenos (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillan, Valdivia, y Khon, 2012), revelaron una incidencia de Depresión Mayor en un 5,9%, cifras más elevadas que las internacionales que hablan del orden de un 2% de Prevalencia (Gorenstein et al, 2005; Olsson y van Knorring, 1977).

Estudios en poblaciones no clínica en Chile, muestran cifras del orden del 12 al 20% de Depresión en adolescentes (Cova, et al. 2007; Cid, Díaz, Espíndola, 2005; Cumsille y Martínez, 1997; Galaz, López, Miranda, 2009; Rojas et al., 2012; Sepúlveda, Almonte, Valenzuela, y Avendaño, 2001), en cambio en otros países bordearía el 16%, por lo que nuestro país estaría presentando un porcentaje mayor de depresión que otros países (Aláez, 2000; Del Barrio, et al., 1997).

La adolescencia y la etapa de vejez, son los momentos en que se presenta una mayor probabilidad de desarrollar una depresión, siendo dos veces más frecuente en mujeres (Galicia, Sánchez, Robles, 2009).

Las consecuencias de sufrir una depresión en la infancia y adolescencia son desastrosas tanto para el adolescente como su familia, porque estos episodios, de una duración de alrededor de nueve meses, alteran el funcionamiento normal joven, y

aumentan su vulnerabilidad, pudiendo repetirse en el tiempo y cronificarse (Cicchetti y Toth, 1998; Cova, et al., 2006).

En este sentido, los adolescentes con depresión mayor afrontan un riesgo doble de sufrir depresión al llegar a adultos (Benitos, et al., 2000; Hankin y Mermelstein, y Roesch, 2007; Lewinsohn, Hopos, Roberts, Seeley, y Andrews, 1993). El 5.9% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses de los adultos), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento (Benjet, et al., 2004). Lewinsohn et al. (1993) en un estudio de seguimiento de un año pudieron determinar que en un 37,7%, los adolescentes depresivos, sufrían recaídas.

En Chile se estima que el 90% de los episodios depresivos mayores remiten al cabo de 1 a 2 años y 10% se prologan. Episodios tratados exitosamente experimentan una recaída de un 40 a 60%. En seguimiento se observa que la depresión persiste con los años, de 1 a 2 años de remisión en un 20 a 60% y un 70% después de 5 años. Un 20 a 40% de los niños o adolescentes que han tenido un trastorno depresivo pueden desarrollar un trastorno bipolar dentro de los próximos 5 años (Almonte, Montt y Correa, 2009).

Por todo lo anterior resulta relevante estudiar este tema en Chile, ya que tenemos una cifra de incidencia mayor que en otros países y según OMS la depresión en el año 2020 se constituirá en el principal problema de Salud Mental en el mundo, con los costos económicos que esto significará. Por tanto es urgente poder entender mejor esta enfermedad con el fin de prevenir y crear tratamientos eficaces.

La presencia de la depresión se ha explicado a través de factores causales, aunque hoy en día se habla de que es un fenómeno multicausal. En este fenómeno participarían factores *genéticos*, como ser hijo de madre depresiva que aumentaría al doble la probabilidad de presentar una depresión; factores *biológicos*, como el descenso en la dopamina, noradrenalina y serotonina; *personales*, como poseer una baja imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración; factores *escolares* como: la falta de logros académicos, descenso en las notas de asignaturas como matemáticas; factores *sociales* y *familiares*, que se relacionan con alteraciones en las relaciones familiares saludables y en la interacción social (Leyva-Jimenez, et al., 2006).

Se han distinguido una serie de mecanismos o factores de riesgo y protectores con respecto a esta enfermedad. Estos factores son dinámicos, y pueden variar de contexto en contexto, e incluso pueden ser un riesgo en determinados momentos y un factor protector en otros. Sobre la base de estos mecanismos, esta investigación pretende indagar sobre los factores de riesgo, en el área familiar y personal, descritos por la literatura e investigación contemporánea como facilitadores de la depresión Infanto-Juvenil. Dado que son muchos los factores de riesgo se eligió un grupo pequeño de ellos, que la literatura revisada mostró como relevantes, sin duda quedan muchos más por investigar.

Dentro de los factores de riesgo a investigar se encuentra, el entorno familiar, el que se constituye en un factor crucial para la vida de los jóvenes, siendo los padres una de las principales influencias y apoyos en este período de cambios. Se ha tendido a relacionar este factor al desarrollo de depresión, es así que el clima familiar, estilos de crianza,

comunicación, percepción de grados de conflicto, cercanía y afecto, entre otros, son factores de riesgo de presentar un trastorno en la línea de los afectos. Más específicamente, los problemas de comunicación entre padres e hijos, la percepción de alta conflictividad y hostilidad entre padres e hijos, bajo sentimiento de afecto y cercanía, alta autoridad paterna, se han tendido a relacionar con conflictos y desarrollo de depresión en jóvenes (Darling y Steinberg, 1993; Dobrianskyj y cols, 2003, 2004; Martínez y García, 2007; Oliva y cols, 2007; Vallejo y cols, 2008).

En el ámbito de la interacción familiar, dentro de los factores que más frecuentemente se tiende a relacionar con los adolescentes deprimidos son: el funcionamiento familiar y los estilos de crianza parental, constatándose en el caso de este último en múltiples investigaciones, que los padres autoritarios o permisivos, tienden a favorecer el desarrollo de una depresión en sus hijos (Darling y Steinberg, 1993; Lamborn, et al., 1991; Dómenech, Donovan, Crowley, 2009; Gracia, Fuentes, García, 2010; García y Gracia, 2009, Halgunseth, Ispa, Rudy, 2006; Leiva-Jiménez, et al., 2006; Martínez, García, 2007; Sheeber, et al., 2007; Musitu y García, 2001; Richaud de Minzi, 2005; Steinberg y Sheffield, 2001; Steinberg, et al., 1994;). En el caso del funcionamiento familiar, entendido como la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, se constataron en los jóvenes depresivos, familias con pobre niveles de adaptación a cambios y pobremente relacionados entre sus miembros (Leiva-Jiménez, et al., 2006; Mendoza-Solis y cols., 2006; Schmidt, 2001).

En el ámbito personal, se escogió trabajar con la Autoestima, ya que se ha visto una estrecha relación entre la baja Autoestima y Depresión, entendiéndose el concepto de sí mismo como la percepción del sujeto acerca de sí mismo y que se ha considerado como un

importante correlato del bienestar personal y de ajuste social de las personas. Un bajo concepto de sí mismo, no permite un buen manejo del estrés, evitación de ansiedad y de los estados afectivos, tendiéndose a asociar a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgo, pesimismo, soledad, y particularmente se ha asociado en forma inversa a cuadros como la depresión (Aguirre y Vauro, 2009; Galambos, Barker, Krahn, 2006, Luszczynska, Gutiérrez-Doña, Schwarzer, 2005; Garaigordobil, Pérez, Mozas, 2008; Martín-Albo, et al., 2007; Góngora y Casullo, 2009; Olivari, Barra, 2005; Rojas-Barahona, Zegers, Forster, 2009; Rosenberg, 1989; Vásquez, García y Vásquez, 2004).

También en el ámbito de lo personal, otra variable que se incorporó a esta investigación ya que se ha tendido a relacionar con la depresión, es la percepción de autoeficacia personal, es decir, la creencia de las personas acerca de la capacidad de ejecutar una acción específica, para enfrentarse a tareas propias y al estrés, relacionándose con buena salud, alto logro, y buena integración social, y en una relación inversa con la Depresión (Acosta, et al., 2004; Aguirre y Vauro, 2009; Barriga, 2008; Avendaño y Barra, 2008; Blanco, 2010; Brenlla, et al., 2010; Carrasco y Del Barrio, 2002; Bandura, et al., 1999; Crainghead, et al., 1995; Cid, Orellana, Barriga, 2010; Luszczynska, Gutiérrez-Doña, Schwarzer, 2005; Luszczynska, Scholz, Schwarzer, 2005; Olivari y Barra, 2005; Sholz, et al., 2002).

Frente a estas variables se intentó el desafío de crear un Modelo explicativo de la depresión de los adolescentes chilenos en base a las variables familiares y personales antes

mencionadas. Para lo cual se diseñó un marco empírico que permitiese responder a las preguntas e hipótesis de investigación.

Lográndose desarrollar un modelo explicativo y predictivo de la Depresión en adolescentes chilenos, el cual fue explicado con más peso por el estilo coercitivo/impositivo de las madres, donde a mayor coerción mayor probabilidad de presentar Depresión, la Autoestima fue la segunda variable que mejor explicó el modelo, donde a menor Autoestima mayor Depresión, como tercer factor se encontró el estilo de funcionamiento familiar de familias no relacionadas, donde a menor Cohesión mayor Depresión y por último, la percepción de Autoeficacia tuvo un peso explicativo en la Depresión ya que a menor percepción de Autoeficacia mayor Depresión. Estos resultados indudablemente son un gran aporte al entendimiento de la depresión en los adolescentes chilenos, mediante el cual se podrán crear programas preventivos, informativos y terapias más eficientes dirigidas a trabajar sobre estas variables.

Primera Parte: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

I.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

La preocupación por entender la conducta anormal del hombre se ha manifestado desde las épocas más remotas de la historia, sin embargo en el caso de los niños esta comprensión es reciente, puesto que hasta hace poco tiempo, el niño había sido ignorado en sus peculiaridades, en sus potencialidades y carencias y por lo mismo marginado de los esfuerzos comprensivos y terapéuticos. Por largos períodos había sido considerado menos que un ser humano, visto como un objeto productivo sin derecho a desarrollar sus potencialidades, ni de tener el apoyo necesario para afrontar sus carencias y disfuncionalidades evolutivas (Carter, Briggs-Gowan, y Orstein, 2004; Mènèchal, 1998; Garanto, 1993).

Doménech y Corbella (1997), hacen una revisión histórica de la psicopatología infanto-juvenil, dividiendo su evolución en cuatro etapas bien delimitadas, ***período de datos aislados*** (anterior al 1800), ***período de formación de la especialidad*** (1800 a 1880), ***período de consolidación*** (1880 a 1920), y ***antecedentes inmediatos*** (1920 a la actualidad).

El período de ***datos aislados*** (anterior al 1800) se caracteriza por ser una etapa en que se encuentran antecedentes de la existencia de algunos conocimientos sobre la psicopatología y la explicación de ésta, pero no constituyen ningún cuerpo doctrinal. En un primer momento estas ideas o explicaciones estaban relacionadas con ideas mágicas y

religiosas, donde las perturbaciones, eran originadas por un ser maléfico que habitaba dentro de la persona, un espíritu maligno, o agente misterioso capaz de influir en la conducta humana anómala o desviada (Mesa, 1986). El enfermo mental en este período era rechazado, perseguido, abandonado o encarcelado (Garanto, 1993).

Poco a poco, con los griegos, estas ideas dieron paso a una concepción más naturalista acerca de la Salud Mental, rechazan las ideas demonológicas, y plantean que tanto para las enfermedades mentales como físicas el origen está en las causas naturales, por lo que deben las tratan como cualquier otro malestar (Mesa, 1986).

Pese a estos avances en el pensamiento antiguo acerca de la enfermedad mental, en la Edad Media con el Cristianismo, se dejan de lado estas ideas naturalistas, y se retoman la explicaciones demoniacas del enfermo mental, donde es considerado como un “poseso”, pudiendo ser esta posesión diabólica de dos tipos: involuntaria producida como castigo a los pecadores, o voluntaria por un pacto con el demonio; para tratarlo era necesario de un exorcismo o algún tipo de tortura física (Mesa, 1986). Los niños en los primeros momentos del cristianismo eran considerados malvados hereditarios y constitucionales, poseídos, y depositarios del pecado original, capaces de todas las perversiones y desviaciones, razón por la que había que enderezarlos enseguida y hacerles salir cuanto antes de ese estado indeseable que era la infancia. El trato que recibían era igual al de los adultos dementes, eran mirados con miedo porque se creían poseídos (Garanto, 1993).

A pesar de esto, bajo la influencia de la iglesia Católica en el siglo XII se comienza a dar una valoración social a la infancia, considerándose un gravísimo pecado el infanticidio,

creándose leyes que permitían golpear y maltratarlos pero no matarlos, como también se observan algunas actitudes más humanitarias hacia el enfermo mental, creándose los primeros hospitales para enfermos y deficientes mentales. Los hospitales mentales más antiguos en la cultura Occidental son los de Saint Gall (año 850), el hospital de Bethlem en Londres en el año 1247 y el del padre Jofré quien funda en el siglo XV el Hospital de los Desposeídos de Valencia (Mesa, 1986).

Con el pasar de los siglos, poco a poco se comienza a producir un rechazo a las ideas demonológicas y se sustituyen por ideas naturalistas y racionales, en este sentido aportes aislados pero importantes son por ejemplo, los aportes de Johan Weyer quien publicó en el siglo XVI un libro donde afirma que los enfermos mentales no son brujos y que se ha cometido un grave error en el trato que se les ha dado, en él hace una cuidadosa descripción de la enfermedad mental, considerándosele a menudo como el fundador de la psiquiatría moderna (González, 1997).

La locura adquiere carácter de enfermedad, se comienza a hacer hincapié en la dignidad de enfermo mental, se crean hospitales para enfermos mentales, albergues para huérfanos, como también se crean nuevas formas de tratamiento y educación hacia los niños, en las que se incluye un mejor cuidado y atención individualizada de acuerdo a sus necesidades y características, pudiéndose en este sentido mencionar, las aportaciones de Huarte de San Juan (1557) o Juan Luís Vives.

En cuanto a los textos españoles de los siglos XVI y XVII, las referencias a psicopatología infanto-juvenil se centra en temas como el insomnio, terrores nocturnos y la epilepsia infantil, en este último tema cabe destacar el libro "*Liber de affectionibus*

puerorum” de Francisco Pérez Cascales, donde se dedica un amplio espacio a la epilepsia en que da explicaciones psicopatológicas de la misma (Doménech, et al., 1997).

El siguiente es el de *período de formación de la especialidad* (1800 a 1880), que comienza con la Revolución Francesa, etapa en la cual se produce un cambio en la mirada de los enfermos mentales, comienza una reforma “Movimiento Humanitario”, orientado a recuperar al enfermo mental. El representante de este movimiento fue Philippe Pinel, quien se hace cargo del Hospital de Bicêtre (1793) y libera a los locos de las cadenas, plantea que los asilos deben ser lugares terapéuticos y crea el tratamiento moral de la locura, que consistía en darle a los enfermos un trato digno, cariñoso, y con una buena atención física. Además introduce un enfoque científico a los trastornos mentales, define cinco tipos de trastornos mentales y reconoce la importancia de los factores psicológicos y emocionales en la etiología de la mayoría de las enfermedades mentales.

Este cambio beneficia la mirada hacia los niños, apareciendo una preocupación por los niños enfermos mentales, a pesar de que el desarrollo de la psicopatología infanto-juvenil va a ser aún pobre, no se sabe cómo curar a los niños, pero el interés creado hacia ellos hace por primera vez que se desarrollen servicios de Salud Mental para niños, independientes de los centros de Salud Mental de los adultos. Los primeros centros, ya propiamente psiquiátricos infantiles, se crearon en Francia en la Salpêtrière y Bicêtre, centros que albergaron niños idiotas y epilépticos, creándose también escuelas para los niños ingresados (Doménech, et al., 1997).

A pesar de que el desarrollo científico en este período es lento, en los escritos de la época se encuentran temas de la psicopatología infanto-juvenil. Dentro de los contenidos frecuentes está la epilepsia, manía y melancolía infantil y la deficiencia mental, referida a la educación de los niños deficientes como también a los orígenes de la enfermedad (Doménech, et al., 1997).

De esta revisión surgen dos posturas acerca del origen de la enfermedad mental: *la orgánica y la psicológica*, que no se podrán resolver del todo hasta ahora. La orgánica que plantea que los trastornos mentales son una enfermedad y hay que descubrir qué órgano o proceso no está funcionando, dentro de sus representantes se encuentra Kraepelin (1856-1926). Y la postura psicológica, que se basa en que no hay que entender la enfermedad mental sino al enfermo, el objetivo aquí es comprender las motivaciones aparentemente incomprensibles e inexplicables de los desórdenes mentales, las enfermedades mentales podrán ser causadas por experiencias y factores ambientales, de aquí surgen las posteriores líneas intrapsíquicas y conductistas, iniciadas por Freud (1905) y Pavlov (1904) respectivamente.

El *período de consolidación* (1880 a 1920) y de *antecedentes más actuales*, es la etapa de fortalecimiento de la Psicopatología infanto-juvenil. Esta se desarrolla en un período corto en el cual se aprecia mayor número de publicaciones, textos específicos y la diversificación de los temas a estudiar. El logro de la consolidación de la psicopatología infanto-juvenil se produce gracias a los aportes científicos, entre ellos, el desarrollo de la psicometría, las aportaciones teóricas principalmente del psicoanálisis y los avances en la psicología infantil.

Con respecto a la psicometría, ésta se produce dada la preocupación por controlar con más rigor el nivel madurativo de los niños afectados de alguna deficiencia o carencia lo que permitió tener datos útiles para el diagnóstico clínico. Este movimiento se encuentra a finales del siglo pasado con la obra de Galton (1822-1911), Catell (1860-1911) quien introdujo la palabra “*test mental*”, Mustetenberg que en 1891 presenta una batería de catorce test para primaria, Binet (1905) con la creación de un test de inteligencia, el Binet-Simon, que distingue edad mental de la edad cronológica y Terman que introduce el término de coeficiente intelectual. Extendiéndose el movimiento psicométrico a otras áreas del comportamiento infantil, como efectivo, social, educativo (Doménech, et al., 1997; Garanto, 1993).

En cuanto a las influencias de algunas teorías psicológicas, el psicoanálisis liderado por S. Freud, que a pesar de que no se preocupa directamente de estudiar a los niños, plantea que la patología adulta se debe a los problemas de la infancia. Para esto desarrolla su teoría sexual (1905) en el cual plantea el desarrollo psicosexual, y establece diferentes estadios cuya resolución impactará en la aparición de las alteraciones psicológicas. Con estas ideas Freud le da un importante rol a la familia en el desarrollo de los problemas psicológicos.

Pero es la hija de Freud, Ana, quien inicia el movimiento psicoanalítico infantil, y plantea que los trastornos psicológicos de los niños son perturbaciones del proceso del desarrollo, establece una clara diferencia entre la patología del niño y de los adultos, porque entiende que existe una diferencia cualitativa entre ellos. Luego vendrán aportaciones de

Melanie Klein, y Spitz, quien es especialmente conocido por sus estudios de privación infantil y la Depresión anaclítica. El psicoanálisis tendrá una gran influencia en más de la mitad del siglo XX y a él le debemos el desarrollo de planteamientos teóricos, terapéuticos, y técnicas de evaluación diagnósticas (González, 1997).

Otra importante influencia teórica, que se desarrolla en Estados Unidos en paralelo al psicoanálisis, es el conductismo, fundado por Watson (1930) quien basado en los trabajos del ruso Pavlov acerca de los reflejos condicionados, sustenta una Teoría del Aprendizaje, cuyo principio básico es que los trastornos psicológicos son producto de la interacción del sujeto con el ambiente. El sujeto aprendería a través del condicionamiento a responder a diferentes situaciones. La infancia sería el período fundamental en el que se producen los aprendizajes más básicos y duraderos. Un aporte importante de Watson a la psicopatología infanto-juvenil fueron sus trabajos acerca del condicionamiento de los miedos en niños pequeños.

Muy importante también fueron los estudios acerca del desarrollo normal del niño, el desarrollo evolutivo, ya que permitió distinguir entre las conductas esperables, “normales” y las patológicas. Entre los autores destacados en estas líneas se encuentran los trabajos de Piaget y su colaboradora Inhelder (1969) en Ginebra. Inhelder quien de manera especial se preocupa de la inteligencia de los niños con deficiencia mental, y Piaget (1979) quien desarrolla una teoría en el ámbito de la psicología evolutiva, “*Teoría de los Estadios del Desarrollo Cognitivo del Niño*”.

En esta revisión de la historia de la Psicopatología infanto-juvenil, no se puede dejar fuera a Leo Kanner (entre los años 40 y 50) quien escribe “Psiquiatría Infantil”, libro de

consulta por generaciones sucesivas de psiquiatras y psicólogos infantiles (Doménech, et al., 1997).

Como se puede ver en esta breve revisión acerca de la formación de la Psicopatología infanto-juvenil, el malestar psíquico en los niños no fue un tema de relevancia en la antigüedad, pero poco a poco ha ido tomando el lugar de importancia que se merece, como dice Rodríguez-Sacristán (1995): “la enfermedad psíquica en la infancia posee una relevancia especial, puesto que implica hipotecar el futuro personal del individuo, a veces de manera definitiva, hecho que puede hacer sufrir más que la muerte” (p. 29).

I.2. CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

La Psicopatología estudia las llamadas enfermedades o trastornos mentales, que son conductas indeseables y desorganizadas que manifiestan muchas personas de nuestro entorno, y que no pueden ser explicadas por la maduración, desarrollo, ni por el aprendizaje del individuo. Siendo el objetivo descubrir las leyes que regulan la conducta anormal y/o patológica, con el fin de realizar una detección precoz de las enfermedades mentales, prevenirlas y crear tratamientos eficaces, todo esto sobre una rigurosa base científica (Ezpeleta, 2005; Pennington y Cicchetti, 2005).

Cada vez se ve con mayor claridad que no pueden extrapolarse los modelos adultos para la comprensión de los problemas de los niños, dado que los niños en desarrollo representan una población singular para las cuales existen consideraciones distintas con

respecto a la clasificación, la evaluación y tratamiento (Caballo y Simón, 2005; Soufre y Rutter, 1984).

Por esto en esta revisión nos basaremos en el estudio de la Psicopatología infanto-juvenil desde el modelo comprensivo de la Psicología del Desarrollo. La Psicología del Desarrollo, define el desarrollo a partir de cambios y reorganizaciones en un contexto de cierta continuidad, siendo en este contexto, la Psicopatología, el resultado de una respuesta anormal frente a estresores o factores de riesgo, que provocarían alteraciones en las respuestas normales. Estas alteraciones aparecen principalmente en ciertas etapas sensibles del individuo, como son los períodos de transiciones evolutivas, por lo cual, las tareas centrales del período del desarrollo del niño se lograrían de una manera perturbada dado que se produjo una alteración en algún momento de éste y ésta se integró al continuo evolutivo del niño (Ezpeleta, 2005; Cichetti y Toth ,1998).

Cichetti y Toth (1998) plantean con respecto a la configuración de la psicopatología que, en cada estadio del desarrollo el niño es confrontado con nuevos cambios (que implican metas del desarrollo), la calidad de la resolución de estas tareas influye en cómo se irán incorporando en el sistema psicológico y biológico, y cómo, ocurrirá la reorganización en el sistema. Una resolución inadecuada de una meta de desarrollo se integra y se reorganiza, pero resulta en una disminución de la probabilidad de lograr la adaptación positiva para posteriores demandas del desarrollo. En este sentido el curso del desarrollo está marcado por una considerable variedad de resultados, por lo que se espera una diversidad de patrones de desarrollo.

El carácter de estas reorganizaciones se encuentran determinados por diversos factores que influyen en distintos niveles de análisis (como por ejemplo: genético, constitucional, fisiológico, conductual, psicológico, ambiental y sociológico) los que estarían en transacción dinámica mutua. Estos factores son los mecanismos de riesgo, que son ciertas situaciones que, de manera consistente, facilitan o alteran el desarrollo normal (Cicchetti y Toth, 1998; Lemos, 2004; Ollendick y Hersen, 1998).

CAPÍTULO II: PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL Y LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

A pesar de que las circunstancias que pueden asociarse al desarrollo de la Psicopatología infanto-juvenil pueden variar de persona en persona, existirían ciertas situaciones que, de manera consistente se identifican con diversos trastornos psicopatológicos en los niños y adolescentes. Estas son los llamados **Factores**, y pueden influir en que una persona desarrolle una psicopatología o pueden protegerla para que no la desarrolle. (Erickson, 1998; Lemos, 2004; Ezpeleta, 2005).

Estos factores pueden ser de dos tipos: **factores de riesgo** y **factores de protección**, los cuales están estrechamente ligados y se tienden a confundir sus efectos. Los **factores de riesgo** son aquellos que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno; en cambio, los **factores protectores**, son los que disminuyen la probabilidad de que aparezca el trastorno o que se dé un resultado negativo ante una determinada adversidad (Ezpeleta, 2005).

El funcionamiento tanto de los factores de riesgo como de protección, es complejo y no actúa una sola variable, sino que se explican a través de intrincados modelos que incluyen múltiples ámbitos interconectados, factores dinámicos, que además aparecen en determinados momentos de estrés para el niño. Además un mismo factor puede aparecer en determinados contextos como de riesgo y en otros como protector (Lemos, 2004).

Los factores pueden ser específicos a un determinado trastorno (lo que ocurre con poca frecuencia), compartidos por unos cuantos trastornos o comunes a casi todos ellos, es decir genéricos (Pennington, et al., 2005). Además, los trastornos muchas veces coexisten en los individuos (comorbilidad), por lo que resulta aún más difícil tener una comprensión de los factores que se relacionan con cada uno por separado.

Tradicionalmente los modelos explicativos de la Psicopatología se centraban en explicaciones directas, a partir de factores de naturaleza biológica, intrapsíquica o ambiental, pero en la actualidad es necesario desarrollar una visión multifacética de los factores etiológicos, y examinar la suma y los efectos interactivos de múltiples factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes, puesto que una conducta puede tener muchas causas o varias combinaciones de causas. Dándose poco a poco una tendencia a crear modelos integrados biopsicosociales, que explican los cambios a través de la interacción de los distintos factores o modelos transaccionales, que describen el problema como un desajuste entre las necesidades del niño o adolescente y las oportunidades que le ofrece el ambiente (Erickson, 1998; Lemos, 2004; Pennington, et al., 2005).

II.1. FACTORES DE RIESGO

El riesgo puede definirse, en términos generales, como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. Siendo el objetivo de las intervenciones preventivas el contrarrestar el efecto de los factores de riesgo y potenciar los factores de protección (Ezpeleta, 2005; Lemos, 2004)

Generar hipótesis explicativas sobre la etiología de un trastorno infantil no es fácil ya que para la construcción de los perfiles de riesgo existirían ciertos sesgos al momento de investigar, como por ejemplo la representatividad de la muestra que puede limitar la generalización, la fuente de donde se obtiene la información (padre, niño, o escuela) lo que hace que ésta varíe y el momento en que se realiza la evaluación, ya que los factores de riesgo pueden cambiar en el tiempo (Ezpeleta, 2005; Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

Los factores de riesgo se tienden a diferenciar en dos grupos, *los factores de riesgo asociados y los factores de riesgo causales*. Los factores asociados, son aquellos que reflejan cualquier tipo de asociación entre variables sin especificar ninguna dirección en la relación, en este sentido el factor de riesgo, sería un factor asociado que precede al resultado. Los factores de riesgo causales, son los factores de riesgo que pueden ser manipulados y al ser manipulados modifican el riesgo de la respuesta. En la mayoría de los casos los factores de riesgo no son causales (Ezpeleta, 2005; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer, 2001).

En algunos casos la etiqueta de factor de riesgo es arbitraria, puesto que muchos factores de riesgo se confunden, o se relacionan con otros factores de riesgo. En este

sentido, en muchos casos, presentar un factor de riesgo aumenta la probabilidad de presentar otros factores de riesgo adicionales, por esto es frecuente encontrar en la naturaleza factores de riesgo encadenados (Becoña, 2006; Kraemer, et al., 2001).

En este sentido, las variables de riesgo se diferencian entre *sí por el grado en que actúan directamente sobre el niño o joven*, siendo consideradas dentro de un continuo. Se considerarían *próximas*, aquellas que actúan directamente sobre el niño, como por ejemplo cariño paterno, prácticas educativas parentales, *intermedias (mediadoras)* como por ejemplo creencias y valores parentales y *las distales* como educación familiar, ocupación y características del vecindario, estas dos últimas no inciden directamente sobre el niño sino que sus efectos están mediatizados por otras variables más próximas. Por tanto las cadenas causales estarían compuestas por *variables próximas, distales y mediadoras*. Un problema en esta cadena puede comenzar con una variable distal, que actúa a través de unas consecuencias (variables mediadoras) que, finalmente inciden sobre el niño por medio de variables próximas, ahora no siempre una variable distal por grave que sea se transforma en un problema para el niño, ya que puede no actuar, existiendo también factores moderadores que modifican la magnitud del efecto de una variable sobre la otra (Ezpeleta, 2005; Lemos, 2004).

Los estudios epidemiológicos confirman la idea de que la Psicopatología infanto-juvenil sigue una pauta evolutiva, por lo que los factores de riesgo específicos, pueden dar lugar a diferentes dificultades conductuales en cada uno de los distintos momentos del proceso evolutivo y contextos. Así se experimentarán los mismos sucesos estresantes de forma distinta dependiendo del nivel de funcionamiento en todos los ámbitos del desarrollo psicológico y biológico, de este modo diversos problemas tendrán diferentes significados

para una persona dependiendo tanto de la naturaleza de la experiencia como del momento en que ocurren (Alaéz, et al., 1998; Becoña, 2006; Cicchetti, et al., 1998; Lemos, 2004).

Se han descrito diversos factores de riesgo relacionados con la psicopatología infanto-juvenil, que para objeto de esta revisión se dividirán en dos grandes categorías: factores *de riesgos biológicos* y *factores de riesgo psicosociales*, los que se presentan con más detalles en las Figuras 1 y 2 respectivamente.

<p>CAUSAS GENÉTICAS</p>	<p>Alteraciones cromosómicas, las que no son fáciles de identificar, ya que muchas de ellas no terminan en el nacimiento del niño. Los defectos cromosómicos han sido identificados en el 2,5% de los niños nacidos. En los niños que han tenido alteración del cromosoma sexual se ha visto una relación con posteriores problemas en el desarrollo, aprendizaje y conducta. También se han visto esto problemas con relación a las alteraciones metabólicas.</p> <p>Los desórdenes genéticos contribuyen fuertemente a las alteraciones del neuro desarrollo como la determinación del CI (entre ellos ADHD, autismo, Tourette, dificultades de aprendizaje y temprana esquizofrenia). Los factores genéticos pueden alterar la exposición a, y el impacto de la adversidad ambiental. Se habla de que el daño temprano lleva a diferentes consecuencias tardías no específicas, siendo fundamental la influencia medioambiental (Rowe, Simonoff, Silberg, 2007; Plomin, 2005).</p>
<p>CAUSAS PRENATALES</p>	<p>En general se reconoce que los niños son más vulnerables durante el primer trimestre de gestación, por lo que alteraciones en este período se transforman en importantes factores de riesgos.</p> <p>Influencias tóxicas en el embarazo, producidas por: Alcohol: produce el llamado Síndrome Fetal Alcohólico, es una de las comunes causas de discapacidad generalizada del aprendizaje. La discapacidad está relacionada con el grado de alcohol tomado durante el embarazo. Cigarrillo: se revisó la asociación con ADHD y desórdenes de conducta. También se ha asociado el cigarrillo a adversidad social y rasgos de personalidad de los padres que pueden influir en problemas de conducta de sus hijos (Taylor, et al., 2005). Uso de Cocaína por parte de la madre: asociado con síndrome de abstinencia fetal, abortos y bajo crecimiento fetal. Es difícil ver la relación directa porque no es posible calcular la cantidad de droga consumida, generalmente es cuatro veces más de lo que los padres reportan. Pero sí se asocia a problemas sociales y psicológicos ya que estos son los que afectan a los padres consumidores. En los niños con estas características se asocian problemas de irritabilidad y desarrollo motor bajo. Medicinas durante el embarazo: Por ejemplo Talidominia se relaciona con rasgos autistas, siendo como punto crítico la exposición de ella entre 20-24 días de gestación (Taylor, et al., 2005). En el caso de las drogas depende mucho del período de gestación donde se apliquen su dependencia con problemas futuros. Pero en general la investigación no se hace con humanos, por lo que no se conocen bien los efectos en los humanos. El uso de</p>

	<p>de drogas psicotrópicas no se conoce bien, adicción a narcóticos aumenta el riesgo de complicaciones, los niños tienen problemas perinatales, daños de interacción y problemas de control conductual durante la infancia, y déficit cognitivos y psicomotores y la madre puede transmitir la adicción al bebé.</p> <p>Sustancias químicas durante el embarazo, el Plomo, existiría una relación con bajo CI, tanto si la exposición es durante el embarazo o durante la infancia, o sea tiene efectos cognitivos. Mercurio durante el embarazo e infancia provoca un desarrollo anormal del cerebro y posteriores problemas de aprendizaje en la infancia aunque sea con dosis bajas. Pesticidas provoca daños en el cerebro, sobre todo si es en un período temprano del embarazo.</p> <p>Causas Infecciosas, los virus y las bacterias pueden ser transmitidos de la madre al bebé, como la rubéola, paperas, sarampión, que de acuerdo al momento de embarazo que se contagie puede producir diversos daños en el feto, hasta aborto espontáneo. SIDA aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle síntomas de la enfermedad. La toxoplasmosis que no es dañina en los adultos pero sí en los fetos, pudiendo producir hidrocefalia, retardo mental.</p> <p>Deficiencia de nutrientes como, yodo que se relaciona con bajo CI, hipotiroidismo en las madres embarazadas no tratado afecta la ejecución en los test de inteligencia, atención, lenguaje, habilidades viso-motoras. Deficiencia de Zinc, no hay estudios concluyentes. Deficiencias en Hierro se asocia con bajo CI en la escuela. Deficiencia en ácidos grasos esenciales, puede provocar ADHD. Deficiencias vitamínicas, se ha visto alguna relación pero no está comprobada. Las toxemias, pre eclampsia y eclampsia puede provocar daños en el cerebro del bebé, dado que la hipertensión que altera el oxígeno de la placenta, lo que provoca un bajo crecimiento fetal. La diabetes que puede provocar prematuros en el nacimiento.</p> <p>La mala nutrición es probablemente la más común de los problemas tempranos, y no siempre se puede revertir con mejorar la nutrición posterior, produciéndose cambios mentales, la duración de la deprivación es un buen indicador de la severidad del problema. Al revisar la historia de nutrición de la madre no basta hacerlo durante el embarazo, sino toda su historia nutricional, por ejemplo la nutrición adolescente es un importante factor ya que muchas veces la mala nutrición continúa en la adultez. Estudios genéticos muestran que mala nutrición puede llevar a desarrollar diferencias en sus rasgos genéticos. Los niños mal nutridos en el útero presentan pobre comprensión verbal y de habilidades de lenguaje expresivo y también presenta problemas de inteligencia. La obesidad de la madre ha sido asociada con un aumento en la mortalidad y de alto riesgo de otros problemas físicos en el bebé.</p>
CAUSAS PERINATALES	<p>También es fundamental observar lo que ocurre durante el nacimiento o lo que se desencadena ahí. Se asocian estos problemas a resultados escolares como problemas de aprendizaje. Entre los problemas que se pueden mencionar:</p> <p>Anoxia: la falta de oxígeno daña el cerebro, siendo menos resistentes a la falta de oxígeno, el córtex y cerebelo, esto se asocia a daños en la inteligencia, estatus neurológico, funcionamiento de la personalidad, y problemas motores.</p> <p>Prematuridad y postmadurez, los niños prematuros tienden a presentar pobreza psicomotora y de las habilidades sociales, resultados académicos pobres, problemas de conducta y atención (Eiser, Eiser, Myhew, y Gibson, 2005).</p> <p>Posición de la cabeza durante el parto o uso de fórceps pueden producir daños si no se detecta o usa con precaución el fórceps (Erickson, 1998).</p>
CAUSAS POSTNATALES	<p>Mala Nutrición: Falta de nutrición adecuada se asocia a detrimento en el desarrollo del cerebro, retardo del crecimiento físico. Se ha visto baja en el CI. Estos se asocian también a factores sociales y familiares de riesgo que potencian este</p>

	<p>problema, pero este déficit cognitivos puede mejorarse con estimulación y mejor alimentación. (Erickson, 1998)</p> <p>Enfermedades: Diversas enfermedades producen daños al cerebro como Meningitis puede provocar desajustes en el funcionamiento intelectual y cambios conductuales. Encefalitis que puede provocar daño físico como mental. (Erickson, 1998). Aláez et al. (1998), observó en su estudio que en general la muestra clínica, presentó un número más alto de problemas de salud, siendo las mujeres quienes presentaron mayores tasas de algias, mientras que los varones, de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas y mayor uso de medicamentos.</p> <p>Minusvalías constitucionales: como discapacidades sensoriales, déficit en lenguaje, minusvalías orgánicas, y desequilibrio neuroquímico pueden ser factores provocadores de psicopatología también (Lemos, 2004; Carter, et al., 2004).</p> <p>Inteligencia: La baja capacidad intelectual incrementa de manera sustancial el riesgo de alteración psiquiátrica (Lemos, 2004; Rende, et al, 1995).</p>
--	--

Figura 1. Clasificación de los Factores de Riesgo Biológicos

Fuente: Rutter, Moffitt, y Caspi, 2006; Taylor y Warner, 2005; Erickson, 1998.

<p>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONTEXTUALES</p>	<p>Género: los varones son biológicamente más vulnerables que las niñas y esto puede tener una base genética. Muchos estudios muestran que los niños tienen más problemas de conducta que las chicas. Durante la infancia los niños también se muestran más agresivos. (Erickson, 1998, Bragado, et al., 1999). En general las niñas tienden a presentar más problemas emocionales o internalizados en tanto que los niños tienen más problemas externalizados (Cova y Magnato, 2005; Marsh y Graham, 2005; Aláez, et al., 1998; Rodríguez- Sacristán, 1995).</p> <p>Edad del niño: Los problemas en general se reconocen en la edad escolar, lo que no significa que aparezcan ahí. Se tendía a pensar que los problemas de conducta eran inestables en el tiempo pero ahora se han encontrado patrones estables que varían sus características con la edad (Taylor 2005; Rodríguez- Sacristán, 1995). Los trastornos de conducta y los de eliminación ocurren con mayor frecuencia entre los varones más jóvenes, mientras los trastornos emocionales (ansiedad, Depresión) tienden a predominar entre las mujeres, especialmente durante la adolescencia (Bragado, et al., 1999). Los adolescentes presentan sólo un ligero aumento de trastornos psiquiátricos con respecto a los niños mayores, con tasas más elevadas principalmente en las áreas de Depresión y conductas antisociales. (Marsh y Graham, 2005; Rodríguez- Sacristán, 1995).</p> <p>Estatus Socio-económico: bajo nivel socioeconómico se ha asociado con altos problemas de conducta pero que se relacionan a otros factores etiológicos que implican esta condición. (Marsh y Graham, 2005; Lemos, 2004; Esparó, Canals, Torrente, y Fernández-Ballart, 2004; Erickson, 1998, Aláez, et al. 1998; Rodríguez-Sacristán, 1995; Rende,et al., 1995).</p> <p>Edad de los padres: la adolescencia se relaciona con problemas de madurez del aparato reproductor de la madre y los concomitantes problemas para el niño. También una madre adolescente presenta problemas sociales (Bornstein, Putnick, 2007). La prematurez y el abuso sexual son factores de riesgo asociado con las madres adolescentes. En el caso de mujeres mayores de 35 años también se han visto</p>
--	---

	<p>problemas encontrándose un aumento del retardo mental y otros desórdenes de conducta en los bebés. En un estudio de Aláez, et al. (1998) encontró que el 25.7% de las madres con niños con patología habían tenido a sus hijos antes de los 20 años.</p> <p>Contexto ecológico: como desorganización en el vecindario, discriminación de algún tipo, desempleo, o pobreza extrema, son factores de riesgo de presentar psicopatología (Marsh y Graham, 2005; Villalobos, Díaz y Vinet, 2005; Lemos, 2004; Atzaba-Poria, Pikey Deater, 2004)</p>
FACTORES FAMILIARES	<p>Adopción: el ser adoptivo es un factor de riesgo de problemas durante la infancia y la adolescencia. (Erickson, 1998).</p> <p>Temperamento: los estilos temperamentales se han asociado con psicopatología. (Nigg, 2006; Rubin, Burges, y Hastings, 2002).</p> <p>Acontecimientos Familiares: Son cambios o estresores que afectan la unidad familiar y al niño. Los cambios en el medio del niño relativos a la gente que lo rodea, ha sido asociados con problemas de conducta (Beck y Shaw, 2005). Estos pueden ser la muerte, hospitalización prolongada de la madre, la pérdida de ésta, separación marital, divorcio conflictos parentales, violencia, abuso de sustancias de los padres o abuso físico o sexual. Un estudio reciente muestra que eventos negativos de la vida experimentados por los padres aumenta la Depresión en los adolescentes (Bragado, et al., 1999; Erickson, 1998; Aláez, et al., 1998). Aláez, et al., (1998) pudieron observar que los eventos estresantes tienden a coexistir, encontrando que en un 32,2% de los niños investigados, coexistían hasta tres eventos estresante negativos en sus vidas, los que llamó eventos estresantes crónicos, y se dieron en el grupo de niños mayores 14-18 años. Las principales fuentes de estrés variaban de acuerdo a la edad, hasta los 6 años eran en los acontecimientos en la esfera familiar, 6-12 años en la esfera escolar, concluyendo que el aumento de la patología psíquica estaba ocasionada por la acumulación y cronificación de estresares más que por el impacto aislado de algunos de ellos.</p> <p>Conflictividad o desacuerdo parental: se ha manifestado tener efectos negativos en la adaptación de los hijos, generando trastornos de conducta (Keller, Cummings, y Davies, 2005; El-Sheikh, 2005; Lemos, 2004)</p> <p>Composición familiar: La movilidad familiar ha propendido hacia la individualidad, por lo que la crianza se hace más solitaria. También los cambios en la estructura familiar, padrastros, tiempos largos de trabajo de los padres provocan problemas de conducta en los hijos (Blader, 2006; Lemos, 2004; Bragado, et al., 1999; Erickson, 1998; Aláez, et al., 1998).</p> <p>Separación y divorcio: son factores importantes para ver los efectos del divorcio parental la edad, género y temperamento, como también la calidad del medio de su hogar, y el soporte social y económico de la familia Los padres con altos puntajes en escalas de problemas, como MMPI, neuroticismo, tienden a tener hijos con más problemas conductuales (O'Connor, Dunn, Jenkins, y Rasbash, 2006; Erickson, 1998)</p> <p>La situación familiar post-divorcio ejerce influencia sobre los trastornos emocionales de los niños, pero varía en función del sexo. Los hijos varones de padres divorciados que vivían sólo con la madre, presentaban un alto riesgo de sufrir depresión (Bragado, et al., 1999). En familias reconstituídas, con la presencia de un padrastro, se observó un riesgo muy elevado en los trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres. En un estudio de Aláez, et al. (1998) se observó que la ruptura o disfunción originan cambios que se traducen en cambios psicopatológicos en niños y adolescentes.</p>

	<p>Alcohol parental y uso de sustancias: se ha visto una incidencia de problemas de conducta en niños con padres con estos problemas, en el rendimiento cognitivo y escolar, ya que están sometidos a una convivencia familiar disfuncional (Díaz, Gual, Serrano, Costa, Ferri, y Grau, 2001; Bragado, et al., 1999; Erickson, 1998)</p> <p>Interacción padre/hijo: relacionados con las expectativas de los padres acerca de la conducta del hijo, es un factor muy importante en la edad pre-escolares (Blader, 2006; Erickson, 1998). Soprote familiar, se refiere al trato diferencial entre los padres y sus hijos, unos que pueden ser cálido y contenedores y otros no. Esto se asocia a estrés familiar como problemas económicos, padres con problemas de salud mental, conflictos maritales, como también cuando uno de los padres no es el biológico. En un estudio de O'Conors, et al.(2006) encontró que las mayores diferencias se encontraban en las familias reconstituidas, asociado también a la edad y sexo de los niños, más que en familia con un solo padre aunque también mostraron ser un factor de riesgo.</p> <p>Psicopatología Parental o de los Hermanos: Los estudios dicen que cuanto más graves son los problemas psicopatológicos de los padres mayor es la probabilidad de que los hijos manifiesten alguno trastorno (Blader, 2006; Bragado, et al., 1999). La presencia de sociopatía parental en los primeros años de vida del niño eleva el riesgo de comportamientos perturbadores, mientras que los problemas emocionales de la madre aumentan el riesgo de Depresión mayor y ansiedad excesiva, y los del padre afectan también produciendo trastornos de ansiedad excesiva (Bragado, et al., 1999). Que la presencias concurrente de Depresión mayor y trastorno de pánico en los padres aumenta la probabilidad de que los niños experimenten a su vez Depresión mayor y algún trastorno de ansiedad. También hay una relación entre madres depresivas y depresión en sus hijas (Bragado, et al, 1999). Alaéz, et al. (1998), observó en su estudio que un 32,4% de los padres y 16,6% de los hermanos han recibido o están recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico. Marmorstein y Iacono (2004) vieron que los hijos con MDD y CD se asociaban con depresión materna, o a conducta antisocial paterna y que las madres depresivas aparecían con elevado conflicto con sus hijos.</p> <p>Clima: Se asocia la interacción familiar negativa y los conflictos familiares con psicopatología, en el estudio de Rende, et al. (1995), tanto los padres como los niños presentaron psicopatología en todos los ámbitos clínicos cuando el clima no era bueno.</p> <p>Estilos disciplinarios: Se asocia significativamente a la psicopatología de acuerdo a los padres, y de acuerdo a la opinión de profesores con problemas de conducta del niño (Marmorstein y Iacono, 2004).</p> <p>Negligencia: También la negligencia puede provocar baja respuesta en el niño, déficit sociales y del habla. La calidad de cuidado temprano se ha asociado a desórdenes del desarrollo, un apego desorganizado se relaciona con múltiples, problemas familiares, hiperactividad y fallas en los cuidadores (Taylor, et al., 2005; Erickson, 1998).</p>
FACTORES PSICOLÓGICOS	<p>Ansiedad: Erickson, (1998) observó que las madres embarazadas con altos niveles de ansiedad tienden a tener hijos con más problemas que las del grupo control. El estrés también provocaría efectos, se piensa que el estrés perinatal influye en el balance de hormonas en el feto y produce problemas reproductivos, pero un corto estrés no provocaría problemas (Erickson, 1998). Problemas emocionales de la</p>

	<p>madre, se asocian a trastornos externalizantes en los hijos (Bragado, et al., 1999; Bragado y Bersabé, 2000).</p> <p>Abuso y maltrato: no sólo provoca daños físicos sino también psicológicos como temor, estrés postraumático, problemas de conducta y pobre autoestima. También se habla de abuso de sustancias, problemas de alimentación, somatización y conductas suicidas. (Erickson, 1998)</p> <p>Retraso en el desarrollo de habilidades: falta de habilidades sociales, déficit atencionales, discapacidades para el aprendizaje lecto-escritor, entre otras pueden provocar desarrollo de psicopatologías (Lemos, 2004; Haquin, Lagarribel y Cabezas., 2004)</p> <p>Baja Autoestima: puede ser un factor relevante en la presentación de algunos trastornos en la niñez y adolescencia, como por ejemplo la depresión (Garaigordobil Pérez y Mozaz, 2008; Lemos, 2004).</p>
<p>FACTORES ESCOLARES</p>	<p>Problemas en el área escolar se asocian a diversos trastornos en la infancia y en la adolescencia. En cuanto a la competencia académica, Alaéz, et al. (1998) encontró que los niños y los adolescentes con rendimiento escolar bajo, tendían a presentar problemas en la escuela asociado con depresión o trastornos de conducta, además los padres tendían a catalogarlo como menos hábiles y con problemas en competencia escolar y social. Pérez, Díaz y Vinet (2005), encontró que los adolescentes con mayor vulnerabilidad aumentaban la condición de riesgo si vivían en contextos educativos adversos.</p>

Figura 2. Clasificación de los Factores de Riesgo Psicosociales

II.2. FACTORES PROTECTORES O RESILIENCIA

Cada vez más, se identifican situaciones en las que a pesar de estar presente los factores de riesgo no se desarrolla la psicopatología, tendiendo la investigación acerca de estos temas a buscar y examinar aquellas condiciones que protegen de la disfunción a niños vulnerables y que conducen a una adaptación con éxito frente a la adversidad (Becoña, 2006; Marsh, et al.2005; Quiceno, Vinaccia, 2014).

Estos procesos se han llamado factores de resistencia (resiliencia) o de protección, definiéndose como la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes (Becoña, 2006; Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997; Lemos, 2004; Marsh, et al., 2005; Quiceno, Vinaccia, 2014).

Un niño puede ser resistente a estímulos estresantes específicos, pero puede ser vulnerable a otros. Además la resistencia puede variar a lo largo del tiempo y a través de diferentes contextos. La resiliencia se considera como un complejo proceso de naturaleza interactiva persona-ambiente, siendo un concepto amplio que resulta de la interacción entre mecanismos de vulnerabilidad y protección (Becoña, 2006; Kotliarenco, et al., 1997; Lemos, 2004; Quiceno, Vinaccia, 2014).

El niño resistente se tiende a relacionar con niños que tratan de evitar resultados negativos y/o logran resultados positivos a pesar de encontrarse en una situación de riesgo importante para el desarrollo de la psicopatología. Manifiestan competencia en forma sostenida bajo estrés y muestran recuperación de traumas. La resistencia designa entonces, la capacidad del niño para hacer frente a un problema y utilizarlo para el crecimiento psicológico, sea cual sea la adversidad ambiental que tenga que superar (Kotliarenco, et al., 1997; Marsh, et al., 2005;).

Rutter, et al. (2006) plantean que los factores de protección están tanto en el niño como en el contexto ambiental y son eficaces bajo condiciones de estrés elevado y no lo son en condiciones de bajo estrés. Los mecanismos de protección tienen lugar cuando una trayectoria que previamente anunciaba un grave riesgo de aparición de algún trastorno psicológico cambia hacia una dirección positiva en la que es mayor la probabilidad de conseguir un resultado adaptativo (Lemos, 2004).

El concepto de resistencia se acomoda al enfoque general de sistemas del desarrollo infante-juvenil, que se entiende como un proceso dialéctico de afrontar y resolver unos

problemas y de encontrarse con otros nuevos. El afrontamiento adaptativo tiene lugar cuando existe un ajuste perfecto o un equilibrio entre las capacidades del individuo y la intensidad de la situación (Becoña, 2006; Ezpeleta, 2005; Kotliarenco, et al., 1997; Lemos, 2004; Marsh, et al., 2005; Quiceno, Vinaccia, 2014)

La resistencia se ha tendido a estudiar como un proceso y como un resultado. Como un proceso el interés ha ido dirigido a buscar los mecanismos que actúan para modificar un resultado adverso, como son los factores constitucionales (por ejemplo el temperamento), que juegan un papel primordial en los primeros períodos del desarrollo, los factores cognitivos y escolares son cruciales para la adaptación durante los años intermedios de la niñez, mientras que los factores interpersonales y del *yo*, familiares y del contexto están implicados en la adaptación durante la adolescencia (Becoña, 2006).

Como resultado, los investigadores han diferenciado tres modelos, compensatorio, protector y desafiante. El compensatorio, es un factor de protección que contra actúa u opera en una dirección opuesta a un factor de riesgo. Un modelo protector es aquel que en el que una cualidad o recurso modera los efectos de un riesgo sobre un resultado negativo, y el modelo desafiante es aquel en donde un factor de riesgo y un resultado presentan una relación curvilínea, es decir la exposición a altos niveles y bajos niveles de un factor de riesgo están asociados con resultados negativos, en niveles moderados de riesgo están relacionados con menos resultados negativos (positivos) (Becoña, 2006)

Algunos autores como Lemos (2004), Ezpeleta (2005) y Becoña (2006) plantean que los factores de protección están constituidos habitualmente por características propias del individuo, que se deberían alcanzar en el desarrollo normal de los niños.

Se han identificado una serie de factores protectores: en la esfera del niño, de la familia y de la comunidad, los que se presentan a continuación en la Figura 3.

DEL NIÑO	Fácil temperamento (adaptable). Estrategias tempranas de afrontamiento que combinen la búsqueda de ayuda cuando lo necesite. Elevada inteligencia y logros académicos. Comunicación eficaz. Habilidades de solución de problemas. Autoestima positiva. Elevada Autoeficacia personal (autopercepción de competencia). Apariencia física agradable. Habilidades de autorregulación (control de impulsos, afecto y regulación de respuestas).
DE LA FAMILIA	Oportunidad de establecer una estrecha relación con al menos una persona que comprenda las necesidades del niño (adulto competente). Crianza de calidad, reglas duraderas. Educación positiva. Disponibilidad de recursos (por ejemplo: cuidado del niño). Un talento o afición que sea valorado por los adultos. Creencias religiosas de la familia que proporcionen estabilidad y significado durante épocas de sufrimiento o adversidad.
DE LA COMUNIDAD	Relaciones extra familiares agradables con vecinos iguales o mayores. Conexiones sociales. Un ambiente escolar eficaz con profesores que desempeñen modelos en un papel positivo y sean fuentes de apoyo. Calidad de los servicios sociales y del cuidado de la salud. Disponer de oportunidades en las transiciones principales de la vida.

Figura 3. Factores Protectores

Fuente: Becoña, 2006; Lemos, 2004; Marsh, et al., 2005.

CAPÍTULO III: LA ADOLESCENCIA COMO UN FACTOR DE RIESGO DE PRESENTAR PSICOPATOLOGÍA

Desde la antigüedad, el tema de los jóvenes ha sido una preocupación para la sociedad, en este sentido, ya los griegos consideraban la juventud un motivo de trabajo para el gobierno. Esta inquietud estaba principalmente centrada en la educación de los jóvenes, la que se desarrollaba no sólo en términos de enseñanzas técnicas, sino de enseñar a vivir la

vida y participar como un ciudadano en la polis. En la edad media la preocupación por los adolescentes se relacionaba con el qué hacer de pandillas que realizaban guerras y vendettas generadas por el arrojo y pasión juvenil.

Es desde entonces que el transcurrir normal del adolescente se ha visto alterado por acciones voluntarias o involuntarias del propio joven y que pueden incluso tener consecuencias nocivas para su salud. Por esto el concepto de joven de alto riesgo se ha popularizado en los últimos tiempos, pensándose que si se conocen los factores que los llevan a desarrollar estas conductas arriesgadas, se podrán prevenir las consecuencias de éstas. No obstante, las conductas de riesgo no se dan en todos los jóvenes sino que tiende a concentrarse en subgrupos de ellos (Florenzano y Valdés, 2005).

Los modelos enfocados en el riesgo, han demostrado ser especialmente útiles en el trabajo con los jóvenes, como por ejemplo Dryfoos (1990) conceptualiza este modelo describiendo factores antecedentes a las conductas de riesgo, los que están ligados a **características socio demográficas** (sexo, edad, etnicidad, educación de los padres, extracción rural o urbana), **factores personales** (nivel educacional, notas de la escuela, religiosidad, personalidad y sus características, etc.), **familiares** (grado de Cohesión, flexibilidad, calidad de ,a comunicación, etc.), **comunitarios** y (características del sistema escolar, de pares, de los medios de comunicación de masas) **del contexto sociocultural amplio** (situación de empleo, oportunidades educacionales, nivel de ingresos, etc.

Por tanto, las conductas de riesgo, son aquellas que tienen mayor probabilidad que produzca consecuencias negativas para la salud del joven, éstas constituyen un conjunto amplio, como por ejemplo farmacodependencia, conducta sexual temprana, delincuencia,

conductas violentas, deserción escolar, bulimia y anorexia, y problemas específicos de la psicopatología como la depresión adolescente. Los investigadores chilenos Florenzano y Valdés (2005) explican las conductas de riesgo de los adolescentes latinoamericanos en la medida que se sienten excluidos y fuera del sistema. Este sentimiento de exclusión tendría repercusiones negativas para la salud de los adolescentes como es la vulnerabilidad a conductas de riesgo como la drogadicción, delincuencia, suicidio, etc.

Las consecuencias de las conductas de riesgo, han sido bastante estudiadas por la medicina adolescente y por diversas otras especialidades, no obstante en este nivel queda más clara la necesidad de enfocarse en la prevención y sus antecedentes, más que en la cura de la enfermedad. El trabajo con los adolescentes entonces, hoy en día, es reconocer estos factores de riesgo y protegerlos, desarrollando factores de resiliencia que puedan resguardar al joven.

A continuación se hará una revisión del concepto y características de la adolescencia normal, para luego revisar las conductas de riesgo de éstos.

III.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

El término adolescencia etimológicamente viene del latín, *adolescere*, y significa crecer a la adultez. En este sentido la adolescencia es la etapa del desarrollo que sigue a la edad escolar, comienza con cambios biológicos, que se caracterizan por el aumento de tamaño y peso, cambios hormonales y la maduración sexual, y termina con cambios psicosociales, cuando el sujeto alcanza la adultez. En la actualidad, la adolescencia se considera como una

etapa crítica que implica la posibilidad de crecer pero que obliga al joven a adaptarse a distintos cambios, que no siempre éste puede manejar (Papalia y Wendkos, 1998).

El tiempo específico en que se logra la adultez varía de cultura en cultura, ya que está definido en base al cumplimiento de ciertas tareas sociales y evolutivas que el joven debe resolver para garantizar un mayor éxito en el afrontamiento de tareas futuras como adulto.

En el caso de nuestra cultura occidental, desde el punto vista legal, la adolescencia termina cuando el sujeto cumple los 18 años, desde el punto de vista psicosocial cuando el joven logra la independencia familiar y socioeconómica, la búsqueda de una pareja estable, etc. (Nevid, 2011; Rodrigo, García y Medina, 2006; Papalia, et al., 1998).

Algunos autores plantean que es *un período de transición o moratoria* para alcanzar la edad adulta, dado que esta etapa es cada vez más larga, en la antigüedad el joven alcanzaba la adultez cuando aprendía algún oficio familiar y en el caso de las niñas cuando estaban en edad de procrear, en cambio en la actualidad este período es más extenso, ya que por un lado la edad de comienzo es más temprana, y por el otro lado, las sociedades han alargado el momento de emancipación del joven de su familia a través de períodos de formación profesional más largos, con costos de vida más altos, que no permiten que el adolescente se independice de los padres tan rápidamente. No obstante para algunos teóricos considerar esta etapa sólo como una transición es ser muy reduccionista, ya que impide ver y darle el lugar a los jóvenes como actores sociales, incrementando la dependencia infantil y aumentando la brecha entre niños y adultos (Krauskopf, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) define esta etapa en términos cronológicos, precisando que la adolescencia es la etapa que ocurre entre los diez y veinte

años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos.

Para el Ministerio de Salud de Chile, (MINSAL, 2009), en su documento Orientaciones técnicas de atención de adolescentes con problemas de Salud Mental:

“la adolescencia es una etapa del ciclo vital individual caracterizada por vertiginosos cambios corporales, psicológicos y sociales en una persona que logra con ellos la características de maduración biopsicosocial requerida en la vida adulta. Esta serie de cambios desafía la organización social, escolar, familiar e individual del comportamiento por lo que requiere de una serie de procesos adaptativos en los niveles involucrados. Existiendo consenso que esta etapa es un período crítico en tanto define las destrezas y vulnerabilidades para enfrentar la vida adulta. Es así como, se estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto obedecen a conductas iniciadas en la adolescencia”(p.15)

III.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

El MINSAL (2009) clasifica a la adolescencia esquemáticamente en tres fases o sub-etapas de desarrollo psico-social. Estas tres sub-etapas son:

- Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años
- Adolescencia media: entre los 14 y 16 años
- Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años.

Sin embargo es necesario hacer notar que en otros documentos referidos a políticas de salud chilenas se consideran el rango de 10 a 24 años, incluyendo el concepto de juventud. Esta ampliación del rango etario, obedece a los cambios sociales globales en la socialización de los adolescentes, entre ellos el aumento de los años de formación educacional para lograr la autonomía económica y a estudios epidemiológicos que dan cuenta de las características compartidas por este grupo, como ya se mencionó antes en esta revisión.

Además del período etario en que se da la adolescencia, esta se caracteriza por ser un período de numerosos cambios, psicológicos, físicos y sociales, produciéndose en este período una destrucción total del mundo infantil, con el fin de que el niño construya su identidad adulta. Estos cambios no se dan de manera uniforme, sin embargo la mayoría de las personas siguen una secuencia previsible (Florenzano, et al., 2005; Nevid, 2011; Papalia, et al., 1998). A continuación revisaremos estos cambios.

III.2.1. Cambios Corporales

En la adolescencia se producen una serie de cambios físicos, como en la estatura, peso, distribución de tejido graso, maduración de órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con los órganos de reproducción), desarrollo de características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual y que diferencian a los distintos sexos (Nevid, 2011).

Estos cambios se pueden observar en tres etapas o momentos del desarrollo del joven, etapas que se denominan *prepubertad*, *pubertad* y *postpubertad* (Florenzano, et al., 2005)

Pre-pubertad: Etapa que se inicia con la aparición de los primeros indicadores de madurez sexual y termina con la aparición inicial de pilosidad pubiana. En el caso de los caracteres sexuales primarios, en los varones se observa un aumento de los testículos, crecimiento y enrojecimiento del sacro escrotal y del largo y circunferencia penianas. En la mujer, los cambios comienzan 2 años en promedio antes que los hombres, y se produce un aumento de los ovarios. Aparecen las primeras huellas del desarrollo de caracteres sexuales secundarios, que en las mujeres es más visible como el desarrollo de

la primera fase del crecimiento mamario, botón mamario y redondeo de caderas (Florenzano, et al., 2005).

Con respecto al crecimiento esquelético y muscular, se producen transformaciones en todas las dimensiones esqueléticas y musculares, como un aumento evidente de la estatura y el peso, que en las niñas comienza antes que en los hombres, pero él de éstos es más intenso y acelerado, llegando ambos a su estatura definitiva hacia los 18 años (Papalia, et al., 1998).

Pubertad: La pubertad comienza como respuesta a los cambios del sistema hormonal del cuerpo los cuales se activan mediante una señal fisiológica. Caracterizándose por la mayor velocidad de crecimiento en altura y peso, intensa activación del sistema hormonal del cuerpo, como también el crecimiento del bello pubiano, terminando cuando este crecimiento piloso se completa (Florenzano, et al., 2005).

Este acelerado crecimiento, “estirón de crecimiento”, provoca una desarmonía corporal, dado que crecen las extremidades más rápido que el tronco, los antebrazos más rápido que los brazos, cambios que producen torpeza motora. Este desbalance se recupera logrando al final de la adolescencia un equilibrio (Nevid, 2011).

En el caso de las mujeres los ovarios comienzan a secretar hormona femenina, estrógenos, y en el caso de los varones aumenta la producción de andrógenos, particularmente la testosterona. Produciéndose con esto el cambio más característico de la pubertad, y principal signo de maduración sexual, que es la *menarquia* en las mujeres

o primera menstruación, y en el caso de los hombres su *primera eyaculación*, que generalmente es una emisión nocturna involuntaria de semen en la orina.

Al igual que en la etapa anterior, estos cambios ocurren en tiempos distintos tanto para hombres como para mujeres, en el caso de las mujeres en promedio comienza hacia los nueve o diez años, llegando a la madurez sexual hacia los 13 o 14 años. Los hombres entran a la pubertad aproximadamente dos años después (Papalia, et al., 1998).

La menarquia se ha adelantado progresivamente desde mediados del siglo XIX, hecho conocido como tendencia secular de la menarquia, fenómeno que parece ser una característica evolutiva del ser humano en relación al mejoramiento de las condiciones de vida (Gaete y Codner, 2006).

Con respecto a los rasgos sexuales secundarios, se produce el desarrollo de las mamas y pezones y ensanchamiento de hombros en el caso de los hombres. También se producen cambios en la piel (más gruesa y aceitosa), cambios en la voz (más profunda), crecimiento de vello púbico, facial, axilar y corporal, y aumento de glándulas sebáceas produciéndose espinillas y puntos negros (Papalia, et al., 1998).

Post pubertad: Se produce una desaceleración del crecimiento en altura. Los cambios en caracteres sexuales primarios y secundarios están logrados, en el caso de los hombres crece la barba y en el de las mujeres continúa el aumento de los senos.

III.2.2. Cambios Cognitivos

El pensamiento del adolescente cambia, y se transforma en un pensamiento abstracto, de *las operaciones formales*, esta forma de pensar, es una nueva forma de operar la realidad, los adolescentes pueden manejar abstracciones, comprobar hipótesis y desarrollar

combinaciones infinitas que lo pueden llevar a crear sus propias teorías acerca de las cosas (Nevid, 2011; Papalia, et al., 1998).

Inhelder y Piaget (1972) en su trabajo “De la lógica del niño a la lógica del adolescente”, lo llama el estadio formal y es el más alto estadio en la secuencia de los estadios del desarrollo del pensamiento (“epistemología genética”). Este pensamiento es formal, proposicional y abstracto. Lo formal está dado principalmente en la forma y no el contenido, es decir el foco es en la relación formal entre las proposición, como la ecuación en matemáticas. Proposicional porque enfatiza el pensamiento en forma de proposición, frase, hipótesis, tiene la capacidad de operar sobre proposiciones verbales y no sólo directamente sobre objetos. Y abstracto ya que el énfasis del pensamiento no es en la cosa en sí misma, sino con los atributos abstractos de la cosa, es decir es un pensamiento que trabaja con palabras, pensamientos (Cano, 2007; Enright, Lapsley y Shukla, 1979).

Es por tanto, un pensamiento hipotético deductivo, el adolescente puede pensar sobre lo posible, permitiéndole esto, desarrollar un sin fin de análisis propositivos. A diferencia del pensamiento operacional concreto donde lo posible está subordinado a lo real en el pensamiento formal se invierten los papeles y lo real está subordinado a lo posible. Lo que se logra gracias a que este pensamiento se transforma en más flexible, complejo, y más integrador de la experiencia anterior con el fin de planificar el futuro (Cano, 2007; Nevid, 2011; Papalia, et al., 1998).

Una de las características diferenciadoras de los estadios anteriores es la reversibilidad del pensamiento, es decir la reversibilidad entre la realidad concreta (actual) y la posibilidad, donde nuevas posibilidades pueden ser derivadas de la recombinación de las

variables inherentes en el problema, es el “puede ser” de las situaciones previamente conocidas. Aquí todas las variables tienen el mismo peso inherente. Piaget (1952) dice que lo principal en esta construcción es el sistema *combinacional* y el Grupo de las cuatro transformaciones o sistema de las dos reversibilidades (INCR) . El sistema combinacional se refiere la completa y ordenada matriz de todas las posibles combinaciones, de todos los posibles valores inherentes en un problema. El grupo INCR es la estructura intelectual del pensamiento formal, y es, un set de cuatro operaciones lógicas que junto al sistema combinacional constituyen los fundamentos de la teoría. Estas operaciones son definidas en términos lógico matemático, identidad, negación, reciprocidad y correlación (Cano, 2007; Enright et al., 1979).

Todos los adolescentes pueden lograr el pensamiento formal, no obstante un alto porcentaje no lo alcanza en las edades citadas por Piaget (1952), lo que obligó a pensar que las velocidades de desarrollo eran diferentes, concluyéndose que deberían alcanzarlo entre los 15 y 20 años. Siendo entonces un facilitador la influencia social relacionada con la interacción del sujeto con el sistema educacional formal, tomando en este sentido un rol fundamental la posibilidad que la escuela ofrezca en este sentido (Cano, 2007).

Un estudio chileno de Alamos (1981) con 143 adolescentes de nivel socioeconómico medio-alto, encontraron que si bien desde los 14 a 15 años disminuye el pensamiento concreto y aumenta el pensamiento formal, todavía a los 17 años había un predominio del pensamiento concreto sobre el formal, obteniendo el 56,7% el primero y un 43,3 el segundo.

Características del pensamiento adolescente

Elkind (1967), describió en su teoría acerca del adolescente, las características del pensamiento, planteando que la principal de ellas es el *Egocentrismo adolescente*, el cual aparece aproximadamente entre los 11 o 12 años y declina en la adolescencia tardía, como resultado del contacto con otros y el feedback que recibirá de sus distintos grupos, el que le permitirá ir entendiendo que no es el centro de la atención (Mosher, 1979).

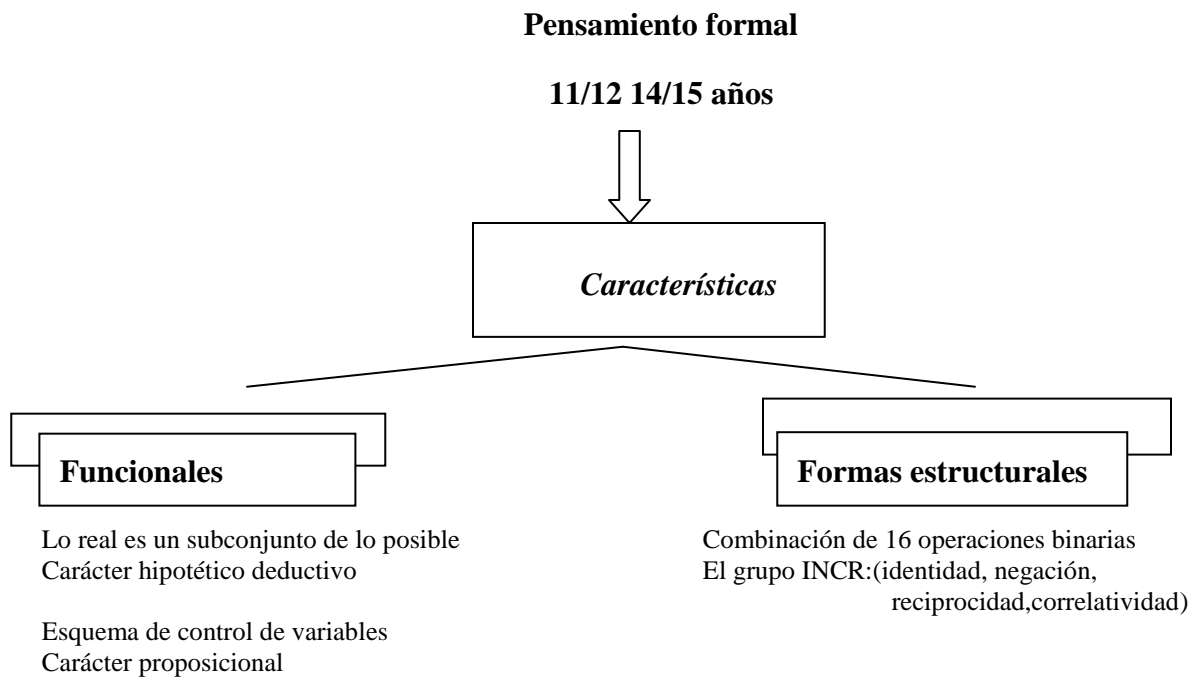


Figura 4. Características del pensamiento formal

Fuente: Inhelder y Piaget (1972)

Dado que el adolescente ahora es capaz de razonar en forma abstracta, puede formular pensamientos acerca de los pensamientos y puede usar esta habilidad de pensar acerca de otros pensamientos. Más aún el adolescente empieza a pensar acerca de lo que otros están

pensando acerca de él y se convence que lo que piensa de lo que el otro está pensando es una realidad, en otras palabras cree saber lo que está en la mente de los otros. Este egocentrismo también puede apreciarse en aspectos afectivos como en el desarrollo de la autoconciencia, vergüenza y culpa.

Esta manera de pensar tiene tres características:

1. Centrado en el yo.
2. El pensar que otros están pensando en él, desarrolla la creencia que los otros están permanentemente focalizados en él, esto se describe como **audiencia imaginaria**.
3. Si es objeto de toda la atención de todo el mundo, él debe ser especial y único, lo que se llama **fábula personal**. Sintiendo que los otros no pueden comprenderlo.

Las características del pensamiento adolescentes hacen que éste comience a ver su realidad de una manera particular, produciéndose ciertos efectos en su conducta y ambiente, como por ejemplo: (Nevid, 2011; Papalia, et al.,1998).

- **Encontrar fallas en la figura de autoridad:** frente a esta nueva capacidad de pensar en un mundo ideal, los adolescentes comienzan a ver con ojos críticos a aquellas personas que por mucho tiempo se constituyeron en sus guías y modelos, sus padres, lo que puede crear problemas en su ambiente inmediato.
- **Tendencia a discutir:** esta etapa se describe como el segundo período de la obstinación o negativismo, por lo que el joven necesita oponerse, discutir como una forma de desarrollar su sí mismo.
- **Indecisión:** como pueden valorar una serie de opciones, el tomar una de ellas a veces puede transformarse en un difícil trabajo.

- **Hipocresía aparente:** A menudo los adolescentes no pueden ver la diferencia entre un ideal y comportarse como tal. Con el tiempo aprenderán que los valores deben vivirse para lograr los cambios.
- **Invulnerabilidad:** sienten que no están sujetos a las mismas reglas que rigen al resto del mundo, por lo cual piensan que las cosas malas no pueden pasarles, tendiendo a tomar muchos riesgos.

III.2.3. Cambios Socio-emocionales

Desde el punto de vista socioemocionales, se observan cambios que llevan al logro de una personalidad integrada y madura, estos son en el ámbito del self o identidad, cambios en el pensamiento moral y cambios en sus relaciones sociales e interacción con la realidad. A continuación se detallarán estos cambios.

III.2.3.1. Desarrollo de la Identidad:

Es la tarea más crucial de la adolescencia según Erikson (1950), es el resolver la cuarta etapa del desarrollo psicosocial: *identidad frente a difusión de identidad*.

La identidad es el logro de un sentido de sí mismo y del mundo, es convertirse en un adulto único con un rol significativo en la sociedad, que sabe hacia dónde se dirige en la vida y cuáles son su creencias, lo que se obtiene a través de la búsqueda de quién soy yo (Nevid, 2011).

Una persona que ha desarrollado la identidad se caracteriza por el logro de cierta flexibilidad hacia sí mismo y los otros, uso del sentido del humor, que funciona bajo condiciones de estrés y que es capaz de establecer relaciones íntimas y mantiene convicciones a pesar de que está abierta a nuevas ideas (Papalia, et al., 1998).

Para Erikson (1950) el logro de la identidad es una tarea extenuante ya que el púber está sometido a una serie de cambios como, el segundo cambio y crecimiento corporal (el primero había sido en la temprana infancia), la madurez genital, cambios psicológicos, los que debe consolidar con un nuevo rol social. Es una búsqueda de un sentido de unidad y continuidad entre lo aprendido y logrado en la niñez, y estos nuevos cambios. Esta integración, es más que la suma de identificaciones infantiles, él la llama la “síntesis del yo”. Se logra a través de un desarrollo gradual de todas las identificaciones, sin embargo el todo no es la suma de las partes, ya que es de diferente calidad.

Algunos adolescentes entrarían en una crisis dado el estrés que conlleva este período para el joven, lo que para Erikson (1950) sería algo normal, sin embargo habría un pequeño grupo que pueden no estar nunca listos para el logro de la identidad.

Erikson (1950) pensó que la identidad se lograría entre los 15 y 18 años, pero estudios posteriores han demostrado que es un proceso permanente, y que recién a los 21 años en adelante se alcanzaría un nivel de moratoria o de identidad (Shaffer y Kipp, 2007).

Marcia (1980) basándose en la teoría de Erikson, identificó cuatro niveles de desarrollo de la identidad, relacionándolos con las características principales de la identidad para Erikson (1950) que eran crisis y compromiso. Para Marcia (1980) crisis correspondían a un período de toma de decisiones consciente y de compromiso, como una dedicación

personal a una ocupación o sistema de creencias o ideología. Este autor relacionó estos niveles con características de personalidad como ansiedad, Autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento.

Erikson (1950) consideró que era fundamental para el logro de la identidad, la búsqueda de una carrera, ya que la búsqueda de una ocupación, y lo que conlleva el trabajo, ayudarían al logro de una clara identidad.

Niveles de Identidad	Características
<i>Exclusión (identidad hipotecada)</i>	Compromiso sin ninguna crisis, la persona no cuestiona diferentes opciones, sino que ha aceptado los planes de otra persona para su vida. Es una persona Rígida, con lazos afectivos familiares muy fuertes, sigue a un líder fuerte (madre) y es bastante dogmática.
<i>Moratoria</i>	Crisis sin ningún compromiso. La persona está en una constante crisis, sin logra aún la identidad.
<i>Logro de identidad</i>	Crisis que lleva a compromiso. La persona se ha dedicado a pensar acerca de sí mismo, ha tomado decisiones y expresa un fuerte compromiso hacia ellas.
<i>Confusión de Identidad</i>	Sin compromiso, crisis incierta. La persona de manera despreocupada ha considerado opciones pero ha evitado el compromiso. Resultan personas inciertas y sin objetivos, no hacen compromiso con la gente.

Figura 5. Niveles de desarrollo de la identidad

Fuente: Marcia, 1980

Se ha diferenciado la identidad de los hombres del de las mujeres, ya que el objetivo final del logro de la identidad de la mujer para Erikson (1950) era la maternidad. En base a esta diferencia se ha estudiado hoy en día si esto ocurre, una de las principales investigadoras en esta área, Carol Gilligan (1982), concluyó que sería algo distinta a la de los hombres, ya que en la identidad femenina, el yo se preocupa menos en lograr una

identidad separada de las relaciones con los demás, sino que en el caso de las mujeres, éstas se juzgan también por su responsabilidad y capacidad de cuidar al otro igual que a sí misma.

Para la formación de identidad se han descrito cuatro factores de influencia, que son: (Shaffer, et al., 2007)

- ***El desarrollo cognitivo***, teniendo una ventaja los jóvenes que han alcanzado un pensamiento formal, ya que podrán razonar hipotéticamente y resolver con esto los problemas de identidad.
- ***Los padres***, aquellos que han tenido la posibilidad de tener padres cálidos, figuras de identificación parental de respeto, bases afectivas sólidas, tienden a tener libertad y autonomía que facilita el logro de la identidad.
- ***La escuela***, en el sentido de fijarse metas profesionales ayudaría a desarrollar un sentido de quién soy yo.
- ***Influencias socio-culturales***, en nuestra sociedad se estimula que el joven se haga preguntas serias acerca del quién es él, no obstante en otras cultural o sistemas sociales esto no es tan necesario.

III.2.3.2. Desarrollo Moral:

Es Piaget (1932) el primer autor en estudiar el juicio moral (capacidad de entender lo que es bueno y malo) para lo cual propone una secuencia de desarrollo. En este sentido Piaget (1932) plantea que entre los 11 y 12 años, los niños lograrían una “moral autónoma” la que implica que el bien y el mal estaría regido por principios y valores internalizados

como propios y no como regidos por otros. Es la capacidad de percibir las normas como acuerdos, con un sentido para el sujeto y no como impuestas desde afuera (por los otros como las figuras de autoridad). Las reglas estarían regidas por principios personales, pudiéndose considerar la posibilidad de cambiarlas.

Kohlberg (1981) quien sigue y perfecciona el trabajo de Piaget (1932) ampliando las edades del estudio de éste a la adolescencia y juventud. Postula que habría una secuencia de seis etapas del juicio moral, con seis niveles, esperándose que el adolescente se encuentre en la tercera etapa (ver figura 6). Además ambos autores coinciden en señalar que el desarrollo moral está estrechamente ligado con el desarrollo cognitivo y las experiencias sociales.

Nivel	Etapas del Razonamiento
Nivel I (4 a 10 años)	Etapas 1 y 2: <i>Orientación de obediencia y castigo</i> , es decir la conducta es juzgada como buena si sirve para evitar el castigo.
	Etapas 3 y 4: <i>Orientación de propósito instrumental</i> , es decir la conducta es juzgada como buena cuando conviene a las necesidades e intereses personales.
Nivel II (10 a 13 años)	Etapas 5 y 6: <i>Orientación de chico bueno</i> , es decir la persona se conforma con las reglas con el fin de impresionar a los demás.
	Etapas 7 y 8: <i>Orientación de autoridad o ley y orden</i> , es decir, obedecer las reglas y las leyes porque éstas son necesarias para mantener el orden social.
Nivel III (13 años en adelante)	Etapas 9 y 10: <i>Orientación del contrato social</i> , es decir, percibir que las reglas y las leyes están basadas en el acuerdo mutuo y que están al servicio del bien común
	Etapas 11 y 12: <i>Orientación de principios éticos universales</i> , es decir, la adopción de un código moral interno basado en valores universales que tienen precedencia sobre las reglas y las leyes sociales.

Figura 6. Etapas del Razonamiento Moral

Fuente: Kohlberg, 1981.

El nivel post-convencional se alcanzaría preferentemente en la adolescencia, este nivel como se muestra en la figura anterior, tiene dos etapas, la 5, de *Orientación de contrato social*, donde en síntesis el joven aprende que las normas o reglas están creadas por consenso social y por tanto no son infalibles. Aquí los derechos individuales contrapesan los derechos de la sociedad, por lo que las normas pueden ser cuestionadas y hacerse excepciones. La etapa 6, implica la *Adopción de principios éticos universales*, principios éticos de máxima abstracción escogidos por la persona que guían sus juicios morales. La persona es guiada por estos principios morales sin importar los dictados por las leyes y las personas (Nevid, 2011; Shaffer, et al., 2007).

En la investigación de Kohlber (1981) éste pudo apreciar que no todos los sujetos alcanzan el nivel tres del desarrollo moral, quedándose en la etapa anterior, o nivel convencional.

Carol Gilligan (1982), estudió las diferencias de sexo en el desarrollo moral, ya que los estudios de Kohlberg fueron realizados sólo a varones, concluyendo una diferencia ya que encontró que las mujeres adoptaron una orientación de atención y los varones una orientación a la justicia. Esta orientación de atención se refiere a que las mujeres tienen una tendencia en su juicio moral de preservar la necesidad de mantener las relaciones entre las personas, en cambio los hombres tendían a pensar en los principios de la justicia, equidad y derechos al elaborar juicios morales sobre lo correcto e incorrecto.

Un punto polémico en la teoría de Kohlberg es su vigencia transcultural. Dado que se ha visto que muchas elecciones están culturalmente determinadas. Algunas culturas

sobrevaloran la evitación del castigo, mientras que otras se centran en dejar contentos a los demás, especialmente dentro de la familia (Florenzano, et al., 2005).

III.2.3.3 Desarrollo Social y Familiar:

En el caso de los adolescentes su contexto social se amplía y se hace más complejo. Es el grupo de pares sin duda para el adolescente el grupo más importante en el aspecto social, dado que se apoya en sus iguales, los busca como guía y como espejo. El grupo de pares para los adolescentes se constituye en una referencia en cuanto a metas y actitudes (Florenzano, et al., 2005).

En el caso de los púberes buscan un amigo lo más parecido a ellos, “amigo en espejo” mediante el cual pueden reflejarse y conocerse a sí mismo teniendo un carácter más bien narcisista. Como también se integran a grupos mixtos, iniciándose relaciones afectivas y los primeros noviazgos (Berwart y Zegers, 1980).

Aparecen una serie de ídolos juveniles, cantantes, figuras públicas o profesores, que tiene como característica lejanía, idealización y cualidad de amor imposible (Florenzano, et al., 2005).

A pesar de esta necesidad de estar con sus iguales, para los adolescentes la familia es muy importante, y consideran a sus padres como sus principales influencias en temas relevantes como religión, derechos y sexualidad. En un estudio con jóvenes mexicanos, se vio que en promedio, usarían 4.8 horas para estar con su familia, lo que superaría el tiempo que usan para otras actividades importantes para ellos (Galicía, Sánchez, Robles, 2009)

La relación con los padres, especialmente con el progenitor del mismo sexo se distancia, y se reemplaza por el grupo de pares, que no siempre es bien tolerado por éstos últimos, produciéndose tensión familiar. Es indispensable superar la dependencia de los padres con el fin de lograr independencia y autonomía, para ello el adolescente trata de rebelarse ante sus padres, sin embargo también necesita depender de ellos, por lo que oscila entre la rebelión y el conformismo. Comienza a generarse una actitud crítica hacia los padres, para alejarse de ellos, se relacionan estrechamente con el grupo de pares, vistiéndose y hablando como ellos (Florenzano, et al., 2005; Parra y Oliva, 2002).

Por este motivo en la adolescencia media el grupo de pares es fundamental para el joven, éste apoya y tiene ideas similares acerca de los adultos y padres. Estos grupos adquieren normas y valores propios, generalmente están compuestos por jóvenes del mismo sexo y las conductas son controladas al interior de él (Florenzano, et al., 2005).

En la adolescencia tardía aparece una conciencia pro-social en la que el grupo de pares toma importancia en la medida de que pueden cumplir en conjunto con objetivos sociales. Aparece el enamoramiento, y la capacidad de constituir una pareja, por lo cual el joven cambia al grupo por un proyecto de vida en pareja (Berwart, et al., 1980).

III.2.4. Cambios en la Sexualidad:

Los cambios biológicos que llevan al segundo cambio de configuración corporal y emergencia de rasgos sexuales secundarios, que ya se trataron con detalle más arriba, provocan cambios en los adolescentes, cambios que son vividos en forma diferente en varones y niñas.

En la pre-pubertad, con el inicio de la maduración sexual aparece el impulso sexual, el que aún es difuso (es decir no está claramente dirigido a un objeto sexual), pero que lleva especialmente al varón a desarrollar conductas que le permitan liberar esta tensión, apareciendo con cierta intensidad las conductas masturbatorias, y conductas sublimadas, como proezas deportivas o una activa vida social (Florenzano, et al., 2005).

El contacto entre sexos, que dado a lo difuso de este impulso sexual que ha aparecido, puede producirse una inclinación por sujetos del mismo sexo en este período (Berwart y Zegers, 1980).

Estudios chilenos con respecto a la masturbación, muestran que es mucho más frecuente en varones que en niñas, encontrándose que a los dieciséis años se había masturbado el 95% de los hombres y 23% en las mujeres. Ascendiendo estos porcentajes al 98% y 33% respectivamente a los diecinueve años (Florenzano, et al. 2005).

En la pubertad, cuyo comienzo está definido por la menarquia en las mujeres y primera eyaculación en el caso de los hombres, se da la fase de mayor excitabilidad sexual, produciéndose la más alta incidencia de la actividad masturbadora y de contacto físico entre los sexos, ya que el impulso sexual ya ha definido claramente un objeto sexual. En el caso de los hombres, probablemente por influencias de socialización, se observa una disociación entre el impulso sexual y los afectos, tendiendo a dirigirse a objetos distintos, por un lado el joven busca relacionarse con mujeres que le permitan expresar su libido sexual, pero por otro lado busca jóvenes a quienes les pueda expresar su afecto (Berwart, et al., 1980). Un estudio español, que abarcó una población muy significativa de adolescentes, mostró que

antes de los 14 años, el 70% de los varones habían experimentado masturbación y sólo un 17% en caso de las mujeres (Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón, 1996).

En la adolescencia se completa el proceso de maduración sexual tanto física como psicológica. Al final de la adolescencia las mujeres deberían lograr una integración entre el impulso sexual y sus afectos, pudiéndolos depositar en una sola persona del sexo opuesto generalmente, alcanzando una relación de pareja integral. Se produce contacto sexual entre las parejas, lo que hace que disminuya las conductas masturbatorias que se habían dado en los otros períodos especialmente en el caso de los varones (Berwart, et al., 1980).

III.2.5. Tareas de la Adolescencia

En síntesis de acuerdo a la revisión de las características de la adolescencia, las tareas más importantes que debe lograr el joven en este período según Aberastury y Knobel (1976) son:

- Búsqueda de sí mismo y de la propia identidad. Búsqueda de la autonomía y seguridad personal.
- Tendencia grupal, el grupo es el continente del joven que antes era la familia.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosa, pudiendo tomar posiciones extremas como por ejemplo se muy ateo o por el otro lado muy creyente.
- Desubicación temporal, lo que hace que lo inmediato se vea como largo plazo y viceversa.
- Evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- Actitud social reivindicadora.
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.
- Separación progresiva de los padres.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Estos cambios se relacionan con un sentimiento de ansiedad y Depresión ligado a los duelos y separaciones que caracterizan a este período. Aparecen sentimientos de

soledad, frustración, desaliento y aburrimiento frecuentes. El adolescente pasa de la desesperanza más profunda a entusiasmo rápido y poco duradero.

¿Todos los jóvenes pueden lograr el desarrollo de estas tareas?, esta es una cuestión bastante discutible, Offer (1994) investigó la adolescencia normal americana, concluyendo que la mayoría de los jóvenes puede integrar sus nuevas experiencias afectivas, cognitivas, biológicas y sociales con poca disrupción. Offer (1994) distribuye a los adolescentes en tres grupos:

1. Desarrollo continuo, es el grupo que transcurre sin grandes tropiezos a la adultez, corresponde aproximadamente al 21 % de los sujetos investigados por este autor.
2. Desarrollo surgente, este grupo se desarrollaba a través de saltos y mayor discontinuidad que el grupo anterior. Oscilaban entre períodos de adaptación normal y períodos de detención y a veces retroceso. Lograron a largo plazo definir sus metas, pero les costó más tiempo. Correspondió aproximadamente a un 35% de la muestra de jóvenes estudiada por Offer.
3. Desarrollo tumultoso, corresponde aproximadamente al 15 o 20% del grupo estudiado. Jóvenes con conductas francamente alteradas, que expresan una mayor emocionabilidad y síntomas ansiosos depresivos. Tienen más dudas acerca de si mismo, conflictos y problemas.

Este último grupo, el 20% de jóvenes, requieren ser observado, puesto que los adolescentes que parezcan perturbados requieren ayuda de inmediato, con el fin de

apoyarlos y fortalecerlos en las áreas que requieran para que ingresen al mundo adulto de la mejor forma posible (Papalia, et al., 1998).

III.3. RIESGO ADOLESCENTE

Como se ha revisado en los puntos anteriores la adolescencia principalmente es un período de intensos cambios que llevan a configurar al joven en la persona adulta que se espera al término de esta etapa. No necesariamente este período debe verse como complicado, ya que muchos jóvenes disfrutan de este momento, pero existe una minoría la cual presenta una serie de problemas, problemas que pueden tener relación con influencias ambientales, falta de destrezas o de conocimientos acerca de lo que están experimentando, etc. y que pueden llevarlo a presentar problemas de farmacodependencia, conductas antisociales o problemas como la Depresión, embarazo adolescentes, etc. (Merikangas, et al., 2011; Muzzo y Burrows, 1986; Papalia, et al., 1998; Serrano, et al., 1996; Steinberg y Sheffer, 2001).

La causa de estos problemas sin embargo, no necesariamente tienen su origen en este período, por esto se hace necesario distinguir entre los problemas adolescentes que podrían haber comenzado en etapas más tempranas pero se observan claramente en la adolescencia, de los problemas cuyo origen claramente son en la adolescencia (Chen, 2013; Steinberg, et al., 2001)

Steinberg y Sheffer (2001), consideran que los problemas que presentan los jóvenes en esta etapa son generalmente transitorios, ya que la mayoría de éstos desaparecen en la adultez. El mecanismo por el cual desaparecen en momentos posteriores de la vida no está

claro, pero al parecer el establecer ciertos patrones de la vida adulta como matrimonio, tener un trabajo estable y permanente, ayude a que desaparezcan éstos.

El MINSAL (2009) plantea que hoy en día las fuentes principales de morbilidad y mortalidad en Chile están relacionados con factores del comportamiento, como trastornos en la alimentación, Depresión, consumo problemático de alcohol y drogas, tabaquismo, violencia, los que afectan alrededor del 20% de los adolescentes chilenos.

A continuación se presentará una visión de los problemas más frecuentes que afectan a los adolescentes en las esferas de la salud e interacción con otros:

III.3.1. Farmacodependencia:

El consumo de sustancia psicoactivas es un problema muy antiguo, pero ya a fines del siglo XIX se transformó en un problema de salud pública dado el abuso que se ha hecho de esto especialmente por los adolescentes (Caballo, et al., 2006; Florenzano, et al., 2005). La prevalencia en Estados Unidos es muy alta, observándose que el 50% de los jóvenes de la escuela secundaria relatan haber probado drogas ilícitas. En España, el consumo de drogas, especialmente el de aquellas llamadas legales, como alcohol y tabaco, es una conducta bastante extendida, observándose que un 12,3% de los jóvenes fuman diariamente, y que 3 de cada 10 estudiantes se ha emborrachado en el último mes. Siendo el alcohol, el tabaco y los inhalables volátiles las drogas de inicio más temprano (entre los 13 y los 14 años) Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES) 2012, Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. En Latinoamérica,

también el abuso de alcohol se ha transformado en una amenaza de la salud mental de la población (Florenzano, et al, 2005).

En Chile, la prevalencia del uso de sustancias químicas ha aumentado en las últimas décadas pero aún no es tan alto como en Estados Unidos, un estudio realizado por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, Ministerio del Interior, Chile, 2002) mostró que el consumo de marihuana era la más frecuente, siendo especialmente frecuente para el grupo de 19 a 25 años con un 39,69% y un 12,65% en la población de 12 a 18 años. En el caso del alcohol, éste habría aumentado en un 400% entre los jóvenes de 15 y 19 años.

Chile se encuentra en el segundo lugar en la prevalencia mensual de consumo de alcohol (53,19%), después de Argentina (60,19%). En prevalencia mensual de consumo de tabaco, se ubica en el primer lugar (32,58%). En el caso del alcohol, Chile muestra un mayor consumo de alcohol en las mujeres. Otro aspecto preocupante que es que Chile tiene la prevalencia anual de consumo de marihuana más alta (14,3%) del cono Sur, así como en otras sustancias ilícitas, siendo el consumo anual más frecuente en hombres que en mujeres (Rojas, et al., 2012).

El consumo de estas drogas depende de una variedad de factores que pueden sistematizarse dentro de un marco ecológico, habiendo claras diferencias entre los individuos. Se daría más entre hombres que en mujeres, a excepción del consumo de cigarrillos que en las mujeres ha aumentado fuertemente (Serrano, et al., 1996). El consumo aumentaría progresivamente desde la pre-adolescencia hasta la juventud temprana, para en

la mayoría de los casos estabilizarse en la edad adulta, a excepción de aquellos que se transformarán en farmacodependientes o alcohólicos (Florenzano, et al., 2005).

Entre más temprano se comience más riesgosa es esta conducta y cuyas consecuencias son de dos tipos: *nocivas*, como secuelas negativas para la salud, problemas de relación con familiares, amigos, novias; problemas legales o financieros; conductas antisociales; situaciones de beligerancia o violencia tales como riñas callejeras; conducta suicidas y muerte; y de la *dependencia* que lleva a ser un esclavo sin voluntad de estas sustancias (Caballo, et al., 2006; Florenzano, et al, 2005).

Al evaluarse el efecto del uso de drogas ilícitas en estudiantes universitarios que habían comenzado en la adolescencia se pudo apreciar un estado de salud deficiente, historias de inestabilidad laboral y con las parejas, y con una mayor probabilidad de haber realizado conductas delictivas, observándose tendencias a la Depresión (Papalia, et al., 1998).

III.3.2 Sexualidad Precoz

El adolescente comienza su actividad sexual tempranamente produciéndose dos riesgos inminentes para la salud y la persona del joven, los que son las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo adolescente, en este sentido entre más temprano se inicie la actividad sexual más riesgos negativos tiene para el joven (Florenzano, et al., 2005).

El estudio de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC,2010) acerca de las conductas relacionadas con la Salud y el desarrollo de los adolescentes españoles, mostró

que con respecto a su conducta sexual, que la iniciación sexual con mayor frecuencia se produce entre los 15-16 años con un 21,4% de los encuestados, no se observaron grandes variaciones en la edad de inicio entre hombres y mujeres (21,8% y 21,1 respectivamente). Un 86,2% de estos adolescentes dicen haber usado algún método para prevenir el embarazo, siendo el más utilizado el preservativo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Esta actividad sexual es percibida como más placentera por los varones que por las damas, y generalmente iba acompañada de uso de alcohol y tabaco. Además resultó preocupante que casi la mitad de los sujetos no usara preservativos.

En el caso de Chile, se vio una relación entre edad de inicio de las relaciones sexuales y porcentaje de consumo de sustancias químicas, entre los adolescentes que se iniciaron antes de los 12 años, el porcentaje de usuarios de marihuana fue de un 10,6% en comparación a 1,7% que lo hicieron después de los 19 años (CONACE, Ministerio del Interior, Chile, 2002).

Quien más precoz inicia su vida sexual, más parejas y relaciones habrá de tener, lo que es un riesgo en el sentido de enfermedades de transmisión sexual cuyos efectos colaterales son infertilidad, cáncer cervical, embarazos ectópicos e infecciones que se transmiten al recién nacido. Una de las consecuencias más importantes hoy en día es el riesgo de contagio de SIDA (Florenzano, et al., 2005).

Con respecto al embarazo temprano las consecuencias se ligan al nacimiento de un hijo y crianza y el impacto que esto tiene en la adolescente, familia y calidad de vida. Con respecto al nacimiento, entre más jóvenes sean las mujeres más riesgos se asocian al parto y

mayor mortalidad, los hijos correrán mayor riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer. El impacto de ser madre muy joven repercute para el resto de la vida de la joven, ya que tendrá menos oportunidades escolares, laborales, matrimonios inestables y como plantea Muzz y Burrows (1989) en un estudio realizado en Chile, la joven tendrá un 90% de su vida hipotecada. En Chile la proporción de nacimiento de madres adolescentes es de un 11% y la edad de iniciación sexual es aproximadamente entre los 14 y 15 años, siendo a los 18 años que más de un 50% de los hombres y un 20% de las mujeres tienen actividad sexual (Florenzano, et al., 2005).

III.3.3 Delincuencia y conductas de descuido:

Los adolescentes tienden a enredarse en conductas delictivas, de descuido y abuso. Con respecto a las conductas de descuido y abuso, los adolescentes tienen más posibilidad de sufrir abuso tanto sexual, físico y emocional. Las cifras oficiales subestiman este problema, ya que generalmente se refieren a abusos físicos producidos por descuidos o malos tratos paternos, las que fluctúan entre un 16% a un 30% en Estados Unidos. Estos abusos se dan de igual forma entre hombres y mujeres, especialmente en familias de escasos recursos. El abuso sexual se da en mayor proporción en las mujeres (Papalia, et al., 1998).

Las conductas delictivas se refieren a conductas destructivas tanto para los jóvenes como para los que los rodean, y que generalmente están reñidas por la ley. La delincuencia juvenil tiende a tener un patrón de mala conducta en la infancia, y se relaciona con familias que no brindan el necesario apoyo social y emocional que ayudaría a no influenciarse

negativamente por el grupo de pares. Además un porcentaje de estas familias tiene antecedentes: delictuales, de enfermedad mental, consumo de drogas. En Chile, los datos de Paz Ciudadana (2003) muestran que el 52,7% de los homicidios son cometidos por jóvenes menores de los 24 años, así como un 39% de las violaciones, el 73,4 de los robos con fuerza, 55,1% de los hurtos, el 60,6% de daños a la propiedad y un 55,5% de los delitos ligados con drogas.

Patterson (1989), describe como las familias disfuncionales, autoritarias y poco cercanas tienden a relacionarse con adolescentes con conductas antisociales, manifestando que los métodos de disciplina y monitoreo parentales apoyan la reducción de conductas antisociales.

Como otros factores de riesgo de caer en estos grupos antisociales se ha detallado el fracaso escolar y el rechazo de pares con conductas socialmente aceptadas, lo que puede llevar al adolescente a involucrarse con grupos antisociales que sí lo aceptan y contienen.

III.3.4 Problemas de Salud Mental:

Dentro de los problemas de salud mental más frecuentes de los adolescentes está la depresión y ansiedad, sintomatología esperable dado los cambios a todo nivel que deben sufrir en este período, observándose cierta angustia y tristeza en forma generalizada en los jóvenes como signos subclínicos inferiores al umbral de diagnóstico, especialmente en las mujeres luego de los 13 años (Benitos, Aparicio y Briones, 2000; Cova, Aburto, Sepúlveda, y Silva, 2007; Florenzano, et al., 2005; González-Tejera, et al., 2005; Merikangas, et al., 2010).

Respecto de la prevalencia de sintomatología depresiva, en general, la adolescencia y la etapa de vejez, son los momentos en que se presenta una mayor probabilidad de desarrollar una depresión, se estima que al menos un tercio de los adolescentes la presentan, siendo dos veces más frecuente en mujeres. En este último tiempo además ha aumentado su prevalencia en adolescentes entre un 8 a 10%, siendo nuevamente en mujeres dos veces más frecuente (Galicia, et al., 2009; Cova, et al., 2007; Merikangas, et al., 2010).

Las consecuencias de sufrir una Depresión en la infancia y adolescencia son desbastadoras tanto para el adolescente como su familia, porque estos episodios, de una duración de alrededor de nueve meses, alteran el funcionamiento normal joven, y aumentan su vulnerabilidad, pudiendo repetirse en el tiempo y cronificarse (Cova, et al., 2006; Benjet Borges, Medina-Mora, Feleiz-Bautista, y Zambrano-Ruiz., 2004; Cicchetti, et al., 1998).

Los adolescentes con depresión mayor afrontan un riesgo doble de sufrir depresión al llegar a adultos (Hankin y Mermelstein, y Roesch, 2007; Benitos, et al., 2000; Lewinsohn, Hopos, Roberts, Seeley, y Andrews., 1993). El 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 (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento. (Benjet, et al., 2004). Lewinsohn et al. (1993) en un estudio de seguimiento de un año pudo determinar que en un 37,7%, los adolescentes depresivos, sufrían recaídas.

En Chile se estima que el 90% de los episodios depresivos mayores remiten al cabo de 1 a 2 años y 10% se prologan. Episodios tratados exitosamente experimentan una recaída de un 40 a 60%. En seguimiento se observa que la depresión persiste con los años, de 1 a 2 años de remisión en un 20 a 60% y un 70% después de 5 años. De un 20 a 40% de los niños o adolescentes que han tenido un trastorno depresivo pueden desarrollar un trastorno bipolar dentro de los próximos 5 años (Almonte, Montt y Correa, 2009).

La presencia de la depresión se ha relacionado a problemas en diversos ámbitos de la vida adolescente como: *genéticos*, donde se ha descrito un mayor riesgo de presentar depresión en hijos de madres depresivas; factores *biológicos*, como el descenso en la dopamina, noradrenalina y serotonina. Factores *individuales*, como la baja imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración, factores *escolares* como la falta de logros académicos, descenso en las notas de asignaturas como matemáticas; factores *sociales y familiares*, como las alteraciones en las relaciones familiares saludables y estrés (Chan, Doan y Tompson, 2014; Galicia, et al., 2009; Lewinsohn, et al., 1993).

A continuación se hará una revisión más profunda de la depresión como cuadro psicopatológico que está afectando cada vez más a los adolescentes en el mundo, y especialmente en Chile donde la tasa de depresión de acuerdo a estudios del MINSAL (2003, Ministerio de Salud) se ha estimado que el 17,5% de la población sufriría esta enfermedad, y aproximadamente al 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, constituyéndose en la segunda causa de discapacidad en mujeres (Calvin, 2001).

CAPÍTULO IV: LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

IV.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

La historia de la depresión infantil, al igual que la historia de la psicopatología infantil, es de una corta historia, puesto que la naturaleza de la depresión infantil fue cuestionada hasta la década de los sesenta del siglo recién pasado en que comenzó a ser aceptada. Hoy en día nadie niega la existencia de ella, apreciándose una copiosa producción investigadora sobre los trastornos afectivos, sobre todo en los últimos 35 años (Méndez, Olivares y Ros, 2002; Garanto, 1993).

En la antigüedad ya se encuentran algunas referencias al concepto de melancolía en adultos, con algunas alusiones a la infancia. Dentro de los textos más representativo de este primer período están, “Anatomía de la melancolía” de R. Burton (1621). Burton era un clérigo que sufría de melancolía y describió de manera brillante su afección, este constituye el primer texto clásico de que hoy se dispone y que todavía es una fuente importante de conocimientos. Las alusiones a la infancia son reducidas, y habla de ella desde sus experiencias infantiles y de la educación recibida (Doménech y Polaino Lorente, 1988)

Otro texto importante es “*De affectibus animo et morbis inde oriundis*” de J. Baker (1755). Baker en cambio, plantea en su obra que, la melancolía puede darse a temprana edad y la relacionó con envidia y rivalidad fraterna. Según el autor podía darse en la más tierna infancia, insistiendo que los niños no se encuentran libres de esta grave enfermedad.

En el siglo XIX aparecen los textos de psiquiatría infantil, aunque no se refieren mucho a la melancolía, sí se refieren al suicidio infantil, relacionándolo obviamente con la depresión, aunque hoy se sabe que no es su origen. En cuanto a los textos psiquiátricos de esta época en referencia a la depresión se pueden mencionar los esfuerzos de J. Parkinson, respetado médico británico, quien publicó en 1807, *Observations on the excessive indulgent of children*, donde admite la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debido a pautas educativas inconsistentes. Y los de Griesinger (1845) autor organicista alemán, quien escribe en 1845 *Pathologie und therapie der psychischen Krankheiten* en el que dedicó un capítulo a la Psicopatología infantil, en el que afirma que una buena parte de las enfermedades que se describen en el adulto, entre ellas la manía y la melancolía, se observan también en los niños desde su más tierna infancia.

También a mediados del siglo XIX aparecen dos textos muy importantes para la Psicopatología infantil de los autores Delasiauve y de West, los que hacen mención a la manía y la melancolía en niños (Doménech, et al.,1988). En cuanto al suicidio en la infancia, un autor muy recurrido en esos tiempos fue Durand-Fardel, quien en 1855 publicó *Etude sur le suicide chez les enfants*, en el que además aporta datos epidemiológicos. Al respecto, durante los años 1836 a 1875 se registran en Francia 1.075 casos de suicidio en menores de 16 años, lo que significó un 0,66% del total de suicidios. En cuanto al sexo tanto en niños como adolescentes, se registró un mayor número de suicidios en varones (67,1%) que en mujeres (32,9%).

Ya en el primer tercio del siglo XX, se va imponiendo el término de depresión, sustituyéndose por el de melancolía. En la década de los 30 comienza a aparecer este término en el campo de la psicología y la pedagogía. Textos como los de Gaupp (1932)

“*Los profanos*”, donde da una explicación psicológica de las distimias de los niños, planteando su naturaleza patológica. O los de Stern (1933), quien hace una valiosa descripción de las características del niño deprimido, han contribuido a difundir esta patología en la psiquiatría de la época.

A pesar de que el psicoanálisis ortodoxo al principio se negó a admitir las depresiones en la infancia, ya que según las conceptualizaciones freudianas de la depresiones en los adultos, al hacerlas depender de la interacción de distintas instancias de la personalidad y no estando desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no sería posible la emergencia de los cuadros depresivos en la infancia. De acuerdo a la teoría psicoanalítica, para que exista la depresión, debería estar formado el yo e interiorizado el superyó, en la depresión el superyó castigaría al yo, pero dado que el superyó del niño no está suficientemente desarrollado para desempeñar ese papel, lo que se logra en la adolescencia, no habría una madurez intrapsíquica suficiente siendo imposible, según esta perspectiva, que se produzca un trastorno depresivo (Méndez, et al., 2002; Cichetti, et al., 1998; Doménech, et al., 1988; Wicks-Nelson y Israel, 1997; Polaino Lorente, 1995). Este peculiar punto de vista contribuyó en buena medida a que, en la práctica clínica durante años, se marginara la depresión en niños. No obstante dentro del psicoanálisis aparecieron autores quienes hablaron de la depresión infantil. Entre ellos se encuentra Melanie Klein, quien es la primera psicoanalista que introduce el término de depresión en la infancia, no obstante lo introduce como parte del desarrollo evolutivo del infante, presentándola como una reacción normal, cuya finalidad era adaptativa. Especifica que entre el tercer y sexto mes de vida, se produciría la posición depresiva del niño, desarrollando una ansiedad depresiva que estaría

relacionada con el temor a perder el objeto amado. El niño a través de su conducta alimentaria percibiría el pecho de su madre cómo alternativamente bueno y malo, en función que satisfaga puntualmente su apetito alimentario (bueno) o la frustre (malo), a consecuencia de algún retraso o impuntualidad.

Otros autores psicoanalistas sin embargo, estudiaron la depresión como efecto de la separación materna en niños a corta edad, entre los autores más conocidos al respecto se encuentran Spitz, (1945) quien incluye el término de depresión anaclítica, para referirse a la reacción de niños entre 6 a 8 meses que después de haber establecido una relación con sus madres eran separados sin que la reemplazara ninguna sustituta, como también Bowlby (1960) quien desarrolla la Teoría del Apego. Estos autores plantean con distintos acentos, que cuando la separación del niño respecto de su madre es transitoria o no muy prolongada, o bien es mitigada por la presencia de una madre sustituta, el nuevo comportamiento que aparece está únicamente caracterizado por ansiedad. En cambio, cuando la separación es permanente o sus efectos no están compensados por la presencia de una madre vicaria, el nuevo comportamiento que emerge es típicamente depresivo (Doménech, et al., 1988; Polaino Lorente, 1995). Esta relación entre depresión y separación materna, fue una tesis explicativa que tuvo gran fuerza en un momento, no obstante hoy en día se sabe que la separación de la madre más que una depresión como se concibe en la actualidad tiende a parecerse más a una ansiedad de separación.

Es en los años sesenta comienza el andar científico del concepto de depresión infantil, destacándose los trabajos de Rie quien publica su “*Comprehensive Review*” donde hace una completa revisión del tema, y de Rutter (1970) quien publica probablemente el primer estudio científico sobre los padres depresivos. Además aparecen los conceptos de

Depresión enmascarada y de equivalentes depresivos, en los cuales plantean que un niño podía padecer depresión, pero se encontraría enmascarada y se mostraría a partir de una sintomatología que tiene poco o nada que ver con la depresión (Polaino Lorente, 1995).

En los años setenta la aceptación de un síndrome depresivo específico es aceptada, centrándose el interés en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos y más tarde también biológicos. En 1976 que The Group of the Advancement of Psychiatry (GAP) incluye por primera vez el síndrome depresivo en su clasificación y con este hecho se reconoce formalmente este trastorno dentro de las alteraciones mentales infantiles.

En los años ochenta la investigación y publicaciones aumentan, en 1980 la Asociación Psicológica Americana (APA) introduce en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales a la depresión, en la que plantea que los síntomas esenciales del episodio depresivo mayor son similares en niños y adolescentes. Estos autores sostienen que la depresión es equiparable a la de los adultos y que se puede diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos, produciéndose una polémica con respecto a la edad en que los niños pueden ser diagnosticados con depresión (Méndez et al, 2002; Doménech, et al., 1988).

Por último recientemente ha tenido impacto sobre la depresión otra escuela psicopatológica, los psicopatólogos del desarrollo, quienes critican y ponen en discusión, la aplicación a niños de los criterios de la depresión adulta, en especial de la Depresión mayor. Sugieren que los síntomas pueden variar según la edad. De ser así los criterios para

la depresión del adulto no serían aplicables a los niños y menos de manera uniforme como se ha pretendido, en este sentido Polaino Lorente (1988) plantea categóricamente que “la nosología vigente no puede trasladarse sin ninguna matización al ámbito infantil” (Polaino Lorente, et al., 1988, pp. 37).

Actualmente, el interés por la depresión infantil ha ido en aumento debido a los adelantos en la identificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en los adultos, las mejoras en la práctica de diagnóstico ha facilitado la aplicación de criterios de diagnóstico en niños y adolescentes, como también la aparición de una serie de instrumentos de medida de depresión. El énfasis contemporáneo en el estudio de la depresión se ha dirigido hacia qué criterios debería ser usado para diagnosticar los desórdenes de ánimo (Cicchetti, et al, 1998).

IV.2. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

Que se haya demorado tanto tiempo en estudiarse la depresión infantil como una entidad psicopatológica, retarda indudablemente su andar científico, que recién comienza en los años sesenta como se explicó en el apartado anterior. A pesar de este hecho en este poco tiempo, el concepto de depresión infantil ha variado mucho, siendo una probable explicación para este hecho, la influencia de las distintas teorías y escuelas psicológicas de pensamiento. Lo más importante, sin embargo después de mucha controversia, es que los expertos están de acuerdo en admitir que la depresión infantil existe (Del Barrio, 2002).

El término depresión se entiende como la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo,

una característica fundamental de la definición clínica de la depresión. Para Del Barrio (2002), corresponde a una intensidad patológica de una emoción normal, que es la tristeza, siendo la tristeza una emoción negativa que ya reconoce el niño entre el segundo y tercer mes. La raya divisoria entonces, entre tristeza y depresión, es casi exclusivamente cuantitativa, al menos en lo que se refiere a su duración, porque en cuanto a sus síntomas es coincidente: cese en la actividad de ganar metas, objetos y relaciones; ausencia o defecto en la comunicación, desesperanza, ausencia de búsqueda de ayuda, incompetencia, baja autoestima, inactividad, retraimiento y pasividad. Lo que conlleva, un cambio persistente en la conducta de un niño, consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicarse con los demás, rendir escolarmente, que produce alteraciones de funciones corporales y con frecuencia es acompañada de acciones de protesta plural.

Por consiguiente, la depresión es un problema psicológico complejo, cuyas características principales son, por un lado, un estado de ánimo irritable y/o disfórico por algún tiempo, y por otro lado, la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza además por alteraciones en el apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o suicidio e intento de suicidio. El trastorno repercute negativamente a nivel personal, familiar, escolar y/o social. La naturaleza de la respuesta-problema y de las áreas afectadas varía con la edad. En la infancia predominan los sistemas psicofisiológicos y motores. Con el paso de los años adquiere relevancia el sistema cognitivo y aparecen

dificultades en nuevos ámbitos como sexuales o legales (Del Barrio, 2002; Méndez, et al., 2002; Petti, 1993).

Pero hasta llegar a este entendimiento de lo que es la Depresión Infanto-Juvenil (DIJ), definición bastante aceptada en la actualidad, se manejaron una serie de nociones acerca de DIJ, las que se presentan a continuación:

IV.2.1. Depresión anaclítica

La primera tesis acerca de la DIJ, la realizó Spitz (1945), quien la describió como la reacción de niños entre 6 a 8 meses que después de haber establecido una relación con sus madres eran separados sin que la reemplazara ninguna figura sustituta o vicaria. Postuló tres fases en esta depresión: (Polaino Lorente, 1995; Polaino Lorente, et al., 1988)

1. *Período reactivo*: De tres meses de duración, caracterizado por astenia, irritabilidad, excesiva dependencia del medio, angustia, dificultades alimentarias, alteraciones del sueño y reacciones de oposición.
2. *Período depresivo*: Se caracteriza por disminución de la movilidad, pobreza expresiva y gestual, inercia psicomotriz, aislamiento, astenia, hostilidad, pérdida de peso, crisis de llanto, etc. La salud del niño en este período puede todavía recuperarse si se le restituye la madre o si una madre vicaria hace las veces de aquella.
3. *Período de hospitalismo*: Acontece cuando han transcurrido cinco meses continuados de privación materna y se caracteriza por pasividad, inercia, aislamiento, desapego, hermetismo, retraso psicomotor y un importante déficit

intelectual, lingüístico que configuran un cuadro de retraso global y masivo de todas las funciones.

Luego Bowlby (1969) estudia con mayor especificidad el proceso de separación materna, describiendo tres fases:

1. Fase asténica y reactiva: se caracteriza por la aparición de los siguientes síntomas: ansiedad, gritos, dificultades para dormir, terrores nocturnos, reacciones de oposición, regresión en el comportamiento alimentario, etc.
2. Fase depresiva: se caracteriza por la disminución de la movilidad y plasticidad psicomotrices, indiferencia ante los estímulos que se le presentan, limitación de la vida de relación a sólo automatismos, pérdida de la iniciativa, etc.
3. Fase autodestructiva: se caracteriza por la reducción de la vida de relación a sólo necesidades primarias, apatía, indiferencia y otras numerosas manifestaciones depresivas. En esta fase, la restitución de la madre no logra hacer reversible el cuadro clínico depresivo que, generalmente, aparece después del primer año de la vida.

IV.2.2 Depresión enmascarada y equivalentes depresivos

En los años sesenta del siglo XX, surgen estos conceptos que causan gran controversia, puesto que hacen que la definición de depresión se haga menos precisa.

El término *equivalentes depresivos*, hacía referencia a aquellos síntomas que eran conceptualizados como un equivalente de la depresión, cuando el mismo, por su naturaleza, no reunía todos los atributos que permitían reagruparle en el bloque de los síntomas típicos y tradicionalmente depresivos. Este concepto fue muy problemático, ya que demostraba la inestabilidad sintomatológica, debilitando la especificidad del síntoma que representa un síndrome. Estos equivalentes resultaron difíciles de diferenciar en esa época, de los tradicionales síntomas psicósomáticos; las alteraciones funcionales que clásicamente se han asociado a ansiedad y que constituyen las bases del concepto de neurosis y los efectos no deseados que provienen del organismo después de suministrarse fármacos. A pesar de esta ambigüedad, con la ayuda de fármacos antidepresivos los pacientes tendían a la remisión de los síntomas (Polaino Lorente, 1995).

La *Depresión enmascarada*, forma clínica estudiada en los adultos que posteriormente fue reintroducida por Nissen (1971) en la depresión infantil. Plantea que en la infancia pueden aparecer depresiones subyacentes, donde el estado de ánimo disfórico así como otras características normalmente consideradas esenciales para el diagnóstico no se encuentran presentes. Se manifiesta entonces que aunque exista efectivamente un trastorno depresivo subyacente, la depresión del niño o del adolescente se ve enmascarada por una gama completa de comportamientos problemáticos. Esta depresión no se manifestaba directamente por lo que el clínico debía inferirla (Wicks-Nelson, et al., 1997).

Las depresiones enmascaradas fueron concebidas como depresiones endógenas, donde las manifestaciones distímicas estaban encubiertas por una sintomatología principalmente de tipo somática en los adultos y en los niños más bien conductual.

El problema de este concepto es que no había criterios compartidos que permitieran determinar si se estaba frente a una depresión, por lo que su naturaleza era muy confusa. Se planteaba que la depresión infantil estaba enmascarada por un conjunto de síntomas que tenían poco en común con las características clínicas típicas de la depresión, agrupando estos síntomas en tres: problemas conductuales, reacciones psicósomáticas y reacciones psicobiológicas. Se hacen agrupaciones de síntomas posibles por edades y se afirma que la reacción de depresión enmascarada es la forma más común de presentarse la depresión infantil (Polaino, et al., 1988).

No obstante este concepto a pesar de su ambigüedad fue importante ya que reconoció abiertamente que la depresión era un problema importante y prevalente en la niñez, mostrando que se manifestaba de una manera distinta en los niños y adultos, lo que contribuyó a la creación de una perspectiva evolutiva más amplia.

IV.2.3 Depresión somatógena, depresión endógena y depresión exógena

Posteriormente la Escuela francesa, identificó tres tipos de depresión, *somatógena*, *endógena* y *exógena*, clasificación ampliamente usada hasta la década de los setenta, y que dejó de usarse ya que no se podía relacionar con las respuestas terapéuticas de los pacientes (Polaino Lorente, et al.1988; Polaino Lorente, 1995):

- ***Depresión somatógena***: se refería a aquellos pacientes cuyos cuadros clínicos se asociaban al padecimiento de enfermedades crónicas, tumores, enfermedades hereditarias, etc.

- **Depresión exógena o psicógena:** pacientes cuya sintomatología depresiva se relacionaba con la reacción frente a factores ambientales de mayor o menor carga conflictiva.
- **Depresión endógena:** se incluía aquí a pacientes con trastorno de personalidad limítrofe, cuya sintomatología podía encontrarse manifestaciones propias de las psicosis infantiles y de la enfermedad maníaca o hipomaníaca, entidades clínicas que actualmente están bien diferenciadas del síndrome depresivo.

Otras clasificaciones que se usaron para denominar la depresión y que aún se pueden encontrar en los textos de psiquiatría infantil son (Caballo, et al., 2006):

- **Primaria versus secundaria:** Se refiere a si la depresión es un trastorno principal o bien es consecuencia de un problema médico o psicológico.
- **Unipolar versus bipolar:** señala si los episodios depresivos son solos o si son episodios depresivos más episodios (hipo)maníacos. Tema que en este momento se está estudiando fuertemente en los niños.

IV.3. CLASIFICACIÓN ACTUAL DEL LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL, DSM IV-TR (2000)

En la actualidad las clasificaciones no incluyen la depresión dentro de los trastornos referidos a la infancia sino que la integran en los cuadros generales, no sin tener en cuenta ciertos matices diagnósticos diferenciales entre niños, jóvenes y adultos, en cuanto a la duración o determinadas manifestaciones sintomáticas que pueden variar con la edad, como por ejemplo se advierte que en los niños suelen ser más frecuentes las quejas somáticas, la

irritabilidad y el aislamiento social, a diferencia de los adolescentes que son más frecuente el enlentecimiento psicomotor, hipersomnia y las ideas delirantes.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (APA, 2000) sistematiza este estudio de la depresión en el apartado de los *desórdenes del ánimo*, definidos como trastornos cuya característica principal es la alteración del humor, que se pueden diferenciar en tres bloques distintos:

- A. *Episodios afectivos***, es un síntoma específico depresivo de duración aproximada de dos semanas o más, estos síntomas en su conjunto son el fundamento para el diagnóstico de trastorno, ya que se requiere de la presencia de ellos para desarrollar un trastorno. Incluyéndose dentro de esta categoría los episodios depresivos mayores, maníacos, mixtos e hipomaniaco.

- B. *Trastornos del estado de ánimo***, Constituye el conjunto de síntomas identificados para la depresión. Pueden ser trastorno depresivo (Depresión unipolar), o bipolares. Los depresivos se dividen a su vez entre depresivo mayor, distímico, y trastorno depresivo no especificado A su vez los trastornos bipolares se subdividen en, bipolar I, bipolar II, ciclotímico y bipolar no especificado.

La diferencia entre un trastorno depresivo mayor y bipolar, es que en el segundo caso se requiere para su diagnóstico de la presencia (o en la historia) de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos normalmente acompañados de la presencia de episodios depresivos mayor.

C. Otros trastornos del estado de ánimo, debido a enfermedad médica, intuido por sustancias y no especificado.

IV.3.1 Trastorno del Ánimo

Estos pueden dividirse en:

- ✓ **El trastorno depresivo mayor** que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- ✓ **El trastorno distímico** que se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ✓ **El trastorno depresivo no especificado** que se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

IV.3.2 Trastorno Bipolar

- ✓ **El trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- ✓ **El trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- ✓ **El trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

✓ **El trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

Además de los dos trastornos revisados anteriormente y más frecuentes están también:

✓ **El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

✓ **El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la Depresión o la exposición a un tóxico.

✓ **El trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

La mayor cantidad de investigación en la actualidad acerca de la depresión en niños es referida a la depresión mayor y distimias. No obstante, aunque se dispone aún de pocos trabajos sobre trastornos bipolares y ciclotímicos en la infancia, se observa un fuerte interés a partir de la década de los ochenta por estudiarlos, probablemente porque ciertos síntomas maníacos se solapan en algunos niños con hiperactividad, con lo que puede llegar a confundir el diagnóstico y a cometerse errores en la indicación de fármacos (Rende, et al., 2007; Polaino Lorente, 1995).

La Clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10 (OMS, 1992) en su capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento establece una clasificación un tanto diferente. Los trastornos afectivos se encuentran en la sección F3 y están subdivididos en episodios maníacos, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno del humor recurrente, trastorno del humor persistente, y otros. El episodio depresivo, se clasifica en función de la severidad, en ligero, moderado y severo (con o sin síntoma psicótico). Siendo las distimias incorporadas a los trastornos persistentes del humor.

Para esta investigación se escogió utilizar la clasificación de los trastornos depresivos de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000), dado que es la más usada en la investigación de Trastornos Mentales.

IV.4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

Estos criterios clínicos se obtuvieron de la selección de un grupo de síntomas generalmente seleccionados por un grupo de expertos quienes los consideran como los más representativos de todo un conjunto de síntomas más plurales que se obtienen de la descripción de casos.

La selección de éstos ha variado a lo largo de la historia de la depresión y sin duda ha sido un tema de controversia, a continuación se hará una revisión de los criterios usados en distintos momentos del diagnóstico de depresión, para terminar exponiendo los criterios más empleados en la actualidad, como ya se mencionó en el apartado anterior, que son los usados en las clasificaciones: DSM-IV-TR, (APA, 2000) y CIE-10, (OMS, 1992).

Los expertos al referirse a la depresión han usado indistintamente los términos síntoma, síndrome y desorden, esta alternancia ha generado cierta confusión, que para efectos de esta investigación se definirán y diferenciarán a continuación. (Cicchetti, et al., 1998; Petti, 1993; Wichs-Nelson, et al., 1997).

- **Síntoma o ánimo depresivo:** delimitado por un solo síntoma o grupo de síntomas que envuelve afectos disfóricos, como por ejemplo el niño parece triste o se queja de estar triste, llora fácilmente, se siente solo, desesperanzado o pesimista.
- **Síndrome depresivo:** que envuelve un set de síntomas que han sido empíricamente demostrados que co-ocurren. Implica la presencia de un estado de ánimo negativo (mal humor, irritabilidad e ideación autodespectiva) que va acompañado de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta, es decir se acompaña de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, y alteraciones psicomotoras.
- **Desorden o Trastorno depresivo:** Tiene las mismas características de un síndrome, pero éstas están presentes de forma persistente, y se observa en el niño y adolescente un deterioro social, entidad reflejada en categorías como el DSM-IV – TR y CIE 10. Es decir, implican un síndrome y un proceso mórbido, que en conjunto constituyen una enfermedad.

Muchos autores durante la historia de la depresión han propuesto de acuerdo a sus propias descripciones una serie de criterios o síntomas específicos que permitan reconocerla y diagnosticarla. Entre ellos Poznanski y Zrull (1970) planteaban como requisito para el diagnóstico de depresión infantil, que el niño fuera descrito como triste,

desgraciado o deprimido, como también que se documentara falta de sueño, preocupaciones excesivas sobre la muerte o sentimientos de inadecuación, encontrando estos autores que la autoimagen negativa era el trastorno más frecuente del cuadro clínico.

Puig-Antich, Blau, Marx, Greenhill y Chambers (1978) incluían la presencia de humor disfórico, y un síndrome depresivo compuesto por los siguientes síntomas: escaso apetito, trastorno del sueño, pérdida de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de interés, culpa inadecuada, pensamiento enlentecido y pensamiento de muerte o suicidio.

Probablemente los criterios de mayor impacto fueron los creados por Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik, y Dietz (1973) que se recogen en la Figura 7, que si se comparan con los criterios del DSM IV-TR (ver Figura 10) son bastante similares a pesar del tiempo transcurrido.

Síntomas Principales	I) Estado de Ánimo disfórico (melancolía) a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. b) Cambios en el estado de ánimo, malhumor. c) Irritabilidad, se enfada fácilmente. d) Hipersensibilidad, llora fácilmente. e) negativismo, resulta difícil de complacer.
	II) Ideación autodespreciativa a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo). b) Ideas de persecución. c) Deseos de muerte. d) Deseos de huir, de escaparse de casa. e) Tentativas de suicidio.
Síntomas Secundarios	III) Conducta agresiva (agitación) a) Dificultades en las relaciones interpersonales. b) Facilidad para riñas y pendencias. c) Poco respeto a la autoridad. d) Beligerancia, hostilidad, agitación. e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.
	IV) Alteraciones del sueño a) Insomnio inicial b) Sueño inquieto. c) Insomnio tardío. d) Difícil despertar por la mañana.
	V) Cambios en el rendimiento escolar a) quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, pobre concentración, escasa

	memoria. b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares. c) Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares.
	VI) Socialización disminuida a) Menor participación en grupo. b) Sociabilidad disminuída. c) Retraimiento Social. d) Pérdida de los intereses habituales.
	VII) Cambio de actitud hacia la escuela a) Pérdida de placer en actividades escolares. b) Negativa o rechazo de ir a la escuela.
	VIII) Quejas somáticas a) Cefalalgias no migrañosas. b) Algas abdominales. c) Mialgias. d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.
	IX) Pérdida de la energía habitual a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares. b) Disminución de la energía, fatiga física y/o mental.
	X) Cambios en el apetito y/o en el peso habituales

Figura 7. Síntomas de la Depresión infantil

Fuente: Weinberg y cols, 1973

Del Barrio (2002) sistematiza los síntomas depresivos por áreas como se aprecia en la

Figura 8 que se presenta a continuación.

Emocional	Motora	Cognitiva	Social	Conductual	Psicosomática
Tristeza Pérdida de disfrute Ausencia de interés Cambios bruscos de humor Falta de sentido del humor Desesperanza Irritabilidad Llantos excesivos Ausencia de interés por las cosas	Inexpresividad Hipoactividad Letargo Enlentecimiento Motor Hiperactividad	Falta de concentración Pérdida de memoria Pesimismo Desesperanza Indecisión Sentimientos de culpa Baja Autoestima Ideas de suicidio Pensamientos morbosos Descenso del rendimiento Descenso de la atención	Aislamiento Soledad Retraimiento Incompetencia social	Protestas Riñas Desobediencias Rabietas Indisciplina escolar Delincuencia Droga Piromanía	Enuresis Pérdida de energía Sentimientos de fatiga Pérdida de peso Dolores múltiples Pesadillas Cambios en el sueño y el apetito

Figura 8. Síntomas de Depresión por edades

Fuente: Del Barrio, 2002

Pero a pesar de describirse claros criterios clínicos para la Depresión infantil, la edad del niño es un factor fundamental, dado que las manifestaciones sintomáticas varían sin duda en función de la edad de éste. Investigadores como Rutter, Tizard, y Whitmore (1970), Cichetti y Toht (1998) y otros, han conceptualizado la Depresión infantil desde la perspectiva del desarrollo.

Además, estos autores plantean que la sintomatología de la Depresión no sólo varía en su expresión de acuerdo a la edad, sino que en algunas edades los síntomas pueden ser comunes y remitir al pasar a otra etapa del desarrollo. En virtud de estas dificultades se han tendido a identificar síntomas típicos de acuerdo a la edad. Entre los autores que han trabajado sobre este aspecto se encuentra Nissen (1971) quien fue uno de los primeros que identificó la correspondencia entre diferentes edades y los síntomas de acuerdo a las etapas evolutivas, lo que puede apreciarse en la Figura 9.

Etapa	Síntomas
Edad pre-escolar	Los síntomas depresivos se caracterizaban por rechazo del juego, agitación y timidez (síntomas psíquicos); crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (síntomas psicossomáticos).
Edad escolar	En esta etapa los síntomas era irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez (síntomas psíquicos); enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto y gritos (síntomas psicossomáticos).
Adolescencia y preadolescencia	Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos) y cefaleas (síntomas psicossomáticos).

Figura 9. Síntomas depresivos de acuerdo a las distintas edades

Fuente: Nissen ,1971

No obstante a pesar de estas consideraciones evolutivas, hoy en día se ha decidido integrar en los Trastornos Afectivos (DSM IV-TR, 2000), los síntomas depresivos tanto de niños y jóvenes, lo que se relaciona con que ciertos criterios que se usan para el diagnóstico adulto pueden ser aplicados de igual manera en los niños. En este sentido, existirían ciertas características universales, como las características cognitivas de la depresión, sus correlatos biológicos, y comportamientos encontrados en los adultos deprimidos, que también se han encontrado en niños y adolescentes (Wicks-Nelson, et al., 1997).

A pesar de esta similitud, algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR, 2000).

Síntomas Principales	I) Estado de ánimo irritable o deprimido (disforia) a) Estado de ánimo irritable o inestable: ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia. b) Estado de ánimo triste, desesperanzado, desanimado, “como en un pozo” c) Estado de ánimo “pasota”, insensible o ansioso. d) Quejas de molestias y dolores físicos.
	II) Disminución del interés o del placer en las actividades (anhedonia) a) Disminución del interés por las aficiones, pérdida de interés general. b) Disminución o pérdida de la capacidad para disfrutar con actividades anteriormente placenteras.

	<p>c) Aislamiento social.</p> <p>d) Abandono de los jobs y entretenimiento; por ejemplo, un niño al que le gustaba el fútbol pone excusas para no practicarlo.</p>
Síntomas Secundarios	<p>III) Pérdida de apetito y fracaso en lograr los aumentos de peso esperables</p> <p>a) Disminución del apetito, esfuerzos para comer.</p> <p>b) Fracaso en la consecución del peso apropiado o pérdida de peso.</p> <p>c) O, con menos frecuencia, aumento del apetito, preferencias alimentarias (por ejemplo, dulces)</p> <p>d) O con menos frecuencia, ganancia de peso.</p>
	<p>IV) Alteraciones del sueño</p> <p>a) Insomnio medio.</p> <p>b) Insomnio tardío.</p> <p>c) Insomnio inicial.</p> <p>d) O, con menos frecuencia, hipersomnía.</p>
	<p>V) Alteraciones psicomotoras</p> <p>a) Agitación motora observable, como por ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugarla piel, la ropa o algún objeto.</p> <p>O enlentecimiento motor observable, como, por ejemplo, habla, discurso y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo..</p>
	<p>VI) Pérdida de energía, cansancio y fatiga</p> <p>a) Fatiga persistente sin hacer ejercicio físico.</p> <p>b) Requerimiento de grandes esfuerzos para realizar trabajos pequeños-</p> <p>c) Eficacia reducida para la realización de tareas, por ejemplo, el niño se queja de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y que tarda el doble de lo normal.</p>
	<p>VII) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivo o inapropiados</p> <p>a) Evaluación negativa no realista de la propia valía, interpretación de acontecimientos cotidianos neutros o triviales como prueba de defectos personales.</p> <p>b) Preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados, sentimientos exagerados de responsabilidad con respecto a las adversidades.</p> <p>c) Los sentimientos de inutilidad o de culpa pueden tener proporciones delirantes.</p>
	<p>VIII) Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones</p> <p>a) Facilidad para distraerse, falta de concentración y de memoria.</p> <p>b) Dificultad para pensar y para funcionar intelectualmente del mismo modo que antes.</p> <p>c) Disminución del rendimiento académico.</p> <p>d) Indecisión.</p>
	<p>IX) Pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas de suicidio</p> <p>a) Creencia consistente de que los demás estarían mejor si uno muriese.</p> <p>b) Pensamiento transitorio (1 o 2 min.), pero recurrentes (una o dos veces a la semana), sobre el hecho de suicidarse.</p> <p>c) Planes específicos para cometer suicidio (Por ejemplo, comprar una pistola, fijar el lugar y el momento en el que sabe que se encontrará solo).</p> <p>d) Tentativas de suicidio.</p>

Figura 10. Síntomas de un episodio depresivo mayor

Fuente: DSMIV-TR, APA 2000

De acuerdo al DSM-IV-TR, para diagnosticar un episodio depresivo deben cumplirse los siguientes requisitos ver Figura 11:

CRITERIOS
A. Presencia de cinco (o más) de los síntomas presentados en el cuadro N° 3, durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo ó (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer (Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo)
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Figura 11. Requisitos para el Diagnóstico de Depresión Mayor

Fuente: DSM IV –TR, 2000

IV.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

Es evidente que las dificultades históricas que ha tenido el desarrollo del concepto de depresión, junto a la variedad de criterios utilizados para diagnosticarla han influido en que las tasas de incidencia hayan sido muy variadas y muchas veces no equiparables entre sí (Rojas, et al., 2012).

Con la aparición del Manual de Diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (DSM-III, 1987) que incluía criterios diagnósticos de depresión aplicables a niños y jóvenes; la difusión de instrumentos específicos de evaluación; y la aparición de críticas metodológicas, posibilitaron que se fueran acercando los resultados de las distintas investigaciones, haciéndolas más comparables. No obstante, la incidencia de la depresión

dependerá de numerosas variables, entre ellas el diseño de investigación (longitudinal, transversal), tipo de población estudiada (clínica o general de la comunidad), rango de edad, definiciones de depresión, instrumentos de evaluación y las características de los informadores (Cova, et al., 2007; Maganto, 2002; Lewinsohn, Clarke, Rhode, Hopos, Seeley, y Andrews, 1993).

En la década de los setenta a pesar de las dificultades para obtener cifras de incidencia de la DIJ, dada la variabilidad y calidad de los estudios realizados, aparecen estudios clásicos por su calidad metodológica, como el de Rutter, Tizard y Whitmore (1970) en el cual usando la tristeza y desdicha como indicador de Depresión “pura” encontraron una incidencia de 0,1% en los varones (de 10 a 11 años de edad) que residían en la Isla Wight. Ya en la siguiente década, de los ochenta, se produce un gran avance en la investigación epidemiológica de este trastorno, los cuales son recopilados por Méndez, et al. (2000)

Figura 12.

Estudio	Muestra			Evaluación		Prevalencia (%)
	Edad	N	Reclutamiento	Instrumentos (a)	Informantes (b)	
Kashani y Simonds (1979)	7-12	103	Niños nacidos en un hospital de Missouri (Estados Unidos) durante el año	Entrevista clínica	P, N	1,9%
Kashani et al. (1983)	9	641	Niños nacidos en el hospital obstétrico de Dunedin (Nueva Zelanda) entre abril de 1972 y marzo de 1973.	Listado de síntomas depresivos K-SADS-E Rutter Chile Scales (RCS)	P,N,M	1,8
Kashani et al. (1986)	2,5-7	109	Niños de dos guarderías próximas de una ciudad del medio oeste Lamericano.	Listado de síntomas depresivos Batería de pruebas diversas	P, N	0,3
Anderson et al. (1987)	11	792	Ídem al estudio de Kashani et al. (1983)	DISC RCS	N,P,M	0,5
Boyle et al. (1987)	6-16	2.852	Niños y adolescentes del	Survey Diagnostic	P,M,A	5,9

Fleming et al. (1989)			censo de 1981 de la provincia de notario (Canadá)	Instrument		
Deykin et al. (1987) Levy y Deykin (1989)	16-19	424	Residentes de dos colegios públicos mayores (uno exclusivamente femenino)	Diagnostic Interview Schedule	A	8,3
Kashani et al.(1987 a) Kashani et al.(1987 a)	14-16	150	Adolescentes de colegios públicos de la misma ciudad.	DICA	A, P	4,7
Bird et al. (1988)	4-16	777	Niños y adolescentes de familias portorriqueñas	CBCL DISC Clinical Global Assessment Scale	P, M,N,A	2,5 – 3,7
McGee y Williams (1988) Frost et al. (1989)	13	762	Ídem al estudio de Kashani et al. (1983)	DISC (modificada) Revised-BPC RCS	A, M	0,4
Garrison et al. (1989)	11-17	677	Estudiantes de un instituto	CES-D	A	4,4
Kashani et al. (1989)	8,12,17	210	Niños y adolescentes de colegios públicos de un condado	CAS	P, N,A	0,7 –5,7

Figura 12. Estudios sobre prevalencia de la Depresión en la población infantil general

Fuente: Méndez, et al., 2002

Con respecto a las diferencias en estimación de depresión de acuerdo al informador, Rivas, Vásquez y Pérez (1995), usaron como fuentes de información a los padres, profesores y niños, encontrando diferencias en las cifras de acuerdo a los informantes. Los padres informaron síntomas de depresión en sus hijos en un 9%, los profesores manifestaron un 26% de síntomas en sus alumnos, y los niños informaron presentar síntomas de Depresión en un 13%, lo que muestra las diferencias que pueden obtenerse en relación al mismo fenómeno de acuerdo al informador

En general, los índices de incidencia de depresión en niños y jóvenes son muy parecidos en todos los países industrializados a excepción de Japón. Estos índices se sitúan en un 2% para depresión mayor y un 8% para trastornos distímicos (Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000). En este sentido, en España se llevó a cabo un amplio estudio epidemiológico realizado por Dómenech y Polaino Lorente (1990) con 6432 escolares de colegios públicos y privados de Madrid, Barcelona, Sevilla, Gerona y Santiago de Compostela, de los cuales el 52% eran varones y 48% niñas de entre 9 y 10 años. Obteniéndose como resultados, que un 1,8% de los escolares presentaban depresión mayor y 6,4% distimias. El porcentaje de depresión coincidió con el hallado por Kashani et al. (1982) con una prevalencia de 1,8% para trastornos depresivos mayores y 2,5% para distimias. Un estudio epidemiológico realizado por Merikangas et al, en el año 2010, con una población representativa de adolescentes en Estados Unidos, se encontró que un 14,3% de los jóvenes presentaban desórdenes de ánimo, de los cuales 11,7% era depresión mayor y 2,9% distimias.

Con relación a la prevalencia del trastorno depresivo en los adolescentes chilenos, el Primer Estudio de Prevalencia de Trastornos de Salud Mental en la población chilena de entre 4 y 18 años, que fue realizado por Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillan, Valdivia y Khon, y publicado en el año 2012, arrojó una prevalencia de 5,9% de Trastorno depresivo Mayor y un 0,2% de distimias, el mayor porcentaje de Trastornos depresivo mayor se encontró en el grupo de adolescentes entre 12 y 18 años, y en especial en mujeres.

En poblaciones clínicas las estimaciones suelen ser mayores, oscilando entre un 10% a 20% (Del Barrio, et al., 1997). Aláez, et al. (2000) realizaron un estudio de prevalencia de

trastornos psicológicos en una muestra clínica de niños españoles, encontrando un 14,6% de incidencia para depresión.

En Chile, en el caso de la población infanto-juvenil, con estudios realizados mediante el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI, Kovacs, 1992), con muestras pequeñas revelan una incidencia de depresión entre un 12 a 20% (Cid, Díaz, Espíndola, 2005; Cumsille y Martínez, 1997; Galaz, López, Miranda, 2009; Sepúlveda, Almonte, Valenzuela, y Avendaño, 2001). Cova, et al. (2007), tomando una muestra de 700 escolares chilenos, encontró que un 32,6% presentaban síndrome depresivo. Rojas, et al. (2012), también con una muestra más representativa que incluía adolescentes entre los 12 a 20 años, encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa, varió entre 13,2% y 44%, donde las mujeres presentan una mayor prevalencia que los hombres.

Estos resultados no están tan alejados de los realizados en otros países con el CDI (Kovacs, 1992) que indican una frecuencia elevada de sintomatología depresiva en adolescentes, pero no tan alta como la encontrada en Chile. Sanz, Navarro y Vázquez (2003) compararon diversos estudios con el CDI en población universitaria en USA, Canadá, España, y las prevalencias que observaron fluctuaron en un 14%. Olsson y Von Knorring (1997) también comparó sus datos, obtenidos en Suecia, en población general adolescente, con los de países como USA y Canadá, y en todos los estudios que revisó los promedios de síntomas son inferiores a un 10,3 y las prevalencias de síndrome depresivo (con el puntaje de corte de 16) son inferiores a 16%. Un estudio más reciente de Gorenstein Andrade, Zanoló, y Artes (2005) es particularmente interesante, porque corresponde a una

muestra de adolescentes de 13 a 17 años de una país con mayor cercanía sociocultural a Chile como Brasil (aunque la muestra sobre representa a los colegios privados respecto a los públicos), donde también obtiene con el CDI puntajes de síntomas depresivos más bajos que los estudios chilenos, prevalencia total de un 16,3%.

IV.5.1 Incidencia de acuerdo a la edad

En la mayoría de los estudios se observa que hay un incremento de la depresión en relación con la edad (Cichetti, et al., 1998; Magnato, 2002; Méndez, et al., 2002; Petty, 1993; Polaino Lorente, 1995, 1988; Terán, Vásquez, Pérez, 1995; Wicks-Nelson, et al., 1997).

En niños de edad pre-escolar, se han encontrado índices de Depresión Mayor no más altos de un 2%. En la etapa escolar entorno al 2,5% y en la adolescencia aparecen niveles desde 0,4% hasta 8,3% aumentando progresivamente hasta alcanzar índices próximos a la vida adulta. Doménech, Subirà y Cuxart (2004), hallaron que el 4,2% de una muestra de 8° de EGB, compuesta fundamentalmente por adolescentes de 13 (62%) y 14 (31%) años presentaban Depresión Mayor, mostrando con esto que hay un aumento de prevalencia de los trastornos afectivos en el sexo femenino y sus variaciones a la edad de 13 años, siendo un momento crucial en la incidencia de depresión (Burke, et al. 2005; Costello, Mustilo, Erkanli, Keeler, y Angold, 2003; Hankin, et al. 1998; Hankin, Mermelstein, Roesch, 2007; Villalobos, Díaz y Vinet, 2005;).

En cuanto a distimias los datos existentes han mostrado rangos desde 0,6% a 1,7% en niños y de 1,6% a 8% en adolescentes (Cichetti, et al.1998).

IV.5.2 Incidencia según el Sexo

En cuanto al género no suelen hallarse diferencias entre niños con edades comprendidas entre 6 y 12 años, no obstante, cuando se encuentran diferencias, en general suelen ser mayores los índices en varones (Wicks-Nelson, et al., 1997). No ha quedado definitivamente establecida la prevalencia en púberes, pero después de la pubertad, se ha encontrado una tasa de prevalencia más alta en las adolescentes, hasta aproximarse a la proporción que suele hallarse en adultos de 2:1 entre hombre y mujeres (Costello, et al., 2003; Doménech et al., 2004; Hankin, et al., 2007; Hankin, et al., 1998; Magnato, 2002; Nolen-Hoeksema, 2001; Petty, 1993; Polaino Lorente, 1995, 1988; Sánchez, y Méndez, 2009; Vicente, et al., 2012).

En España se encontró en cuanto a la Depresión Mayor sobre los 12 años en niñas un 2,8%, y un 0,9% para niños, en un estudio similar con desórdenes distímicos se encontró más frecuencia en las chicas (Del Barrio et al., 1997).

IV.6. COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

En la actualidad en psicopatología infantil y adolescente se ha prestado considerable atención al tema de la comorbilidad, que es definida como la ocurrencia de dos o más desórdenes en conjunto, ya que esto complica el diagnóstico y tratamiento. Durante mucho tiempo ésta se consideró como una consecuencia de la mala organización de las categorías diagnósticas que sirven para describir diferentes síndromes psicológicos, sin embargo, hoy en día se entiende que es fundamental percibir e identificar la comorbilidad para la evaluación de la validez y utilidad de los esquemas diagnósticos existentes, como también

para precisar etiologías, desarrollo de las enfermedades, y funcionamiento de fármacos (Acosta, Canals, Hernández-Martínez, Jané Balladriga, Viñas, y Domènech-Llaberia, 2010; Angold y Costello, 1993; Burke, et al, 2005; Essau ,2008; Merikangas, et al., 2010).

Costello et al. (2003) definieron dos tipos de comorbilidad: *homotípica* o de coexistencia simultánea entre trastornos de un mismo grupo diagnóstico que son continuos en el tiempo por ejemplo, Trastorno de Ansiedad por separación y Trastorno de Ansiedad Generalizada; y *heterotípica* o de coexistencia entre trastornos de diferentes grupos diagnósticos, por ejemplo, ansiedad y depresión. (Acosta, et al, 2010)

Se ha evidenciado ampliamente la comorbilidad entre desórdenes afectivos, particularmente entre ansiedad y depresión, Agnold, et al. (1993) plantean en su meta-análisis de la comorbilidad en la depresión en niños y jóvenes que la ansiedad y la depresión se dan unidas entre un 30 y 75% de los casos, señalando además que la ansiedad era entre 2 y 26 veces mayor en niños deprimidos que en los no deprimidos. Essau (2008) reportó un 72% de adolescentes con ansiedad y depresión en muestras de la comunidad y en un 62% en muestras clínicas.

Cuando ambos coexisten, ansiedad y depresión, puede haber un incremento del nivel de la gravedad de la sintomatología, mayor uso de los servicios de salud, un peor pronóstico, y peor respuesta al tratamiento. La presencia de depresión aumenta en 20 veces la probabilidad de aparezcan otros desórdenes (Agnold, et al. 2003; Collen, et al., 2010).

Además en general se observa que, la ansiedad tendería a presidir a la depresión cuando las dos co-ocurren, independientemente del tipo de desorden de ansiedad

presentado aunque esto no está completamente probado, lo que si se tiene claro es que ambos comparten ciertos síntomas, pero no es evidente si son relaciones causales o simplemente que comparten síntomas (Acosta, et al., 2010; Agnold, et al., 2003; Burke, et al., 2005; Cummings, et al., 2014; Essau, 2008).

Esta comorbilidad en adolescentes, se da principalmente en mujeres, tanto en cuanto a el primer episodio de depresión y posterior de ansiedad o viceversa (Costello, et al. 2003; Merikanga, et al., 2010). Con respecto al tipo de ansiedad más relacionada con depresión se encuentra el Trastorno de Ansiedad generalizada y el Trastorno de Ansiedad por separación. Acosta, et al. (2010) encontró que el Trastorno de Ansiedad generalizada se dio más en lo que se refiere a la comorbilidad heterótípica.

También se ha detectado una asociación entre desorden de conducta y oposicionista desafiante con depresión (Stice, Presnell, Bearman, 2001; Wiesner y Hyoun, 2006;). Angold, et al. (1993), encontraron un porcentaje de comorbilidad entre un 21% a un 83%. También hay alguna evidencia que plantea que el presentar desorden oposicionista desafiante predice depresión en la temprana adolescencia y en la adultez (después de los 20 años), pero no al revés, es decir la depresión no sería un predictor del desorden oposicionista desafiante (Burke , et al., 2005). En este sentido, Capaldi y Patterson (1999) encontraron una asociación entre depresión y problemas de conducta, que mostraba cierta estabilidad en el adulto joven, explicado esto por fallas de ajuste social principalmente.

El abuso de sustancias también parece tener relación con los desórdenes afectivos y también asociado con agresión y violencia, generalmente éste es comórbido con depresión

y problemas de conducta, y los síntomas de dependencia de sustancias son altos en aquellos con historias de depresión y desórdenes de conducta, pero no está claro el mecanismo como funciona, si es un factor de riesgo o refuerza la continuidad entre depresión y desorden de conducta (Marmonstein, et al., 2004).

A pesar de estos estudios, estas relaciones aun no son claras, es necesario hacer más investigaciones que focalicen la secuencia de desarrollo entre desórdenes y el grado para el cual la presencia de un desorden indica un subsecuente riesgo de otros problemas, es importante aclarar también si son entidades distintas o si existen en un continuum y qué tipo de conexión hay entre ellas (Del Barrio, 2002; Burke, et al., 2005; Sánchez et al., 2009; Wiesner et al, 2006).

IV.7. EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

Desde una perspectiva clínica, es muy importante lograr que un proceso de evaluación cumpla con dos objetivos: 1) ser capaz de diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas - específicos de la depresión y 2) establecer la gravedad de la misma. Para lograr estos objetivos la evaluación diagnóstica debería obtener información relevante, fiable y válida del niño y de las otras personas que se relacionan con él en un amplio espectro. En el primer caso, se podrá lograr a partir de la aplicación de instrumentos diagnósticos, para el logro del segundo objetivo, se requerirá de entrevistas separadas a padres, niños y otras personas significativas (Méndez, et al., 2002; Polaino, et al., 1988).

IV.7.1 Limitaciones en la evaluación de la Depresión infanto-juvenil

La evaluación de la Depresión infantil presenta tres inconvenientes principales: 1) disparidad de procedimientos, que complica la comparación de estudios; 2) menor capacidad de autoevaluación de niños pequeños; 3) reducido número de pruebas con muestras españolas y latinoamericanas en general.

A continuación se revisarán estos inconvenientes (Lewinsohn, et al., 1993; Méndez, et al., 2002).

- 1) ***Heterogeneidad de instrumentos normalizados***: La revisión de la literatura revela que se han utilizado más de un centenar de pruebas para evaluar la depresión en la infancia y adolescencia lo que dificulta la comparación. Además estas pruebas usan diferentes *fuentes de información*, como por ejemplo padres, maestros o el niño. Las medidas que se obtienen a partir de los informes de los padres y del niño a menudo muestra sólo una baja correlación, y el acuerdo entre ambos puede variar además dependiendo de la edad. Indicando esto que las distintas fuentes pueden hacer referencia a distintos aspectos del comportamiento del niño, donde los padres detectan con mayor precisión los aspectos psicosomáticos (alimentación, sueño, malestar), en cambio los educadores tienden a ver con mayor claridad los problemas conductuales, y los niños y adolescentes los problemas emocionales (Jané, Araneda, Valero, y Domènech-Llaberia, 2000; Méndez, et al., 2002; Wicks-Nelson , et al., 1997).

Dentro de la heterogeneidad, otro problema que se observa en la evaluación, es la *disparidad de criterios diagnósticos*, como por ejemplo: el “Índice de Depresión de Bellevue” de Petti se basa en los criterios de Weinberg y “la Escala de Depresión infantil” de Poznanski en los criterios del mismo autor. Como también la disparidad en los instrumentos *de acuerdo a las distintas perspectivas y constructos teóricos relacionados*. También es importante mencionar el *grado de especificidad de la prueba* que se usará para medir depresión, ya que hay muy distintos grados en este momento. Las *variantes y revisiones que han tenido* las distintas pruebas a través del tiempo, y el *grado de difusión de ellas*, puesto que a veces se encuentran auto informes muy poco conocidos difíciles de comparar Y por último, *la edad de los niños* resulta un problema, ya que no siempre estos instrumentos están adaptados a la edad del niño que se pretende evaluar (Lewinsohn, et al., 1993).

2) ***Limitaciones con niños pequeños***, las pruebas de papel y lápiz, incluyendo los autor registros, se utilizan a partir de los 6 años, dado que para niños más pequeños puede resultar incomprensible. Para solucionar este problema se requiere de la administración verbal o se requiere la información de adultos, lo que acarrea como problemas la baja concordancia de los informantes o elevado coste de los procedimientos, como de muestra el estudio de Jané, et al.(2000) quienes estudiaron la evaluación de la sintomatología en pre-escolares, y encontraron una baja concordancia entre las evaluaciones de padres y maestros, donde los primeros tendieron a puntuar más altos los ítems comportamentales y los maestro los ítems emocionales.

- 3) **Escasez de pruebas en castellano:** A pesar de la gran cantidad de instrumentos existentes, hay escasez de instrumentos disponibles en español que cumplan con los requisitos psicométricos. No obstante en España existen pruebas elaboradas por autores españoles como “La escala de evaluación de Depresión” (EED) de Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell, y Navarro (1993) o la “Escala de Sintomatología Depresiva para el maestro” (ESDM) de Doménech, Monreal y Ezpeleta (1985). Como también escalas adaptadas de otros países, entre las cuales se cuenta con “El cuestionario de Depresión Infantil” (CDI) de Kovacs (1992).

IV.7.2. Técnicas de Evaluación

En 1952 se dedicó un número de *Nervus Child* a la depresión infantil, este hecho junto con la aparición del DSM III-R y los criterios diagnósticos de investigación, permitieron abrir las puertas a la creación de instrumentos de diagnóstico acerca de la DIJ. Pudiéndose sostener en estos momentos, que uno de los primeros éxitos en el trabajo con DIJ ha sido la generación inicial de una serie de instrumentos (Del Barrio, 2002; Petti, 1993).

A continuación se revisan brevemente distintas técnicas de evaluación diagnóstica:

- 1) **Entrevistas:** La entrevista en caso de los niños es muy importante, ya que rara vez son capaces de informar sobre sus posibles estados de ánimo depresivos (Polaino-Lorente et al., 1988). Además a pesar de que se suele considerar el diagnóstico clínico como tal, éste se ha mostrado débil de manera sistemática al compararlo con

las entrevistas estructuradas de uso más común y algunos autores han cuestionado su utilidad (De la Osa , Ezpeleta, Doménech, Navarro, y Losilla, 1996).

En la actualidad hay bastantes entrevistas estructuradas y semiestructuradas. Dentro de las generales estructurales se puede mencionar la “*Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños y Adolescentes*” (DICA-R) de Riech, Shayka y Taibleson (1991) que cuenta con una versión española de De la Osa, et al (1996), esta es una entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987), que cubre todos los síndromes psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia. La versión española ha mostrado una buena fiabilidad test-retest, que en caso de los trastornos del ánimo fue de 0.61 en la versión padres.

- 2) ***Cuestionario, inventarios y escalas***: Dentro de las medidas de depresión más utilizados para detectar sintomatología depresiva, se encuentran los auto informes (Cadavid, Delgado, Prieto, 2007; Jané, Araneda, Valero, y Dómenech-Llaberia, 2000).

Estas técnicas tienen una función significativa, ya que muchos de los problemas claves que caracterizan la depresión, como tristeza, sentimientos de falta de valía son subjetivos y muy personales, dado que la depresión tiene una sintomatología interiorizada (Del Barrio, 2002).

En la actualidad hay un número importante de instrumentos para medir la depresión, Del Barrio (2002) al respecto plantea que existen 30 instrumentos específicos y un gran número instrumentos genéricos donde se incluye la depresión en niños. Se poseen más instrumentos de evaluación de depresión infantil que de adultos (ver Figura 13).

De las técnicas de auto informe más utilizados e investigado en depresión infantil, se encuentra el *Inventario de Depresión Infantil* (CDI) de Kovacs (1992), el cual está basado en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, 1967, citado en Kovacs, 1992) y fue adaptado en España por Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez (1999). Este consiste en un auto informe de 27 elementos, aplicable a niños y jóvenes de 7 a 17 años. Al compararse los criterios diagnósticos del DSM IV se comprueba que todos ellos están cubiertos excepto la disforia.

Otro instrumento que se mencionó en el apartado anterior es el EDD (Del Barrio, et al., 1993) elaborado y validado en España. Consta de 16 ítems para que los maestros evalúen síntomas de Depresión en sus alumnos, como problemas de atención, disminución del rendimiento académico o pobres relaciones con los compañeros. Esta escala proporciona información sobre depresión y felicidad, fue construido específicamente para niños, no obstante tiene como inconveniente que es difícil de comprar los resultados a nivel internacional.

Muchos de estos instrumentos de auto informe se han reformulado con el fin de que puedan ser completados por otras personas importantes para el niño, como por ejemplo padres, maestros y pares, como el “*Peer Nomination Inventory of Depresión*” (Lefkowitz y Tesini, 1981), el que le pide a los niños que nombren a aquellos compañeros que encajan en determinadas descripciones.

- 3) ***Observación de la conducta:*** Realizar procedimientos estandarizados para observar la Depresión es costoso, ya que implica el entrenamiento de observadores y rellenar

registros que consumen tiempo y recursos. Para el tratamiento de casos clínicos el psicólogo puede hacer una observación de la conducta no verbal del paciente, lo que no ha sido efectivo, puesto que no se han logrado desarrollar técnicas apropiadas hasta el momento de registros y análisis cuantitativos de la conducta gestual. Otra alternativa, más empleada por los clínicos es solicitarle a la persona que convive con el niño que observe diversas conductas (Polaino-Lorente, et al. 1988; Wicks-Nelson, et al., 1997).

Instrumento	Autor y fecha	Tipo	Destinatario
Children Depression Scale (CDS)	Tisher & Lang, 1974-1978	Escala	Niño (8-16 años)
Children's Depression Inventory (CDI)	Kovacs & Beck, 1977 Kovacs 1992	Inventario	Niños (6-17 años)
Peer Nomination Inventory os depression (PNID)	Lefkowitz & Tesiny	Sociograma	Niños (6-16)
Children's Depression Rating Scale (CDRS)	Poznaski <i>et al.</i> , 1979	Entrevista	Niños (6-12 años)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	Reynolds, 1987	Escala	Adolescentes (11-17 años)
Reynolds Children Depression Scale (RCDS)	Reynolds, 1987	Escala	Niños (5-10 años)
Escala de Depresión para Maestros (ESDM)	Doménech & Polaino, 1990	Escala	Maestros (7-16 años)
Escala de evaluación de la Depresión (EED)	Del Barrio <i>et al.</i> 1993	Escala	Niños (9-17 años)
Structured Observation Test (SOT)	Laike, 1995	Esc. Observación	Adultos (3-7)

Figura 13. Instrumentos de evaluación españoles o con adaptación española

Fuente: Del Barrio, 2002

IV.8. ETIOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTO-JUVENIL

Acercarse a la explicación etiológica de la depresión es una tarea difícil, debido en parte, a la diversidad sintomatológica con que se manifiesta este trastorno en los niños y adolescentes, como también por la multiplicidad de modelos y teorías explicativas que hay acerca de la Depresión.

En la actualidad se considera que la causa de la depresión tiene un origen psicobiológico, que depende de la interacción de múltiples factores, como vulnerabilidad genética, acontecimientos psicosociales, fenómenos de desarrollo, y rasgos de personalidad (Petti, 1993). A continuación se presentan una diversidad de estos modelos explicativos:

IV.8.1 Modelo Biológico

Con la aceptación de la depresión en niños, y el desarrollo de criterios diagnósticos y técnicas de evaluación más eficaces para la detección, también ha aumentado considerablemente el interés en investigar los aspectos biológicos de este trastorno. No obstante en comparación con la investigación biológica que se ha realizado en la depresión adulta, ésta es todavía muy limitada y sus resultados aún no son concluyentes (Burke y Puig-Antich, 1990; Méndez, et al., 2002; Polaino-Lorente, 1995).

A. *Explicaciones Genéticas:* Con el fin de estudiar los factores genéticos de la depresión y con esto tratar de eliminar al máximo las influencias ambientales que se relacionan con la crianza, se realizan estudios comparativos con gemelos y niños adoptivos. En estos estudios se ha observado una fuerte relación entre trastornos

depresivos y parentesco, especialmente en la medida que aumenta la proximidad o cercanía del parentesco, siendo el riesgo de sufrir depresión el doble descrito para la población general (Fañanás, 2002). Con respecto, al estudio de gemelos, revelan mayor concordancia de desórdenes depresivos, sobretodo en gemelos monocigotos, encontrándose entre un 40 a 60% de relación dependiendo del estudio (Fañanás, 2002).dAhora, cuando los padres presentan diagnósticos asociados como por ejemplo desórdenes de pánico, depresión, alcoholismo o conductas suicidas esta relación se hace más estrecha (Burke, et al., 1990; Cichetti, et al., 1998; Wicks-Nelson, et al. 1997).

En síntesis, los estudios genéticos han demostrado que los hijos cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor, corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno, y por otro lado, que los índices de depresión son más elevados en los parientes adultos de niños a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, entendiéndose con esto que habrá una susceptibilidad genética frente a esta enfermedad, no obstante no se ha podido encontrar una clara explicación mendeliana a este fenómeno (Burke, et al.,1990; Cichetti, et al., 1998; Fañanás, 2002; Petti, 1993; Wicks-Nelson, et al.,1997).

No obstante los estudios de asociación genética, entendiéndose por ello, un estudio que compara la frecuencia de un posible alelo de riesgo de un gen candidato en personas afectadas por una misma enfermedad, con la frecuencia en individuos sanos del mismo grupo étnico o poblacional. Poniendo esta comparación de manifiesto la existencia de una "asociación" positiva entre un alelo. Para la depresión, hasta el momento se ha encontrado una asociación entre variantes alélicas de genes del

sistema serotoninérgico y la depresión; entre ellos: el gen 5HTT, responsable de la síntesis del recaptador de serotonina, y los genes 5HT2A y 5HT2C responsables respectivamente de los receptores post-sinápticos 5HT2A y 5HT2C (Fañanás, 2002).

Cicchetti y Toth (1997) al respecto, plantean que las influencias genéticas en la depresión actúan sobre tempranas estructuras (por ejemplo: receptores para los neurotransmisores) que influyen sobre la predisposición normal o patológica a sufrir la enfermedad, pero la posterior activación o desactivación de las influencias genéticas será regulado por los factores ambientales (como por ejemplo buenas o malas experiencias). Estos alcances deben ser tomados con precaución, dado que aún hay pocas pruebas empíricas en relación con el comportamiento genético en la depresión antes de la edad adulta (Wicks- Nelson, et al., 1997)

B. **Estudios Bioquímicos:** Los estudios bioquímicos son numerosos en adultos, pero en niños y adolescentes son más limitados, dado que, las técnicas usadas son muy nuevas y difíciles de aplicar en el ámbito infantil; que la mayoría de los índices metabólicos y enzimáticos examinados fluctúan mucho en función de la edad de los niños, lo que obliga a realizar un riguroso control de esta variable; y que la mayoría de las estrategias empleadas para evaluar las funciones metabólicas en niños son técnicamente difíciles, por ejemplo, es difícil obtener muestras de orina durante un período de 24 horas en niños, u obtener en un niño secreciones bioquímicas relacionadas con el sueño delta (Polaino Lorente, et al., 1988).

A pesar de estas dificultades, se ha determinado mediante la medición de los niveles de neurotransmisores en la sangre, en el líquido cefalorraquídeo o en la orina y en el estudio de la actividad de los receptores plaquetarios, que los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor son: la noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico (DSM IV-TR, 2000).

En este sentido Schildkraut (1965) propuso la hipótesis catecolaminérgica, que relaciona a la depresión con un déficit funcional de noradrenalina. Este hecho lo sustenta en dos supuestos, que la reserpina, empleada para el tratamiento de la hipertensión arterial por su efecto antiadrenérgico, provoca estados depresivos en el 15% de los pacientes a los que se les administra; y el otro supuesto es que los fármacos que disminuyen el catabolismo de la noradrenalina cerebral, como la imipramina y los inhibidores de la monoamino oxidasa son eficaces para tratar la depresión.

A esta hipótesis le agrega una hipótesis complementaria, que sostiene que un déficit funcional de la serotonina permite la aparición de un trastorno afectivo, aumentando la vulnerabilidad del sujeto. Entonces, si la actividad serotoninérgica disminuida se acompaña de un déficit noradrenérgico se desarrolla la depresión, por el contrario, si se asocia a un exceso de noradrenalina se presenta un trastorno maníaco. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina incrementarían la disponibilidad de este neurotransmisor (Méndez, et al., 2002).

Investigaciones dirigidas a estudiar la depresión en la infancia como las de Cytryn y McKnew (1974) encontraron una presencia significativamente menor de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, principal metabolito de la noradrenalina, en la orina de 11 niños con depresión. Birmaher, et al. (1992) observaron una disfunción serotoninérgica al comparar 37 niños con trastorno depresivo mayor con 23 controles normales.

A pesar de estos esfuerzos aún queda mucho trabajo por hacer y descubrir en relación a los correlatos bioquímicos específicos en la depresión de los niños.

C. ***Estudios Neuroendocrinos:*** Los investigadores están interesados en estudiar similitudes y diferencias en el funcionamiento de neurotransmisores entre las formas adultas e infantiles de la depresión. En este sentido estudiar la depresión en los niños es una importante oportunidad de estudiar los potenciales marcadores de la misma. La evidencia hasta ahora sugiere que la depresión infantil se asocia con un inusual carga familiar para las enfermedades afectivas en comparación con la depresión tardía (Burke et al., 1990).

En cuanto a la hormona del crecimiento, en los adultos, se ha visto que los sujetos deprimidos responden con la hiposecreción de la hormona del crecimiento (GH en adelante) al Test de Tolerancia de la Insulina (ITT). En el caso de los niños, éstos resultaron particularmente sensibles a este Test, ya que dos tercios de los preadolescentes diagnosticados con depresión endógena dieron positivo, en comparación con los niños normales hospitalizados en la sección de ortopedia y

frente a los sujetos con patología psiquiátrica no depresiva (Cicchetti, et al., 1998; Puig-Antich y Gittelman, 1982).

También se han estudiado otras alteraciones endocrinas en la depresión infantil, como son la secreción nocturna de cortisol o bien respuestas a la dexametasona y a la hormona liberadora de corticotropina, la secreción nocturna de la hormona del crecimiento o bien respuestas a la desmetilimipramina, a la clonidina y a la hormona liberadora de la hormona del crecimiento, la secreción de la hormona estimulante del tiroide en respuesta a la hormona liberadora de tirotropina, la secreción de melatonina o la secreción de prolactina (Birmaher y cols, 1996; Puig-Antich , et al., 1987; Ryan, et al., 1994; Waterman, et al. 1992;1994) .

Puig- Antich, Chambers, Halpern, Nalón, y Sachar (1979) comprobaron que niños con diagnóstico de depresión endógena presentaban un aumento significativo de la secreción de cortisol en comparación con niños controles no deprimidos. El análisis de las curvas de veinticuatro horas reveló más picos, mayor tiempo y mayor cantidad de secreción, especialmente desde el atardecer hasta la madrugada.

D. ***Estudios Poligráficos:*** El análisis poligráfico de las perturbaciones del sueño es un campo de investigación especialmente fértil en la depresión dado que aquel constituye un síntoma específico de ésta. Las alteraciones del sueño representan un índice funcional de la predisposición a la depresión y también una manifestación biológica de una disfunción del sistema nervioso central, al menos en los adultos, durante episodios depresivos (Polaino Lorente, 1988).

En adultos se ha encontrado una disminución del sueño de ondas delta que no se detecta en niños y adolescentes. Algunos estudios corroboran diversas alteraciones del sueño observadas en la depresión adulta, mientras que otros no hallan diferencias entre los niños con depresión y los controles. Los hallazgos más frecuentes se refieren a un mayor número de despertares, latencia de sueño REM acortada y mayor densidad del sueño (Dahl, et al., 1994).

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60% de los casos ambulatorios y hasta en el 90% de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej. acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anormalidades del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor (DSM IV-TR, 2000).

E. ***Estudios de la Estructura Cerebral:*** Un número de investigaciones han examinado varias estructura biológicas y de procesamiento en la depresión infantil y adolescente, usando como técnica la imagen de resonancia magnética (IRM), encontrando disminución del volumen del lóbulo frontal del cerebro y un aumento del volumen lateral ventricular en un grupo de pacientes hospitalizados con desorden depresivo, estos resultados son similares usando la misma técnica con adultos diagnosticados con depresión mayor (Cichetti, et al.,1998).

Además un grupo de investigaciones han descubierto activación hemisférica asimétrica en niños de madres depresivas, Jones, Field, Fox, Lundy, Teti (1997) encontraron que a un mes de vida los niños de madres depresivas exhibían una mayor asimetría frontal-derecha que los bebés que no tenían madres depresivas. Esta asimetría a los tres meses fue significativamente asociada a los hijos de madres depresivas. Además descubrieron que esta asimetría a los tres y seis meses de vida de los niños era igual a la que presentaban sus madres.

IV.8.2 Modelos Psicológicos

En la actualidad la depresión infantil es considerada un trastorno similar al de los adultos, por lo que los primeros modelos explicativos se originaron a partir de explicaciones de la depresión adultas. A continuación se revisarán algunos modelos al respecto.

A. ***Pérdida por Separación:*** Es probablemente la explicación psicológica más común de la depresión desde una perspectiva psicoanalítica. Ya Freud y el psicoanálisis hablaban de la pérdida de un objeto en la depresión, la que puede ser real o

simbólica. Esta se explicaría por la identificación con el objeto amado perdido, así como con sentimientos ambivalentes hacia sí mismo que darían como resultado que el individuo dirija sentimientos hostiles que tiene en relación con el objeto amado hacia el yo. Este instinto agresivo se convierte, en tales circunstancias, en afecto depresivo. Algunos autores psicoanalistas hacen hincapié en la pérdida de autoestima y sentimientos de desesperanza que se producen con la pérdida de objeto, restando importancia a la conducta de agresión que se vuelve hacia el propio yo (Petti, 1993; Wicks-Nelson, et al., 1997).

Melanie Klein (1962) fue la primera autora en hablar de depresión referida a la infancia, enfatizando el rol que jugarían las tempranas pérdidas en el desarrollo del niño. En su *Teoría de la relaciones objetales*, plantea que entre los 0-6 meses, se produciría en el niño una ansiedad depresiva, muy relacionada con el temor a perder el objeto amado (pecho), a este período lo llama “posición depresiva”, y su buena resolución sería muy importante para las relaciones futuras del niño con el medio. (Doménech y Polaino Lorente, 1988).

Spitz (1965), Bowlby (1960) también hablaron de depresión por separación como se trató en el apartado de definición y clasificación de la depresión infantil. Para estos autores esta tristeza sería consecuencia de la pérdida y produciría finalmente alteraciones en el vínculo básico.

Se ha tratado de demostrar la relación entre tempranas pérdidas y depresión, pero no se han obtenido resultados concluyentes al respecto. Estos mencionan que la

pérdida precoz no es en sí misma patógena, sino que esta reacción dependerá de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad, que incluyen como experiencias tempranas de pérdidas, falta de soporte social, y el aumento de la presencia de agentes provocadores, estos agentes son pérdidas que ha vivido el sujeto, pudiendo ser de personas, roles, e incluso de ideas, falta de cuidado, también pueden ser pérdidas a los cambios en la estructura familiar, las dificultades socioeconómicas entre otras (Del Barrio, et al,1997; Méndez, et al., 2002; Millar, Birnbaum, Durban, 1990; Wicks-Nelson, et al, 1997;).

B. ***Pérdida por Reforzamiento***: Esta la proponen los modelos ambientalistas (conductistas), como Skinner (1977) quien conceptualizó la depresión como un proceso de extinción operante, es decir, el cese de refuerzo produce la reducción de las conductas previamente reforzadas. Luego Ferster (1972) y Lewinsohn et al. (1996) agregan a esto el rol del refuerzo positivo inadecuado en el desarrollo de la depresión. Subrayan el papel del refuerzo positivo inadecuado en el desarrollo de la depresión, específicamente en la baja tasa de refuerzo positivo contingente con la respuesta. La pérdida o separación de un ser querido podría tener como consecuencia la disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño. También el refuerzo inadecuado puede ser consecuencia de factores como la carencia de habilidades apropiadas para obtener la recompensa deseada, planteando que en la depresión había un exceso de conductas para escapar o evitar y un déficit de comportamientos instrumentales para obtener refuerzo positivo. Costello (1972) introduce un matiz importante, que frente a la pérdida de eficacia de los

reforzadores disponibles, se produce una pérdida de interés general (apetito, deseo sexual, etc.) que caracteriza a la depresión.

Varios estudios han contrastado las hipótesis conductuales, como por ejemplo que la depresión se asociaba a mayor rechazo materno y menor apoyo parental. Cole y Rehm (1986) encontraron que los padres de los niños con depresión reforzaban verbalmente a sus hijos menos que los padres de niños normales o con problemas psicológicos pero sin depresión. Kazdin, Matson y Senatore (1983) constataron que la depresión infantil se relacionaba con un funcionamiento social diferente.

C. ***Desesperanza o Indefensión Aprendida:*** Una de las teorías más importantes acerca de la depresión es la Seligman (1975) la que indica que algunos individuos debido a su historia de aprendizaje, llegan a percibirse a sí mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno. Esta indefensión a su vez se asocia con el ánimo y los comportamientos característicos de la depresión. El niño estaría expuesto a situaciones incontrolables, lo que produciría una expectativa de incontrolabilidad (predecir que no se tiene control sobre las situaciones) lo que provocaría los déficit característicos de la depresión, *motivacionales* (disminución de la tasa de respuestas y aumento de la latencia de respuestas operantes), *cognitivos* (dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas) y *emocionales* (sentimientos de indefensión y desesperanza).

Pero no todos los sujetos que están expuestos a estas expectativas de incontrolabilidad desarrollan depresión, por lo que Seligman, Kaslow, Alloy,

Peterson, Tanenbaum, Abramson (1984) agrega otro elemento a este modelo que es el estilo explicativo (teoría atribucional) mediante el cual el individuo se culpa a sí mismo de los acontecimientos negativos (internos) concibiendo las causas de dicho acontecimiento como algo estable a lo largo del tiempo (estable) y generalizable a todas las situaciones (global), estilos explicativos que se consideran característicos de las personas depresivas. El estilo opuesto, atribuciones externas, inestables y específicas con respecto a los acontecimientos positivos, también se considera parte del estilo depresivo.

En las últimas revisiones de esta teoría, se pone énfasis en la relación entre los eventos negativos y los acontecimientos vitales estresantes con el estilo cognitivo. Se ha demostrado la existencia de estilos atribucionales desadaptativos en niños y adolescentes deprimidos (Wicks-Nelson, et al., 1997).

D. **Modelos Cognitivos:** No sólo los estilos atribucionales se han relacionado con depresión sino por ejemplo Beck (1967) ha desarrollado un modelo explicativo basado en que la depresión es el resultado de opiniones negativas sobre el sí mismo, el mundo y el futuro. Los individuos deprimidos según este autor, han desarrollado ciertos errores de pensamiento que tienen como consecuencia la distorsión de cualquier acontecimiento, incluso aquellos que son mínimamente molesto, para convertirlos en una oportunidad de auto culpa y de fracaso.

Beck (2008) explica el sustrato psicológico la depresión, a través de tres conceptos específicos: **la tríada cognitiva**, tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un

modo negativo; *los esquemas* o patrones rígidos que hacen que el paciente sufre mediante una atención selectiva a ciertos estímulos que se transforman en patrones cognitivos estables; *errores cognitivos* (errores en el procesamiento de la información como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización entre otros) estos errores sistemáticos mantienen las creencias del paciente acerca de la validez de sus esquemas negativos incluso a pesar de evidencia objetiva contraria. Según Beck (2008) las personas depresivas tienden a estructurar su pensamiento de un modo global, extremo, negativo, categórico y absolutista, lo que provoca una respuesta emocional negativa y extrema. El sujeto tiende a representar esquemáticamente sus experiencias variadas de manera de privaciones o derrotas (no es capaz de dimensionarlas objetivamente), irreversibles, por lo que se considera a sí mismo como un perdedor (emitiendo juicios de valor) y como una persona pre-destinada (es decir es irreversible).

El individuo que experimenta una depresión según este modelo, sufrió experiencias tempranas negativas, que generaron pautas de pensamiento irracionales o esquemas cognitivos inadecuados. Posteriormente estos esquemas cognitivos se activan en circunstancias similares, o gatilladas por estresores, llevarían a activar estos esquemas disruptivos, apareciendo la tríada cognitiva de la depresión, o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro que causa los síntomas de la depresión: síntomas afectivos (disforia, ansiedad, etc.), motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) cognitivos (indecisión, problemas de

atención y memoria, etc.) motores (pasividad, dificultades en las relaciones sociales, etc.), fisiológicos (insomnio, pérdida de apetito, etc.) (Méndez, et al., 2002).

Algunos estudios como el de Leitenberg, Yost y Carrol-Wilson, (1986) y Carrasco, Del Barrio y Rodríguez (2000) han encontrado pruebas de distorsiones cognitivas apuntadas por la teoría de Beck en niños y adolescentes deprimidos.

- E. ***Déficit en el autocontrol:*** Rehm y Rokke (1988) plantearon que un déficit en una o más conductas específicas de autocontrol (auto vigilancia u autoobservación, autoevaluación y auto reforzamiento) contribuye a la depresión.

Los individuos deprimidos se centrarían selectivamente en acontecimientos negativos en lugar de positivos y en las consecuencias inmediatas del comportamiento en lugar de las demoradas, establecen criterios de autoevaluación excesivamente severos, y se proporcionan a sí mismo muy poco reforzamiento positivo y castigo excesivo. Encontrándose no sólo en los adultos estos déficit si no también en los niños deprimidos.

Este modelo de autocontrol incorpora otros elementos cognitivos como el sesgo atencional, el estilo atributivo inadecuado o el déficit en auto refuerzos y el exceso de auto castigo. Los datos indican que los niños y adolescentes deprimidos poseen menos autocontrol y se muestran más pesimistas (Weisz, et al., 1989).

- F. ***Modelo de la Psicopatología Evolutiva o del Desarrollo:*** El desarrollo implica cambios y reorganizaciones en un contexto de cierta continuidad, la psicopatología sería la respuesta anormal frente a estresores o factores de riesgo, que provocarían

alteraciones en las respuestas normales. Estas alteraciones se producirían principalmente en ciertas etapas sensibles del individuo, como son los períodos de las transiciones evolutivas. Las tareas centrales del período del desarrollo, el niño las lograría de una manera perturbada si ha habido una alteración en algún momento del desarrollo, ya que estas se integran en el continuo evolutivo.

Cicchetti y Toth (1998) explican estas alteraciones del desarrollo de la siguiente manera, en cada estadio el niño es confrontado con nuevos cambios (que implican metas del desarrollo), la calidad de la resolución de estas tareas influirá en cómo se irán incorporando en el sistema psicológico y biológico, y cómo ocurrirá la reorganización en el sistema. Una resolución inadecuada de una meta de desarrollo se integra y se reorganiza, pero resulta en una disminución de la probabilidad de lograr la adaptación positiva para posteriores demandas del desarrollo. En este sentido el curso del desarrollo está marcado por una considerable variedad de resultados, por lo que se espera una diversidad de patrones de desarrollo.

La psicopatología del desarrollo entonces se interesará en los procesos causales considerando especialmente las continuidades y discontinuidades en los mecanismos entre la normalidad y psicopatología. Estos factores causales serán los mecanismos de riesgo y protección, e interesa conocerlos en el tiempo que se dan. Estos factores rara vez actúan aisladamente, lo normal es que se combinen los factores de riesgo genético y ambiental y que ejerzan su efecto a través de variables mediadoras (Ezpeleta, 2005).

En base a este modelo, Cicchetti y Toht (1998) explican la depresión en niños y adolescentes, planteando que los desórdenes depresivos son producidos por una heterogeneidad de factores, y rara vez un factor sólo puede producir la depresión. Esta respuesta depresiva se daría de acuerdo a cómo se han organizado los distintos sistemas, es decir cómo han evolucionado y se han integrado los distintos sistemas, biológico, psicológico y social. En el caso de las enfermedades depresivas esta organización del sistema se ha transformado en una estructura que Cicchetti y Toth (1998) llaman *precursor depresotópico*.

En los desórdenes depresivos se da un complejo interjuego entre los componentes implicados; *psicológico* (como afectos, cogniciones, socio-emocional, socio-cognitivo), *social* (comunidad, cultura) y *biológico* (genético, neurobiológico, neuropsicológico, neuroquímico, neuroendocrino), estos no funcionan aislados, sino que son mutuamente interdependientes. Estos se dan en una variedad de espectros, desde la severidad, hasta condiciones que no alcanzan a ser un trastorno. Estos en general presentan condiciones muy heterogéneas, puesto que a pesar de que los fenotipos sean similares se aprecian diferencias etiológicas. Por esto se producirán diversos patrones de desórdenes depresivos, donde los factores de riesgo para la depresión deberán dar distintos resultados, de los cuales la depresión es uno.

La organización depresotópica es una organización incoherente entre los sistemas o es una organización estructural patológica. Ésta evoluciona y deberá desarrollar un desorden depresivo en distintos momentos en el curso de la vida. Estas organizaciones depresotópicas se producen en momentos tempranos del desarrollo y se relacionarán con los posteriores patrones de desarrollo.

Los factores relacionados con la depresión son múltiples y se pueden observar a todos los niveles de desarrollo e intercambio del sujeto con el ambiente, puesto que estos interactúan. Por esto es importante dirigirse a los factores de riesgo de producir organizaciones depresotópica. Si ocurre una depresión no será solo afectada por la presencia o ausencia de una vulnerabilidad específica a un determinado factor, sino más bien es debido al interjuego que ocurre entre estos factores y niveles de adaptación actuales y previos en el período del desarrollo en que los factores de riesgo son experimentados. Es una co-ocurrencia a distintos niveles, unos son más próximos, otros más distales, pero todos influyen en configurar el curso del desarrollo, influyendo en la organización depresotópica y la emergencia de una enfermedad.

En este sentido un factor de riesgo puede influir en varios niveles, si se potencian los factores de riesgo aumenta la probabilidad de que ocurra una organización depresotópica, mientras que los factores compensatorios la disminuyen. La influencia de los factores puede ser duradera o transitoria.

A continuación se revisarán los factores de riesgos relacionados con el desarrollo de la depresión infanto-juvenil.

CAPÍTULO V: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

La depresión infanto-juvenil como se planteó en los apartados anteriores es un Trastorno Psicopatológico que se origina por la interacción de diversas agentes como: factores ambientales, sociales, psicológicos y biológicos (Méndez, et al., 2002; Petty, 1993). La combinación de cambios biológicos y sociales propios de esta etapa, exponen al adolescente a una amplia gama de estresores, aumentando la vulnerabilidad de los sujetos y por tanto el riesgo de presentar depresión (Cichetti, et al., 1998; Ge, Conger et al. 2001).

Identificar los factores de riesgos relacionados con ésta, ayuda a entender el origen de esta enfermedad mental, y permite crear planes de prevención temprana que eviten la cronificación y severidad de ésta en la adultez (Bragado,et al., 1999).

A continuación se revisarán los factores psicosociales más relacionados con la DIJ en la literatura científica, para esta revisión se tomarán en consideración los factores socio-demográficos, sociales, familiares e individuales.

V.1. FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Los factores socio demográficos describen aquellas variables relacionadas con la población a estudiar, que en este caso es el adolescente y su familia. A continuación se presentarán los factores socio-demográficos que más se han relacionados con la depresión.

V.1.1. Género

Como ya se tocó en los puntos anteriores, la depresión está marcadamente relacionada con las mujeres en el caso de las adolescentes y mujeres adultas, no obstante no hay diferencias con niños de menos edad (Frías, Mestre, Del Barrio, García-Ros, 1992 ;Chan, Doan, Tompson, 2014).

Además, el sexo, aparece como un importante predictor cuando éste se combina con otros problemas de internalización como pueden ser la ansiedad, y pensamientos suicidas (Del Barrio, et al., 1997; Hankin, et al., 1998;).

Las investigaciones al respecto plantean que entre los 13 y 14 años se comienzan a observar diferencias de género en la prevalencia de la depresión, las que persisten a través de la adolescencia media y tardía, aumentando con la edad (Bragado, et al., 1999; Benitos, et al., 2000; Chan, Doan, Tompson, 2014; Cova, et al., 2007; Cova, Aburto, Sepúlveda, y Silva, 2006; Del Barrio, et al., 1997; Florenzano, et al., 2005; Ge, et al., 2001; Hankin, et al., 2007; Hankin, et al., 1998; Wichstrom, 1999).

Las diferencias en el inicio y desarrollo de la depresión de acuerdo al género, se han explicado mediante factores biológicos, sociales y eventos estresantes; no obstante en la actualidad, todas ellas convergen, mostrando que tanto la biología de la persona como los aspectos sociales y su entorno son fundamentales para entender estas diferencias (Cova, et al., 2006; Ge, et al., 2001; Stice, Presnell y Bearman, 2001). A continuación se presenta una síntesis de estas hipótesis.

Desde un punto de vista biológico, se ha relacionado el aumento de la depresión en mujeres con *factores hormonales*, los estrógenos y progesterona, actuarían en los cambios de ánimo, especialmente en los períodos pre-menstruales, pubertad, menopausia aunque, las investigaciones en relación a las variables hormonales y ánimo depresivo han arrojado resultados mixtos.

En la actualidad se ha relacionado la depresión en mujeres con la hormona adrenal (sistema hipotalámico-pituitario-adrenal) que se relaciona a la respuesta frente al estrés, más que a los cambios de ánimo (Nolen-Hoeksema, Girgus, y Seligman, 2001).

También, se ha relacionado con la *maduración puberal*, observándose que el comienzo temprano para las mujeres y tardío para los hombres de maduración puberal, es un factor de riesgo para presentar depresión. En este sentido, la edad de comienzo de la menarquia, entre más temprano la experimenten las adolescentes, mayor probabilidad de desarrollar depresión y de presentar problemas emocionales posteriores. Si a esto se le suma además acontecimientos estresantes en estos períodos de vida, aún mayor es la probabilidad de desarrollar esta enfermedad. En este sentido, la maduración puberal temprana, que conlleva el desarrollo precoz de caracteres sexuales secundarios, aumentaría el riesgo para desarrollar dificultades emocionales porque aumenta la probabilidad de que las jóvenes estén confrontadas a nuevos estresores ambientales, con pares, normas, y expectativas, antes de que ellas estén psicológicamente listas para afrontarlos. Como por ejemplo: el cambio corporal que implica esta maduración sexual, donde hay un aumento de la adiposidad, provoca disconformidad con su aspecto físico, y presión social por mantener una figura armónica, lo que lleva a un aumento del estrés de la joven y mayor probabilidad

de sufrir un trastorno afectivo (Chan, Doan, Tompson, 2014;Cova, et al., 2006; Ge, et al., 2001; Stice, Presnell y Bearman, 2001; Wichstrom, 1999).

Desde el punto de vista social, se ha atribuido a una diferencia en la crianza que reciben las niñas, donde en la sociedad occidental se les enseña y/o se permite que las chicas presenten mayor emocionabilidad, respuestas internalizadoras y más desesperanza como estilos de afrontamiento, por lo que cuando llega la adolescencia, y deben exponerse a más eventos estresantes tenderían a responder de manera depresiva (Del Barrio, et al., 1997; González-Tejera, et al., 2005; Nolen-Hoeksema, et al., 2001; Stice,et al., 2001; Wichstrom, 1999).

Con respecto a los eventos estresantes, se presentarían dos modelos explicativos, los que no serían excluyentes, *los modelos mediacionales y los modelos moderacionales* (Nolen-Hoeksema,et al., 2001).

El primero de estos modelos plantearían que las chicas experimentarían más estrés que los chicos, las investigaciones respecto a este modelo han constatado que estarían expuestas a mayor cantidad de eventos de vida negativos, especialmente aquellos relacionados con contextos interpersonales (por ejemplo: pares, romances y relaciones familiares). En este sentido, los estresores en chicas y chicos serían diferentes en la adolescencia. En el caso de las mujeres, las relaciones y amistades se caracterizarían por grandes niveles de intimidad que les dan soporte emocional, ellas necesitarían esta cercanía para el logro de su identidad, en cambio los chicos buscan el compañerismo y actividades para compartir, y sus estresores estarían más bien relacionados con logros académicos y la escuela.

Las diferencias sexuales con respecto a las relaciones interpersonales irían aumentando en la adolescencia, creciendo en importancia la significación del grupo de pares dado que las mujeres tienden a esperarse y evaluarse respecto a los otros (Hankin, et al., 2007; Hankin, et al., 1998). La apariencia física, especialmente en el caso de las mujeres sería un estresor importante a esta edad, ya que se produce una discrepancia entre el yo ideal y el real. A esta edad la apariencia física sería un componente muy importante para la autoestima. Las chicas tenderían a acumular más grasa en su cuerpo, en lugar de desarrollar músculos como es el caso de los hombres, produciendo problemas en cuanto al estereotipo de belleza, y relacionándose más fuertemente con el ánimo depresivo (Wichstrom, 1999)

El modelo moderacional plantearía que las chicas reaccionarían de manera diferente frente al estrés, deprimiéndose más por el tipo de respuesta que ofrecen (Chen, 2013; Nolen-Hoeksema, et al., 2001; Rudolph, et al., 2009).

Hankin, Mermelstein, y Roesch (2007), encontraron que las mujeres reaccionaban con depresión frente a problemas episódicos con pares y a problemas crónicos familiares. No encontraron diferencias en la reacción de los adolescentes en general con los estresores escolares. Pero confirmaron que las mujeres reaccionan deprimiéndose mucho más frente a los estresores que los hombres.

Nolen-Hoeksema, Girgus, y Seligman (2001) proponen un modelo integrativo que permita entender las diferencias de género en la depresión, proponen al respecto que las mujeres sufren de ciertos estresores con más frecuencia que los hombres, estos estresores son principalmente relacionados con la desigualdad de roles y poder en que vivirían las mujeres, por lo que tienden a sufrir más situaciones de estrés como injusticias, violencia,

pobreza, etc. Para estos autores, serían estresores que podrían llevar a las mujeres a ser más sensibles a responder con sintomatología depresiva y con depresión. Es decir las mujeres se deprimirían más porque están expuestas a más eventos estresantes en la adolescencia y responden de manera más internalizada a ellos.

V.1.2 Edad

Estudios epidemiológicos muestran que los rangos de depresión se acrecientan al aumentar la edad de los niños, es en la adolescencia donde se produciría el aumento explosivo de casos de depresión y también la diferenciación entre hombres y mujeres, para en la edad adulta, las mujeres presentar el doble de depresión que los hombres (Chan, Doan, Tompson, 2014; Merikangas, et al., 2010).

Polaino Lorente (1988) al respecto considera la edad no sólo como una variable moduladora sino también configuradora de la depresión, específicamente del modo que se manifiesta sintomáticamente la depresión. Es así que, los más pequeños tenderían a deprimirse mostrando más problemas externalizadores que los adolescentes, los cuales mostrarían mayor similitud con la depresión adulta. Es decir los síntomas somáticos y psicológicos de la depresión varían en función de la edad del niño, pudiendo apreciarse en los adolescentes ciertas tendencias a sustituir los síntomas somáticos por psicológicos, más específicos de la depresión en adultos.

Se ha tendido a relacionar la depresión con la edad de los padres, Del Barrio et al. (1997), en su estudio longitudinal estableció que a mayor edad de los padres mayor

probabilidad de presentar depresión los hijos. En su trabajo detectó más síntomas depresivos en niños con padres de 50 años y más. Sin embargo, otros estudios como el de Bragado, Bersabé, Carraso, (1999) sobre factores de riesgo a presentar una depresión en niños y adolescentes españoles, no encontraron relación con la edad de los padres.

V.1.3 Estatus Socioeconómico

Se ha visto una consistente relación entre salud mental y condiciones socioeconómicas. En este sentido individuos con bajos niveles socioeconómicos y con pobreza, tienden a presentar alto grados de disfunción lo que se ha explicado por el estrés, ya que estas personas serían más vulnerables a la acumulación de estrés producido por su precariedad económica, como también por no alcanzar determinado estatus, la discriminación y la frustración (Kotliarenko, Cáceres, Fontecilla, 1997; Vásquez, 1982).

Además Kotliarenko, Cáceres, Fontecilla (1997) señalan que los niños y niñas en ambientes de pobreza están expuestos con mayor frecuencia a situaciones tales como enfermedades físicas, estrés familiar, apoyo social insuficiente y depresión parental, especialmente en el caso de la madre, lo que puede asociarse a problema emocionales y conductuales.

A pesar de que la relación entre nivel socioeconómico y depresión en niños no es tan clara, sí se ha encontrado una relación entre depresión y eventos negativos, los cuales se reportan en mayor y más variado número en los niveles socioeconómicos bajos (Del Barrio, et al., 1997; Ezpeleta, 2005). Lorant, Deliege, Eaton, Robert, Philippot, y Anseau (2003) hicieron un metaanálisis de estudios referentes al tema, encontrando una relación entre nivel socioeconómico bajo y depresión, pero no en niños.

Del Barrio, et al. (1997) en su estudio longitudinal, encontró diferencias socioeconómicas y depresión en el reporte de los profesores, los cuales manifestaron que los niños de clase media mostraban más síntomas de depresión.

En Chile, Pérez, Díaz y Vinet (2005) encontraron en adolescentes mujeres, de grupos con bajos ingresos económicos, una mayor vulnerabilidad a desarrollar altos niveles de ansiedad y depresión, aumentando el riesgo si además éstas vivían en contextos educativos adversos, donde se experimentaba cotidianamente rechazo, exclusión y fracaso escolar. Los adolescentes varones parecieron tener más recursos para enfrentar estas adversidades que las mujeres, recursos que iban mejorando toda vez que aumentaba la edad.

V.2. FACTORES DE RIESGO SOCIALES E INDIVIDUALES

Al igual que en el punto anterior, se ha relacionado la DIJ con una serie de factores de riesgo sociales e individuales, como son:

V.2.1 Factores Socio-Ambientales

El medio en el cual se rodea el joven, además de su familia, son importantes para el desarrollo de una buena salud mental. Este encuentro con el otro y el entorno permite a las personas aprender a interactuar con pares y otros, desarrollar conductas de cooperación, reciprocidad, negociación, empatía e intimar, tarea fundamental para la etapa adulta.

Es así que se ha visto mayores índices de depresión en mujeres jóvenes latinas, y en ambientes de pobreza (Taylor, et al., 2014).

Se ha tendido a asociar las relaciones entre pares, con la adaptación escolar y social, y la Psicopatología (Chan, Doan, Tompson, 2014) . En este sentido, en niños con trastornos depresivo Mayor se ha demostrado la existencia de déficit en sus relaciones sociales (Bernaras, et al., 2013). En un estudio Puig-Antich, et al. (1982) encontró que estos niños presentaban graves deterioros de sus habilidades sociales en los episodios depresivos en comparación con niños normales.

La Escuela también es un factor muy relevante a la hora de estudiar la DIJ, el logro académico y las experiencias de fracasos se han visto como factores de riesgo. Tanto para el joven como para su familia es innegable la enorme importancia que tiene el éxito académico, por lo que no tener un buen logro académico se ha relacionado con depresión. Sin embargo no se ha podido confirmar si el bajo logro académico, es la consecuencia de presentar una depresión o es la causa de la misma (Bernaras, et al., 2013; del Barrio, et al., 2002; Polaino-Lorente, 1988). Hay estudios en los que se ha visto una relación entre desempeño académico en materias como matemáticas, lenguaje e inglés, donde a mayor sintomatología depresiva menor logro académico en estas materias (Galicia, Sánchez, Robles, 2009).

A su vez, la reiteración de experiencias de fracaso puede contribuir a generar un estilo cognitivo y atribucional que fácilmente puede llevar a un comportamiento depresivo, como es un descenso en el nivel de aspiraciones, baja motivación por el trabajo, irritabilidad, inhibición, desconfianza en sí mismo y en su valía personal (Del Barrio, et al., 2002; Polaino-Lorente, 1988, 1995).

Los datos de profesores y padres al respecto indican que los niños con depresión tienen dificultades en clase, con sus tareas, muestran más fatiga y pena que sus compañeros no deprimidos. Manifiestan percepción de logro escolar inferior. En estudios españoles, se ha visto una relación entre depresión y tener repitencia escolar, como también entre bajo logro y depresión (Del Barrio, et al., 1997; Doménech y Polaino Lorente, 1990).

V.2.2 Factores relacionados con Acontecimientos Vitales

Se ha tendido a relacionar la aparición de un acontecimiento o evento estresante como potente factor que puede desestabilizar la conducta infanto-juvenil favoreciendo la emergencia de cogniciones y sentimientos depresivos (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, Caprara, 1999; Bernaras, et al., 2013; Chan, Doan, Tompson, 2014; Taylor, et al., 2014). En esta línea, Luby, Belden, Spitznagel (2006) demostraron la importancia de los estresores sociales como factores mediadores del riesgo de presentar depresión en niños de 3 años.

No obstante los estímulos estresantes por sí mismo no pueden convertirse en factores de riesgo, es el conjunto de eventos negativos y la frecuencia en qué ocurren, los que pueden desencadenar una DIJ (Chan, Doan, Tompson, 2014) . Dentro de los eventos negativos, Adams y Adams (1991) encontraron que la falta de empleo familiar, el cambio de escuela, y romper con el novio o novia, predisponían a desarrollar una Depresión. Wicks-Nelson e Israel (1997), mostraron que la gravedad de la tensión familiar está ligada a alteraciones en los jóvenes en este mismo sentido. Aseltine, Brown, y Harris (1994) y Ferreira, Granero, Romero, y Doménech-Llaberia (2012) plantearon en distintas investigaciones, que un mayor número de eventos negativos, se asociaban a altos rangos de

Depresión, pero esta probabilidad se reducía en la medida de que había un buen soporte familiar.

También se ha visto que no sólo el número de eventos negativos, sino el impacto de ellos para la persona se relacionan con altos niveles de depresión (Del Barrio, et al., 1997).

El género como se habló en los puntos anteriores, se ha asociado a eventos negativos y depresión, donde las chicas sometidas a más eventos negativos tienden a presentar mayores niveles de depresión (Del Barrio, et al., 1997; Chan, Doan, Tompson, 2014; Hankin, Mermelstein, y Roesch, 2007; Taylor, et al., 2014).

Maltrato infantil y abuso sexual se han identificado como estresores suficientemente importantes para el desarrollo de la depresión. Luby, Belden, Spitznagel (2006) han propuesto al respecto, la acción de mecanismos neurobiológicos a través de la hiperactividad de la axis pituitaria hipotalámica (HPA) para explicar el rol que tiene el trauma y/o abuso como factor etiológico clave en la depresión mayor de los adultos.

Padecer enfermedades físicas frecuentes también es un factor de riesgo, en el caso de la variable hospitalización, no ha podido ser directamente relacionada, pero si se ha comprobado una relación cuando la estancia en el hospital ha estado motivada por causas psicológicas o intento de suicidio (Bragado, et al., 1999; González- Tejera et al., 2005)

V.2.3 Factores Individuales

V.2.3.1 Temperamento:

Los estudios sobre temperamento han mostrado una cierta relación entre sus dimensiones y los problemas de conducta y emocionales, en este sentido, Rothbart, Ahadi, Evans (2000) encontraron una alta correlación entre emociabilidad negativa como el temor y la tristeza, y el temperamento en niños de un año .

La emociabilidad negativa y un bajo nivel de actividad aparecen constantemente correlacionados con depresión. Además se describen a estos niños como con dificultades para la adaptación a los cambios, evitativos y con dificultades para controlar su atención (Carrasco y del Barrio, 2007; Del Barrio, 2002; Mezulis, Hyde, y Abramson, 2006).

En un estudio realizado en población española por Carrasco y Del Barrio (2007) se observó una asociación entre el temperamento difícil y la depresión, encontrándose que los niños con dificultades temperamentales puntúan más alto en “depresión total” y en los factores de “disforia” e “ineficiencia”. Para ello usaron “ *Dimensions of temperament survey revised*” (DOT-S) encontrando una asociación con temperamento difícil, siendo las subescalas de flexibilidad y persistencia las que mostraron la mayor asociación (negativa) con depresión. En cuanto a la escala en general observaron que la acumulación de factores relacionados con un ajuste emocional negativo se relacionaba con la depresión. Concluyendo que las características temperamentales de los jóvenes deprimidos son, falta de ritmicidad, evitación a gente poco familiar, objetos o situaciones; rigidez, pobre adaptación a cambios, ánimo negativo, alta distractibilidad y baja persistencia, tanto en

niñas como en niños. Los adolescentes con cuatro o más factores temperamentales problemáticos en esta escala estaban en riesgo de desarrollar conductas depresivas.

V.2.3.2 Personalidad:

Las características de personalidad también se han relacionado con depresión, en este sentido los datos han sido consistentes en mostrar que un alto grado de neuroticismo, introversión, e inestabilidad emocional son variables significativas para desarrollar ésta (Carrasco y Del Barrio, 2007).

En un estudio de Del Barrio, et al. (1997) encontró que los niños con más altas puntuaciones en neuroticismo obtuvieron altas puntuaciones en depresión. Al contrario los niños que obtuvieron altas puntuaciones en extroversión obtuvieron significativamente más bajas puntuaciones en depresión. Carrasco, Del Barrio y Rodríguez (1999) realizaron este mismo estudio con el Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes (BFQ) , donde también encontraron que la depresión en los niños guardaba una estrecha relación con la estructura de personalidad: sujetos que obtuvieron altas puntuaciones en el factor “conciencia” muestran menores puntuaciones en “depresión total” y también en cada uno de los factores del CDI, en cambio en el caso de neuroticismo o inestabilidad emocional las puntuaciones en depresión se elevan precisamente en aquellos sujetos con altas puntuaciones en este factor. Carrasco y Del Barrio vuelven a repetir su estudio (2007) y encuentran que los niños y adolescentes que presentaban altos niveles de inestabilidad emocional, bajos niveles de extraversión, apertura, agradabilidad o conciencia tendieron a presentar relaciones significativas con depresión, teniendo un gran peso la personalidad.

V.2.3.3 Inteligencia:

Esta variable se correlaciona con los aspectos sintomáticos, más que con el cuadro de DIJ. Así en los niños con una inteligencia promedio baja aparecen síntomas psíquicos de tipo inhibitorio (pobreza de afectos, escasa concentración, dificultades para establecer contacto social, timidez y sentimientos de inferioridad) y algunos síntomas somáticos predominantes, consistentes en llanto inmotivado, mutismo, ausencias escolares, encopresis y excesiva manipulación de genitales. En cambio en los niños con inteligencia promedio alta, se caracterizan por presentar un espectro sintomático de tipo psíquico mucho más amplio, que va de la agitación a la inhibición (irritabilidad, extrañeza, opresión e inquietud interior) y por un síntoma somático característico: la compulsión alimentaria (Polaino-Lorente, 1988).

V.2.3.4 Estilos cognitivos:

Los patrones atribucionales de madres depresivas, afectan los patrones de los hijos, lo que aumenta la vulnerabilidad de los niños y jóvenes para auto-atribuciones negativas, con el riesgo posterior de desarrollar una depresión (Cicchetti y Toth, 1998; Ruvalcaba, et al., 2013).

Los niños con elevados niveles de depresión tienden a presentar estilos pesimistas para explicar los acontecimientos, bajos niveles de competencias sociemocionales, déficits en sus habilidades sociales y baja orientación al logro (Nolen-Hoeksema, et al., 1992, Ruvalcaba, 2013). En este sentido el número de distorsiones cognitivas se ha relacionado

positivamente con la presencia de sintomatología depresiva, lo que puede relacionarse con un riesgo de desarrollar un primer episodio depresivo en jóvenes (Carrasco, et al., 2000).

En un estudio acerca de estilos cognitivos se pudo observar que había variaciones de acuerdo en la edad de los niños. Así en la primera infancia, sólo los eventos negativos fueron relacionados con síntomas depresivos. Sin embargo en niños pre-escolares o mayores se relacionó con un estilo explicativo pesimista, que contribuía a desarrollar síntomas depresivos, solos o en combinación con eventos negativos (Cicchetti, et al., 1998; Nolen-Hoeksema, et al., 1992).

En cuanto a las expectativas, los niños con depresión tienden a presentar altas o excesivas expectativas acerca de sí mismo, contribuyendo a desarrollar atribuciones de fracaso cuando estas expectativas no se cumplen.

El modelo de vulnerabilidad cognitiva al estrés para la depresión, indica que estilos cognitivos desadaptativos son más vulnerables a desarrollar depresión cuando experimentan acontecimientos negativos. Cuya premisa del modelo es que los eventos negativos en la infancia proveen la oportunidad para que el niño aprenda y practique haciendo inferencias de causa, de sí mismo y consecuencias. Estos estilos cognitivos, los niños los terminarían de desarrollar en la temprana o media infancia, asociados con eventos negativos. Las investigaciones han demostrado que los acontecimientos negativos en la infancia, sobre todo los crónicos, contribuyen directamente a desarrollar estilos cognitivos negativos en esta etapa (Mezulis, et al., 2006; Ruvalcaba, et al., 2013).

La investigación en componentes cognitivos de la depresión en niños ha sido consistente con los encuentros con adultos, que señalan que los niños depresivos tienen

procesamientos negativos selectivos, haciendo atribuciones más internas, globales para el fracaso y más externa, inestables y específicas para el éxito, y a percibir sus resultados más allá de su control, y a ver su futuro con desesperanza. Más aún este procesamiento cognitivo asociado con la interacción con eventos de vida negativos, han sido encontrados más comúnmente en niños depresivos que en niños con otras patologías, sugiriéndose que esto debe ser procesamiento cognitivo específico asociado con la depresión (Cicchetti, et al., 1998; Mezulis, et al., 2006)

En un estudio longitudinal de 5 años con niños pre-escolares y escolares, Nolen-Hoeksema, Girgus, Seligman (1992) encontraron que altos niveles de sintomatología depresiva se asociaban con estilos explicativos pesimistas, acontecimientos de vida negativos, altos niveles de desesperanza social y bajo logro. El mejor predictor para desarrollar posteriores depresiones fueron acontecimientos vitales negativos y estilos explicativos pesimistas.

También se ha tendido a relacionar la depresión con un temperamento evitativo, el cual se caracterizaría por evitación de nuevas situaciones, estrés frente a la novedad, temor, tristeza, llanto fácil, y alta sensibilidad a estímulos negativos (Mezulis, et al., 2006). Estos niños tenderían frente a los eventos negativos a tener respuestas afectivas producto de que hacen atribuciones negativas de estos eventos, probablemente hacen atribuciones catastróficas frente a ellos. Estos niños además frente a eventos negativos serían más vulnerables a desarrollar estilos cognitivos depresógenos, en este sentido el temperamento moderaría las experiencias del niño con los acontecimientos negativos, dado que ayudaría a

que el niño viera los eventos de una forma negativa, contribuyendo a desarrollar estilos negativos depresivos.

V.2.3.5 Autoeficacia

Según Bandura (1982) es la percepción de industria o competencia para desempeñar una conducta específica, o la creencia respecto a ser capaz de desempeñar exitosamente una conducta para lograr ciertos resultados. Esta percepción es un incentivo a actuar o perseverar frente a las dificultades. Y es un constructo universal que se relaciona con otros constructos como son personalidad, bienestar, estrés, relaciones sociales y logros (Luszczynska y Gutiérrez-Doña, 2005; Olivari y Urra, 2007; Scholz, Gutierrez-Doña, Sud, y Schwarzer, 2002).

Esta creencia de eficacia regula el funcionamiento humano y emocional a través de cuatro procesos superiores: *cognición* (imaginando metas, prediciendo dificultades), *motivacional* (anticipando resultados posibles, planificando metas valoradas, enfrentando mayores desafíos), *afectivo* (enfrentamiento de situaciones estresantes, control de pensamientos negativos) y *procesos selectivos* (aproximación y evitación de determinadas situaciones).

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o tarea, sin embargo algunos autores como Schwarzer y Luszczynska (2005) plantean que puede ser entendida de manera general, es decir la autoeficacia como un sentimiento amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes.

Las expectativas de autoeficacia es un mediador relevante del bienestar, salud y calidad de vida de las personas. En este sentido, se ha visto que la autoeficacia general tiene una influencia muy significativa sobre el nivel de calidad de vida de los adolescentes en comparación al apoyo social percibido (Avendaño y Barra, 2008; Schwarzer, et al., 2005). También se estudió la relación de autoeficacia académica, con el grado de agresión de los adolescentes, pudiéndose observar que la autoeficacia académica fue la variable que mejor predijo la agresividad (Carrasco, et al., 2002). En jóvenes universitarios también se pudo confirmar que las expectativas de autoeficacia influían en el rendimiento académico de los estudiantes (Blanco, 2010).

En Chile se estudió la autoeficacia en el mundo laboral, constatándose que si se fomenta la autoestima, la autoeficacia y la motivación, se logra un buen desempeño laboral, una mayor motivación laboral, impulsa al trabajador a realizar un mayor esfuerzo por lograr los objetivos de la organización (Aguirre y Vauro, 2009). También se investigó las expectativas de autoeficacia de los jóvenes y su actitud pro social, concluyendo que las jóvenes participan más que los hombres y que las expectativas de autoeficacia se correlacionan positivamente con la actitud pro social (Velázquez, Martínez y Cumsille, 2004).

La autoeficacia está siendo estudiada en el ámbito infanto-juvenil, dado que es considerada una variable fundamental que afecta a la sociabilización y éxito del niño y joven (Carrasco y Del Barrio, 2002).

La percepción de incompetencia, incrementa la probabilidad del fracaso y éste se muestra estrechamente ligada a sentimientos negativos y deprimentes (Luszczynska y Gutiérrez-Doña, 2005). En la investigación de Del Barrio (1997) se ve confirmada esta relación, puesto que los resultados mostraron una covariación negativa constante entre la autoeficacia y la aepresión, y también entre cada uno de los factores de ambos constructos.

En este sentido la teoría social cognitiva propone como modelo explicativo de la aepresión, que el sujeto que es incapaz de manejar los eventos de su vida y cultivar habilidades y éxitos. La persona sería incapaz de creer en sus propias habilidades y competencias, por lo que no podría controlar los eventos de su vida (Bandura et al., 1999; Scholz, et al., 2002).

Bandura, et al. (1999) al respecto explica que la aepresión se produciría por sentimientos de inutilidad y fracaso sobre los eventos de tres formas. La primera por aspiraciones y logros insatisfechos, donde la persona siente que tiene alta eficacia para solucionar algo y no lo logran, o sienten que no tienen la habilidad pero insisten. La segunda se relaciona con la interacción con otros, donde la persona percibe una bajo sentido de eficacia social, no pudiendo desarrollar relaciones de contención que permitan disminuir los efectos frente a eventos negativos. El último se refiere a ejercer un control sobre los pensamientos depresivos producidos por eventos como pérdida, fracasos, rechazos, etc. Estos sujetos tenderían a pensar de manera reiterada acerca de reacciones frente a la adversidad y ánimo negativo, determinando con esto la duración y severidad de los pensamientos depresivos.

Bandura, et al. (1999) estudió la percepción de autoeficacia en púberes, a través de dos aspectos importantes de la vida de los adolescentes, autoeficacia académica, y Autoeficacia social. Los adolescentes depresivos tendieron a presentar una baja expectativa ineficacia académica, más que sobre su actual logro académico. En cambio percibir una baja eficacia social tuvo un fuerte impacto en las mujeres más que en los hombres.

En un estudio de Richaud de Minzi (2005) acerca de las expectativas de autoeficacia de los niños y los estilos parentales, se pudo observar que las familias autoritarias, rechazantes promueven afrontamientos desadaptativos, soledad frente a los pares y aepresión.

V.2.3.6 Autoestima:

El sí mismo, “self” o concepto de sí mismo, se refiere a un conjunto de esquemas y procesos de *autoconocimiento* de la persona, es un juicio acerca de si mismo, es el cómo se perciben y sienten las personas. Este estaría constituido por juicios cognitivos (descriptivos del sí mismo: como somos) y juicios valorativos (afectivos) del mismo (Fierro, 1990).

Estos aspectos descriptivos, constituirían el *auto concepto*, que es la cognición, percepción que el individuo tiene sobre sí mismo. No se basaría sólo en un concepto sino también de preceptos, imágenes, juicios, razonamiento, esquemas mnésicos entre otros. Se basaría en las experiencias con los demás y las atribuciones que el mismo realiza de su propia conducta. Este auto concepto se compondría de aspectos físicos, académicos, personal y social (Camarasa, 2005; Fierro, 1990; Rodríguez y Caño, 2012).

El aspecto valorativo del auto concepto, estaría constituido por la *Autoestima*, cuyo origen proviene del verbo “estimar”, que procede del latín “*astiman*” que tiene un doble significado, “determinar el valor de algo”, y “tener una opinión de algo” (Camarasa, 2005). Esta evaluación de sí mismo para Rosenberg (1989) no es sólo un fenómeno personal, sino también social, dado que esta evaluación se efectúa y mantiene en referencia a los otros, sobre todo en los niños y adolescentes. En este sentido la Autoestima depende de la interacción del sujeto y el medio. Las características personales, biológicas y psicológicas así como el medio externo son por tanto importantes en sus orígenes y mantención.

Esta autoestima puede entenderse como global, o dimensional, es decir es la valoración en distintos ámbitos, por ejemplo física, escolar, social, etc.

Tanto el auto concepto, como la autoestima tienen una relación jerárquica, estando la descripción al servicio de la evaluación. Es así que la auto descripción sirve a la evaluación positiva y ésta a su vez, cumple funciones de protección del sistema de la persona. La autoestima aparecería en el nivel más alto de la jerarquía, sería más global pero menos estable que el auto concepto (Fierro, 1990 ; Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005; Rodríguez, et al., 2012).

Rosenberg, (1973) además añade, que la autoimagen, presenta ciertas propiedades únicas, que en su mayoría diferirían de las actitudes tradicionales. Como son, el objeto del sí mismo que tiene un *contenido único*, dado que cada persona tiene una actitud acerca de sí misma distinta a la de otra; esta actitud además tiene un componente *motivacional universal*, es decir, sería una motivación presente en todas las personas el tener una opinión favorable acerca de sí mismo. Otra propiedad distintiva es el *grado de importancia*, la

autoimagen es importante para todos, “inevitablemente ocupa un valor supremo” (Rosenberg, 1973, p. 20 -21). También el sí mismo es *reflexivo*, ya que el sujeto y el objeto de la actitud son la misma persona, lo que hace que un observador nunca este seguro de la actitud del otro. Con respecto a las emociones, el sí mismo desarrollaría ciertas *emociones únicas* que no se relacionarían con otras actitudes hacia otros objetos, como por ejemplo la vergüenza, autocomplacencia, culpa, orgullo, etc.

La autoestima es una medida de la salud mental y bienestar, como también de la psicopatología en el otro extremo, dado que es un marco para la construcción de la personalidad. Es así que se ha relacionado con rendimiento escolar, salud mental, conductas por-sociales, conductas de fumar, entre muchas otras (Cardenal y Fierro, 2003; Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008; Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005; Olivari y Barra, 2005; Sánchez, Jiménez y Merino, 1997).

Una buena autoestima disminuye las conductas de riesgo, ayuda a tener mejores estados de salud, buenas relaciones sociales y aceptación por parte del grupo. En cambio una baja autoestima se ha relacionada con sentimientos de inutilidad, falta de poder (por lo que busca tener poder a través de mecanismo como la agresión), fracaso y una autocrítica extrema (lo que lleva a un desgaste emocional, y sentimientos de tristeza) (Camarasa, 2005).

Se desarrolla a través de la vida, aunque las bases se fundan a temprana edad. La primera fuente de autoestima son los padres, dado que transmiten sus valores y son personas significativas para el niño. Las relaciones paternas se convertirían en un mediador de la autoestima en la medida de que transmitan al hijo aceptación, se proyecten

expectativas realistas sobre el hijo y se les dé autonomía. Una vez que entra el niño a la escuela, ésta se convierte en el segundo significativo en la construcción de la autoestima, es decir los padres, profesores y pares. En la adolescencia, donde el joven debe construir su identidad, ésta se convierte en un marco crucial que permitirá el buen desarrollo del yo y de la personalidad (Bernaras, et al., 2013; Fierro, 1990; Mestre, Samper y Pérez, 2001; Sánchez, et al., 1997).

Se ha visto que estilos autoritativos e indulgentes de crianza están relacionados con buena Autoestima en los hijos (Martínez, García, Yubero, 2007; Martínez y García, 2007).

Además durante la vida de la persona la autoestima sufre variaciones, en la infancia la autoestima es alta, dado que la visión de si mismo del niño es más bien positiva. Durante la adolescencia esta disminuye, observándose diferencias de género, donde en las mujeres sería más baja. En la adultez se ve un gradual aumento desde la adolescencia, hasta la vejez donde se produce una caída (Kling, Hyde, Showers y Buswell, 1999; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter, 2002).

En el estudio de Robins et al., (2002) y en el meta análisis de Kling, Hyde, Showers y Buswell, (1999) acerca de las diferencias de la autoestima con respecto al sexo, en la adolescencia se pueden verificar diferencias de género presentando las mujeres más baja autoestima, lo que se tiende a relacionar a dificultades con su auto concepto físico principalmente.

Se sabe que la autoestima fluctúa en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. Los jóvenes buscarían construir situaciones que ayudaran a ver su auto valía y evitar aquellas

situaciones negativas que le hagan sentir fracaso en áreas de su autoestima (Rodríguez y Caño, 2012).

Una pobre autoestima o autodevaluación, es asociada fuertemente con la depresión en los adolescentes, como también la buena autoestima es vista como un factor protector de desarrollar depresión en la juventud. En un meta análisis de la relación entre autoestima y depresión, Chen, Chiu y Huang (2013) constataron la fuerte relación entre estas variables.

Garaigordobil y cols (2008,2005) pudieron apreciar que los adolescentes de ambos sexos que tenían un alto auto concepto global presentaban menos síntomas psicopatológicos y problemas de conducta, en cambio resultó significativa la asociación entre síntomas depresivos en adolescentes y baja autoestima y sexo femenino. Galambos, Barker y Kranh (2006) estudiaron la relación entre sintomatología depresiva, control de la rabia y la autoestima, pudiendo apreciar que cuando había una autoestima elevada disminuían los sentimientos depresivos y había un mejor manejo de la rabia en los adolescentes.

La autoestima física se ha tendido a asociar con depresión, ya que en la adolescencia la apariencia física es un importante factor que contribuye al desarrollo de la autoestima. La discrepancia entre el yo ideal y real en la apariencia física tanto en chicas como chicos se ha asociado con ánimo depresivo. Esta devaluación estaría relacionada con los cambios físicos que se producirían en la pubertad, donde la discrepancia entre el yo ideal y real es alta (Wichstrom, 1999).

V.3. FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

La familia constituye una de las unidades esenciales de la organización social. Esta se caracteriza por sus vínculos y relaciones afectivas que se dan al interior. El objetivo fundamental de la familia es permitir el desarrollo integral de las personas que la constituyen, como también transmitir valores y la cultura, siendo el medio de socialización más importante en la infancia.

A la familia desde épocas muy remotas se le ha reconocido su rol en el desarrollo y crianza de sus hijos. La relación entre padres e hijos como los resultados de éstas han sido de gran importancia. Las investigaciones con respecto a la familia se han centrado en la evolución, en la interacción de ésta, cambios y disfuncionalidades, otorgándole un papel central a la familia en el desarrollo de las personas y las sociedades (Boyd y Waanders, 2013; Chan, Doan, Tompson, 2014; Jones, et al. 2001).

En este sentido, la familia constituye un contexto especialmente importante para el niño, por lo que conflictos en esta área afectarán fuertemente la vida de él (Polaino-Lorente, 1995). Skovgaard, et al., (2007) encontraron en un estudio con niños menores de tres años, que uno de los principales factores de riesgo de presentar problemas emocionales y conductuales eran los problemas en la relación padres-hijo.

Las familias no son estáticas, evolucionan a través de diversas etapas de desarrollo. Cada etapa presenta nuevas exigencias, estas obligan a los miembros de la familia que crecen o envejecen, a acomodarse a las nuevas necesidades y a las circunstancias que cambian. En el caso de los adolescentes que están sometidos al estrés de múltiples cambios, deberán enfrentar el cambio en la relación con sus padres y familias, aumentando la

probabilidad de sufrir tensiones, conflictos y dificultades en la adaptación, transformándose por esto la familia en un factor de riesgo en sí mismo (Cava, 2003).

A continuación se presentarán los factores de riesgo familiar relacionados con el desarrollo de DIJ.

V.3.1 Psicopatología Paterna:

La investigación en esta área ha mostrado que tener padres con psicopatología tiende a desarrollar problemas de salud mental en los hijos, problemas ligados a la conducta del niño pueden ser causados por el hecho de tener un progenitor que manifieste algún tipo de disfunción (Beardslee, et al., 2011; Boyd y Waanders, 2013; Chen, 2013).

Así también se ha visto que los niños con padres que presentan alteraciones del ánimo corren riesgo de tener una serie de problemas de adaptación, no sólo depresivas, sino también trastornos disociales, trastornos por déficit atencional con hiperactividad, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro en su conducta social (Boyd y Waanders, 2013 ; Chen, 2013; Marmorstein, et al., 2004; Wicks-Nelson, et al, 1997).

Los trastornos que pueden observarse en los hijos varían de acuerdo a la edad: en los niños en edad escolar predominan los trastornos de conducta y de ansiedad, en los adolescentes los trastornos depresivos, en los adultos jóvenes abuso de sustancias, y depresiones en la adultez (Fritsch, Montt, Solís, Pilowsky y Rojas, 2007).

La depresión de los padres resulta uno de los principales factores de riesgo para desarrollar una depresión en los hijos, especialmente cuando la depresión la presenta la

madre, pero aún no está tan clara la especificidad de esta relación, hay muchas teorías al respecto (Bragado, et al., 1999; Beardslee, et al., 2011; Boyd y Waanders, 2013; Cicchetti, et al., 1998; Elgar, Mc Grath, Waschbus, Stewart, y Curtis, 2004; Embry y Dowson, 2002; Fritsch, et al., 2007; Marmonstein, et al., 2004). Goodman, Rouse, Connell, Broth, Hall, y Heyward (2010) realizaron un meta- análisis de los trabajos existentes hasta el año 2002 en relación a los efectos de las madres con depresión sobre sus hijos, concluyendo que la relación existe, pero las teorías explicativas aún no pueden mostrar claramente esta relación.

En un estudio realizado en Chile por Fritsch, et al. (2007) con madres con depresión que asistían a consultorios de la red de Salud Pública, se pudo determinar con diferentes fuentes (madres-hijos-evaluador) una prevalencia de 51,9% de sintomatología psiquiátrica en hijos de éstas madres, apareciendo además diferencias en el tipo de patología con un 62,7% de síntomas ansiosos en rango clínico, y un 25,9% de síntomas depresivos en rango clínico.

Se ha determinado que la severidad o cronicidad de la depresión de la madre es un factor muy sensible como predictor de desarrollar una depresión en los hijos (Bragado, et al. 1999; Fritsch y cols., 2007).

Las teorías más organicistas, han tratado de explicar esta relación como, que se puede heredar la predisposición a desarrollar en los hijos problemas emocionales tales como afectos negativos, baja sociabilidad e indirectamente heredar la posibilidad de desarrollar una depresión. En un trabajo de Del Barrio (2002) en la población española, encontró que los niños entre 3-15 años, pertenecientes a la población general, presentaban una incidencia

de depresión mayor de 5%; mientras que los niños, hijos de madres con depresión, procedentes de una clínica, presentaban una incidencia de un 33%. Puig-Antich, et al. (1982) encontraron que 33,3% a 50% de los padres con hijos con depresión tenían también depresión. Al respecto, Burke y Puig-Antich (1990) sugieren que la depresión infantil es asociada con una inusual carga familiar para las enfermedades afectivas en comparación con la depresión tardía.

Hay evidencia de que la exposición pre-natal a madres con depresión contribuye a desarrollar mecanismos neuroregulatorios disfuncionales, viéndose que recién nacidos de madres con depresión tienen baja actividad, baja respuesta social en comparación a nacidos de madres sin depresión. Incluso se han podido examinar respuestas atípicas en la zona cerebral frontal, caracterizada por una disminución de la región frontal izquierda, por lo que la madre tendría un papel modulador en el desarrollo del SNC (Embry y Dowson, 2002).

Pero también se ha investigado acerca de la exposición y relación del hijo con una madre con depresión y cómo esta interacción puede influir en desarrollar depresión en los hijos. En este punto, las explicaciones psicológicas han mostrado interesantes cuestiones, como que los niños que crecen con madres con depresión, tienen una mayor probabilidad de tener experiencias afectivas negativas en la interacción con ellas, lo que contribuye a alteraciones en su temprano desarrollo afectivo. Estas madres tienden a desarrollar apegos inseguros, a partir del cual se construiría un modelo de relación con el entorno y consigo mismo, que predispondría al desarrollo de diversos trastornos psiquiátricos, como también a mostrar fallidas estrategias de autorregulación y de manejo del estrés, mostrar una

afectividad negativa, y menos afectos positivos (Dix, Gershoff, Meunier, Millar, 2004; Embry y Dowson, 2002; Fritsch y cols., 2007; Goodman, et al., 2010).

La Teoría del apego, ha demostrado que la falta de disponibilidad y sensibilidad emocional que pueden estar relacionadas con la conducta de padres con depresión son predictores, fiables y sólidos, de un apego inseguro entre el hijo y el progenitor, siendo un apego inseguro altamente relacionado con patrones cognitivos y emocionales propios de la depresión, como también de dificultades en la negociación con pares. También en la depresión en la adolescencia se ha encontrado una relación con el apego inseguro y respuestas emocionales con sus padres (Cicchetti, et al., 1998; Fritsch, et al. 2007).

Field (1992) desarrolló diversos estudios con madres con depresión, encontrando que ellas manifestaban con mayor frecuencia expresiones de tristeza y rabia y con menor frecuencia expresiones de bienestar. En las interacciones cara a cara con sus hijos, mostraban menos afectividad positiva, mayor evitación de la mirada. Frente a estas conductas de las madres, los niños reducirían su afectividad, tendiendo a desarrollar estilos de interacción de no refuerzo, incluso a sus padres a pesar de que sus depresiones hayan pasado.

La influencia de los padres depresivos en las formas de pensar y estilos cognitivos se ha demostrado que influye en la posible depresión del hijo, es posible que los padres con depresión transmitan estos estilos desadaptativos de pensar a sus hijos y que estos estilos se relacionen también en cómo los tratan (Del Barrio, 2002; Embry y Dowson, 2002; Wicks-Nelson y Israel, 1997).

Además, Cicchetti y Toth (1998) notaron que los pre-escolares de padres con desórdenes del ánimo característicamente presentaban descontrol y pobre regulación social con pares. Siendo los hijos de madres depresivas quienes generan más estrategias agresivas para resolver conflictos con sus pares. Lo que sugiere que problemas de la regulación afectiva de los padres con desórdenes de ánimo repercutirían en la adaptación de nuevas experiencias del hijo. Esto provocaría problemas en su regulación afectiva lo que llevaría a una alta probabilidad de desarrollar depresión.

Luby, Belden, Spitznagel (2006) estudiaron los factores de riesgo relacionados con presentar una depresión en niños pre-escolares, identificando como factores mediadores importantes a esta edad la relación entre un historia familiar de desórdenes del ánimo (especialmente de la madre) y eventos estresante vitales que puede estar viviendo el niño.

Del Barrio, et al. (1997) Hacen un resumen de las principales encuentros de las investigaciones al respecto planteando que, la correlación de la depresión en el niño es más potente con la depresión materna que con la paterna; que los efectos de la depresión materna son tanto más intensos cuanto más pequeño es el niño; que la duración de la depresión materna es esencial para la aparición de la depresión en el niño y que la depresión unipolar materna eleva el riesgo de aparición de la depresión en el niño.

V.3.2 Estructura Familiar:

La familia está compuesta por una serie de miembros que cumplen roles y funciones al interior de ésta. Estas funciones y roles son los que permiten relacionarse entre ellos

(subsistemas) y con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc. (Minuchin, 1977).

Los límites, dice Minuchin (1977), son las reglas que determinan cómo funciona cada uno de los subsistemas. Estas reglas definen quienes participan y de qué manera lo hacen en una situación determinada, y tienen como función la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento.

Un sistema funcional se organiza de una forma jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro. Idealmente el poder debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad (Minuchin, 1977).

V.3.2.1 Constitución familiar:

El problema en la actualidad es que nuestra sociedad occidental sufre de rápidos cambios, por lo que la familia y su estructura se han alterado. Dentro de los cambios familiares más comunes en nuestra sociedad están el de las familias mono parentales, familias donde sólo hay un padre presente, principalmente es la madre, en las que se ha visto que los hijos tienden a sufrir más problemas de rendimiento escolar y de conducta. Estas familias mono parentales se dan con mucha frecuencia entre madres adolescentes, siendo un factor de riesgo para los hijos y sus madres, en el sentido de que se pueden producir problemas de salud, y de falta de oportunidades sociales para ambos, lo que repercute en problemas conductuales y emocionales (Ezpeleta, 2005; Florenzano et al., 2005).

Se han visto ciertos factores de riesgo de sufrir depresión con respecto al lugar que ocupan los hermanos, si son adoptados, y el número de hijos. Del Barrio et al. (1997) en su estudio con niños de 8-12 años, encontró que en cuanto al lugar que ocupa el niño en el sistema fraternal, el mayor porcentaje de depresión se encontraba en el hermano del medio. En cuanto al tema de los niños que tenía hermanos adoptados, el 42,5% presentaban síntomas de depresión versus un 26,7% de los que no tenían hermanos adoptados.

Con respecto al tamaño de la familia, Del Barrio (1997) encontró alta sintomatología depresiva en familias con más de cuatro hijos, lo que probablemente se relacione con una falta de atención parental, o bajo estatus socioeconómico, puesto que familias numerosas tienden a presentar un estatus socioeconómico menor.

Con respecto a la separación de los padres, ésta se ha asociado a problemas en la infancia, que podrían continuar en la vida adulta, especialmente si los padres tienen problemas recurrentes y cuando éstos sufren de ansiedad y depresión. Al respecto las investigaciones no han logrado un acuerdo, por un lado muestran que más que la separación en sí de los padres, resultan ser más potencialmente peligrosos para desarrollar una depresión los problemas posteriores a la separación, que pueden ser la pérdida del amor o de la relación con uno de los padres, y el empobrecimiento de la familia, (Bridges, 2004; Duna, Cheng, y O'Connor, Marmorstein, et al., 2004). En esta línea, Del Barrio (1997) encontró un alto rango de depresión en aquellos niños cuyos padres tuvieron una pobre relación antes y después del divorcio.

Duna, Cheng, y O'Connor, Bridges (2004) en este punto, además encontraron que para disminuir los problemas de internalización (depresión, ansiedad) en los niños de padres separados, lo importante era la relación que establecía el padre no residente con su hijo, y el contacto periódico de la madre con este padre. También se ha podido determinar que tras el divorcio de los padres, el hijo varón que vive con la madre tiene mayor probabilidad de sufrir depresión. En cambio en las familias reconstituidas, se vio un mayor riesgo de sufrir depresión en las hijas mujeres (Bragado, et al., 1999; Del Barrio, et al., 1997).

Se ha planteado una relación entre estas variables y la depresión infantil, constatándose que una pobre relación con los padres es un factor de riesgo para la depresión (Bragado, et al., 1999; Boyd y Waanders, 2013; Florenzano, 1998; González-Tejera, et al., 2005; Santander y cols., 2008; Skovgaard, et al., 2007).

En el estudio Del Barrio et al. (1997) los resultados muestran altos índices de depresión en aquellos niños que tenían una pobre relación con sus padres, la falta de amor sentida por los niños también fue un indicador de altos grados de depresión. Cichetti y Toth (1998) al respecto mencionan que la calidad del cuidado de los padres en los infantes contribuye además a largo plazo en la organización y desarrollo del cerebro, ya que estos son los encargados en los primeros momentos de darle el bienestar emocional y afectivo que permitirá al bebé autorregular sus funciones fisiológicas, y lograr un desarrollo neurobiológico. Boyd y Waanders (2013), estudiaron los factores de riesgo de presentar depresión en jóvenes afro-americanos, observando que la la exposición a relaciones positivas con los padres era un importante factor protector.

V.3.2.2 Funcionamiento Familiar:

El funcionamiento familiar se ha estudiado en base al *grado de cohesión*, la *flexibilidad* y la *calidad de la comunicación* entre sus miembros (Boyd y Waanders, 2013; Florenzano, 1998). Diversos investigadores utilizan, con ciertas diferencias semánticas, estos tres conceptos al referirse al funcionamiento familiar, por lo que en esta revisión se tomará como modelo comprensivo, el ***Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar*** de Olson, Russel, y Sprenkle (1983) dado que hace una revisión teórica de los conceptos que permite un fácil entendimiento, y además, éste permite evaluar el funcionamiento familiar.

En su modelo, Olson et al. (1983) consideró la ***cohesión familiar*** como una de las variables centrales del funcionamiento familiar, definiéndola como el grado de unión emocional que percibían los miembros de la familia entre sí, es decir, el espacio emocional, o la distancia que tienen los miembros de la familia. Esta estaba compuesta por dos dimensiones: el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia. En la Figura 14 se sintetiza las características más importantes de esta dimensión.

La cohesión se distribuiría en un continuo donde los extremos reflejan alteración o patología de la familia, y el centro mostraría el mejor funcionamiento familiar.

En uno de los extremos del continuo se encontraría la categoría *enredada o aglutinada*, donde las familias se caracterizarían por una sobre identificación de cada miembro de la familia, con una vinculación familiar muy intensa y una limitada autonomía

individual. Estas familias presentan una extrema cercanía emocional, intensa exigencia de lealtad, fuerte dependencia entre unos y otros, ausencia de espacio privado, ausencia de límites generacionales, focalización de la energía individual en cuestiones internas de la familia, ausencia de amigos, alta reactividad emocional, y toma de decisiones en función de los deseos del grupo.

El otro extremo en esta dimensión, sería las *familias no relacionadas o desprendidas*, al contrario del anterior, son familias escasamente vinculadas y con una alta autonomía personal. Presentan una extrema separación emocional, ausencia de lealtad familiar, falta de compromiso intrafamiliar y de comunicación de los sentimientos, la relación entre padres e hijos es vacía, separación física y ausencia de tiempo vivido en común e independencia en la toma de decisiones (Polaino-Lorente y Villamisar, 1988)

En el centro se sitúan dos dimensiones, *semirrelacionadas o separadas y las relacionadas o unidas*. Estas dimensiones serían las más funcionales y se caracterizarían por la capacidad de la persona para vivir de un modo equilibrado, siendo independientes de la familia y conservando la relación con todos sus miembros. Además estas familias tendrían un balance equilibrado entre la unión y la separación de la familia y entre el tiempo que pasan juntos y el tiempo que cada uno emplea para sí mismo, existencia de amigos individuales y amigos en común, tolerancia en las decisiones personales y también decisiones comunes, focalización de la energía hacia aspectos internos y externos a la familia en función de las situaciones y una cierta lealtad familiar que nunca es exigida. Estas familias permiten un mejor afrontamiento al estrés situacional y a los cambios evolutivos. (Polaino-Lorente y Villamisar, 1988; Schmidt, Barreyro y Maglio, 2009).

Estas dos últimas dimensiones, presentan ciertas diferencias, como por ejemplo en el grado de separación emocional e individualidad de sus miembros. Es así que las familias semirelacionadas, implica un cierto grado de separación emocional entre los miembros, y un empleo del tiempo donde predomina la dedicación de cada persona a cuestiones personales, aunque también haya un tiempo para vivirlo en familia y tomar decisiones en conjunto, las actividades e intereses tienden a ser individuales no obstante también hay intereses comunes. En el caso de las familias unidas o relacionadas, estas tienen un mayor grado de unión e intimidad emocional compartida, así como la lealtad y fidelidad a la relación. En cuanto a la distribución del tiempo, prefieren el tiempo compartido a estar solo ocupados en cuestiones personales. Los amigos suelen ser amigos de la familia, aunque puede haber ciertas relaciones individuales, los intereses suelen ser compartidos por todos los miembros de la familia (Polaino-Lorente y Villamisar, 1988).

Tipo de adaptación	No relacionado (desprendido)	Semi relacionado (separado)	Relacionado (unido)	Agglutinado (enredado)
Vínculo emocional	Muy Bajo	De bajo a moderado	De moderado a bajo	Muy alto
Independencia	Baja	Moderada	Moderada	Alta
Limites: Internos Externos	Cerrados Abiertos	Semi-abiertos Semi-abiertos	Abiertos Semi-abiertos	Borrosos Cerrados
Generacionales	Rígidos	Claros	Claros	Borrosos
Coaliciones	Débiles	Claras entre cónyuges	Fuerte entre cónyuges	Padres-hijos
Tiempo	Aparte	Más solas	Más juntos	Juntos
Espacio	Separados	Más en privado	Más en familia	En familia
Amigos	Individuales	Pocos en común	Pocos individualmente	Comunes
Toma de decisiones	Individual	Algunas en	Pocas en conjunto	En común individualmente
Intereses y Ocio	Propios	Alguno familiar	Pocos individualmente	Comunes

Figura 14. Principales características de las familias en la dimensión Cohesión

Fuente: Polaino-Lorente y Villamizar, 1988

Con respecto a la *adaptabilidad familiar* se puede entender como la capacidad de la familia de adaptarse y lograr cambios en sus roles, estructura de poder y reglas frente a situaciones de estrés o desarrollo vital evolutivo. Las situaciones de estrés son situaciones frecuentes a las que se deben enfrentar las familias, por tanto una familia que no logra hacer cambios y adaptarse se transforma en una familia patológica. En la Figura 15 se sintetiza las características más importantes de cada familia en cuanto a la adaptabilidad.

La adaptabilidad familiar también se distribuye en un continuo, donde uno de los extremos, baja adaptabilidad, es llamado por Olson et al. (1983) como *Rígida* y se caracteriza por presentar un liderazgo Autoritario, con padres muy controladores que toman decisiones muy estrictas, hay ausencia de negociaciones, los roles están definidos, son fijos y tradicionales, y las reglas o normas familiares resultan inmodificables.

El otro extremo *Caótica*, se caracteriza por la inexistencia de una persona que ejerza el liderazgo, ausencia de control paterno, disciplina poco efectiva, inconsistente y poco trascendente, decisiones impulsivas, ausencia de negociación ante problemas y roles más o menos establecido, con cambios frecuentes en las reglas del funcionamiento familiar (Polaino-Lorente y Villamisar, 1988).

En cambio las familias que se distribuyen al centro, serían las que presentarían menos psicopatología, y tienen un liderazgo compartido y democrático, roles y responsabilidades estables en el hogar, pero cambiables, modificables en función de situaciones muy concretas, reglas o normas familiares predecibles aunque flexibles cuando es necesario, y una toma consensuada de decisiones, en las que incluso se tiene en cuenta a los hijos. Existen dos tipos de familias al centro, *estructuradas* y *flexibles*, cuya diferencia es que en la primera se observa una estabilidad de roles a veces compartidos, liderazgo firme y normas estables, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan y en la segunda estas características serían la excepción que mantiene el orden y la convivencia, donde se observaría un liderazgos y roles compartidos, una disciplina democrática y cambios cuando es necesario.

Tipos de adaptabilidad	Caótico	Flexible	Estructurado	Rígido
Asertividad	Agresiva y pasiva	Asertivo	Asertivo	Pasivo agresivo
Control	Liderazgo limitado fluido	Igualitario, con cambios estables	Democrático, con líder	Liderazgo Autoritario
Disciplina	Nula	Democrática con consecuencias impredecibles	Democrática	Autocrática
Negociación	Ninguna	Buena	Estructurada	Limitada
Roles	Cambiantes	Fundamentalmente Cambiantes	Compartidos	Rígidos
Reglas	Cambiantes	Muchos cambios	Algunos cambios	Fijas
Sistema de retroalimentación	Positivo	Más positivo que negativo	Más negativo que positivo	Negativos

Figura 15. Principales características de las familias en la dimensión adaptabilidad.

Fuente: Polaino-Lorente y Villamisar, 1988

Y por último, la variable *comunicación familiar*, permite ser modificada y con esto cambiar las otras dos variables, cohesión y adaptabilidad. Esto quiere decir que modificando el estilo de comunicación, se modificará la adaptabilidad y la cohesión familiar. Olson et al. (1983) plantean que el funcionamiento familiar es lineal, apreciándose habilidades positivas para la comunicación que ayudan al funcionamiento familiar como la empatía y escucha activa, y variables negativas para el funcionamiento de la misma como por ejemplo: doble vínculo, críticas destructivas (Polaino-Lorente y Martínez-Cano, 1998). Dado que la comunicación familiar es la que facilita el movimiento dentro de las otras dimensiones, Olson et al. (1983) consideró que cohesión y flexibilidad eran las variables centrales del modelo de funcionamiento familiar, donde se puede observar la distribución de las variables en las familias extremas, de rango medio y balanceadas (equilibradas), que serían las de mejor funcionamiento. A continuación se presenta la Figura 16 que caracteriza los sistemas familiares.

COHESIÓN ADAPTABILIDAD (FLEXIBILIDAD)		Bajo Moderado Alto			
		NO RELACIONADA (DESLIGADA)	SEMI RELACIONADA (SEPARADA)	RELACIONADA (CONECTADA)	AGLUTINADA (ENMARAÑADA)
↑ ↑	CAÓTICAS	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLES	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	ESTRUCTURADAS	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	RÍGIDAS	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Figura 16. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de Cohesión y flexibilidad

Fuente: Schmidt, Barreyro, Maglio, 2009

Mendoza-Solís, Huerta, Vásquez, Alfaro, Mendoza y Pérez (2006) estudiaron el funcionamiento familiar en 413 familias mexicanas, observando que 41% de la muestra correspondía a familias balanceadas y un 16% a familias extremas. Con respecto a la comunicación, vieron un predominio de comunicación directa en las familias balanceadas, mientras que se observó comunicación desplazada en las familias extremas. Con respecto a los límites constataron que los límites claros correspondían a las familias balanceadas y límites rígidos en las familias extremas. No se apreciaron diferencias en cuanto a las jerarquías en ambas familias.

Las investigaciones acerca de la *comunicación familiar* en la adolescencia, han mostrado que resulta fundamental para los jóvenes, puesto que es el motor que permitiría el cambio de los adolescentes, mediante la interacción y negociación, intercambio y reciprocidad en la relación de padres e hijos, no obstante, en este período se ve

interrumpida, probablemente producto de un cambio en la estructura de poder y un cambio en las relaciones familiares (Cava, 2003; Parra y Oliva, 2002).

Por esto, la comunicación familiar conflictiva o negativa entre padres e hijos es vista como un factor de riesgo de presentar problemas en los jóvenes depresivos, en la medida que éstos tienden a percibir a su familia como conflictiva, hostil y rechazante, con una baja experimentación de afecto y cercanía, presentando una mayor probabilidad de sufrir una Depresión (Estevez, Murgui, Moreno, y Musitu , 2007; Estevez, Musitu y Herrero, 2005; Galicia, Sánchez, Robles, 2009; Marmorstein y Iacono, 2004).

En una investigación realizada en Chile acerca de la comunicación familiar en adolescentes, se pudo constatar que el 48,4% de los adolescentes señaló que su padre dedica “muy rara vez o nunca” tiempo para conversar con él, siendo la conversación satisfactoria, “frecuentemente o casi siempre” en 34,4%. Por su parte, 25,6% de los adolescentes señaló que su madre dedica muy rara vez o nunca tiempo para conversar con ellos, siendo la conversación satisfactoria “frecuentemente o casi siempre” en 53,6%. Finalmente, 62,5% de los adolescentes compartían con “frecuencia o casi siempre algunas comidas” junto a su familia y 45,7% realizaban con “frecuencia o casi siempre” alguna actividad en conjunto (Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda, y Bórquez, 2008).

De las otras dos categorías de funcionamiento familiar, *cohesión y flexibilidad*, Zdanowicz, Pascal, y Reynaert (2004) hicieron un estudio donde compararon la visión de los adolescentes sanos versus con psicopatología acerca de sus familias, encontrando que los jóvenes del grupo sano veían a sus familias como notablemente más cohesionadas y adaptables que las del grupo de enfermos, como también que la edad determinó una

progresiva reducción en la Cohesión en el grupo de sujetos jóvenes normales. Los jóvenes del grupo de pacientes enfermos, además provenían de familias menos cohesionadas, muy estructuradas y rígidas.

Kashani y Schmidt (1995) investigaron el funcionamiento familiar en niños con psicopatología, pudiendo determinar que para los niños menores de 13 años con Depresión Mayor, veían a sus familias como desligadas, no encontrando estos autores, diferencias significativas para la variable flexibilidad familiar.

En términos más específicos, se ha constatado que los adolescentes que sufren depresión en cuanto a la cohesión familiar, tienden a ver a su familia como poco relacionada, desligadas, poco compenetrada, donde no existe ayuda ni apoyo entre los miembros (Galicia, Sánchez y Robles, 2009; Leyva-Jiménez Hernández, Nava y López, 2006; Zdanowicz, Pascal, y Reynaert, 2004). En cuanto a la adaptabilidad familiar, estos jóvenes sienten a sus familias con poca claridad en sus reglas y estructura, no tienen claro sus responsabilidades, ni tampoco sus actividades (Galicia, Sánchez y Robles, 2009; Leyva-Jiménez, Hernández, Nava y López, 2007).

V.3.2.3 Estilos de crianza parental o Disciplina Familiar:

La Psicología le ha dado gran importancia no sólo la estructura y funcionamiento de la familia, sino también a las relaciones entre sus miembros. Uno de los puntos de interés en este tema, ha sido la relación de los padres y sus hijos, específicamente las prácticas de socialización que ellos ejercen durante la crianza de sus hijos, atribuyéndose a las prácticas

de socialización una fuerte influencia en el desarrollo de éstos (Dobrianskyj, Muller, Viezzer y Brandenburg, 2004; Pons-Salvador, Cerezo y Bernabé, 2005).

Baumrind (1967) investigó los Estilos de Socialización y sus consecuencias, relacionándolos con dos dimensiones de la conducta de los padres hacia sus hijos, las que actuarían en un continuo, que diversas investigaciones posteriores han confirmado (Darling y Steinberg, 1993; Dobrianskyj, et al., 2004; García y Gracia, 2009; Lamborn, Mounts, Steinberg, y Dornbush, 1991; Lila y Gracia, 2005; Maccoby y Martin 1983). Esas dimensiones son:

✓ *Responsividad o calidez:* sería la conducta de los padres que se caracterizaría por aceptación, mostrando su amor y afecto hacia los hijos de forma verbal y/o física y que utilizan métodos de disciplina que promocionan el desarrollo social, emocional e intelectual. Serían padres que están interesados en las actividades de sus hijos, los escuchan y dan soporte. Percibiéndolos sus hijos como amorosos, responsivos y cercano.

✓ *Exigencia o rechazo:* son por lo general padres que desaprueban o rechazan la conducta de sus hijos, mantienen mayor control o supervisión sobre sus hijos, usando prácticas más severas y abusivas hacia ellos. Es una retirada significativa de afecto pudiendo ser francamente hostil y agresiva, indiferente y negligente o rechazante (Lila y Gracia, 2005).

A partir de la combinación de estas dimensiones surgieron para Baumrind (1967) tres Estilos de Socialización de los padres, *autoritario*, *permisivo*, *autoritativo* (democrático), que posteriormente Maccoby y Martin (1983) separaron el estilo permisivo en dos: negligente e indulgente, y que posteriormente Lamborn, Mounts, Steinberg, Dornbush, (1991) validaron mediante una gran muestra de adolescentes norteamericanos.

Transformando el modelo bi-dimensional con tres tipos de Estilos de Socialización en un modelo cuatripartito compuesto por cuatro tipos.

En la vida diaria familiar, los padres pueden usar la combinación de varias de estas estrategias o Estilos de Socialización dependiendo de la situación e incluso del hijo, por lo que a pesar de que usan preferentemente una, ésta puede variar (Dobrianskyj, Muller, Viezzer, 2004). En la Figura 17 se muestran las principales características de estos Estilos de Socialización.

Autoritativo
De acuerdo a las dos dimensiones ortogonales, son padres demandantes y responsivos a la vez. Constelación de atributos parentales que incluyen soporte emocional, altos estándares, apropiado grado de autonomía, comunicación bidireccional (Darling y Steinberg, 1993). Son aquellos padres que tienden a direccionar las actividades de sus hijos de manera racional y orientada. Incentivan al diálogo, compartiendo con los hijos la reflexión por detrás de la forma que ellos eligen, hacen objeciones cuando no están de acuerdo, ejercen firme control en los puntos de divergencia colocando la perspectiva adulta, sin restringir a su hijo reconociendo que tiene intereses propios y maneras particulares, permiten la auto-actualización de sus hijos adolescentes (Dobrianskyj, Muller, Viezzer, 2004; Dominguez y Carton, 1997; Martínez, 1996). Esto se ha visto que ayuda a los niños y adolescentes a desarrollar una competencia instrumental caracterizada por un balance de las necesidades sociales e individuales y la responsabilidad, por lo que son responsables, independientes, tienden a cooperar con adultos y pares, presentan madurez psicosocial y éxito académico, y baja psicopatología (Domenech, Donovick, Crowley, 2009; Steinberg, et al., 1994; Darling y Steinberg, 1993).
Autoritario
De acuerdo a las dos dimensiones ortogonales, son padres de alta emanada alta y falta de responsividad. Estos modelan, controlan y evalúan el comportamiento de sus hijos, de acuerdo con sus reglas establecidas de manera absoluta. Estiman la obediencia como una virtud, y son proclives a mediadas punitivas para lidiar con aspectos de la crianza que entran en conflicto con lo que ellos piensan que es cierto. Este estilo está relacionado con psicopatología en los hijos (Domenech, Donovick, Crowley, 2009; López-Soler, Puerto, López-Piña, y Prieto, 2009; Dobrianskyj, Muller, Viezzer, 2004; Martínez, 1996).
Permisivo
Padres que tienden a comportarse de manera no punitiva y receptiva de los deseos y acciones de sus hijos. Los hijos son para ellos como un recurso para la realización de sus deseos y no como un modelo, no se sienten como un agente responsable de moldear o direccionar el comportamiento de sus hijos. Dentro de esta categoría se pueden observar dos tipos de padres (Lamborn y cols, 1991; Macoby y Martin, 1983). <i>Indulgente:</i> Padres altamente responsivos y nada exigentes, por principios no quieren tener tanto control. <i>Negligente:</i> Padres que no son exigentes, ni responsivos, tienden a esquivar las inconveniencias o a no responder a los pedidos inmediatos de sus hijos. Son lejanos y poco interesados en responsabilizarse de los hijos, no se relacionan con su papel de padres a largo plazo, o los componentes del papel parental tienden a disminuir cada vez más, a veces a desaparecer, hasta quedar una mínima relación entre padres e hijos (Dobrianskyj, Muller, Viezzer, 2004).

Figura 17. Características principales de los Estilos de Socialización

Fuente : Lamborn y cols., 1991

A partir de estas dimensiones y categorías, se ha tratado de identificar cuáles son los estilos que facilitan al niño desarrollar de manera óptima sus habilidades y competencias socio-emocionales, como también, de reconocer aquellos menos eficientes, que traerían consecuencias negativas para el desarrollo socio-afectivo. En la actualidad hay consenso que la dimensión *afecto-calidez* es la más importante para el logro de un desarrollo socio-emocional sano de los hijos (Darling, y Steinberg, 1993; Dobrianskyj, et al., 2004; Martínez, 1996; Oliva, Parra, Sánchez, y López, 2007).

Baumrind (1967) desarrolló una vasta investigación acerca de los efectos de la socialización durante la infancia, concluyendo que los niños que se desarrollaban en hogares autoritativos lograban un mejor desarrollo social, mejor rendimiento escolar, autoestima y Salud Mental en general.

Steinberg y su equipo en la década de los noventa (Lamborn; Mounts; Steinberg; Dornbush, 1991) replican el estudio de Baumrind (1963) aumentando de manera importante la muestra, y centrándose en los adolescentes. Los resultados de este estudio no mostraron diferencias significativas entre estilos parentales y edad del adolescente, entre estilos parentales y sexo adolescente, o raza y estatus socioeconómico. Pero sí, indicaron que los adolescentes, que señalaron a sus padres como autoritativos puntuaron alto en competencia psicosocial y bajo en conductas disfuncionales, a la inversa de los adolescentes que describieron a sus padres como negligentes. Los adolescentes que caracterizaron a sus padres como autoritarios puntuaron razonablemente bien en índices de obediencia y conformidad según los estándares de los adultos, pero se vieron relativamente pobres en autoconcepto. En contraste, los adolescentes de hogares indulgentes evidenciaron un fuerte

sentido de autoconfianza pero reportaron alta frecuencia de abuso de sustancias y mala conducta y menos compromiso con la escuela. En síntesis se observaron claras ventajas para los adolescentes criados en estilos autoritativos, y claras desventajas de sus pares criados en hogares negligentes y resultados mixtos para las respuestas de los adolescentes criados por estilos autoritarios o indulgentes.

Steinberg y Lamborn, Darling, Mounts, y Dornbusch (1994) revisaron estos hallazgos y agregaron que para que el estilo de crianza autoritativo sea eficiente en el logro de buenos resultados en la escuela, era necesario que los padres se involucrasen en la escuela, y que las casas tengan un estilo de funcionamiento más democrático.

Posteriormente Steinberg, et al. (1994) hicieron un seguimiento de los adolescentes de este estudio con el fin de ver si los hallazgos en relación al estilo de socialización y ajuste se mantenían, y que habían obedecido efectivamente a los estilos parentales. Observándose que muchos de los hallazgos se mantenían en el tiempo o aumentaban, dado que estos adolescentes estaban ingresando a la adolescencia media. Por ejemplo la diferencia en el desarrollo socio-emocional entre adolescentes criados en estilos autoritativos y negligentes aumentaba en algunas áreas del ajuste, donde la mala conducta empeoraba y el autoconcepto académico aumentaba. En cuanto a los adolescentes criados en ambientes autoritarios se mantenía lo observado, excepto en que aumentaba los problemas de internalización (el estrés interno) en este período. Los autores hipotetizaron al respecto que, en estos ambientes se mantenía el nivel de desarrollo inapropiado. Las familias autoritarias de adolescentes ansiosos y depresivos tendían a ser padres consistentemente padres

sobrecontrolados. En cuanto a las familias indulgentes se continuó observando estos patrones mixtos, sin grandes variaciones en cuanto a su mala conducta escolar y su desmotivación escolar. En el caso de los adolescentes con familias negligentes siguieron empeorando sus conductas.

A partir de innumerables investigaciones (Baumrind, 1963; Dominguez y Carton, 1997; Dobrianskyj, Muller, Viezzer, 2004; Dobrianskyj, Brandenburg, Viezzer, 2003; García y Gracia, 2009; Halgunseth, Ispa, Rudy, 2006; Lamborn, Mounts, Steinberg, Dornbush, 1991; Lila y Gracia, 2005; Musitu y García, 2004; Oliva et al., 2007) se ha relevado la importancia de dimensión afecto y comunicación para el desarrollo socio-afectivo en los niños y jóvenes, confirmándose que los jóvenes se beneficiaban más de estilos autoritativos e indulgentes.

Los estilos de crianza han demostrado tener importancia en el desarrollo de problemas de conductas internalizantes y sobre la incidencia de la depresión infantil en dos sentidos, o bien, los padres pueden no prestar atención a los hijos y por tanto no ejercen una crianza eficaz cálida y suficientemente fuerte para el desarrollo emocional de éstos; o por el contrario porque pueden sobrevalorar sus conductas que en otros contextos serían valoradas como normales y necesarias, ejerciendo calidez pero pocos límites y estabilidad (El-Sheikh, 2005; González-Tejera , et al., 2005; Keller, Cummings, Davies, 2005; Petty, 1993; Wicks-Nelson y Israel, 1997).

Sheeber y cols (2007) estudiaron la depresión adolescente y la relación de éstos con los padres, planteando que los adolescentes con depresión experimentan menor apoyo por parte de sus padres y relaciones más conflictivas con ellos.

Polaino-Lorente (1995), planteó que los padres con estilos de crianza autoritarios tienden a tener mayor probabilidad de que sus hijos presenten depresión, en comparación con padres cuya crianza es más permisiva. Vallejo, Osorno, Mazadiego (2008) realizaron un estudio con adolescentes depresivos y pudieron constatar que estos tenían padres que ejercía estilos de crianza autoritarios, y cuyas madres presentaban sintomatología depresiva.

Como puede apreciarse en la literatura infanto-juvenil, se han descubierto numerosas relaciones entre estilos parentales y diferentes aspectos de la conducta de los hijos, los cuales pueden transmitirse intergeneracionalmente, pudiendo convertirse en los Estilos de Socialización que ellos posteriormente usarán con sus propios hijos, especialmente en lo que se refiere al estilo autoritario (Dobrienskyj, et al., 2004; Oliveira, Marin, Pires, Frizzo, Ravello, y Rossato, 2002).

A pesar de que ha sido fuertemente demostrado la relación entre los Estilos de Socialización de los padres con el ajuste de los hijos, no se ha podido aún aclarar la universalidad de estos hallazgos en términos de la relación del estilo de socialización con el efecto que causa en los hijos, como también los procesos a través de los cuales un determinado estilo parental produce un efecto en el ajuste social del hijo, ya que se han visto diferencias relacionadas con la clases social, contexto cultural, y razas (Darling y Steinberg, 1993; García y Gracia, 2009; Knight, Yun Tein, Shell y Roosa, 1992 ; Lamborn, et al, 1991; Maccoby y Martin, 1983; Oliva, et al., 2007; Palut, 2009; Steinberg, et al.1994).

Con respecto a la universalidad de estos resultados, donde el estilo autoritativo sería el óptimo para el desarrollo socio-afectivo, se han realizados principalmente en niños blancos norteamericanos y europeos, no pudiendo ser claramente confirmado los hallazgos en otros grupos étnicos, o en otras regiones del planeta. En este sentido, Darling y Steinberg (1993) no pudieron asociar claramente la influencia del estilo autoritativo en el éxito académico en minorías étnicas. Encontrando que en los adolescentes afro-americanos e hispano-americanos, el estilo autoritativo no se relacionaba con la mejor socialización. Incluso en las familias latinas y chinas, observaron estilos más bien autoritarios y de respeto hacia la autoridad como los más frecuentes y óptimos (Darling y Steinberg, 1993; Halgunseth, Ispa, Rudy, 2006). Investigaciones con adolescentes españoles, han mostrado que los estilos indulgentes y autoritativos se han relacionado fuertemente con buenos resultados en lo que se refiere a autoestima, ajuste psicológico y competencia interpersonal, incluso demostrándose que el estilo óptimo más que el autoritativo fue el indulgente (García y Gracia, 2009; Martínez y García, 2007; Musitu y García, 2004). Domenech, Donovan y Crowley (2009) mostraron que los padres latinos de USA no encajaban en ninguna de estas cuatro categorías, sino más bien en una quinta que llamaron “padres protectores” los cuales eran cálidos, demandantes pero con hijos con baja autonomía de sus hijos. En Brasil, se pudo apreciar que los padres tendían a percibirse como más responsivos y exigentes que como los percibían sus hijos, siendo el estilo más frecuente de crianza, el indulgente y el autoritativo (Dobrianskyj y cols, 2004; Martínez, García, Yubero, 2007). En Chile, se realizó una investigación de los Estilos de Socialización y padres adoptivos concluyéndose que el estilo más frecuente de estos padres era el negligente y en menor medida el indulgente (Cartagena, Cherniavsky, 2008). En un estudio realizado por la autora de la tesis y un grupo de colegas aún no publicado, en la que se correlacionó el estilo de crianza con

óptimos niveles de desarrollo de autoestima, rendimiento escolar, se pudo observar que el estilo más frecuente de los padres era el indulgente, seguido del autoritativo (Espinoza y Muñoz, 2011, Proyecto de Investigación, Creación e Innovación Académica, N° 12335, Universidad Santo Tomás, Santiago de Chile).

La explicación para García y Gracia (2009) de estas diferencias en los estilos de crianza como modelos exitosos de socialización, lo buscan en el Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1976) el cual plantearía que las personas se ajustarían mejor y de forma más satisfactoria en ambientes similares en sus valores, actitudes y experiencias, por lo que hijos de padres autoritarios, en culturas de este tipo o medios socioeconómicos donde este estilo es más exitoso para la supervivencia, tenderían a comportarse en función al contexto, lo que les permitiría el éxito.

Darling y Steinberg (1993) hicieron una revisión histórica del concepto de estilo parental, incluyendo críticas y sugerencias, que aportaron para entender cómo funciona este modelo. Mostraron la importancia de diferenciar entre objetivos de crianza, estilo de crianza y prácticas parentales para comprender cómo los estilos parentales influían. Plantearon que el estilo de crianza sería una constelación de actitudes de los padres hacia sus hijos que comunican a estos mismos y que en su conjunto crean un clima emocional en el cual la conducta de los padres se expresan y se dirigen hacia los objetivos de la socialización. Estas conductas serían directas e indirectas, como pueden ser los gestos y entonación, y constituirían las prácticas de socialización. Los padres pueden usar diversas

prácticas para el logro de un objetivo como estrategias para inhibir o estimular la ocurrencia de comportamientos específicos (Dobrianskyj, Muller, Viezzer, 2004; Martínez 1996).

La investigación de los estilos de crianza se ha centrado en la evaluación de los escolares y adolescente, dado que de esta manera la fuente de información acerca del estilo educativo de los padres viene claramente de la percepción de los hijos, y no como en el caso de los niños pequeños, donde son generalmente los padres quienes responden acerca del estilo de socialización que tienen con sus hijos. Tendiendo con esto a eliminar el sesgo que se ha detectado en las respuestas de los padres, quienes tienden a responder por deseabilidad social (Oliva, et al., 2007).

Ya revisada la literatura científica con respecto a la psicopatología de la aepresión y sus factores de riesgo, este trabajo tratará de responder a la pregunta de si se pueden identificar y predecir algunos de los factores de riesgo que influyen en la aepresión de los adolescentes chilenos, para lo cual se tomarán los factores de riesgo familiares, ya que la familia es un pilar fundamental para el desarrollo sano del adolescente, y algunos factores de riesgo individuales, como son la autoestima y percepción de autoeficacia, dado que el desarrollo de un concepto de sí mismo sólido y estable es tarea central del joven, y para ello como se revisó en este marco teórico, se requiere para su logro tener una buena autoestima y percibirse como un sujeto eficaz que puede enfrentarse a las distintas tareas y problemas, por lo se decidió tomar estas variables en esta investigación.

A continuación se presentarán la segunda parte de este trabajo, el cual corresponde al Marco Empírico empleado para responder a esta pregunta.

Segunda Parte: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO VI: DISEÑO METODOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

Una vez realizada la investigación teórica que permitió seleccionar las variables de estudio, se procedió a realizar el diseño de la investigación, para lo cual se plantearon una serie de hipótesis y se construyeron los objetivos de investigación, todo lo cual se verá con detalle en este capítulo.

Se decidió, con el fin de contestar las hipótesis planteadas, desarrollar un diseño-no experimental, de tipo explicativo, en la medida que se busca explicar y predecir cómo influyen el funcionamiento familiar, los estilos de crianza, la autoestima y la percepción de autoeficacia en la depresión en los adolescentes chilenos, sin que haya habido una manipulación deliberada de estas variables. Consideramos este diseño como “transversal”, al ser evaluados en un momento de su vida adolescente.

Para ello se hizo una nueva revisión teórica con el fin de encontrar instrumentos de evaluación de estas variables, cuyo requisito fue que estuvieran validados, con buenos índices de confiabilidad y que se hayan adaptado para la población chilena. Ya con la batería de prueba, se comenzó la búsqueda de la muestra, para lo cual se eligieron adolescentes de distintas regiones del país, cuyo objetivo fue buscar una mayor representatividad, escogiendo jóvenes de las distintas zonas geográficas del país, que vivían en ciudades al Norte de Chile (la ciudad de Antofagasta), en el Centro (la ciudad de Santiago) y en el Sur (la ciudad de Concepción). Una vez escogidas las ciudades, se buscaron los colegios que cumplieran con el requisito de pertenecer a un nivel socio-

económico medio de acuerdo a la categorización del Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC), con el fin de representar a un mayor porcentaje de la población.

Posteriormente se hicieron los contactos en las distintas localidades, lo que no fue complejo ya que la investigadora trabajaba en ese momento en una Universidad que tiene cobertura a nivel Nacional, y la Carrera de Psicología específicamente, se encontraba en 14 ciudades del país. Se hizo el contacto con los directores de carrera, quienes estuvieron dispuestos a participar, ellos ayudaron a hacer los contactos en los colegios y luego seleccionaron a las personas que aplicarían los cuestionarios, que eran ex alumnos de estas Escuelas de Psicología.

Los colegios aceptaron la evaluación y solicitaron devolución de los resultados, lo que se hizo una vez analizados los datos. Se entrenó a las psicólogas que aplicaron el cuestionario y se pidió un consentimiento informado a los padres para que sus hijos participaran en la investigación (Anexo 1). La aplicación duró aproximadamente dos meses, a partir de los cuales se procesaron los datos y se realizaron los análisis de resultados que se presentarán en el capítulo Análisis de los Resultados.

VI.1.- PLANTEAMIENTO DE OBJETIVO E HIPOTESIS

Este trabajo surge a partir de algunas preguntas de investigación durante la revisión de diversas publicaciones científicas sobre la adolescencia y sus problemas en Salud Mental. Mediante la cual se pudo establecer que la Salud Mental del adolescente, especialmente lo que se refiere a la depresión, está estrechamente vinculada a su entorno: familia, pares,

escuela y a lo que piensa él acerca de si mismo. Estos vínculos se han identificado como factores de riesgo de presentar una depresión (Florenzano y Valdés, 2005).

En base a estos, surgieron una serie de cuestiones acerca de la relación e influencia que tienen los factores de riesgo, denominados como “familiares” (el funcionamiento familiar: Cohesión y adaptación, y estilos de crianza) y factores de riesgo “individuales” (como la Autoestima y la percepción de Autoeficacia) sobre la Depresión juvenil en Chile. Como por ejemplo: ¿es posible desarrollar un modelo explicativo de la Depresión en adolescentes chilenos analizando los factores de riesgo que pueden generarla?, ¿Es posible conocer el efecto que produce el funcionamiento familiar o el estilo de crianza parental, en el desarrollo de esta patología?, ¿Es posible estimar la relación entre Depresión juvenil y Autoestima? O la relación entre ¿Depresión juvenil y percepción de la Autoeficacia?

Para poder responder estas preguntas a continuación se presentan los objetivos e hipótesis que permitieron diseñar el modelo metodológico de esta investigación.

VI.1.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo explicativo y predictivo de la depresión en adolescentes chilenos a partir, de factores de riesgo familiares y factores de riesgo del propio adolescente, seleccionados tras la revisión de la literatura especializada que los señala como indicativos de la depresión infanto-juvenil.

VI.1.1.1. Objetivo Específico 1

Ver si existe relación entre funcionamiento familiar, específicamente la *Cohesión familiar* con la Depresión en jóvenes.

Hipótesis 1

La *Cohesión familiar* que se ubica en niveles críticos o extremos (Cohesión no relacionada, o aglutinada) puede considerarse un factor de riesgo para la Depresión en adolescentes.

VI.11.2. Objetivo Específico 2

Ver si existe relación entre la *adaptación familiar* y la Depresión en jóvenes.

Hipótesis 2

La *adaptación familiar* que se ubica en niveles críticos o extremos (Rígida o Caótica) puede considerarse un factor de riesgo de presentar Depresión.

VI.1.1.3. Objetivo Específico 3

Ver si existe relación entre las dimensiones de la conducta paterna *coerción-imposición* con la Depresión en jóvenes.

Hipótesis 3

Un estilo de crianza basado en la dimensión *coerción-imposición*, puede considerarse un factor de riesgo de presentar Depresión.

VI.1.1.4. Objetivo 4

Ver si existe relación entre *estilos de educación autoritaria* parental con la Depresión en jóvenes.

Hipótesis 4

Un estilo de socialización parental *Autoritario* podrá considerarse un factor de riesgo de presentar Depresión en los adolescentes.

VI.1.1.5. Objetivo 5

Ver la posible relación entre *Autoestima* y Depresión en jóvenes.

Hipótesis 5

Una baja *Autoestima* en los adolescentes podría considerarse un factor de riesgo para presentar Depresión.

VI.1.1.6. Objetivo 6

Ver la posible relación entre *Autoeficacia* personal y Depresión en adolescentes.

Hipótesis 6

Una baja percepción en *Autoeficacia* del adolescente puede considerarse un factor de riesgo que puede desencadenar una Depresión.

VI.2. PARTICIPANTES

VI.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo de estudio estuvo compuesto por adolescentes chilenos de ambos sexos, de edades que fluctuaban entre 12 y 17 años, y que cursaban entre 7° de Enseñanza General Básica a 2° de Enseñanza Media, cursos que se corresponden con las edades en la que se ubica la etapa de la adolescencia (1° de la ESO hasta 1° de Bachillerato en España). Se escogió trabajar con adolescentes ya que la prevalencia de este trastorno en este período del desarrollo es muy alta (Galicia, Sánchez, Robles, 2009; Sanz, 2003; Vicente, et al., 2012).

Nombre de la Región	Capital Regional	Superficie	Clima	Población	Sexo de la población
II Región: Antofagasta	Antofagasta	126.049 Km (16,67% del territorio nacional)	Desértico	493.984 (3,27% de la población nacional) La más poblada del Norte Grande,	48% mujeres 52% hombres
VIII región: Del Bío Bío	Concepción	37.068 Km (4,9% del territorio nacional)	Templado, cálido, lluvioso y de altura.	1.861.562 (12,3% de la población nacional). Segunda más poblada a nivel nacional.	50,8% mujeres 49,2% hombres
XII Región: Metropolitana	Santiago	15.403 Km (2,04% del territorio nacional)	Templado cálido	6.061.185 (la ciudad con la mayor densidad poblacional)	51,5% mujeres 48,5% hombres

Figura18. Características de las ciudades seleccionadas para el estudio.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística –INE-, 2003

La muestra se obtuvo en distintas ciudades del país, seleccionándose éstas en base a dos criterios, que sean ciudades que representen las tres zonas geográficas del Territorio Nacional, que son Zona Norte, Centro y Sur del país y que además constituyan una de las

ciudades con el mayor desarrollo económico de su región (XVII Censo poblacional y de vivienda Nacional, INE, 2003). Las ciudades seleccionadas fueron, Antofagasta, Santiago, y Concepción. En la Figura 18 se presentan algunas características de cada una de estas ciudades de acuerdo al último Censo de Población y de Vivienda realizado en Chile en el año 2002.

Con respecto al estrato socioeconómico de la población estudiada, estos pertenecían a un nivel socioeconómico medio, seleccionándose este nivel por la posibilidad de generalizar los resultados, dado que, de acuerdo al último Censo Poblacional y de Vivienda (2002), el 48% de la población chilena pertenece a este grupo socioeconómico (Adimark, 2008).

Los establecimientos educacionales seleccionados de acuerdo al grupo socioeconómico se eligieron a partir del criterio de estratificación usado por el Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC) para la prueba Sistema de medición Calidad de la educación (SIMCE, 2010), en el que se diferencian los colegios o liceos de acuerdo a los siguientes criterios: nivel educacional de la madre, nivel educacional del padre, ingreso económico total en un mes normal, e índice de vulnerabilidad Escolar (IVE-SINAE) (MINEDUC, 2010).

A partir de estos criterios el MINEDUC estratifica la población de colegios en 5 niveles socioeconómicos los que se pueden ver en la Figura 19, para este estudio se seleccionaron los colegios que se ubicaron en el nivel medio (C).

Nivel Socioeconómico	Promedio escolaridad madres (en años de estudios)	Promedio escolaridad padres(en años de estudios)	Ingreso promedio hogar	IVE-SINAE
Bajo (A)	8 años	7 años	130.098	86
Medio Bajo (B)	10 años	10 años	190.733	64
Medio (C)	12 años	12 años	300.795	37
Medio Alto (D)	14 años	14 años	657.658	16
Alto (E)	16 años	17 años	1.734.865	0

Figura19. Grupos Socioeconómicos en SIMCE 2010.

Fuente: MINEDUC, 2010.

En base a esta clasificación se seleccionaron los colegios que pertenecieron al nivel socio-económico medio, y que tuvieran la disponibilidad de éstos a participar en este estudio. La Figura 20 presenta los colegios que se usaron en la investigación.

Nombre del colegio	Ciudad	Dependencia	Matrícula de alumnos	Promedio de alumnos por curso
Colegio Santa Emilia	Antofagasta	Particular subvencionado	1.038	39
Escuela Alcalde Maximiliano Poblete D-74	Antofagasta	Municipal	735	36
Colegio Etchegoyen Talcahuano	Concepción	Particular subvencionado	899	29
Centro Educacional Diego de Almagro	Santiago	Particular subvencionado	978	36
Escuela José Nuez Martin	Santiago	Municipalidad	403	28

Figura 20. Características de los colegios seleccionados.

VI.2.2. ANÁLISIS DE LA MUESTRA

A partir de la población individualizada en el punto anterior, se procedió a tomar una muestra de 530 escolares, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre los 12 y 17 años, y que cursaban desde 7° Enseñanza Básica a 2° de Enseñanza Media. Tras la aplicación de

los cuestionarios y selección de aquellos que fueron respondidos en su totalidad, la muestra definitiva quedó constituida por 453 jóvenes de ambos sexos.

VI.2.2.1 Características de los sujetos participantes

A. Edad de los participantes: con respecto a la edad de los jóvenes de la muestra, las edades fluctuaron entre 12 y 17 años, siendo que las mayores frecuencias se encontraron entre 13 y 15 años con 334 jóvenes, observándose el mayor porcentaje de participantes, 30,9% de 14 años (140 adolescentes). En cuanto a la edad y región donde vivían, se pudo apreciar que fue la en la ciudad de Antofagasta donde se evaluó al mayor número de sujetos, siendo también la edad más frecuente 14 años. A continuación la Tabla 1 muestra la relación entre la edad de los participantes y la región a la cual pertenecen.

Tabla 1
Relación entre ciudad y edad de los participantes

Ciudad	Edad						Total
	12	13	14	15	16	17	
Santiago	22	23	28	32	30	5	140
Antofagasta	0	51	83	29	3	0	166
Concepción	37	17	29	42	20	2	147
Total	59	91	140	103	53	7	453

B. Sexo: el sexo de los participantes se distribuyó de la siguiente manera, 51.6% de la muestra estuvo constituida por mujeres (234 mujeres) y un 48.8% por hombres (219 hombres). La edad más frecuente en las mujeres fue de 14 años, como se aprecia en la Tabla 2. Con respecto al sexo y la ciudad a la cual pertenecían los jóvenes, se pudo observar una distribución más o menos homogénea de hombres y mujeres, a excepción de Antofagasta donde hubo un mayor número de mujeres como se puede observar en la Figura 21.

Tabla 2
Relación entre sexo y edad de los participantes

Sexo	Edad						Total	%
	12	13	14	15	16	17		
Mujer	33	44	72	54	26	5	234	51.6
Hombre	26	47	68	49	27	2	219	48.3
Total	59	91	140	103	53	7	453	100,0

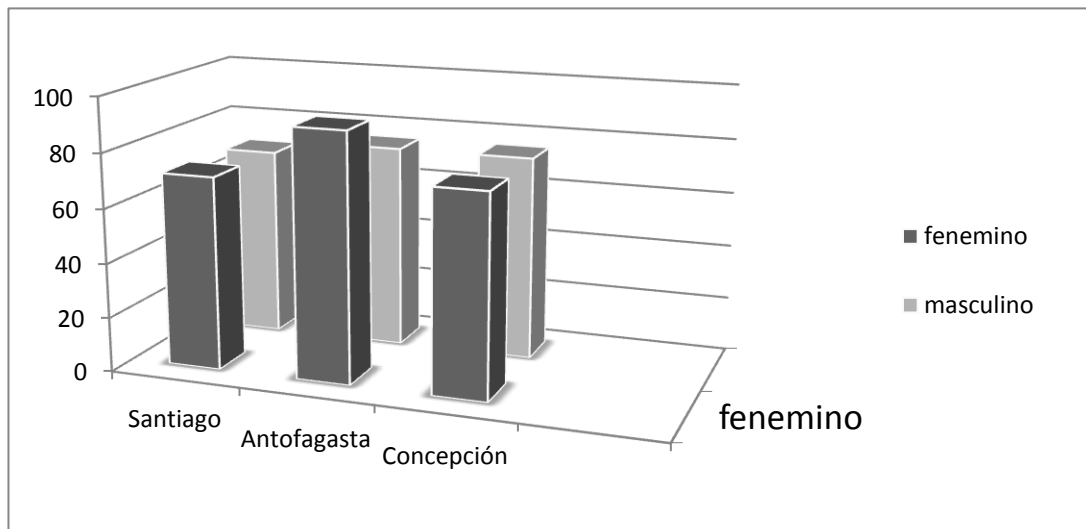


Figura 21. Relación entre Ciudad y Sexo

C. Edad de la Menarquia: De las 234 participantes femeninas, un 90,6% manifestó haber presentado la menarquia, siendo las edades más frecuentes de ocurrencia los 11 y 12 años, 135 niñas con un 63,4% del total, lo que puede observarse en detalles en la Tabla 3.

Tabla 3
Edad de Inicio o Menarquia*

Edades	Frecuencias	Porcentaje válido
8	1	0,5
9	2	0,9
10	25	11,7
11	56	26,3
12	79	37,1
13	40	18,8
14	6	2,8
15	3	1,4
No responde	1	0,5
Total	213	100

*Nota. Sobre 213 respuestas.

D. Curso al que pertenece : 193 de los jóvenes participantes cursaban el octavo básico (42,6%), con un rango de edades entre 13 y 14 años y principalmente éstos provenían de la ciudad de Antofagasta como se puede apreciar en la Tabla 4. Con respecto a si habían repetido de curso, o habían sufrido de algún fracaso escolar, se pudo observar que 13,4% de la muestra total había repetido. De estos los cursos con mayor frecuencia de repitencia fueron 8°. De enseñanza básica y primero de enseñanza media.

Tabla 4
Relación Curso y Ciudad de los participantes

Curso	Ciudad			Total	%
	Santiago	Antofagasta	Concepción		
7 Básico	37	0	46	83	18,3
8 Básico	38	135	20	193	42,6
1 Medio	0	31	50	81	17,8
2 Medio	65	0	31	96	21
Total	140	166	147	453	

E. Percepción de los jóvenes de su escuela: con respecto a la percepción de los jóvenes de su rendimiento, sólo 19 personas (4,2%) consideran que tienen malas notas, y 234 (51,5%) que tiene notas regulares. 299 sujetos (66,2%) tienen una percepción positiva del colegio, no obstante 153 jóvenes (33,3%) dicen no gustarle o darle igual su colegio, cifras que pueden interpretarse como una alta desmotivación escolar. Con respecto a la relación con los profesores se observa que casi un 70% (o sea 314 jóvenes) se sienten estimados por su profesores y casi un 30% de estos (23 personas) no se sienten estimados por sus profesores, cifra que coincide con la de desmotivación escolar.

VI.2.2.2 Características de las familias de los sujetos de la muestra

La madre: la edad más frecuente de las madres, se ubicó en los rangos de 36 a 45 años, con 188 sujetos (50,1% de la muestra), lo que se puede apreciar en la Tabla 5.

Tabla 5
Edad de las Madres

Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje
27-30	21	6,1
31-35	47	13,5
36-40	104	29,8
41-45	84	24,1
46-50	70	20,2
51-60	22	6,3
Total	348	100

Con respecto al nivel de estudios, un 68,5% de ellas presentaron algún nivel de escolaridad, 79 de ellas presentaba estudios básicos (18,4%) y 215 (50,1%) estudios de enseñanza media. Sólo 5 (1,16%) de ellas no presentaron estudios.

En referencia a la educación superior 130 (30,4%) de ellas presentan estudios técnicos o universitarios, siendo 71 (13,8%) del total las que presentaron estudios Universitarios. La Figura 22 muestra esta distribución.

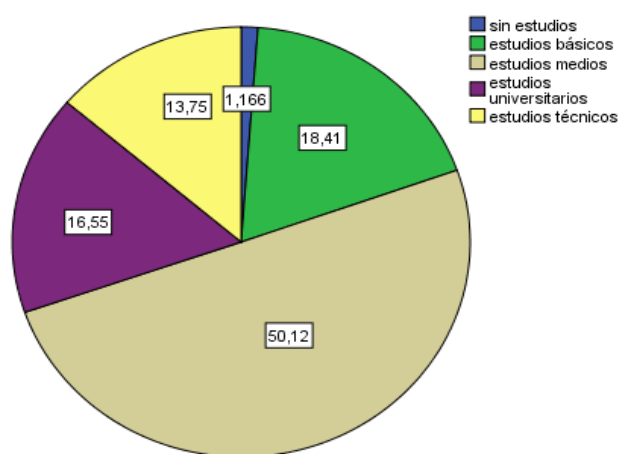


Figura22. Nivel de estudios de las madres.

El nivel de ocupación de ellas se distribuyó de manera bastante pareja, con el 41,5% (177 sujetos) que trabajan en la casa y un 55,1% (235) que trabajan fuera de la casa como se puede apreciar en el gráfico 3.

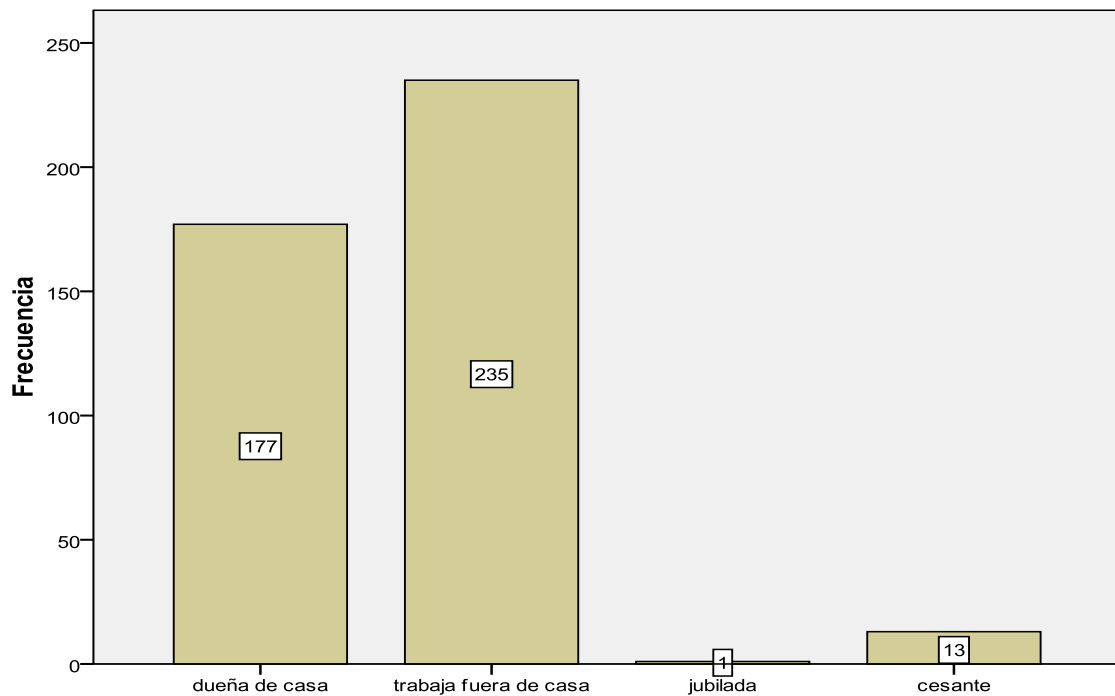


Figura 23. Ocupación de la madre.

El padre: Nuevamente la edad más frecuente, ahora en el grupo de los padres, se distribuyó entre los rangos de 36 a 45 años, 164 padres (50,2%). Se observa con relación a la edad de ellos que hay un 4,6% que tienen edades superiores a 56 años alcanzando hasta los 70 años.

Tabla 6
Edad de los padres

Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje
26-30	4	0,12
31-35	32	9,8
36-40	80	24,5
41-45	84	25,7
46-50	79	24,3
51-55	31	9,6
56-70	16	4,9
Total	326	100

Con respecto a nivel de estudios del padre, se repite lo que se observó para la muestra de las madres, donde la mayor frecuencia se relacionó con haber alcanzado estudios de Enseñanza Media, en el caso de los padres fueron 158 sujetos (37,98%) de la muestra, y 94 (22,6%) habrían logrado estudios Universitarios. Llama la atención el alto porcentaje de padres, 76 (18,27%) que habrían alcanzado sólo la Enseñanza Básica. Con mayor claridad se puede observar en la Figura 24.

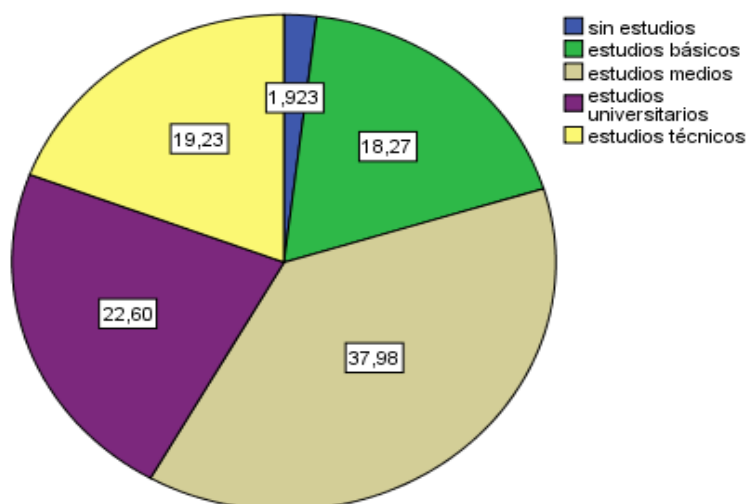


Figura 24. Nivel de escolaridad de los padres.

Con relación al nivel de ocupación de los padres, la mayoría 369 de ellos (91,79%) trabajaban fuera de la casa, 16 (3,98%) trabajaban en labores de casa, 14 (3,48%) se encontraban cesantes. La Figura 25 muestra esta distribución.

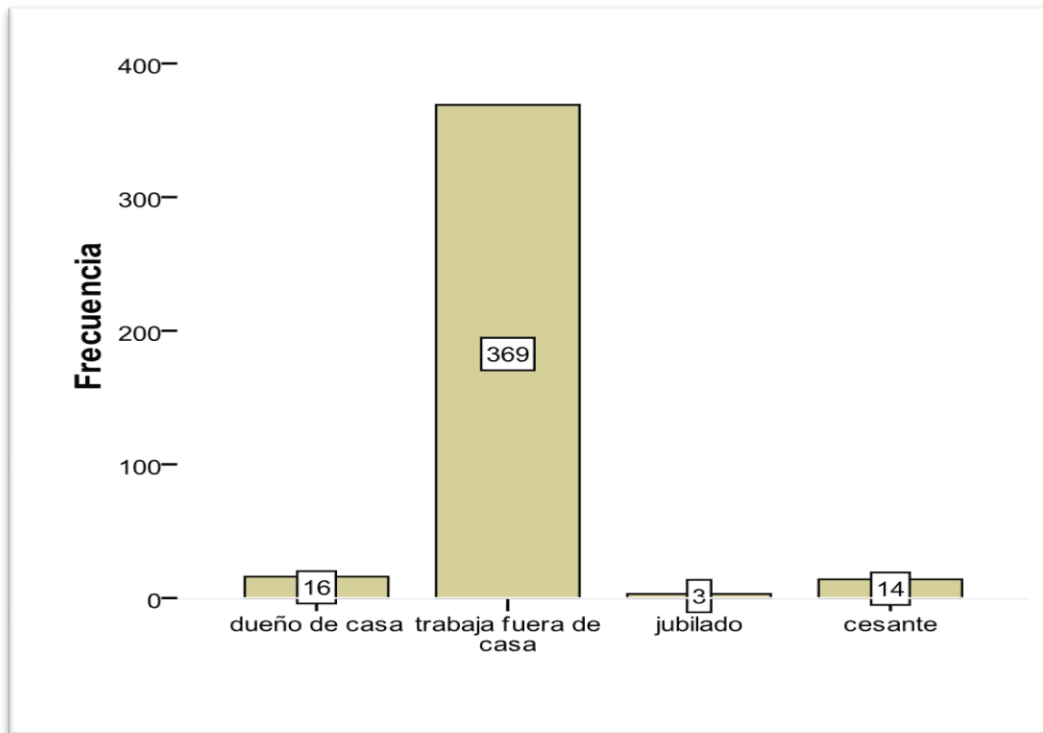


Figura 25. Ocupación de los padres .

Hermanos: 400 jóvenes de la muestra (92,8%) manifestaron tener hermanos, siendo sólo 31 (7,2%) hijos únicos. Con respecto a la cantidad de hermanos, lo que se reportaron con mayor frecuencia fueron familias con dos o tres hijos (202 de ellos), como se puede apreciar en la Tabla 7. En cuanto al lugar que ocupaba el entrevistado entre sus hermanos, 124 jóvenes (33,3%) eran los hermanos mayores y 128 (34,4%) eran el segundo hijo.

Tabla 7
Número de Hermanos

Cantidad de hermanos	Frecuencia	Porcentaje
1	161	40,3
2	136	34,0
3	66	16,5
4	17	4,3
5	8	2,0
6	6	1,5
7	5	1,3
9	1	0,3
Total	400	100,0

A. Estructura Familiar: A la pregunta de cómo es su familia, se puede apreciar que 256 (56,7%) de los padres estaban casados, y 57 (12,8%) mantienen una convivencia sin estar casados.

Como muestra la Tabla 8, 59 (13,2%) de los padres estaban separados, y 8 jóvenes (1,8%) habían perdido a algunos de sus padres.

Tabla 8
Estructura Familiar

Estructura Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Padres casados	253	56,7
Padres conviven	57	12,8
Padres separados	59	13,2
Madre con nueva pareja	37	8,3
Padre con nueva pareja	16	3,6
Separados y ambos con pareja	16	3,6
Padre murió	7	1,6
Madre murió	1	0,2
Total	446	100,0

Con respecto a la pregunta de con quién viven, los jóvenes manifiestan como se presenta en la Tabla 9, que 254 (57,5%) de los casos viven en hogares tradicionales, constituidos por padres, hermanos. Un 12% de la muestra de jóvenes, o sea 53 de ellos

plantearon proceder de hogares mono parentales, especialmente hogares constituidos por la madre y hermanos.

Tabla 9
¿Con quién viven?

Viven con	Frecuencia	Porcentaje válido
Ambos padres y hermanos	254	57,5
Madre y hermanos	49	11,1
Padre y hermanos	4	0,9
Madre, padrastro y hermanos	32	7,2
Padre, madrastra y hermanos	4	,9
Un padre y abuelos	21	4,8
No vive con padres	2	0,5
Otros	76	17,2
Total	442	100,0

Por último a la pregunta si él o algún miembro de su familia había recibido ayuda psicológica o psiquiátrica, tal como se puede observar la Tabla 10, un 45.2% de la muestra habría sufrido problemas en estas áreas, destacándose que 74 de los jóvenes (16,4%) habría recibido ayuda psicológica o psiquiátrica y 43 de sus hermanos (9,5) también.

Tabla 10
Apoyo Psicológico o Psiquiátrico recibido por el joven o algún miembro de su Familia

	Frecuencia	Porcentaje válido
Madre	26	5,8
Padre	15	3,3
Hermanos	43	9,5
yo mismo/a	74	16,4
no responde	247	54,8
más de 1miembro de la familia	46	10,2
Total	451	100,0

Eventos Negativos vividos en el último año: Con respecto a los factores estresantes que puedan haber sufrido los jóvenes durante el año, se preguntaron acerca de aquellos estresores descritos como mayor incidencia en el desarrollo de estrés en la población

general, como son la separación de los padres, cambio de casa, cambio de colegio, la enfermedad grave de algún miembro cercano de la familia, entre otros (Aseltine, Gorre y Colten, 1994; Del Barrio, 1997; Luby, Belden, Spitznagel 2006).

Pudiéndose observar que 198 jóvenes (43,7%) dicen haber sufrido al menos un evento negativo durante el último año, y 38 (8,4%) de ellos sufrieron más de un evento estresante durante el último año, como puede verse en Tabla 11.

Tabla 11
Número de eventos estresantes ocurridos en el último año

Nº. De eventos	Frecuencia	Porcentaje
1	198	43,7
2	24	5,3
3	14	3,1
0	217	47,9
Total	453	100,0

El evento más habitual, que presentó una frecuencia de 136 casos fue la enfermedad grave de un familiar (30%), el segundo evento con mayor frecuencia, fueron los cambios de casa y de colegio, con una frecuencia de 53 casos (11,7%) y 51 casos (11,3%) respectivamente.

Consecuencias del Terremoto del 27 de febrero 2010: Un poco antes de la aplicación de los cuestionarios, Chile sufrió la tragedia de un terremoto de 8.9 ° en la Escala Rietcher, por lo se consideró importante agregar preguntas en referencia a los efectos de terremoto en los jóvenes, dado que este podía ser otro factor estresante para los jóvenes o influir como variable explicativa de la sintomatología depresiva que se estaba buscando explicar y predecir. Estas preguntas versaron sobre consecuencias que había sufrido el adolescente o su familia producto del terremoto como: pérdidas materiales menores, pérdidas materiales de consideración, y pérdidas de algún pariente cercano; como

también se hicieron preguntas que buscaron sintomatología en la línea ansiosa y depresiva que estuvieran sufriendo el joven a causa del terremoto.

Al respecto de las consecuencias del terremoto para el joven y su familia, 10 de ellos (2,2%) manifiestan haber sufrido pérdidas de consideración; 19 adolescentes (4,2%) perdieron un familiar cercano, y 136 de ellos (30%) mencionaron haber sufrido una pérdida menor. Concepción fue donde los sujetos manifestaron haber sufrido más pérdidas menores (fue una de las zonas del epicentro del terremoto).

Con respecto a los efectos psicológicos después del terremoto, se preguntó por problemas de sueño, llanto fácil y temores diversos. Pudiéndose observar que la respuesta de mayor frecuencia fue la de estar olvidándolo en 392 casos (86,5%). La otra respuesta más frecuente con 33 casos (7,3%) fue estar presentando problemas de sueño con un 7,3% de los sujetos encuestados. Siendo la ciudad de Santiago la que plantea tener más dificultades para dormir y luego Concepción, ambas ciudades que sufrieron en gran magnitud el terremoto.

VI.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Con el fin de cumplir el objetivo propuesto para la presente investigación se seleccionó una batería de instrumentos que fue aplicada a la muestra ya descrita con anterioridad. Dado que en Latinoamérica, no es fácil encontrar estudios de validez y confiabilidad de los cuestionarios o test que se emplean, el requisito para la selección de esta batería en este

estudio fue el que se hubiese aplicado con anterioridad en Chile y estuviese al menos adaptada a la población chilena.

Instrumentos	Autores	Sigla
Cuestionario de Depresión Infantil.	Kovacs, M (1992), adaptación y validación chilena por Coggiola y Guillon (1991) y estandarización por Cáceres, Collado (1994).	CDI
Escala de Evaluación de Adaptación y Cohesión Familiar	Olson, Portner y Lavee (1985)	FACES III
Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia	Musitu y García (2001)	ESPA29
Escala de Autoestima de Rosenberg	Rosenberg,(1989)	EAR
Escala de Autoeficacia Generalizada	Babler, Schwarzer, y Jerusalem (1979)	EAG

Figura 26. Instrumentos de Medida Seleccionados.

VI.3.1 Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992; adaptación y validación chilena por Coggiola y Guillon, 1991 y estandarización por Cáceres, Collado, 1994).

El cuestionario de Depresión infantil es uno de los instrumentos de autoinforme más investigado y usado en diferentes culturas para la evaluación de Depresión infanto-juvenil, posee buenas y estables propiedades psicométricas que permiten decir con seguridad que es un instrumento que evalúa Depresión infanto-juvenil (Craighead, Curry y Ilardi, 1995; Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999; Lei, et al., 2014; Rivera, Bernal, Roselló, 2005; Taylor, et al., 2014). Aunque Craighead et al.(1995) recomienda usar el puntaje total como medida clara de diferenciación entre depresión y no depresión.

La primera forma, basada en los planteamientos de la teoría Cognitiva de Beck acerca de la depresión, fue realizada por Kovacs y Beck en el año 1977, tuvo varias modificaciones hasta el año 1992, en que María Kovacs publicó la versión empleada hasta ahora de este instrumento (Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999).

Este cuestionario está compuesto por cinco factores, *ánimo disfórico* (con preguntas como tristeza, rabia hacia sí mismo, llanto, irritabilidad, sentimientos de soledad), *pérdida del interés personal y social* (con preguntas referidas a anhedonia, aislamiento social, pérdida de amigos) *autodepreciación*, (pesimismo, rabia hacia sí mismo, imagen corporal negativa, pérdida de la Autoestima, sentirse poco querido) *síntomas vegetativos* (indecisión, problemas para dormir, fatiga, preocupación somática negativa) y *conductas externalizadoras* (con preguntas como mala conducta, dificultades en el trabajo escolar, baja en el rendimiento escolar, desobediencia, peleas).

Consta de 27 reactivos, y puede ser aplicado a niños y jóvenes de entre 7 a 17 años. El formato de respuesta es de triple elección (siempre, muchas veces, de vez en cuando) y su administración es fácil y rápida. Puede ser administrado en forma individual o colectiva dependiendo de la madurez lectora de los niños. Su corrección consiste en valorar del 0 a 2 puntos, donde el cero corresponde a la frecuencia e intensidad más baja de aparición del síntoma, 1 es la frecuencia o intensidad de aparición media del síntoma, y 2 es la mayor frecuencia de aparición e intensidad del síntoma. La puntuación total de la escala se obtiene sumando cada uno de los valores atribuidos según la elección de respuesta del niño o joven, por lo tanto, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta el niño. Las puntuaciones que alcanzan el percentil 90 o superior son indicadoras de presencia de sintomatología depresiva (Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999; Taylor, et al., 2014).

En la actualidad existen diversas versiones del CDI, por ejemplo de la adaptación española realizada por Rodríguez Sacristán y Cardoze, (1977, cit. en Polaino-Lorente, 1988) se crearon dos versiones, una escala para ser contestada por padres (CDI-I) y otra para adolescentes entre 11 y 16 años (CDI II). La versión más abreviada de Lefkowitz y Tesiny (1980) que consta de 12 ítems (Modified Children's Depression Inventory), o el P-CDI, creado por Graber, (1984) que también es una escala para padres, que ha mostrado una alta correlación con el CDI (cit, en Petti, 1993).

Con respecto a los índices de confiabilidad y validez, se han realizado numerosos estudios que han revelado altos índices (Lei, et al. 2014; Taylor, et al., 2014). La fiabilidad de la prueba se ha demostrado una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,94 y 0,79; con el método de bipartición las variaciones que se han registrado van desde 0,85 a 0,54 (Carrasco y Del Barrio, 2007). Con respecto a su estabilidad temporal, Twenge y Nolen-Hoeksema (2002) mostraron mediante un meta-análisis que las correlaciones medias son de -0,34 para hombres y -0,58 para mujeres, lo que indica que en la segunda evaluación suelen decrecer los valores, siendo las correlaciones más débiles a medida que pasa el tiempo (Del Barrio, 2002; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002).

En cuanto a la validez se han hecho estudios de validez concurrente, de criterio y de constructo. En relación con la *validez concurrente* se ha comparado con diversos instrumentos relacionados con la Depresión, las correlaciones más altas se encontraron con instrumentos como el Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds) obteniendo correlaciones de 0,81 y 0,94 con $p < 0,001$, con el Beck Depression Inventory (BDI) obteniéndose una correlación de 0,87 con $p < 0,001$ para mujeres. La *validez de constructo* se ha obtenido a partir de dos métodos, el correlacionarlo con variables cercanas al

constructo, y el de obtener la estructura factorial del instrumento. Acerca de la correlación con variables cercanas al constructo, las correlaciones más altas se han obtenido con instrumentos que miden ansiedad, Depresión y problemas de conducta como la ira y rabia. Con respecto al análisis factorial se han encontrado distintos números de factores los que fluctúan entre 3 y 8 factores, siendo los estudios más recientes, Muris, Schmidt, Merckelbach, y Schouten et al (2001) que encontraron 6 factores, Figueras-Masip, Amador y Cano (2001) que encontraron 4 factores y Del Barrio et al. (2002) que también encontró cuatro factores.

Por último con respecto a la *validez de criterio*, se considera diferencias de medias entre grupos deprimidos y normales (Kovacs, 1992; Polaino-Lorente y Domenech, 1988; Saylor, Finch, Spirito, y Benett, 1984).

El punto de corte para realizar un diagnóstico inicial de Depresión varía de acuerdo a la sensibilidad y especificidad de los puntajes y estos difieren de una población a otra, como de un país a otro (Rivera, Bernal, Roselló, 2005). El punto de corte de la escala total establecido por María Kovacs (1992) es de 19 puntos para muestras no clínicas y entre 12 o 13 en muestras clínicas dado que es mayor la sensibilidad del test en un marco terapéutico (Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999). Valores similares a estos se han encontrado en España y Chile (Coggiola, y Guillon, 1991; Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999).

En Chile, las autoras Coggiola, y Guillon (1991) realizaron un estudio de adaptación del cuestionario. En este se sustituyeron 3 ítems, los que menos aportaron a la consistencia

de la prueba, no obstante se mantuvo el número de ítems originales, 27 ítems. Posteriormente se realizó la estandarización por las autoras Cáceres y Collado (1994) para niños y jóvenes de 8 a 18 años pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos.

Con respecto a la fiabilidad y validez, en ambas investigaciones los resultados fueron similares, la fiabilidad a través del método de Spearman y Brown (par-impar) arrojó un índice de 0.72. El grado de consistencia interna estimado para la prueba a través del coeficiente *alpha* de Cronbach resultó ser de 0.75. Por medio de la correlación test-retest se estimó la estabilidad de la prueba, siendo el coeficiente de correlación de Pearson igual =.74. Con respecto a la validez, se realizó una validez de constructo por medio del método de análisis factorial de componentes principales, seguido de rotación Varimax, se obtuvo un total de 7 factores, que sumados explican el 45.43% de la varianza total. La validez concurrente se estimó a través del coeficiente de correlación de Pearson, entre la prueba y un criterio externo, que en este caso fue el Inventario de Ansiedad Estado-rasgo para Niños de 9 a 12 años (STAIC) obteniéndose un coeficiente de 0.548 para la escala Estado y 0.596 para la Escala Rasgo (Cáceres, Collado, 1994; Coggiola, y Guillon, 1991).

Para este estudio se obtuvo la fiabilidad a través de la consistencia interna del test obteniéndose un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,849.

VI.3.2. Escala de Evaluación de Adaptación y Cohesión Familiar (FACES III) (Olson, Portner y Lavee, 1985)

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) fue creada en 1980 con el fin de medir *Cohesión* y *adaptabilidad familiar*, dos de los constructos del modelo de funcionamiento familiar basado en el Modelo Circumplejo, creado por Olson, Russell y

Sprenkle (1983), que plantea que la dinámica familiar se establece en función de tres variables: Cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar (Martínez –Pampliega, Iraurgi, Galíndez, y Sanz, 2005; Polaino-Lorente y Martínez-Cano, 1998; Schmidt, Barreyro, Maglio, 2009).

Ha tenido cuatro revisiones, cuyo objetivo ha sido de dotar a la Escala de las mejores propiedades psicométricas, como también demostrar la independencia entre los dos factores, y reducir la cantidad de ítems. En su origen contaba de 111 ítems, que después de los cuatro períodos de estudio, FACES, FACES I, FACES II, FACES III, quedó constituida por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 la adaptabilidad, que se aplican en dos partes. Estas dos partes constan de las mismas preguntas, modificándose la consigna original, la primera parte consta de 20 preguntas que evalúa el nivel de cohesión y adaptabilidad de la familia tal como lo percibe en este momento, y la segunda parte refleja el nivel de cohesión y adaptabilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia. De las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se puede obtener un índice de satisfacción que tiene la persona del funcionamiento familiar (Larraín, Polaino-Lorente, Trapp y Diez, 2003; Maglio, 2009; Martínez-Pampliega, et al., 2005; Schmidt, Barreyro, Zegers, 2009).

FACES III es una escala tipo Likert, que puede ser respondida por cualquier miembro de la familia a partir de los 12 años de edad y a lo largo de todo el ciclo de vida. Puede ser contestada por un miembro de la familia como por todos ellos, quienes deben dar cuenta de cómo perciben el funcionamiento familiar (Polaino-Lorente y Martínez-Cano, 1998). En la

mayoría de los casos la Escala logra discriminar entre distintos grupos de familias. Puede usarse la escala completa o sólo una parte (Schmidt, Barreyro, Maglio, 2009).

Es un cuestionario de fácil y rápida administración, compuesto por 40 preguntas que informan del estilo de funcionamiento familiar, en un rango de respuesta de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre), las preguntas impares están destinadas para medir cohesión y las pares para medir adaptabilidad (Schmidt, Barreyro, Maglio, 2009).

Estos puntajes se cotejan con el Modelo Circumplejo el cual clasifica a las familias según su cohesión en: *No relacionadas*, *semirrelacionadas*, *relacionadas* y *aglutinadas*. Y según su adaptabilidad en: *rígidas*, *estructuradas*, *flexibles* y *caóticas*. De esta combinación resultan 16 tipos de familias según su cohesión y adaptabilidad de manera de coordenadas, pudiéndose clasificar con esto a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales (Mendoza et al., 2006). Para más detalles confrontar Figura 15, Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de Cohesión y flexibilidad presentada en el marco teórico.

El funcionamiento familiar se sustenta en el supuesto que las familias que obtienen puntuaciones equilibradas (moderadas) funcionan más adecuadamente que las familias con puntuaciones extremas, es decir muy altas o muy bajas, considerándose que estas últimas familias tienen más dificultades para enfrentar el estrés (Polaino-Lorente y Martínez-Cano, 1998).

Esta escala presenta buenos indicadores psicométricos, con altos coeficientes de fiabilidad y estudios de validez de constructo, constituyéndose como un buen instrumento

que presenta una estructura factorial de dos factores, cuya correlación entre la escala de adaptación y Cohesión fue de $r= 0,03$, como también presenta una alta correlación entre las puntuaciones de los ítems de cada sub escala y los de la escala global ($r = 0.51$ para Cohesión, y a 0.42 para adaptabilidad. Olson, Portner y Lavee (1985) correlacionaron también la escala con deseabilidad social, obteniendo un correlación baja, sobre todo en la escala de adaptabilidad (cohesión $r= 0,35$, adaptabilidad $r=0,00$) Con respecto a la fiabilidad con el coeficiente *alpha* de Cronbach para cada escala, se obtuvieron $0,77$ para Cohesión, $0,62$ para adaptabilidad y $0,68$ para la Escala total. Su consistencia interna fue adecuada para cada subescala.

En los estudios posteriores no ha sido fácil poder demostrar su estructura factorial de dos factores. Polaino-Lorente y Martínez Cano (1998) realizaron un estudio de adaptación y validación de FACES III para la población española. En este estudio, la escala quedó constituida por 20 ítems, 8 relativos a cohesión, 8 relativos a adaptabilidad y 4 referidos a los hijos. La fiabilidad para la escala total usando como medida el alpha de Cronbach fue de 0.78 . Y con respecto a su estructura factorial, se encontraron seis factores, con coeficientes de fiabilidad alpha de Cronbach que variaron entre $r = 0.67$ y $r = 0.37$.

Igualmente, Schmidt, Barreyro, Maglio (2009), hicieron un estudio de adaptación y validación para la población argentina, encontrando una estructura factorial compuesta por de tres factores en lugar de dos como el modelo original, siendo propuesto por estos autores el modelo como: Cohesión, adaptabilidad (flexibilidad) 1 y adaptabilidad (flexibilidad) 2.

En México se hizo la traducción al español y la adaptación del FACES III, obteniéndose una alta confiabilidad con el *alpha* de Cronbach de 0,7, no obstante con respecto a su validez de constructo, no se encontraron los dos factores puros, a pesar de esto se consideró válida (Mendoza, et al., 2006; Ponce, Gómez, Terán, Irigoyen, y Landgrave, 2002).

En Chile, Zegers et al. (2003), usando la Escala adaptada en España por Polaino-Lorente y Martínez-Cano (1998) estudiaron las características psicométricas del instrumento para una muestra chilena. Obteniéndose una fiabilidad con el *alpha* de Cronbach de 0.65, y una estructura factorial de primer orden de siete factores; y de segundo orden de dos factores, al igual que la escala original, cohesión y adaptabilidad. Estos factores explicaron el 47,67% de la varianza, y presentaron una fiabilidad de 0.55.

En general la estructura factorial, especialmente la dimensión adaptabilidad (flexibilidad), ha mostrado las características psicométricas más débiles por lo que tendría menor peso para explicar el funcionamiento familiar (Martínez-Pampliega et al., 2005; Zegers, et al.,2003).

Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones, en la mayoría de los casos, la escala ha mostrado evidencia de su validez (Schmidt, Barreyro, Maglio, 2009).

Para esta investigación, se decidió trabajar sólo con la parte del cuestionario que mide la percepción del sujeto de su familia real, las investigaciones de este instrumento consideran que no altera la validez y fiabilidad hacerlo de esta manera (Schmidt y Allik,

2005). La fiabilidad estimada para esta muestra de la escala con el coeficiente *alpha* de Cronbach fue de 0, 833.

VI.3.3 Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (Musitu, García, 2001)

Escala diseñada para evaluar los Estilos de Socialización parental. Entiende esta escala la socialización parental en base a un modelo bidimensional, con una dimensión llamada coerción/imposición y la otra aceptación/implicación. A partir de la combinación de estas dos dimensiones surgen cuatro Estilos de Socialización parental: estilo autoritativo (se caracteriza por alta exigencia y alta responsividad por parte de los padres) indulgente, (baja exigencia y alta responsividad), autoritario (alta exigencia y baja responsividad) y negligente (baja exigencia y baja responsividad por parte de los padres) (Martínez, García, Gracia, y Lila, 2012; Musitu y García, 2001).

Esta escala fue diseñada para medir Estilos de Socialización de manera contextual, ya que hace la diferenciación entre estilos y prácticas de socialización, lo que fue realizada por Darling y Steinberg (1993), en este caso específicamente mide las prácticas parentales. En este instrumento los hijos deben indicar la frecuencia en que el padre y/o madre utilizan diferentes prácticas de socialización en distintas situaciones de la vida cotidiana familiar en la que se representan comportamientos de obediencia a las normas familiares o situaciones de indisciplina por parte del hijo. Se analiza a partir de estas situaciones el grado en que los padres utilizan las prácticas de afecto, indiferencia, diálogo, displicencia, coerción verbal, coerción física y privación (Martínez, et al., 2012).

En este sentido, en la dimensión aceptación/implicación se miden las prácticas parentales en situaciones cotidianas positivas con respuestas de afecto vs. Indiferencia. Para la dimensión severidad/imposición se miden las prácticas parentales frente a situaciones cotidianas negativas en las que el comportamiento de los hijos es inadecuado e indisciplinado a través de diálogo, displicencia, coerción verbal, coerción física y privación. Las prácticas del eje severidad/imposición son independientes del eje aceptación/implicación (Martínez y cols. 2012).

Este cuestionario puede ser aplicado de manera individual o colectiva, a niños y adolescentes entre 10 a 18 años. La aplicación dura aproximadamente 20 minutos. Consta de 29 situaciones referidas como se explicó antes, al actuar de los padres (madre y padre) frente a la conducta del hijo en situaciones cotidianas que el adolescente debe valorar. 16 de estas situaciones son positivas como por ejemplo: “si soy desobediente”, “si cuido mis cosas y voy limpio y aseado” y 13 son negativas, como por ejemplo: “si rompo o estropeo una cosa en mi casa”, “cuando no como las cosas que sirven en la mesa”. Para cada una de estas situaciones, los adolescentes valoran en una escala de 1 (nunca) a 4 (siempre) como actúan sus padres. Se obtiene una medida global del actuar para cada padre en las dimensiones de aceptación/implicación (en el caso de las situaciones positivas) y coerción/imposición (en el caso de las situaciones negativas) (Musitu y Gracia, 2001).

Esta escala ha sido validada en diversos países, España, Italia, México, Brasil (Martínez, García y Yubero, 2007; Martínez y García, 2007; Musitu y García, 2001; Villalobos et al, 2004) obteniéndose buenos niveles de consistencia interna (*alpha* de Cronbach entre 0.943 y 0.820) y su estructura factorial ha confirmado su estructura bidimensional, para la dimensión aceptación/implicación con un *alpha* de 0,967 y para la

dimensión coerción/imposición 0,948. Para las siete subescalas se obtuvieron *alpha* de: Afecto de 0,95, indiferencia, 0,936; diálogo, 0,95; displicencia, 0,9; coerción verbal, 0,937; coerción física, 0,927 y privación, 0,941 (Gracia, Fuentes, y García, 2010; Musitu y García, 2001). También Marchetti (1997), hizo un estudio transcultural del instrumento, confirmando la misma estructura factorial bidimensional para los padres y las madres de Italia y España.

En Brasil, se realizó una adaptación y validación de instrumentos obteniéndose nuevamente altos indicadores de consistencia interna y de su estructura factorial (Martínez y García, 2007).

En Chile fue aplicado por Cartagena y Cherniavsky (2008) obteniendo una fiabilidad de ambas dimensiones en padres y madres moderadamente alta (*alpha* de Cronbach en dimensión aceptación/implicación = 0.79 y para la dimensión coerción/imposición 0.77).

Para esta investigación la consistencia interna con *alpha* de Cronbach para todas las preguntas fue de 0.972.

VI.3.4 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965, 1989)

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Ha sido traducida en 28 idiomas. Desarrollada originalmente para medir autoestima en adolescentes, hoy se usa para todos los grupos etarios (Schmitt, Allik, 2005; Vásquez, Jiménez, Vásquez, 2004).

Rosenberg (1965, 1989) entiende la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia uno mismo, creado mediante la comparación de valores, fuerzas sociales y culturales. El sujeto construye su autoestima por medio de la percepción de sí mismo comparada con los valores personales que se construyen mediante el proceso de socialización (Góngora y Casullo, 2009; Rojas-Barahona, Zegers, Foster, 2009; Schmitt, Allik, 2005).

La escala es de fácil y rápida aplicación, consta de 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de ellos, están enunciados de manera positiva y la otra mitad de manera negativa. Su puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una graduación de cuatro puntos (1: muy de acuerdo; 2: de acuerdo; 3: en desacuerdo, 4: totalmente en desacuerdo). Para su puntuación se deben invertir las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos. La puntuación total, puede variar entre 10 (baja autoestima) y 40 puntos (alta autoestima) (Góngora y Casullo, 2009; Schmitt, Allik, 2005; Rojas-Barahona, Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2007; Zegers, Foster, 2009; Vásquez, Jiménez, Vásquez, 2004).

Dado su simplicidad y accesibilidad EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas, demostrando ampliamente su consistencia interna y estructura unifactorial (Góngora y Casullo, 2009; Manso-Pinto, 2010; Martín-Albo, et al., 2007; Rojas-Barahona, Zegers, Foster, 2009, Schmitt, Allik, 2005; Vásquez, Jiménez, Vásquez, 2004). Schmitt y Allik (2005) realizaron un estudio multicultural, en 53 países incluyendo Chile, donde en 48 de ellos la escala presentó una confiabilidad sobre 0.75, una estructura unidimensional y un puntaje promedio para poblaciones no clínicas de 30,85. Concluyéndose que la consistencia interna de la prueba y su estructura factorial es psicométricamente similar en

diversos países y lenguas. Con respecto a diferencias de autoestima relacionadas al género o diferencias culturales no hay estudios concluyentes al respecto (Góngora y Casullo, 2009).

En España, se tradujo y estudió su validez tanto a población normal como a población clínica. Para ambas poblaciones se obtuvo una alta confiabilidad y validez, observándose una estructura unifactorial (Vásquez, Jiménez, Vásquez, 2004).

En Chile, Rojas-Barahona, Zegers, Foster (2009) y Manso-Pinto (2010), hicieron estudios de adaptación y validación del cuestionario a una muestras no clínicas, obteniéndose un puntaje medio de 32,34 puntos (coincidente con lo encontrado con otras muestras), con una fiabilidad con *alpha* de Cronbach, que fluctuó entre 0.754 a 0.83, el análisis factorial presentó una estructura unidimensional. Para este estudio se obtuvo una consistencia interna con *alpha* de Cronbach de 0.726.

VI.3.5. Escala de Autoeficacia General (Babler, Schwarzer, y Jerusalem, 1979)

Esta escala mide la autoeficacia como un constructo global que hace referencia al sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes en su vida cotidiana (Babler, Schwarzer, 1996; Brenlla, Aranguren, Rossaro, y Vásquez, 2010; Cid, Orellana y Barriga, 2010).

Fue creada en Alemania en 1979 por los autores Babler, Schwarzer y Jerusalem, la versión original constaba de 20 ítems que fueron disminuidos a 10, número actual, en

versiones mejoradas. Es de fácil y rápido uso, puede ser aplicada en forma individual o grupal, tanto para adolescentes como para adultos desde los 12 años de edad.

Esta escala ha sido adaptada a diversos idiomas y aplicada en distintas culturas. En la actualidad existen versiones de la Escala de Autoeficacia Percibida (EAG) en 30 idiomas, como lenguas semíticas, sajonas y orientales (Acosta, Padilla, Sánchez Santa-Bárbara, y Guevara, 2004; Barriga, 2008; Brenlla. et al., 2010; Cid, Orellana y Barriga, 2010).

Posee buenas características psicométricas, obteniéndose resultados de su consistencia interna que fluctúan entre 0.75 y 0.93, su estabilidad ha sido estudiada obteniéndose en mediciones con diferencias temporales hasta de un año una confiabilidad test-retest de $r = 0.67$. Al correlacionarse con la edad se vio independencia del constructo con la edad (Bäbler y Schwarzer, 1996; Olivari, Barra, 2005; Sholz, et al., 2002; Sanjuán, Pérez, Bermúdez, 2000).

Con respecto a su validez, se ha correlacionado positivamente con optimismo, capacidad de cambio en situaciones de estrés, habilidades de coping, Autoestima, salud mental, etc. Sholz, et al. (2002) estudiaron su estructura interna en 25 países concluyendo que posee una estructura unidimensional y multicultural.

En estudios con este instrumento en Chile se han obtenidos consistencia interna con *alpha* de Cronbach de 0.746. a 0.84 y un punto de corte de 3,2 con adolescentes escolarizados (Aguirre, Vauro, 2009; Avendaño, Barriga, 2008; Cid, Orellana y Barriga, 2010; Olivari, Barra, 2005). Con respecto a su validez, se midió la validez de constructo donde los 10 reactivos se correlacionaron positivamente con la Escala general, con respecto a la validez de criterio concurrente entre la escala general y la Escala de Autoestima de

Rosenberg y la Escala de Estado de Salud Percibido, fueron significativos (Cid, Orellana y Barriga, 2010).

Para esta investigación se usará la adaptación española, la misma que se ha usado en los estudios de confiabilidad y validez en Chile, realizada por Bábler y Schwarzer (1996), la que se tradujo y se hicieron las adaptaciones necesarias para ser usada en España, Costa Rica y Perú. Consta de 10 ítems referidos cómo afrontar exitosamente distintas situaciones. Posee 4 alternativas de respuesta, “cierto”, “más bien cierto”, “apenas cierto”, “incorrecto”, pudiéndose puntuar entre 10 y 40 puntos. Esta versión presenta alta fiabilidad y validez convergente y discriminante. En la adaptación española se obtuvo una consistencia interna, *alpha* de Cronbach de 0.87 y una correlación entre dos mitades de 0.88. En cuanto a su validez predictiva fue considerable con instrumentos relacionados con rendimiento, salud y procesos emocionales. También se ha relacionado con autoestima, optimismo, ansiedad, depresión y síntomas físicos, locus de control, estilos de afrontamiento (Brenlla, et al., 2010)

Para este estudio la fiabilidad a partir de su consistencia interna obtenida con el *alpha* de Cronbach fue de 0.848.

VI.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

En esta investigación serán entendidas como las variables dependiente e independiente las siguientes:

- ✓ Variable Dependiente: Depresión Infantil.

✓ Variable Independiente: Funcionamiento Familiar, Estilos de Crianza, Autoestima, Percepción de Autoeficacia.

Todas ellas serán explicadas a continuación.

VI.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE

VI.4.1.1. Depresión

Definición Conceptual:

Según el Manual diagnóstico y Estadístico (DSM IV-TR, 2000) la Depresión es un desorden del ánimo cuya característica principal es la alteración del humor.

Kovacs (1992) se basa en la teoría de Beck para explicar la Depresión infanto-juvenil y construir el Cuestionario de Depresión Infantil. En este sentido, Beck (2008, 1967) plantea que este desequilibrio afectivo, o alteración del ánimo serían los síntomas detrás de alteraciones cognitivas en las estructuras del sujeto, las que llevarían a activar esquemas depresógenos.

Estos esquemas depresógenos constituirían pensamientos globales, extremos, negativos, categóricos y absolutistas, lo que provocaría una respuesta emocional negativa y extrema. El sujeto tendería a representar esquemáticamente sus experiencias variadas de manera de privaciones o derrotas (no es capaz de dimensionarlas objetivamente), irreversibles, por lo que se considera a sí mismo como un perdedor (emitiendo juicios de valor) y como una persona pre-destinada (es decir es irreversible) (Beck, 2008, 1967).

En el caso de los niños y adolescentes estos síntomas pueden observarse como: *ánimo disfórico* (con como tristeza, rabia hacia sí mismo, llanto, irritabilidad, sentimientos de soledad), *pérdida del interés personal y social* (con preguntas referidas a anhedonia, aislamiento social, pérdida de amigos) *autodepreciación*, (pesimismo, rabia hacia sí mismo, imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima, sentirse poco querido) *síntomas vegetativos* (indecisión, problemas para dormir, fatiga, preocupación somática negativa) y *conductas externalizadoras* (con preguntas como mala conducta, dificultades en el trabajo escolar, baja en el rendimiento escolar, desobediencia, peleas) (Del Barrio, 2002; Craighead, et al.,1995).

Definición Operacional:

Esta investigación específicamente se referirá al Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, con una duración de 2 semanas o más de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés, acompañados por al menos otros cuatro síntomas de Depresión detallados en el DSM IV – TR (2000) (Figura 10 y 11, presentados en Marco Teórico).

La presencia e intensidad (frecuencia) de la sintomatología depresiva será medida a través de un puntaje global, que estará compuesto por una variedad de preguntas que son criterios para el diagnóstico de Depresión y que se dividen en cinco sub-escalas: Humor Negativo, problemas Interpersonales, Ineficacia, Anhedonia y Autoestima Negativa (Del Barrio, 2002; Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999).

El cuestionario va de un puntaje de 0 a 54, donde a mayor puntaje, mayor número de síntomas depresivos. La consideración de Depresión estará referida a un punto de corte que en esta investigación será de 19 puntos para muestras no clínicas, valor definido por variadas investigaciones tanto en Estados Unidos, España y Chile, e indica el percentil 90 (Cáceres y Collado, 1994; Del Barrio, 2002; Kovacs, 1992).

VI.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

VI.4.2.1. Funcionamiento familiar

Definición Conceptual:

Funcionamiento familiar es un proceso de ajuste o reajuste de la familia a los cambios que permiten estar bien y en concordancia con el medio. Se ha estudiado en base al grado de Cohesión, la flexibilidad y la calidad de la comunicación (Florenzano, Sotomayor, y Otava, 2001; Polaino-Lorente y Martínez Cano, 1998).

Específicamente, se usará en esta investigación la definición de funcionamiento familiar desarrollada en el Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle (1985), que está compuesto por 3 dimensiones: *Cohesión* (vínculo emocional que tienen los miembros de la familia), *Adaptabilidad* (capacidad de la familia de adaptarse y lograr cambios con respecto a sus roles, estructura de poder y reglas frente a situaciones de estrés) y *Comunicación familiar* (habilidades positivas para la comunicación que ayudan al funcionamiento familiar como la empatía y escucha).

Definición Operacional:

Para esta investigación se tomarán específicamente las dimensiones de **Cohesión Familiar y Adaptabilidad**, dado que son consideradas como las más relevantes para el funcionamiento familiar y estarían curvilíneamente relacionadas con la salud familiar (Schmidt, 2001; Polaino-Lorente y Martínez Cano, 1998).

La Cohesión familiar, y la adaptación se distribuyen cada una de ellas en cuatro

Categorías que van en un continuo y que pueden apreciarse junto al detalle de su puntuación en la Figura 27.

Funcionamiento familiar	Categoría	Definición operacional	Puntaje de corrección	Tipo de familia
Cohesión	Enredada o aglutinada	Percepción de alta Cohesión familiar.	46 a 50 puntos	Crítica ,extrema
	Relacionada o conectada	Percepción de moderada-alta Cohesión	45 a 41 puntos	Balanceada
	Semi relacionada o separada	moderada- baja Cohesión	40 a 35 puntos	Balanceada
	No relacionada o desligada	Cohesión baja	34 a 10 puntos	Crítica , extrema
Adaptabilidad	Caótica	adaptabilidad alta	29 a 50 puntos	Crítica , extrema
	Flexibles	adaptabilidad moderada-alta	28 a 25 puntos	moderadas o balanceadas
	Estructurada	adaptabilidad moderada-baja	24 a 20 puntos	moderadas o balanceadas
	Rígidas	adaptabilidad muy baja	19 a 10 puntos	Crítica , extrema

Figura 27. Funcionamiento Familiar

VI.4.2.2. Estilos de crianza parental

Definición Conceptual:

Estilos de crianza son un conjunto de actitudes de los padres que son transmitidas a través de la interacción con los hijos en el marco de un clima emocional determinado y que influyen en forma directa en la conducta de ellos. Estas actitudes según Darling y Steinberg

(1993) se relacionarían con objetivos instrumentales e interpersonales en cuanto a la socialización de los hijos, como también de un conjunto de creencias y valores acerca de la crianza (Darling y Steinberg, 1993; López-Soler y cols., 2009).

Autores como Maccoby y Martin (1983), y Darling y Steinberg (1993), han coincidido en que estas interacciones se enmarcan dentro de dos dimensiones (Modelo bidimensional): afecto-comunicación y control- exigencias. De esta combinación se desprenden los estilos clásicos de crianza que son *autoritario* (padres con alta coerción y bajo afecto), *autoritativo* (alta coerción y alto afecto), *permisivo o indulgente* (padres con baja coerción y mucho afecto) e *indiferente o negligentes* (padres con baja coerción y bajo afecto) (López-Soler , et col. 2009; Musitu y García, 2004)

Definición Operacional:

Basándose en el modelo bidimensional ya presentado, Musitu y García (2001) construyen un cuestionario, compuesto por dos ejes o dimensiones que van en un continuo de mayor a menor cantidad de la dimensión, y que se interceptan en el valor intermedio (al centro) de ambas dimensiones: el eje *Implicación/aceptación* (afecto, padres que tienden a demostrar afecto y cariño y usan el razonamiento y diálogo en el caso de reprender aquellas conductas que no sean positivas) y el eje *Coerción/imposición* (control, padres que tratan de suprimir conductas inadecuadas a través de usar simultáneamente o independientemente la privación, coerción verbal, y coerción física, obteniéndose de esta intercepción cuatro estilos parentales, los que pueden verse en detalle en el Figura 28. La persona obtendría un puntaje en cada uno de esos ejes que permitirían conocer en qué categoría de estilo de socialización se encuentran sus padres.

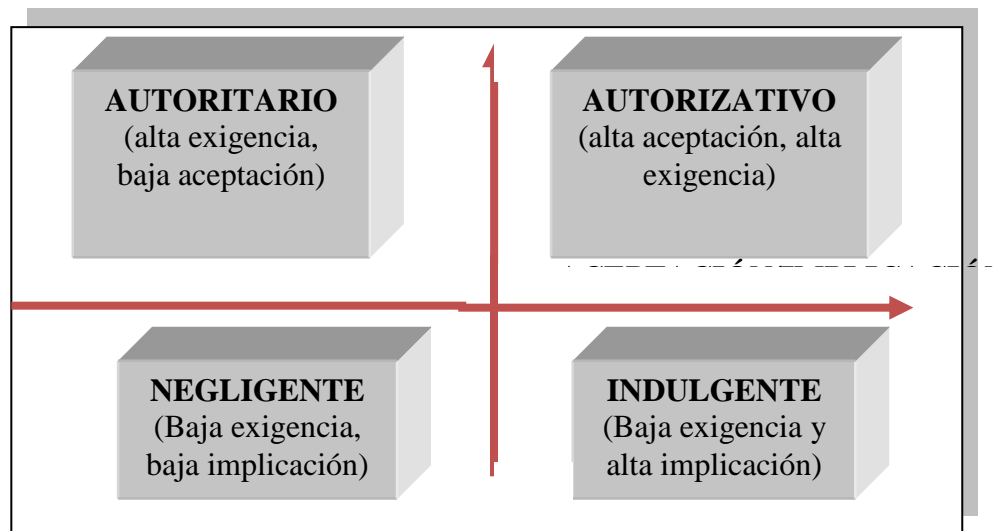


Figura 28. Modelo Bidimensional de Socialización y sus tipologías.

Fuente: Musitu y García, 2001.

VI.4.2.3. Autoestima

Definición Conceptual:

Para Rosenberg (1973) la Autoestima es una actitud hacia un objeto, que es el sí mismo y es esta la que pretende evaluar en su cuestionario. Estas actitudes tendrían una base social y cultural; y al igual que otras actitudes, presentan una estructura universal, la que está compuesta por dimensiones básicas, que son comunes a todas las actitudes. En este sentido, plantea que si se puede conocer estas dimensiones del sí mismo se puede obtener una buena descripción de la estructura de la autoimagen de la persona y por tanto su valoración, que puede ser favorable o desfavorable.

Rosenberg, (1973) además agrega, que la autoimagen, presenta ciertas propiedades únicas, que en su mayoría diferirían de las actitudes tradicionales. Como son: *contenido*

único (cada persona tiene una actitud acerca de sí mismo distinta a la de otra); *motivacional universal*, (es una motivación presente en todas las personas el tener una opinión favorable acerca de sí mismo); *grado de importancia* (la autoimagen es importante para todos); *reflexivo* (ya que el sujeto y el objeto de la actitud son la misma persona, lo que hace que un observador nunca este seguro de la actitud del otro); desencadena *emociones únicas* (que no se relacionarían con otras actitudes hacia otros objetos, como por ejemplo la vergüenza, autocomplacencia, culpa, orgullo, etc.).

Definición Operacional:

Rosenberg (1973), construye un instrumento que permite conocer la valoración del sujeto, también los criterios que usa para valorarse y las influencias de ciertos valores sociales en esta interpretación del sí mismo

En este sentido, el nivel de autoestima de las personas se relacionaría con la percepción del sí mismo en comparación con los valores personales que han sido desarrollados a través del proceso de socialización. En la medida que la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real sea menor, la autoestima será mayor. Por el contrario cuando es mayor la distancia, menor será la autoestima, aunque sea visto positivamente por los demás (Góngora y Casullo, 2009).

Rosenberg (1973) plantea que la aceptación favorable, es decir, la **alta Autoestima**, que en la escala corresponde a 40 puntos, implica que el sujeto se acepta a sí mismo, se siente lo suficientemente bueno, que es una persona digna de los demás, no se considera superior a otros. La persona se conoce lo suficientemente bien, conoce sus virtudes y deficiencias, y los acepta sintiendo que pueden superar estas imperfecciones. “cuando

hablamos de alta Autoestima, pues, queremos decir simplemente que el individuo se respeta y se estima, sin considerarse mejor o peor que los otros y sin creerse la esencia de la perfección, por el contrario, reconoce sus limitaciones y espera madurar y mejorar” (Rosenberg, 1973, p. 20 y 21).

Con respecto a la aceptación desfavorable o negativa, **la baja Autoestima**, que en la escala corresponde a 10 puntos o menos, es la insatisfacción, el rechazo y desprecio de sí mismo. El sujeto no se respeta, no le gusta lo que observa, es desagradable y desearía ser distinto. El detalle puede observarse en la Figura 29.

Puntaje	Interpretación
40 – 30	Buena Autoestima
29- 26	Autoestima Media, si problemas graves, pero es necesario mejorarla.
10- 1	Baja Autoestima, problemas significativos de Autoestima.

Figura 29. Puntuaciones EAR.

Fuente: Rosenberg 1989.

VI.4.2.4. Autoeficacia percibida

Definición Conceptual:

La Autoeficacia personal es un concepto acuñado en la Teoría Cognitiva Social cuyo autor principal es Albert Bandura (1982), y se ha definido como:

“Los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”(p. 416)

Según Bandura (1999) estos juicios son producto de la relación de cuatro variables: **Experiencias anteriores** (por ejemplo, cómo ha sido su capacidad para enfrentar

situaciones anteriores como esfuerzo implicado, ayuda externa recibida, cantidad de vivencias de éxito y fracaso), *experiencias vicarias* (por ejemplo, experiencias con el modelo), *la persuasión verbal o social* (credibilidad que se le asigna a quién ejerce la persuasión), y *los estados fisiológicos* (como por ejemplo la presencia de cansancio, ansiedad, etc.).

Definición Operacional:

Esta escala hace referencia a un constructo global de Autoeficacia, que Babler y Schwarzer (1996) lo definen como un el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

Babler y Schwarzer (1996) se orientan a medir la autoeficacia como un constructo global, que alude a las percepciones sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes. La ventaja de esta mirada global reside especialmente, según Luszczynska, y Gutiérrez-Doña (2005), en que la medición de un amplio rango de conductas en contextos menos específicos facilita el estudio del bienestar de las personas que deben ajustar su vida a múltiples situaciones y demandas.

La Escala consta de 10 ítems referidos cómo afrontar exitosamente distintas situaciones. Posee 4 alternativas de respuesta, “cierto”, “más bien cierto”, “apenas cierto”, “incorrecto”, pudiéndose puntuar entre 10 y 40 puntos. Siendo los puntajes menores a 27 puntos indicadores de una baja Autoeficacia, de 28-36 puntos una Autoeficacia media y 31 o más puntos una alta Autoeficacia (Babler y Schawarzer, 1996; Cid. et al., 2010).

VI.5 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO EMPLEADO

Estudio univariado, cuyo objetivo es poder predecir y desarrollar un modelo explicativo y predictivo de los factores de riesgo de los adolescentes chilenos. Está por tanto, dirigido a responder las preguntas acerca de los efectos de las variables independientes sobre la dependiente. La idea es ver si existiría la posibilidad de conocer la importancia relativa de la asociación de la depresión con los factores relacionados al funcionamiento familiar y a los del propio individuo como son la autoconcepto y percepción de autoeficacia personal, como también conocer la influencia relativa de cada una de estas variables sobre este complejo cuadro psicopatológico.

A partir de la selección de la muestra la que fue no sesgada, no probabilística, y con sujetos voluntarios, escogiéndose de acuerdo a las necesidades de esta investigación. Se procedió a hacer el análisis de las respuestas y datos apoyado por el Modelo Teórico en el cual esta investigación se sustentó.

Las variables de estudio fueron variables de tipo nominal e intervalar ya que entregaban una categoría, pero también un puntaje que implicaba un orden o jerarquía de una propiedad, como también indicaba diferencias con respecto a la magnitud, como por ejemplo, la Depresión tenía un puntaje donde a mayor puntaje, mayor grado de sintomatología depresiva. El poder contar con estos dos niveles de las variables, permitió poder hacer un análisis de regresión que pudo desarrollar un modelo explicativo y predictivo de la depresión.

Lo primero que se procedió a hacer fue un *análisis de tipo descriptivo* de todas las variables, lo que permitió para este caso obtener un análisis de frecuencia de ellas para su posterior interpretación.

A continuación se realizó un *análisis inferencial*, con variadas pruebas estadísticas dependiendo de la hipótesis que se pretendía estudiar.

En el caso del funcionamiento familiar, que se evaluó con el cuestionario de Funcionamiento Familiar (FACES III) que calculó las dimensiones Cohesión familiar y adaptación familiar, se usó la técnica de Análisis de Varianza unidireccional ANOVA, lo que permitió comparar distintos grupos entre sí con el fin de comparar sus efectos, con la Depresión. En este caso importaba ver el comportamiento de los grupos extremos o críticos que la hipótesis planteaba que se relacionaban con Depresión.

Para estudiar la dimensión estilos de crianza parental, se aplicó la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA) que permitió, conocer las dimensiones de socialización de los padres y sus prácticas, estilo negligente, autoritativo, autoritario e indulgente. Específicamente para las dimensiones de socialización: aceptación/ implicación y rechazo/coerción se realizó un análisis de correlaciones bivariadas, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, que permitió analizar la relación entre dos variables, cada dimensión con la Depresión. Este análisis se hizo tanto para el grupo de los padres como el de las madres.

Para el estudio de los estilos de crianza tanto para madres como para padres se usó para el análisis de la Prueba “t”, para muestras independientes, con las variables nominales,

ya que el objetivo de esta hipótesis era comparar las prácticas de socialización con los grupos que presentaban o no Depresión.

Para las variables Autoestima medido a través del EAR y Percepción de Autoeficacia, medida a través de La Escala de Auteficacia Generalizada, se volvió a usar para el análisis el Coeficiente de Pearson que nos permitió ver la relación entre ellas y la Depresión.

Para complementar todos estos análisis e interpretar mejor los resultados, se procedió a medir el tamaño del efecto, según el método de Cohen (“d”) las variables Funcionamiento Familiar, Estilos de Socialización, Autoestima y Percepción de Autoeficacia.

Por último para realizar la predicción y explicación del modelo de factores de riesgo de presentar Depresión en los adolescentes chilenos, se hizo un análisis de regresión lineal, la que permitió ver el grado de asociación de la variable dependiente, Depresión con las variables independientes en conjunto. Todos los análisis se realizaron mediante el Sistema Estadístico SPSS 17.

A continuación se revisarán estos análisis.

Tercera Parte: RESULTADOS

CAPITULO VII: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados, se procedió a realizar el análisis de los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos seleccionados a la muestra de este estudio.

En este capítulo, en una primera parte, se procederá a mostrar el análisis descriptivo de las variables de estudio para posteriormente mostrar la comprobación de las hipótesis.

VII.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

VII.1.1. Depresión

Se realizó un análisis de la frecuencia de Depresión en la muestra en base a las respuestas obtenidas en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI de Kovacs, 1992).

De este análisis se pudo apreciar que de un total de 453 sujetos, un 21,9% (99 sujetos) de ellos presentaron sintomatología que apunta a una Depresión y un 78,1% (354 sujetos) no la presentaron, lo que se puede ver con más detalles en la figura 30, donde se muestra la frecuencia de depresión en la muestra.

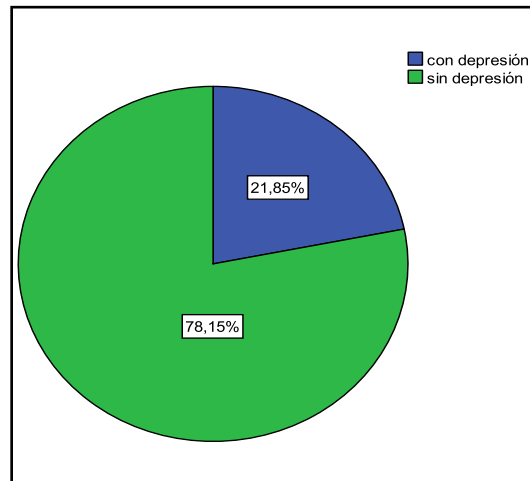


Figura 30. Frecuencia de Depresión en la muestra

Dado que el sexo y la Depresión es una relación comúnmente estudiada, la figura 31 muestra cómo se distribuyó en esta investigación, donde el 70,7% de los sujetos (70 de ellos) que presentaron Depresión fueron mujeres y un 29,3% (29 sujetos) fueron hombres, observándose una proporción aproximada de 2:1.

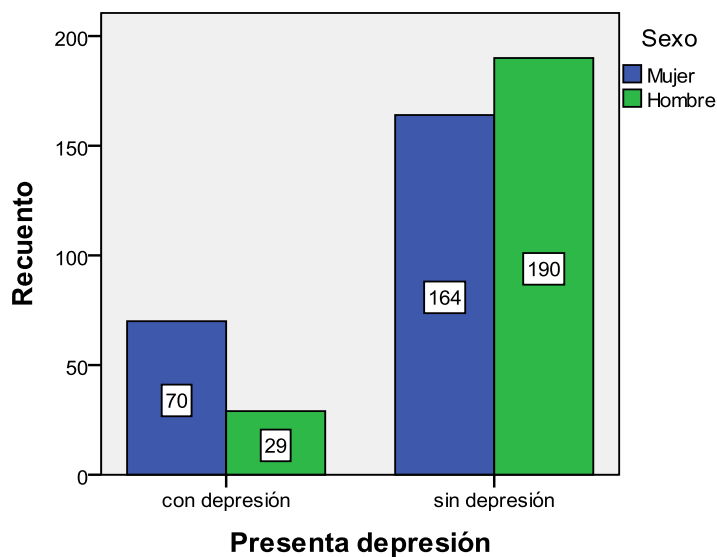


Figura 31. Distribución de Depresión según el sexo de los evaluados

Tabla 12
Relación entre edad y depresión

Edad	Sujetos	n° con Depresión	% con Depresión del total
12	59	11	18.6
13	91	17	18.6
14	140	33	23.6
15	103	19	18.4
16	53	17	32,1
17	7	2	28,5
Total	453	99	21,8

Con respecto a la edad de los encuestados que presentaron Depresión, tal como se puede apreciar en la Tabla 12, un 60.6% de la muestra de depresivos (19 jóvenes) se ubicaron entre los 16 y 17 años, siendo la edad donde se presentó mayor Depresión, los 16 años con un 32,1% (17 sujetos).

Al relacionar los factores socio demográficos como la ciudad de origen de los jóvenes y tener Depresión, tal como lo muestra la tabla 13, se pudo observar que los adolescentes procedentes de Santiago, con un 39,4% (39 sujetos) y los procedentes de Antofagasta con un 36,4% (36 sujetos) fueron los que presentaron mayores índices de Depresión, lo que es interesante como resultado ya que se habría esperado que los jóvenes de Concepción quienes sufrieron más duramente el terremoto, dada la magnitud y consecuencias de éste, hubiesen presentado mayor sintomatología depresiva.

Tabla 13
Relación entre ciudad y Depresión

Ciudad	con Depresión	
	recuento	%
Santiago	39	39,4
Antofagasta	36	36,4
Concepción	24	24,2
Total	99	100

Otra relación necesaria de destacar con respecto a la Depresión es la estructura familiar, donde los jóvenes depresivos manifestaron en un 44,4% (44 jóvenes) que sus padres estaban casados. Al preguntarles con quién vivían. Manifestaron en un 43,2% del total vivían con ambos padres, y un 56,8% presentaban estructuras familiares distinta, siendo un 15,4% los planteaban vivir sólo con su madre. Como se puede apreciar en la Tabla 14.

Tabla 14
¿Con quién vives? y presentar Depresión

	Con Depresión N°con %	Total de la Muestra
Ambos padres y hermanos	42 43,2	254
Madre y hermanos	15 15,4	49
Padre y hermanos	0 0	4
Madre, padrastro y hermanos	8 8,24	32
Padre, madrastra y hermanos	3 3,09	4
Un padre y abuelos	8 8,24	21
No vive con padres	0 0	2
Otras combinaciones	21 21,6	76

VII.1.2. Funcionamiento Familiar: Adaptación y Cohesión

Otra variable de este estudio fue el Funcionamiento familiar, que se midió a través de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III de Olson, Portner y Lavee, 1985). Esta Escala de funcionamiento familiar medía dos constructos, *Adaptación Familiar* entendida como la capacidad de la familia de adaptarse a los cambios manteniendo cierta estructura interna; y *Cohesión Familiar*, definida como la capacidad de la familia de mantener un vínculo emocional entre sus miembros respetando la individualidad de cada uno de ellos.

Con respecto a la Cohesión familiar, tal como muestra la Tabla 15, la tendencia de los jóvenes tanto depresivos, como no depresivos fue clasificar a su familia en los niveles de familias crítica: un 58,6% (175 sujetos) las clasificó como no relacionada, y un 19,9% (90 sujetos) como aglutinada. Un 41,4% clasificó a su familia como balanceada (tendencia que en los sujetos con Depresión fue un poco más baja, con un 33%), donde un 34,1% y 7,3% del total clasificaron a sus familias como semirelacionadas y relacionadas y en el caso de los sujetos con Depresión un 9,3% la clasificó como semi relacionada y sólo un 4% (4 sujetos) como relacionada. Es decir los jóvenes tenderían a considerar a sus familias con una baja Cohesión, especialmente en los depresivos, donde habría una acentuación del individualismo y pobre vínculo entre los miembros del sistema familiar.

Tabla 15
Relación entre tipo de Cohesión familiar y Depresión

Cohesión familiar	Con Depresión		Sin Depresión		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
No relacionada	59	59,6	116	32,9	175	38,7
Semirelacionada	29	29,3	125	35,4	154	34,1
Relacionada	4	4	29	8,2	33	7,3
Aglutinada	7	7,1	83	23,5	90	19,9
Total	99	100,0	353	100,0	452	100,0

Para la adaptación familiar, los resultados fueron bastante similares entre las familias caóticas y balanceadas, tanto para los sujetos depresivos como los que no presentaron Depresión. Un 51.3% del total de los encuestados (232 sujetos) plantearon tener una familia definida en la categoría balanceada: 23,9%(108 sujetos) clasificaron a su familia como Estructurada y 27,4% la clasificaron como Flexible (124 sujetos). Con un porcentaje algo menor, 48,7% de la muestra tendieron a clasificar a sus familias como en niveles críticos: caóticas con un 38,5% (174 sujetos) y 10,2 (46 sujetos) como Rígida, es decir, consideran a sus familias como faltas de una estructura interna, con ausencia de liderazgo, roles y disciplina, inestable y sometidas a demasiados cambios. Mayores detalles pueden verse en la Tabla 16.

Tabla 16
Relación entre tipo de adaptación familiar y Depresión

Adaptación Familiar	Con Depresión		Sin Depresión		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Rígida	19	19,2	27	7,6	46	10,2
Estructurada	30	30,3	78	22,1	108	23,9
Flexible	22	22,2	102	28,9	124	27,4
Caótica	28	28,3	146	41,4	174	38,5
Total	99	100,0	353	100,0	452	100,0

VII.1.3. Estilos de crianza parental

Para medir el estilo de crianza parental, se usó la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA 29 de Musitu y García, 2001), que mide por separado el estilo de crianza tanto de los padres como de las madres. Esta escala evalúa cuatro estilos de crianza parental los que se obtendrían a partir de dos dimensiones afectivas aceptación/implicación y coerción/imposición.

Estilo de Crianza de las madres

En cuanto a los estilos de crianza de la madre, se pudo apreciar que los estilos predominantes en las madres con un 69,1% (313 sujetos) fueron: los estilos autorizativo con un 35,1% (159 sujetos), e indulgente con un 34% (154 sujetos). Ambos Estilos de Socialización se ubican dentro de la dimensión de aceptación/implicación, la mayoría de las madres de la muestra tendería a actuar afectivamente con sus hijos, variando esta actuación con respecto al grado de coerción que usarían frente a sus hijos. Los estilos autorizativo, tenderían a ser más coercitivas y el estilo indulgente por el contrario tendería a mostrar una baja coerción. Interesante también fue la frecuencia de madres descritas por sus hijos como

negligentes, un 16,3% (74 jóvenes), describiéndolas como poco implicadas y poco coercitivas. La Tabla 17 muestra con detalles frecuencias y porcentajes de estos estilos de crianza.

Tabla 17
Estilo de crianza de las madres

Estilo de Crianza	Frecuencia	Porcentaje
Autoritario	63	13,9
Autorizativo	159	35,1
Negligente	74	16,3
Indulgente	154	34
No responde	3	0,7
Total	453	100,0

Estilo de Crianza de los padres

En el caso de los padres se pudo observar que el 54,5% (235 sujetos), catalogó a su padres como autorizativo, o indulgente. Sin embargo, llama la atención al ver el comportamiento de cada estilo de crianza, que el estilo que apareció con mayor frecuencia fue el negligente, con un 31,3% (135 de las respuestas), lo que muestra que los jóvenes de percibían en una alto porcentaje a sus padres como poco relacionados con ellos como también poco coercitivos, en el fondo como poco interesados, tal como puede verse con más detalles en la Tabla 18.

Tabla 18
Estilos de Crianza de los padres

Estilo de Crianza	Frecuencia	Porcentaje
Autoritario	61	14,2
Autorizativo	116	26,9
Negligente	135	31,3
Indulgente	119	27,6
Total	431	100

VII.1.4. Autoestima

Con respecto a la Autoestima de los jóvenes de la muestra, esta se evaluó a través de la Escala de Evaluación de Autoestima de Rosenberg (EAR, Rosenberg 1965,1989). Se pudo determinar un puntaje global de Autoestima, donde el 54,3% de los jóvenes (246 sujetos) manifestaron tener una elevada Autoestima, 26,7% (121 sujetos) presentaron una Autoestima en el rango medio y un 19% (86 jóvenes) manifestaron tener una baja Autoestima, tal como puede apreciarse en la figura 32.

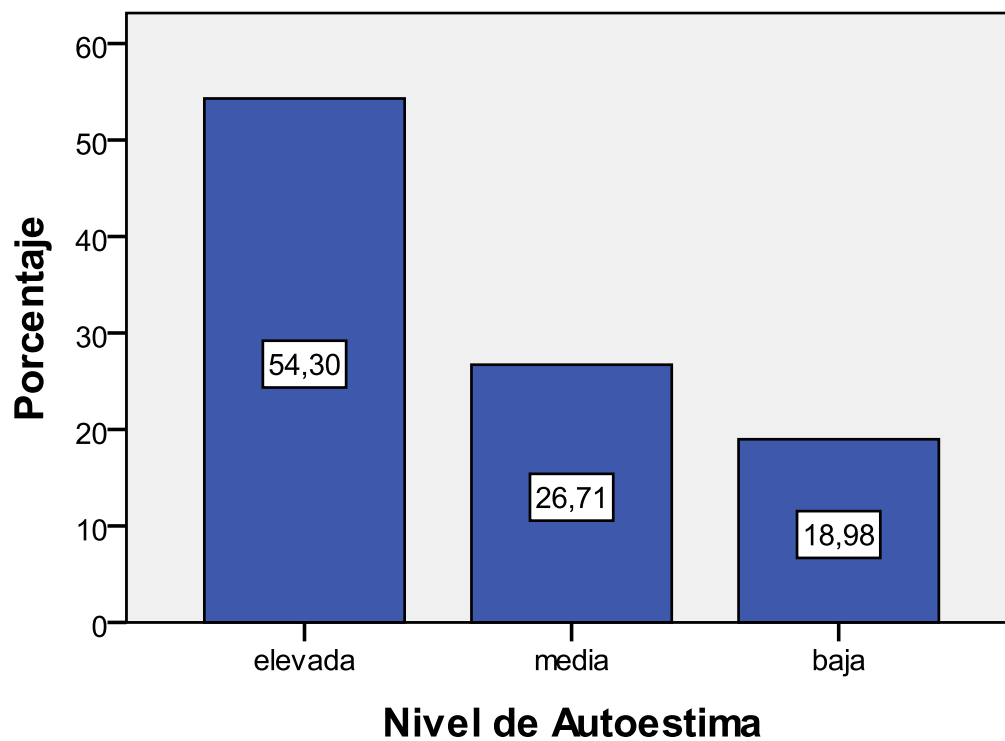


Figura 32. Distribución de Frecuencia de Autoestima

VII.1.5. Autoeficacia

Por último en referencia a la percepción de Autoeficacia personal, ésta se midió a través de la Escala de Autoeficacia Personal (Babler, Schwarser y Jerusalem, 1996). Encontrándose que el 55,2% de los jóvenes (80 sujetos) perciben su Autoeficacia en un nivel medio, es decir que más de la mitad de la muestra presenta un nivel medio de expectativas acerca de sus capacidades para lograr sus objetivos personales, y un 19,21% definitivamente presentó una percepción de baja Autoeficacia (87 jóvenes). Sólo un 25,6% (116 sujetos) dicen tener una percepción de alta eficacia. En la figura 33 se puede apreciar con más detalles cómo se distribuyeron estas frecuencias.

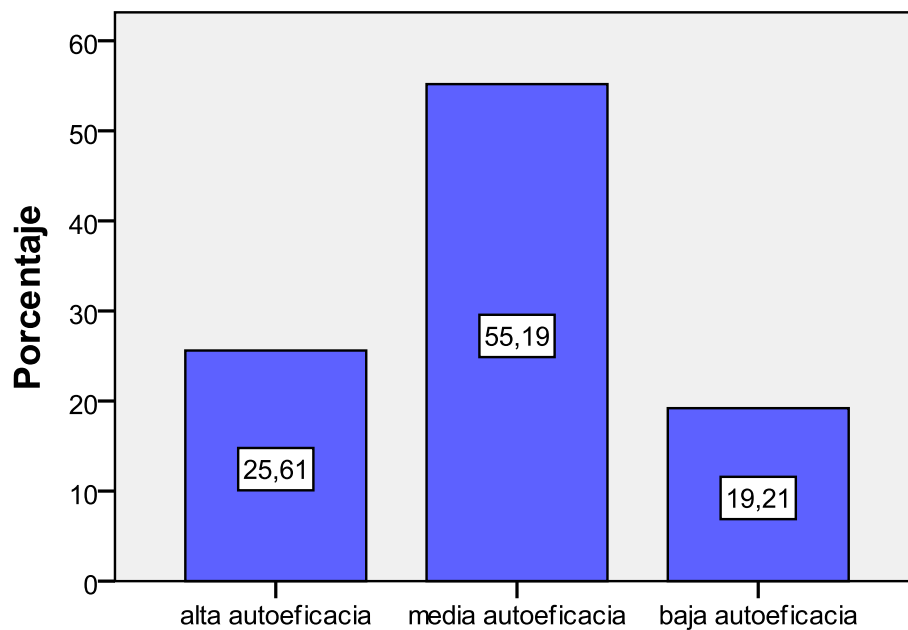


Figura 33. Distribución de Frecuencias de Expectativas de Autoeficacia Personal

VII.2. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

Con el fin de contrastar las hipótesis confeccionadas para este estudio a continuación se presentan los análisis de los datos realizados, los que se hicieron basados en dos tipos de medición de las variables, intervalar y nominal, los que fueron:

1. Análisis de Varianza unidimensional para Depresión y Funcionamiento familiar.
2. Análisis de correlaciones bivariadas entre la Depresión y dimensión en el que se ubica el estilo de crianza (Aceptación/Implicación o Coerción/Imposición), Autoestima, y Estilos atribucionales.
3. Y un análisis de medias a partir de la prueba “t” para muestras independientes para la variable estilo de crianza de los padres (autorizativo, Autoritario, negligente e indulgente) y la Depresión.
4. Análisis del Tamaño del efecto (Cohen,1988), para Depresión y las variables funcionamiento familiar (Cohesión y adaptación familiar), Estilos de crianza (para madre y padre) , Autoestima y Percepción de Autoeficacia.
5. Y por último un Análisis de Regresión lineal, que nos permitirá hacer el Modelo Explicativo y predictivo de la relación entre las distintas variables independientes y la Depresión.

VII.2.1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN

El análisis que se presenta a continuación se relaciona con dos hipótesis de esta investigación, las que son:

Hipótesis N°1: “La Cohesión familiar, que se ubica en *niveles críticos o extremos (Cohesión no relacionada o aglutinada)*, puede considerarse como un factor de riesgo para la Depresión en jóvenes”.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un ANOVA con el fin de comparar los efectos de las distintas categorías de Cohesión con la Depresión, observándose diferencias significativas entre los grupos $F(3, 448) = 17,701, p = .000$, estadístico de Levene además demostró diferencias significativas entre los grupos ($p = .000$).

Se compararon las medias de los grupos observándose diferencias entre ellas. Esto puede verse más claramente en la Tabla 19, que se presenta a continuación, donde la categoría no relacionada fue la que presentó la mayor diferencias de medias, ($M = 14,62, SD = 7,599$), encontrándose en las medias de las otras categorías menos variabilidad.

Tabla 19
Distribución de Medias entre Depresión y Cohesión Familiar

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
No relacionada	175	14,62	7,599	,574	13,48	15,75	1	41
Semirelacionada	154	11,00	6,298	,507	10,00	12,00	0	30
Relacionada	33	9,85	5,596	,974	7,86	11,83	3	26
Agglutinada	90	8,94	5,445	,574	7,80	10,08	1	35
Total	452	11,91	7,000	,329	11,26	12,55	0	41

Con el fin de hacer un análisis de contraste de los grupos *post-hoc* se realizó la prueba de Scheffé que hace todas las comparaciones posibles, en grupos no homogéneos, lo que permitiría ver las diferencias entre los distintos grupos de Cohesión con la Depresión. Se observó una diferencia significativa en el grupo de las familias no relacionadas con todos los otros grupos, lo que se ve claramente en la Tabla 20. Donde el grupo no relacionado

presentó una diferencia significativa con el grupo semirrelacionado ($p = .000$), el grupo no relacionado presentó una diferencia significativa con el grupo relacionado ($p = .003$) con respecto a la Depresión. Pudiéndose interpretar que las familias no relacionadas presentan un mayor puntaje en Depresión, por lo que esta categoría crítica de Cohesión no relacionada se asocia con los adolescentes depresivos en forma significativa. Pero no se pudo observar lo mismo para las familias Aglutinadas, ya que en el grupo Aglutinado la diferencia fue significativamente inversa sólo para el grupo de No relacionados ($p = 0.000$). Por lo que parecería que a mayor aglutinamiento menos Depresión. La hipótesis por tanto se cumple parcialmente, y los resultados tal como muestran en la Figura 34 se ve que ambos extremos críticos, alta Cohesión y baja Cohesión se relacionan con la Depresión pero en sentidos inversos.

Tabla 20
Prueba de comparaciones múltiples Scheffé para Cohesión

(I) Tipo_ familiar	Cohesión (J) familiar	Diferencia medias (I-J)	de Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
No relacionada	Semirrelacionada	3,617*	,734	,000	1,56	5,68
	Relacionada	4,769*	1,260	,003	1,23	8,31
	aglutinada	5,673*	,861	,000	3,26	8,09
Semirrelacionada	no relacionada	-3,617*	,734	,000	-5,68	-1,56
	Relacionada	1,152	1,274	,845	-2,42	4,73
	aglutinada	2,056	,881	,144	-,42	4,53
Relacionada	no relacionada	-4,769*	1,260	,003	-8,31	-1,23
	Semirrelacionada	-1,152	1,274	,845	-4,73	2,42
	aglutinada	,904	1,351	,930	-2,89	4,70
Aglutinada	no relacionada	-5,673*	,861	,000	-8,09	-3,26
	Semirrelacionada	-2,056	,881	,144	-4,53	,42
	Relacionada	-,904	1,351	,930	-4,70	2,89

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

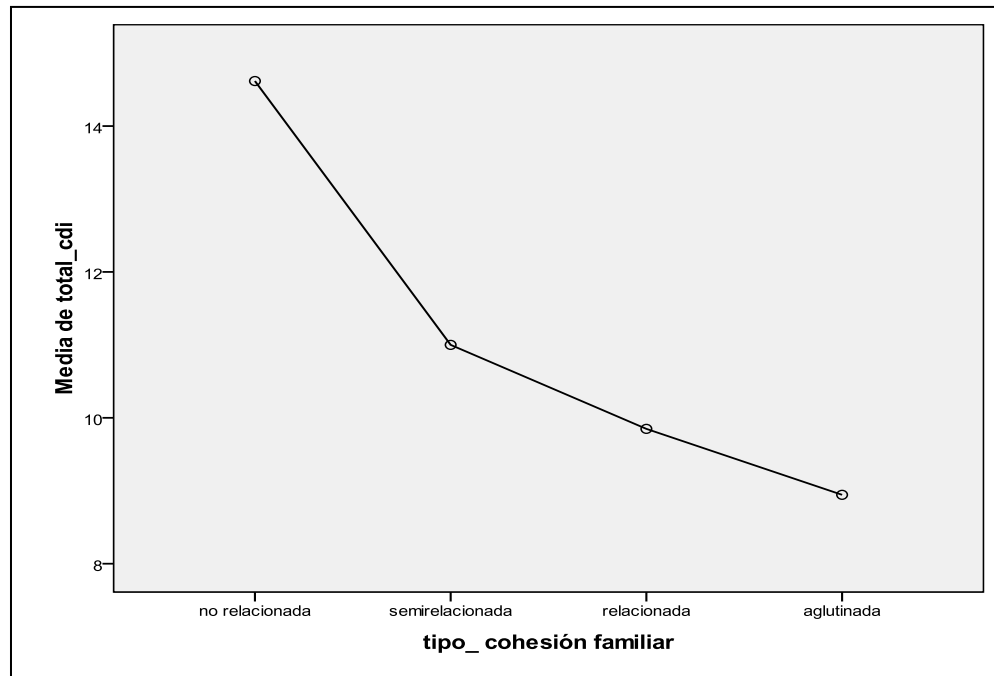


Figura 34. ANOVA entre Puntajes de Depresión y Categoría Cohesión Familiar

Con el fin de hacer más precisa la medición y resultados, se procedió a medir el tamaño del efecto según el método de Cohen (1988), tal como puede observarse en la tabla 21, en la que se ve un efecto de tamaño medio para Cohesión y Depresión, en un sentido inverso, es decir a menor Cohesión mayor Depresión. Esto es consistente con el Anova presentado anteriormente y que va en el sentido de la hipótesis planteada con respecto a los estilos de funcionamiento familiar, cuyos niveles críticos, que en estos resultados mostraron como significativa la categoría de familias no relacionados, baja Cohesión, es un factor de riesgo para la Depresión.

Tabla 21
Análisis de las diferencias de medias y del Tamaño del efecto (*d*) entre sujetos con síntomas depresivos y no depresivos con relación al funcionamiento familiar.

Variables	Con Depresión (n=99)		Sin Depresión (n = 354)		Dif. Medias	“d” Cohen
	Media	SD.	Media	SD.		
Cohesión	27,58	9,16	36,35	7,41	- 8,77*	0,56
Adapt. Familiar	27,07	7,00	28,03	6,50	-2,96*	0,34

* significativa al 0,05

Hipótesis N°2: “La adaptación familiar que se ubica en *niveles críticos o extremos (Rígida o Caótica)* puede considerarse como un factor de riesgo de presentar Depresión”.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un ANOVA con el fin de comparar los efectos de las distintas categorías de Cohesión con la Depresión, observándose diferencias significativas entre los grupos $F(3, 274,04) = 5,770, p = .001$, estadístico de Levene además demostró diferencias significativas entre los grupos ($p = .000$).

Se compararon las medias de los grupos observándose diferencias entre ellas. Esto se puede ver más claramente en la Tabla 22 que se presenta a continuación, donde la categoría **Rígida** fue la que presentó la mayor diferencias de medias, ($M = 14,62, SD = 7,738$), y la media de familia Estructurada fue la que presentó la segunda mayor diferencia ($M = 13,27, DS = 8.741$).

Tabla 22
Distribución de Medias entre Depresión y Adaptación Familiar

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Rígida	46	14,65	7,738	1,141	12,35	16,95	2	31
Estructurada	108	13,27	8,741	,841	11,60	14,94	1	41
Flexible	124	11,33	5,979	,537	10,27	12,39	0	28
Caótica	174	10,75	5,894	,447	9,87	11,63	1	31
Total	452	11,91	7,000	,329	11,26	12,55	0	41

Con el fin de hacer un análisis de contraste de los grupos post-hoc se realizó al igual que en el funcionamiento familiar en la dimensión Cohesión, la prueba de Scheffé, que hace todas las comparaciones posibles, en grupos no homogéneos, lo que permitiría ver las diferencias entre los distintos grupos de adaptación con la Depresión. Se observó una diferencia significativa entre el grupo de las familias rígidas y la caóticas ($p = .009$), donde tener una familia Rígida presentaría mayor puntaje en Depresión. También se observó una diferencia significativa entre familia Estructurada y familia Caótica ($p= 031$), donde el tener una familia más Estructurada produciría mayor puntaje en Depresión. Esto se puede ver con más detalles en la Tabla 23.

Tabla 23
Prueba de comparaciones múltiples Scheffé para Adaptación familiar

(I) tipo adaptación familiar	(J) tipo adaptación familiar	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Rígida	Estructurada	1,384	1,213	,729	-2,02	4,79
	Flexible	3,322	1,190	,052	-,02	6,66
	Caótica	3,905*	1,143	,009	,70	7,11
Estructurada	Rígida	-1,384	1,213	,729	-4,79	2,02
	Flexible	1,938	,907	,208	-,61	4,48
	Caótica	2,521*	,844	,031	,15	4,89
Flexible	Rígida	-3,322	1,190	,052	-6,66	,02
	Estructurada	-1,938	,907	,208	-4,48	,61
	Caótica	,584	,810	,915	-1,69	2,86
Caótica	Rígida	-3,905*	1,143	,009	-7,11	-,70
	Estructurada	-2,521*	,844	,031	-4,89	-,15
	Flexible	-,584	,810	,915	-2,86	1,69

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Como un complemento a estos análisis se procedió a medir el tamaño del efecto según el método de Cohen (1988), tal como pudo observarse en la tabla 21, en la que se vió un efecto pequeño para adaptación y Depresión, en un sentido inverso, es decir a menor adaptación mayor Depresión.

En síntesis, nuevamente se cumpliría la hipótesis de manera parcial, ya que los extremos como son rigidez y familias caóticas no presentarían los mayores puntajes en Depresión sino que las familia rígidas y las estructuradas, presentándose las diferencias más bien de manera lineal como puede apreciarse en la Figura 35.

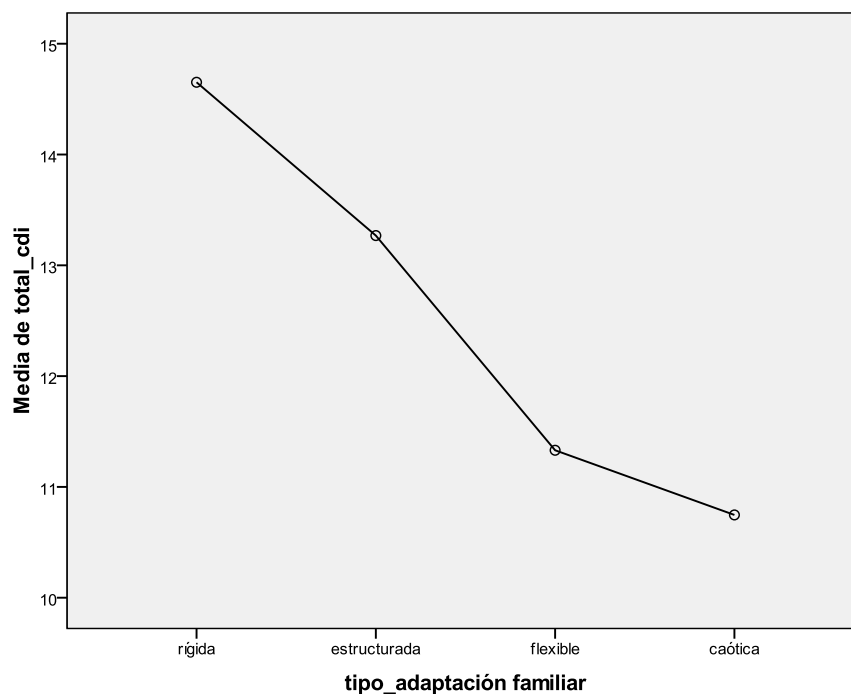


Figura 35. ANOVA entre Puntajes de Depresión y Categoría de Adaptación Familiar

VII.2.2. ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y DEPRESIÓN

Con respecto a los estilos de crianza de la madre y del padre, se contrastaron las siguientes dos hipótesis.

Hipótesis N°3: “Un estilo de crianza basado en la dimensión *coerción-imposición*, puede considerarse un factor de riesgo de presentar Depresión”.

Madres. Con respecto a la tercera hipótesis, se apreció una correlación baja pero significativa ($r = 0.186$, $p = .00$), para la relación entre la dimensión coerción/imposición y la Depresión, por lo que se cumple la hipótesis, tendiéndose a observar que a mayores prácticas socializadoras de las madres ubicadas en la dimensión coerción/imposición

(control/poder) mayor Depresión de los jóvenes. Lo que puede apreciarse con más detalles en la Figura 36.

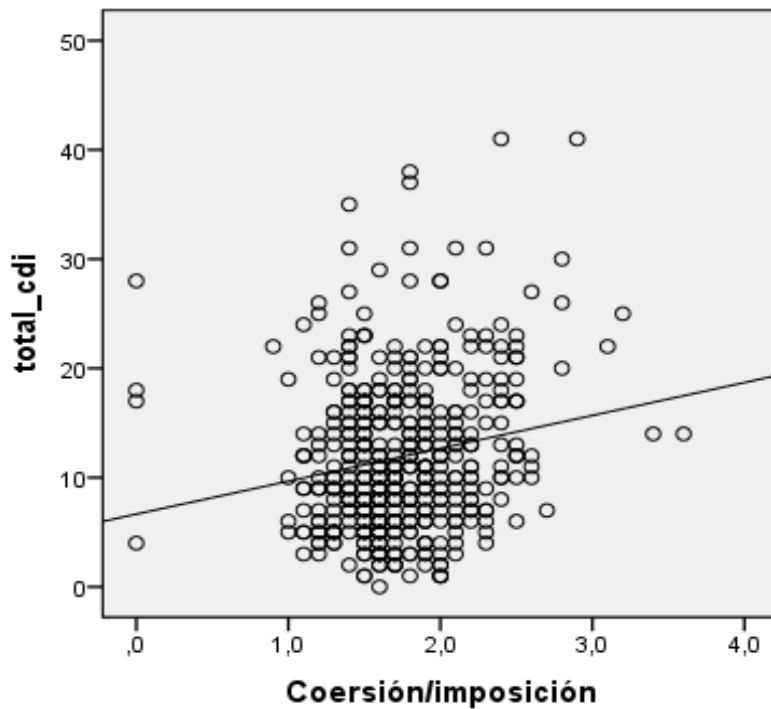


Figura 36. Correlación de Pearson entre prácticas maternas para la dimensión coerción/imposición y Depresión

Con respecto a las prácticas de socialización de las madres que se ubican en el dimensión aceptación/implicación, se pudo observar una correlación un poco más alta que para la otra dimensión, cuya dirección es negativa y significativa ($r = -0.351, p = .00$). Lo que se puede interpretar como que a mayor prácticas socializadoras que ejercen las madres en la línea de la dimensión aceptación/implicación (afecto), menor Depresión en sus hijos. Esto se puede observar en la Figura 37.

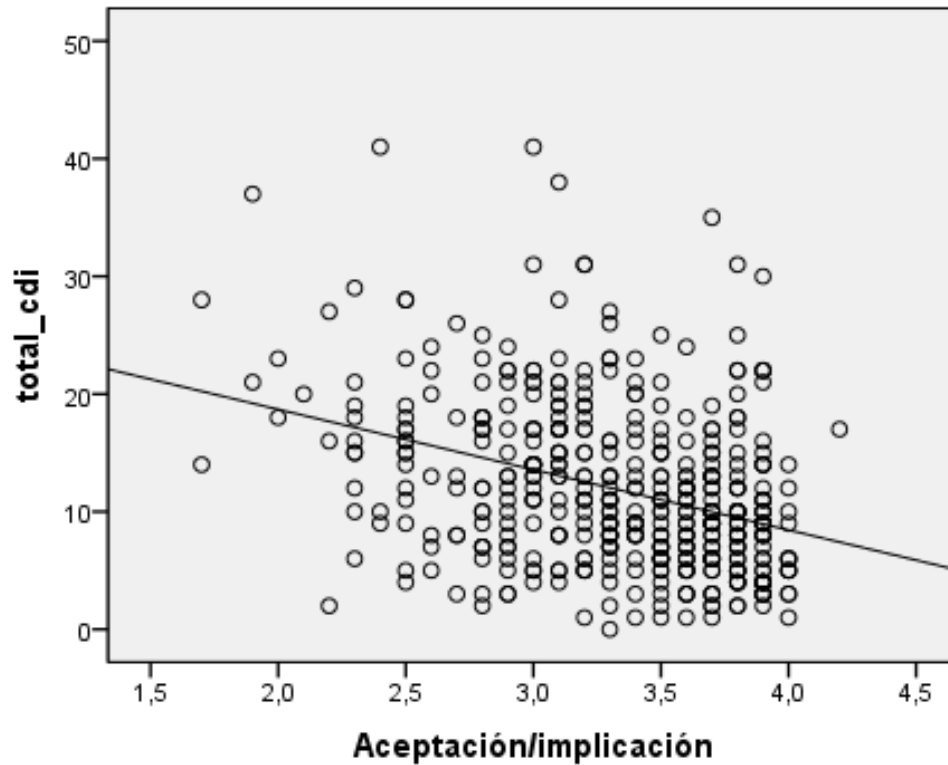


Figura 37. Correlación de Pearson entre prácticas maternas para la dimensión aceptación/implicación y Depresión

Padres. En el caso de las prácticas de socialización de los padres, no se pudo apreciar para la dimensión coerción/implicación una correlación significativa ($r = -0.03$, $p = .954$), por lo que no se puede confirmar la hipótesis en el caso de los padres. Esto se puede apreciar en la Figura 38.

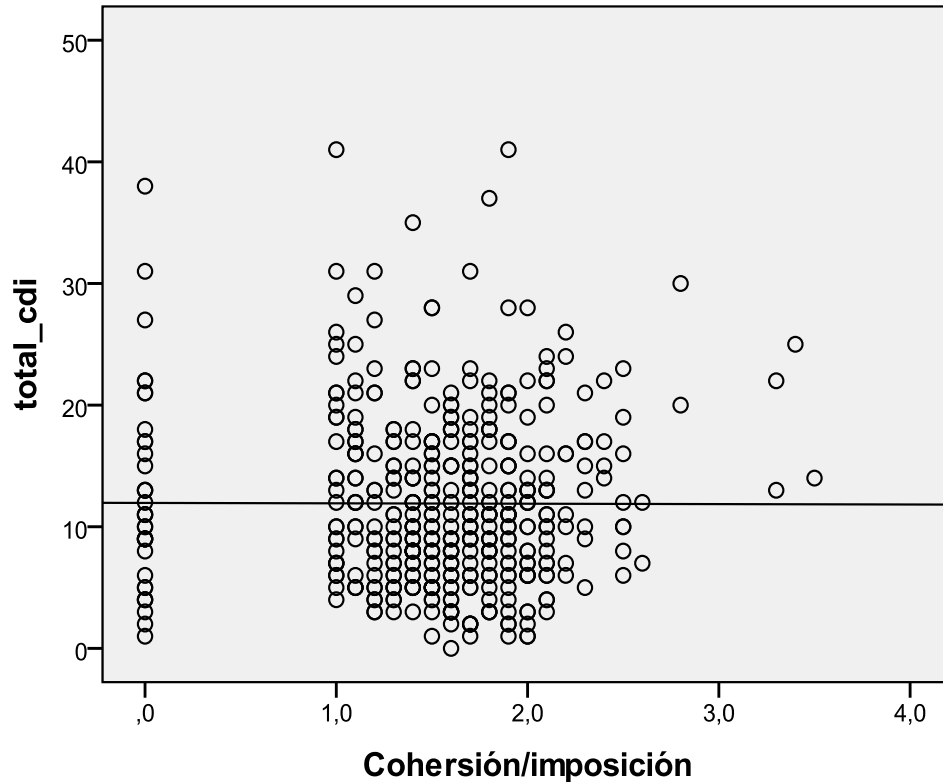


Figura 38. Correlación de Pearson entre prácticas paternas para la dimensión Coerción/imposición

Sin embargo para las prácticas de socialización usadas por los padres que se ubican en la dimensión aceptación/implicación se pudo apreciar una correlación significativa de direccionalidad negativa ($r = -.316, p=.00$). Es decir, que a mayor aceptación/implicación de los padres en las prácticas de socialización, menor puntaje de Depresión en sus hijos, lo que se puede ver en la Figura 39.

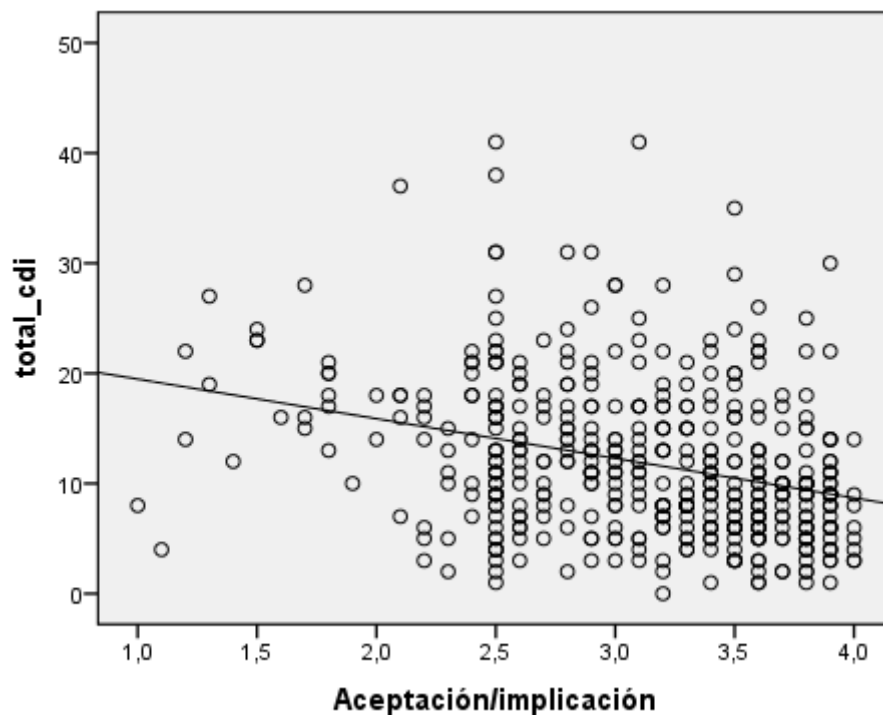


Figura 39. Correlación de Pearson entre prácticas paternas para la dimensión Aceptación/implicación

En síntesis con respecto a las prácticas de socialización en la dimensión coerción/imposición sólo se cumple en el caso de las madres. En cambio la dimensión aceptación/implicación parece correlacionar significativamente pero en forma inversa con la Depresión tanto en el caso de las madres como los padres.

Hipótesis 4: “Un estilo de socialización parental *Autoritario* podrá considerarse como factor de riesgo de presentar Depresión en los adolescentes”.

Madres. Con respecto a los Estilos de Socialización de la madre se aprecian diferencias en las medias grupales, especialmente para el grupo de madres autoritarias que son más altas que el resto de los grupos (Tabla 24). Con el fin de ver si estas diferencias eran significativas, se procedió a hacer una comparación de grupos con la Prueba “t” para

muestras independientes. La primera comparación se realizó entre el grupo de madres autoritarias y el de las madres autorizativas pudiéndose observar diferencias significativas entre estos grupos ($t = 4,648, g.l 100,8, p = .00$); luego se comparó el grupo Autoritario con el grupo de madres negligentes observándose diferencias significativas entre los grupos ($t = 2,552, g.l 123,500, p = .012$); por último se comparó el grupo de madres autoritarias con el grupo de madres indulgentes observándose diferencias significativas entre los grupos ($t = 7,652, g.l 215, p = .00$). Por tanto de acuerdo a los análisis realizados se puede concluir que existen diferencias entre el grupo de madres autoritarias y los otros grupos, siendo el grupo Autoritario el que presenta mayor Depresión.

Con el fin de hacer una revisión exhaustiva de los resultados ya presentados se procedió a medir el tamaño del efecto mediante el método de Cohen (1988) observándose una magnitud pequeña para la variable autoritaria.

Lo que nos lleva a confirmar lo que se planteó en el análisis de medias con prueba “t” el que mostraba diferencias significativas entre las medias grupales, especialmente para el grupo de madres autoritarias. No obstante la magnitud de estas diferencias es pequeña.

Por tanto se puede concluir que la hipótesis se cumple ya que se confirma para la categoría de madres autoritarias y la Depresión.

Tabla 24:
Análisis de las diferencias de medias de los Estilos de Socialización de las madres con sus puntuaciones en el CDI y el tamaño del efecto.

Tipos socialización	Con Depresión			Sin Depresión			Dif. Medias	<i>d</i> , de Cohen
	N	Media	SD	N	Media	SD		
Autoritaria	61	16,56	7,87	389	11,11	6,52	5,45*	0,30
Autorizativa	159	11,52	6,73	291	12,03	7,09	-0,51	-
Negligente	73	13,42	6,74	376	11,57	6,97	1,85	-
Indulgente	155	9,42	5,75	295	13,13	7,21	-3,71*	0,28

* significativo al 0,05

Padres. En el caso de los padres y su estilo de socialización, se apreciaron diferencias en las medias grupales, especialmente para el grupo de padres autoritarios que son más altas que el resto de los grupos (Tabla 25). Con el fin de ver si estas diferencias eran significativas, se procedió a hacer una comparación de grupos con la Prueba “t” para muestras independientes. La primera comparación se realizó entre el grupo de padres autoritarios y el de padres autorizativos pudiéndose observar diferencias significativas entre estos grupos ($t = 4,257, g.l 106,574, p = .00$); luego se comparó el grupo Autoritario con el grupo de padres negligentes, no observándose diferencias significativas entre los grupos ($t = 1,416, g.l 111,52, p = .159$); por último se comparó el grupo de padres autoritarios con el grupo de padres indulgentes observándose diferencias significativas entre los grupos ($t = 5,846, g.l 178, p = .00$). Por tanto de acuerdo a los análisis realizados se puede concluir que existen diferencias entre el estilo Autoritario y los otros distintos de socialización parental con la Depresión, a excepción del estilo Autoritario y negligente, ya que tanto el estilo Autoritario como el negligente presentan una mayor sintomatología depresiva en jóvenes.

Para hacer más preciso el análisis de estos resultados se procedió a medir el tamaño del efecto según el método de Cohen (1988) pudiéndose apreciar una magnitud pequeña para la variable estilo Autoritario y negligente.

Por tanto la hipótesis se verifica parcialmente y con un tamaño del efecto bajo, ya que el estilo de socialización Autoritario es un factor de riesgo de presentar Depresión, al igual que el estilo negligente, el que no aparecía en la hipótesis.

Tabla 25:
Análisis de las diferencias de medias y del tamaño del efecto de los Estilos de Socialización de los padres con sus puntuaciones en el CDI.

Tipos de socialización	Con Depresión			Sin Depresión			Dif. Medias	d, de Cohen
	N	Media	SD	N	Media	SD		
Autoritario	60	15,35	7,15	371	11,20	6,65	4,15*	0,21
Autorizativo	116	10,49	6,20	315	12,25	7,04	-1,76	-
Negligente	135	13,58	6,97	296	10,96	6,66	2,62*	0,18
Indulgente	118	9,29	5,29	313	12,72	6,98	-3,43*	0,23

* significativo al 0,05

VII.2.3 AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN

Hipótesis 5: “Una baja Autoestima en los adolescentes podría considerarse un factor de riesgo para presentar Depresión”.

Se observa una alta correlación entre la Autoestima y la Depresión ($r = -0.611$, $p = .00$), de una direccionalidad negativa. Es decir que a mayor Autoestima menor Depresión o viceversa, por lo cual se confirma la hipótesis número 5 que plantea que la baja Autoestima es un factor de riesgo de presentar Depresión. La Figura 40 muestra la dispersión de los datos.

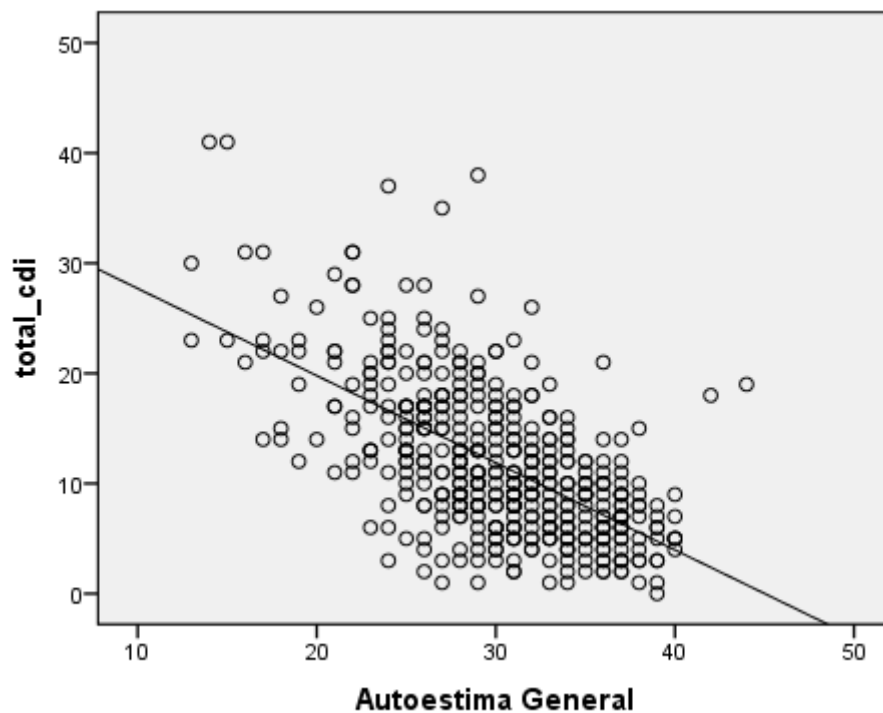


Figura 40. Correlación de Pearson entre Autoestima y Depresión en jóvenes.

Aquí también se procedió a medir el tamaño del efecto de la Autoestima con la Depresión según el método de Cohen (1988) pudiéndose observar que la magnitud del efecto fue media pero en sentido negativo, es decir se podría interpretar que a menor Autoestima, mayor Depresión. Por tanto se confirma la hipótesis número cinco que apuntaba a esta dirección como puede observarse en la Tabla 26.

Tabla 26
Análisis de las diferencias de medias y del Tamaño del efecto (*d*) entre sujetos con síntomas depresivos y no depresivos

Variables	Con Depresión (n = 99)		Sin Depresión (n = 354)		Dif. Medias	“d” Cohen
	Media	SD.	Media	SD.		
Autoestima	25,20	5,40	31,30	4,60	-6,1*	0,53
Autoeficacia	28,20	6,86	33,21	4,90	-5,01*	0,38

* significativa al 0,05

VII.2.4 PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PERSONAL Y DEPRESIÓN

Hipótesis 6: “Una baja percepción del adolescente puede considerarse como un factor de riesgo que puede desencadenar una Depresión”.

De acuerdo a los análisis realizados se puede apreciar una correlación moderada/alta entre expectativas de Autoeficacia personal y la Depresión en jóvenes, pero de tipo negativa ($r = - 0.445$, $p=.00$). Es decir a mayor eficacia personal menor Depresión en jóvenes.

Al medir el Tamaño del efecto con el método de Cohen, como se ve en la tabla 28, se confirma esta dirección con una magnitud media.

Por tanto se confirma la hipótesis número 6, dado que existiría una relación significativa y negativa entre expectativas de Autoeficacia personal y Depresión, siendo esta que a mayor Depresión, menor expectativas de Autoeficacia personal. Esto puede apreciarse con más detalles en la Figura 41.

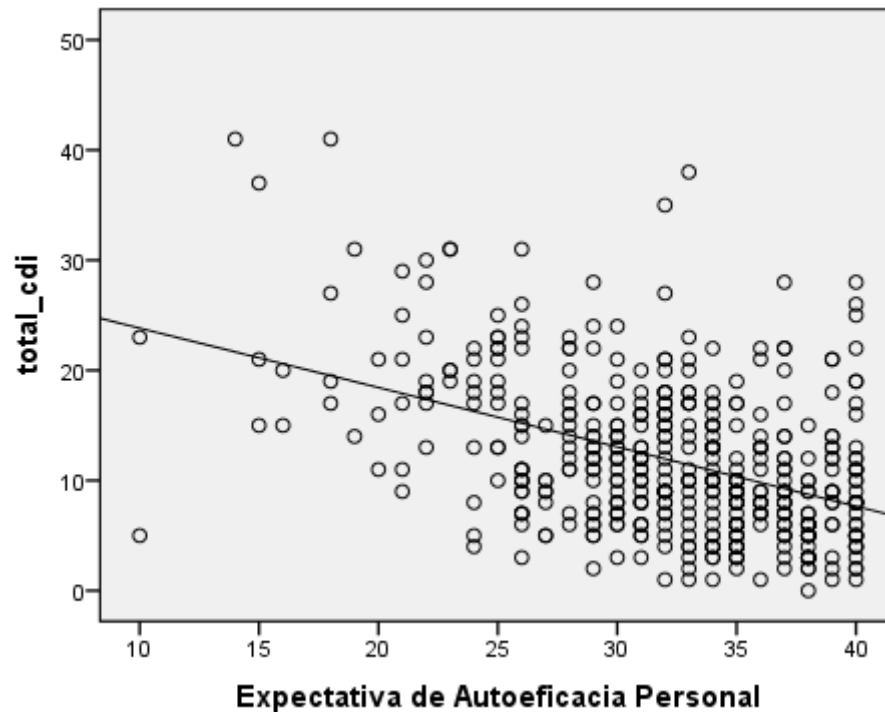


Figura 41. Correlación de Pearson entre expectativas de Autoeficacia personal y Depresión

VII.3. MODELO PREDICTIVO

Por último con el fin de cumplir con el objetivo general de esta investigación que es “Desarrollar un modelo explicativo y predictivo de la Depresión en adolescentes chilenos a partir de los factores de riesgo familiares y personales seleccionados tras la revisión de la literatura especializada que los señala como indicativos de la Depresión infanto-juvenil”, se procedió a realizar un análisis de regresión lineal a través del modelo “paso a paso”, el cual consideró como variable dependiente la Depresión y como variables independientes el funcionamiento familiar (mediante los indicadores de Cohesión y adaptación familiar), prácticas parentales (mediante los indicadores coerción/imposición y aceptación/implicación), Estilos de Socialización parental, Autoestima general, estilos de Autoeficacia personal.

De acuerdo a este análisis la Depresión de los jóvenes puede ser explicada por las variables Autoestima general, el grado de Cohesión familiar, estilo de socialización materna en la dimensión coerción/imposición, y las expectativas de Autoeficacia. Estas variables en su conjunto explican un 49% de la varianza ($R^2=.490$), ajustándose bien a un modelo lineal ($F = 101,174, p = .00, g.l 4$) (Tabla 27).

Tabla 27
Resumen del modelo Regresión Lineal

VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO	R	R CUADRADO	F	SIGNIFICACIÓN
Autoestima general				
Cohesión Familiar				
Dim. M. coerción/imposición	,700	,490	101,174	,000
Expectativas de Autoeficacia				

Con respecto a las variables independientes que más y mejor explicaron la variable dependiente, Depresión, sin que ninguna de ellas sea combinación lineal de las restantes; fueron las variables Autoestima general, Cohesión familiar, Estilos de Socialización materna en la dimensión coercitiva/impositiva, y percepción de Autoeficacia. La que con más peso explica la varianza es la dimensión de tipo coercitivo en el estilo de socialización materna, donde a mayor coerción, habría mayor Depresión. La segunda variable con mayor peso es la Autoestima general pero en sentido opuesto, a menor Autoestima mayor Depresión. Luego la variables Cohesión familiar que también está en sentido opuesto, a menor Cohesión mayor Depresión y por último la expectativa de Autoeficacia, la que muestra que a mayor percepción de Autoeficacia menor Depresión. En la Tabla 28 se ecoge en detalle la ecuación de regresión y los aportes de cada variable en el efecto total explicado por el modelo predictivo.

Tabla 28
Estimación de Parámetros de la Ecuación de Predicción o regresión lineal

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	36,432	2,026		17,986	,000
Autoestima General	-,548	,053	-,437	-10,403	,000
Cohesión Familiar	-,229	,030	-,290	-7,530	,000
Dimensión materna coerción/imposición	2,080	,589	,125	3,534	,000
Expectativas de Autoeficacia	-,125	,050	-,105	-2,487	,013

a. Variable dependiente: total_cdi

Por tanto, se pudo cumplir el objetivo de desarrollar un modelo explicativo y predictivo de la Depresión en adolescentes chilenos a partir de los factores de riesgo familiares, y personales seleccionados en esta investigación dirigida a los adolescentes chilenos.

Cuarta Parte: DISCUSIÓN

CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La adolescencia es una etapa compleja en el desarrollo de las personas, es fundamental conocer sus inquietudes y motivaciones con el fin de poder prevenir distintas situaciones de riesgo y Psicopatología.

La adolescencia en Chile no es distinta a la de otros países, donde los jóvenes han crecido en el seno de familias menos estructuradas, pasan más tiempo solos, son más independientes, están conectados de manera global al mundo, y sus relaciones sociales ya no son de la forma tradicional, usando ellos, la tecnología para comunicarse y tener amigos (Gómez, 2005). En este contexto de cambios, esta investigación pretendió sondear, cómo éstos pueden convertirse en factores de riesgo que favorezcan el desarrollo de una depresión en los jóvenes Chilenos.

VIII.1. PERFIL DEL JOVEN DE LA MUESTRA

En base a los datos obtenidos, se desarrolló un perfil del joven chileno de clase media que participó en esta investigación. En este contexto, se pudo afirmar que esta población estaba sometida a una serie de estresores o factores de riesgo, tanto al interior de sus familias como en la escuela, áreas en las que se indagó en este trabajo y que se describirán a continuación.

Con respecto a la familia, aproximadamente un 30% de los adolescentes de la muestra vivían en hogares mono parentales, donde la madre era la jefa de hogar, siendo descrito este como un factor de riesgo de presentar problemas conductuales (Alaéz, et al., 1998; Blader, 2006; Bragado, et al, 1999; Erickson, 1998; Lemos, 2004).

En el aspecto escolar, fue interesante constatar el bajo nivel de estudios de los padres y madres, que en el caso de los primeros sólo un 38% había terminado el colegio y en el caso de las madres un poco más (50,1%), datos que pueden relacionarse con la falta de motivación, y la percepción negativa que tenían los jóvenes de su escuela, donde 33.3% presentaba baja motivación escolar. En este sentido, se ha descrito como un factor clave para el éxito escolar, el que los padres participen en la educación de sus hijos, pero padres que no han tenido oportunidad de estudiar tendrán más dificultades para apoyar a sus hijos en sus deberes escolares, o no les interesará que terminen sus estudios, convirtiéndose en un riesgo incluso de abandono del sistema escolar con todo lo que esto implica (Pérez, et al., 2005).

En esta misma línea se observó que los jóvenes sentían que tenían bajos resultados académicos (30% de ellos), y que no se sentían queridos por sus profesores (30%), lo que representaban vulnerabilidad y riesgo, dado que sentir que el colegio no es un lugar agradable y que además sientan una baja percepción de logro, puede contribuir a desarrollar problemas conductuales y emocionales en ellos (Aláez, et al., 1998; Pérez, et. al, 2005).

Otro punto de interés, y que también es considerado como un factor de riesgo de presentar problemas en la línea conductual o emocional, es la psicopatología familiar (parental y/o de hermanos), en este sentido a la pregunta de si alguien de la familia o él mismo habían recibido ayuda psicológica o psiquiátrica, casi un 55% planteó que algunos de sus padres o hermanos habían recibido algún tipo de ayuda, y un 16% manifestó que ellos mismos habían recibido ayuda. Si bien es cierto, no se especificó el tipo de problema

o la gravedad de éste, la literatura plantea que cuanto más graves son los problemas de Salud Mental de los padres, y más pequeño sean los hijos, aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle problemas en esta línea. En el caso de la Depresión la asociación aún es más fuerte, ya que la madre depresiva tiende a transmitir este estilo depresivo en los hijos de distintas formas, a través de los genes, de los estilos cognitivos depresógenos, o disminuyendo la capacidad de protección y estimulación que reciben los hijos, convirtiéndose entonces en un potente factor de riesgo (Alaéz, et al., 1998; Bragado, et al., 1999; Embry y Dowson, 2002; Fritsch et al., 2007; Marmorstein y Iacono, 2004; Wicks-Nelson y Israel, 1997).

En cuanto a los eventos de vida como factores de riesgo, se encontraron tres eventos de alta significación como fueron: la enfermedad grave de un familiar, los cambios de casa y colegio, y el terremoto, todos descritos por la literatura como factores que pueden desestabilizar la conducta infanto-juvenil favoreciendo la emergencia de cogniciones y sentimientos depresivos (Bandura, et al., 1999).

Por tanto el perfil del joven de la muestra presentaba una serie de condiciones de vida que podían concluir en una crisis adolescente compleja o a desarrollar algún trastorno psicopatológico como es la Depresión.

VIII.2 FACTORES DE RIESGO PROPIAMENTE DE LA INVESTIGACIÓN

VIII.2.1 Funcionamiento Familiar

En esta investigación se estudió el funcionamiento familiar y los estilos de crianza de los padres, dado que la familia juega un papel fundamental en la salud mental de los hijos y

como se planteó en el Marco Teórico ambas variables constituían factores de riesgo de presentar Depresión en los adolescentes.

Con respecto al funcionamiento familiar, los jóvenes clasificaron a sus familias como disfuncionales según Olson, Russell y Sprenkle (1983). Un 66,6% las clasificó con una Cohesión poco balanceada o crítica, siendo en especial las familias no relacionadas o desvinculadas las más descritas por éstos (con un 59,6%), refiriéndose en este sentido a sus familias como desconectadas, que tendían más bien a expulsar a sus miembros, que presentaban un vínculo emocional débil y gran autonomía personal. Con respecto a la adaptación, los jóvenes también manifestaron una tendencia a presentar familias desadaptadas en un 47.5% de los casos. Manifestando percibir a sus familias como caóticas (28,3%), es decir con ausencia de control paterno, disciplina poco efectiva, inconsistente, de decisiones impulsivas, cambios frecuentes de reglas; y por el otro lado como familias rígidas (19,2%) donde la capacidad del sistema para adaptarse al cambio es muy baja, las normas son poco flexibles y la respuesta frente a situaciones de estrés es desadaptativa, presentando un liderazgo Autoritario, con padres controladores.

Si bien es cierto la percepción de Cohesión debería ir disminuyendo en ciertas etapas de la adolescencia ya que el joven quiere estar solo, es crítico de los padres y se abre al mundo de las relaciones con sus pares; y la adaptación debe ir flexibilizándose con el fin de que el joven logre la autonomía e identidad, tareas centrales de este período (Zdanowicz, Pascal, Reynaet, 2004), los altos porcentajes de disfuncionalidad percibidos por lo adolescentes de la muestra, muestran más bien falta de relación familiar, organización

Caótica o Rígida, son indicadores de problemas en las familias (Polaino-Lorente y Martínez, 1998).

Los datos encontrados en esta investigación parecen alarmantes, puesto que estudios internacionales con adolescentes muestran cifras más reducidas de disfuncionalidad como por ejemplo: el estudio de Mendoza y cols, (2006) en México, que identificó un 16% de familias críticas o desbalanceadas; o en estudios con población española en que se ha encontrado aproximadamente un 31.6% de familias desbalanceadas (Polaino-Lorente y Martínez, 1998).

Como una posible explicación de los resultados, diversas investigaciones han mostrado que familias sometidas a altos grados de estrés presentan niveles de funcionamiento críticos en comparación con familias que no están sufriendo estos niveles de estrés (Schmidt, 2001). En este caso, el 30% de la muestra estaba constituida por hogares monoparentales, o que estaban viviendo situaciones de vida estresante como cambios, enfermedades de familiares cercanos o terremoto, probablemente lo que hizo que estuvieran sometidas a condiciones de vida que evidentemente son un riesgo y provocan estrés.

No obstante a esto, estos padres no han logrado un nivel de funcionamiento y comunicación familiar necesaria para el desarrollo normal del adolescente. En este sentido, la desvinculación familiar, y la falta de estabilidad y apoyo, han sido vinculada a riesgo de problemas de drogodependencia, conductas delictivas y problemas emocionales en los jóvenes (Florenzano, Sotomayor y Otava, 2001; Schmidt, 2001). La familia está cambiando, está bajo un permanente estrés, y es fundamental conocer estos cambios, apoyarlos con el fin de prevenir problemas futuros. Por tanto un aporte de este trabajo deberá ser apoyar a

las familias de jóvenes adolescentes con el fin de que sean funcionales en este período de la vida de los hijos.

En cuanto al estilo de crianza de los padres, es decir la relación más directa entre el padre y el hijo, se pudo apreciar que las madres tendían a relacionarse con sus hijos más frecuentemente dentro de la dimensión aceptación/implicación (llamada también calidez), más que en la dimensión imposición/demanda (uso de poder). Es decir la socialización la realizaban a través de prácticas de crianza en un clima de afecto (69,1% de las madres usaban prácticas autorizativas o indulgentes) la diferencia se observa más bien en el tipo de poder que ejercían frente a sus hijos, ya que por un lado las madres autorizativas (o también llamadas democráticas, el 35,1% de la muestra) tendían a usar el afecto pero también el poder/imposición en cuanto a límites y roles en las circunstancias que lo requerían. En cambio las madres indulgentes eran cariñosas y preocupadas (dimensión afectiva) pero eran poco contenedoras, no indicaban límites claros, ni usaban prácticas más punitivas (dimensión coerción/imposición lo que en esta investigación fue un 34% de la muestra).

También es relevante destacar que en esta investigación estos Estilos de Socialización presentaran un porcentaje similar a lo que se han descrito en diversas investigaciones, sobre todo con poblaciones latinas, como por ejemplo investigaciones con adolescentes españoles, que han evidenciado que los estilos más frecuentemente usados por los padres españoles son los indulgentes y autoritazativos, y que además éstos se han relacionado con buenos resultados en lo que se refiere a Autoestima, ajuste psicológico y competencia interpersonal (García y Gracia, 2009; Martínez y García, 2007; Musitu y García, 2004).

Sin embargo, hay 16,3% de madres que fueron catalogadas por sus hijos adolescentes como negligentes, o sea madres que no desarrollan un clima afectivo, y tampoco coercitivo/impositivo, es decir, no están interesadas en transmitir estilos, valores, afecto y tampoco mucha disciplina en sus hijos, lo que se ha descrito junto con el estilo Autoritario como fuente de baja Autoestima, problemas de rendimiento escolar, problemas interpersonales y conductuales y de drogodependencia. No obstante comparativamente, estos valores son menores a los de otros estudios, como por ejemplo: Lamborn, et al. (1991) encontraron en U.S.A. un porcentaje de 37.3% de padres percibidos como negligentes por los hijos. Martínez y García (2007) en España, encontraron un 26,6%.

En el caso de los padres, la proporción de estilos de crianza en la dimensión de afecto fue similar a la de las madres, con un 54.5% de padres descritos como: autoritativos (26,9%) e indulgentes (27,6%), lo que es interesante ya que refuerza la tesis de que la familia chilena está cambiando, y están quedando atrás los estilos de crianza autoritarios socialmente permitidos para los padres, que objetivamente se han visto más nocivos para el crecimiento de los hijos (Darling y Steinberg, 1993; Dobrianskyj y cols, 2003, 2004; Martínez y García, 2007; Oliva y cols, 2007; Vallejo y cols, 2008).

Sin embargo, vuelve a aparecer un porcentaje alto de padres negligentes (31,3%), incluso casi el doble que las madres. Probablemente padres poco interesados por la socialización de sus hijos, padres más alejados de ellos, física y/o emocionalmente, lo que implica un deterioro en el ajuste de los hijos más o menos permanente ya que Steinberg, et al. (1994) en un estudio de seguimiento de los estilos de crianza, demostró que estos estilos de crianza son más o menos permanentes en el tiempo, y cuyos resultados descritos son problemas de adaptación, violencia; y emocionales como, baja Autoestima, y Depresión,

por lo que la probabilidad de que sea un factor de riesgo es más alta (García y Gracia, 2009; Gracia, Fuentes y García, 2010; Martínez, 1996; Pons-Diez y Berjano, 1997). Probablemente la explicación esté dada por un lado, en que todavía culturalmente en Chile los padres se involucran menos en la crianza, como por otro lado, que en esta muestra los hogares en un alto porcentaje eran mono parentales, con una madre como jefa de hogar, lo que puede llevar a que la relación de los padres con los hijos sea más distante o esporádica, por lo que no se interesen en ejercer una crianza, ya que le dan la tarea a las madres.

VIII.2.2 Autoestima y Autoeficacia

En cuanto a las variables de la persona del adolescente medidas en esta investigación, Autoestima y percepción de Autoeficacia. Los resultados mostraron que los adolescentes sentían que tenían en general una buena Autoestima global, 81% (54,3% elevada y 26,7% moderada), lo que indica que los jóvenes de la muestra son jóvenes más bien seguros, que presentan un buen concepto de sí mismo, que están bien encaminados hacia la construcción de su identidad. Esta construcción de un buen autoconcepto es la base para el desarrollo de una buena salud mental y se ha visto que es relativamente estable en el tiempo (Fierro, 1990).

No obstante hubo un 19% de ellos que manifestaron tener una baja Autoestima, y como sabemos la Autoestima está relacionada con las experiencias de la persona con los otros significantes, donde los pares y la familia juega un rol fundamental, le dan el feedback acerca de sus conductas, actitudes y metas (Mestre, et al., 2001). Por tanto el resultado parece coherente en cierto grado con los resultados encontrados en la percepción

que ellos tienen de sus familias, donde se vio, una disfuncionalidad especialmente en lo referente a la vinculación y adaptación, que podría influir en la valoración y refuerzo recibido en sus casas y sus escuelas, la Autoestima varía de acuerdo a las circunstancias que a los jóvenes les toca vivir (Rodríguez, Caño, 2012).

También la Autoestima se ha relacionado teóricamente con la Depresión, por lo cual es interesante que se vea aquí en este estudio que la Depresión fue un 21,9% de la muestra y la baja Autoestima con un 19%, transformándose de alguna manera en adolescentes altamente vulnerables (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005).

Con respecto a la Autoeficacia, 25,6% presentó una buena percepción de Autoeficacia, convirtiéndose en un factor protector, dado que la buena percepción de Autoeficacia ha sido relacionada positivamente con conductas saludables (como por ejemplo no fumar), participación social, baja agresividad, en el fondo con calidad de vida de los jóvenes, por lo que estos resultados son necesario tener presente, con un factor de riesgo (Avendaño, Barra, 2008; Carrasco y Del Barrio, 2002; Olivari y Urra, 2007; Olivari, Barra, 2005; Velázquez, Martínez y Cumsille, 2004).

No obstante un 19,21% de la muestra tuvo una percepción baja de Autoeficacia personal. La Autoeficacia está muy relacionada con la creencia de que uno es capaz de lograr algo, es la que mueve a las personas a hacer determinadas acciones (Schwarzer y Luszczynska, 2005), estos jóvenes por tanto no creían que eran suficientemente capaces de enfrentarse a determinadas tareas y/o dificultades. Probablemente este resultado se pueda relacionar con la percepción de su rendimiento en la Escuela, donde 51,5% dijo tener un rendimiento regular, es decir no se sentían suficientemente eficaces en la Escuela; y en la

cultura chilena, las notas escolares son fundamentales para la entrada posterior a la educación superior, y para la autoafirmación familiar, lo que puede traer para estos jóvenes un sentimiento de minusvalía frente a su grupo de pares y sobre todo frente a las expectativas de sus padres, asociado todo esto a la inseguridad propia de los adolescentes.

Interesante es que la percepción de baja de Autoeficacia, con un 19,21% de los jóvenes de la muestra, fue bastante concordante con la percepción de bajan Autoestima global, que en la muestra fue de un 19% de los jóvenes. Dado que estos conceptos teóricamente están bien relacionado, dado que una baja Autoestima implica falta de auto aceptación, sentimientos de inutilidad, sentimientos de fracaso y autocrítica, lo que está estrechamente ligado con el sentimiento de eficacia, de sentirse capaz de enfrentar dificultades y tareas de una manera exitosa (Camarasa, 2005).

VIII.2.3. Depresión en jóvenes Chilenos

Con respecto a la Depresión en jóvenes adolescentes mostrado por los resultados de la aplicación del CDI (Kovacs, 1992), se pudo apreciar que la frecuencia de Depresión de la muestra fue de un 21,9%, es decir, este porcentaje presentó una sintomatología que en conjunto apuntaban estar desarrollando un cuadro depresivo. La magnitud de estas cifras en Chile no es de extrañar, ya que diversos estudios muestran cifras similares (Cova, et al. 2007 ; Cid, Díaz, Espíndola, 2005; Cumsille y Martínez, 1997 ; Galaz, López, Miranda, 2009; Rojas et al., 2012; Sepúlveda, Almonte, Valenzuela, y Avendaño, 2001), no obstante estudios en otros países bordearía una cifra no mayor al 16%, por lo que Chile estaría

presentando un porcentaje mayor de Depresión en sus jóvenes (Aláez, 2000; Del Barrio, et al., 1997).

También es interesante que en los estudios epidemiológicos, el porcentaje de Depresión Mayor en los adolescentes, que promedia a nivel internacional un 2%, en Chile en el primer estudio de prevalencia a nivel nacional, bordeó el 5,9%, lo que muestra que la Depresión en Chile se encuentra en un escenario muy preocupantes, dado los efectos de esta enfermedad para la persona y su familia (Gorenstein et al, 2005;Olsson y van Knorring, 1977; Vicente et al, 2012).

Con respecto a la edad de los adolescentes se distribuyó porcentualmente en la adolescencia más tardía, entre los 16 y 17 años, edades que no coincide con la revisión teórica, donde es la pubertad el período donde se concentra el mayor porcentaje de Depresión en los adolescentes (Burke, et al. 2005; Costello, Mustilo, Erkanli, Keeler, y Angold, 2003; Hankin, et al. 1998; Hankin, Mermelstein, Roesch, 2007; Villalobos, Díaz y Vinet, 2005). Probablemente la explicación esté relacionada con el nivel escolar en que se encontraban estos adolescentes, los cuales estaban en un nivel escolar menor al que les correspondía por edad, probablemente eran sujetos repitentes o que presentaban circunstancias de vida que no le habían permitido avanzar como sus compañeros etarios.

Con respecto al sexo, se confirmó lo que muestran todos los estudios revisados y la literatura en general, se dio Depresión en un porcentaje mayor en las mujeres.

Lo que sí fue un dato interesante fue la ciudad en la que se presentó mayor Depresión, ya que fue Santiago la capital del país y, Antofagasta, una ciudad desértica al norte de Chile, las que presentaron mayores índices de Depresión. Se esperaba que Concepción y

Santiago fueran las ciudades con mayores índices de Depresión, ya que sufrieron fuertemente el terremoto, sobretodo la ciudad de Concepción. Probablemente esto puede explicarse, debido a que el terremoto pudo haber provocado más sintomatología ansiosa o mixta, lo que no se midió en este estudio. Santiago es la capital de Chile, aquí se centraliza todos los poderes del estado, como también la economía del país, por lo que es posible que vivir en Santiago conlleve a desarrollar más estrés y exigencias, que puedan provocar sintomatología ansiosa. Con respecto a la ciudad de Antofagasta, es una ciudad minera, con muchos recursos económicos pero que sufren del aislamiento, y que además tienen el desierto más árido del mundo, lo cual puede ser un entorno más depresógeno, explicándose así este resultado.

VIII.3. FACTORES DE RIESGO Y DEPRESIÓN

Pero el objetivo de esta investigación no fue explorar solamente estas variables de riesgo de presentar Depresión que participaban en el estudio, sino que fue desarrollar un modelo explicativo y predictivo de la Depresión en adolescentes chilenos a partir de los factores de riesgo familiares (funcionamiento familiar: Cohesión y Adaptación, Estilos de Socialización Parental) y personales (Autoestima global y Percepción de Autoeficacia personal) seleccionados tras la revisión de la literatura especializada que los señalaba como posibles generadores de Depresión infanto-juvenil.

Para discutir estos resultados, primero se procederá a analizar las relaciones encontradas en forma independiente entre la variable Depresión y los distintos factores de riesgo estudiados en esta investigación, para luego presentar el modelo explicativo.

VIII.3.1 Funcionamiento Familiar y Depresión

La literatura ampliamente revisada en el Marco Teórico relacionaba el funcionamiento familiar con problemas de conducta y emocionales en los adolescentes. En este sentido, Skovgaard, et al. (2007) encontraron que en los niños pequeños uno de los factores de riesgo más importantes de presentar problemas emocionales y conductuales eran los problemas de relación padres e hijos. Por este motivo se pretendió en esta investigación evaluar la percepción que tenían los adolescentes de distintas zonas del país acerca del funcionamiento de su familia y cómo esto podía influir ésta en la Depresión.

Para ello se relacionó la percepción que tenían acerca de la Cohesión de su familia con la Depresión, esperando encontrar lo que la literatura postulaba, que las familias que se encontraban en las zonas críticas (no relacionadas y aglutinadas) del Modelo de Olson, Russel, y Sprenkle (1983) presentaban hijos con problemas, que se podían relacionar con la Depresión (Bragado, Bersabé, Carrasco 1999; Florenzano, 1998; González-Tejera, et al., 2005; Leyva-Jimenez, et al., 2006; Santander, et al., 2008; Skovgaard, et al. 2007).

De acuerdo a los resultados encontrados, se pudo confirmar que las familias tanto poco cohesionadas, “*No-relacionadas*”, como las muy cohesionadas, “*Aglutinadas*” se relacionaban con Depresión, estas últimas de manera inversa. Para esta investigación al igual que el modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle (1983), la sintomatología depresiva significativa se observó en ambos extremos, la mayor sintomatología depresiva se relacionó con baja Cohesión (familias No relacionadas) y la menor sintomatología depresiva se relacionó con alta Cohesión (familias Aglutinadas).

Por tanto un factor de riesgo de presentar Depresión será el grado de Cohesión que tiene la familia, y el nivel de autonomía de sus miembros. Específicamente la menor Cohesión, implica mayor Depresión. Es decir, estas familias desarrollarían altos niveles de autonomía, extrema separación emocional, poca lealtad familiar, falta de compromiso, poca comunicación de sus sentimientos, una relación padre-hijo vacía, independencia en la toma de decisiones, separación física y ausencia de tiempo común que se constituiría en un riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Polaino-Lorente y Villamizar, 1998).

Es fácil entender por qué este tipo de funcionamiento puede provocar problemas emocionales en los hijos, ya que la adolescencia es una etapa de constantes cambios, donde a pesar del esfuerzo del joven por diferenciarse y tener experiencias fuera de su hogar, requiere sentir un vínculo con sus padres que le permita hacer esta exploración en un clima emocional de aceptación y contención, para lo cual es fundamental el apoyo de los padres. En el caso de los jóvenes con sintomatología depresiva, ellos tienden a sentir a sus familias como poco relacionadas, desligadas, poco compenetradas, donde no existe ayuda ni apoyo entre los miembros, sintiéndose solos y retrasando así sus tareas de desarrollo (Galicia, Sánchez, Robles, 2009; Leyva-Jiménez et al., 2007; Marmorstein y Iacono, 2004; Zdanowicz, Pascal, Reynaet, 2004).

Además en la cultura chilena y latinoamericana en general, se crían hijos menos autónomos, que pasan largos períodos de su vida en la casa familiar y luego de independizarse siguen manteniendo un lazo muy fuerte con sus padres, en este sentido, quizás presentar una familia desvinculada en esta cultura puede tener un impacto mayor, ya

que el joven al comparar su familia con la de sus amigos, se encuentra con grandes diferencias afectivas que lo hacen sentir solo y desvinculado.

Las familias aglutinadas por el contrario, se relacionaron con la Depresión de manera inversa, es decir cuanto más aglutinada es la familia, menor probabilidad de desarrollar una Depresión, el modelo de familia aglutinada es el de una familia extremadamente vinculada entre sus miembros, donde no se permite la autonomía de ellos, lo que probablemente hace sentir al joven una fuerte presencia de la familia, lo que permite no sentirse solo, y se pueden advertir con mayor facilidad los cambios de ánimo y otros síntomas de la Depresión, pero tampoco ayuda a desarrollar una identidad clara. Minuchin (1974) al respecto las describe como que rara vez las interacciones ocurren en forma diádica en ellas, sino más bien tríadicas que promueven la imprecisión y confusión en todos los miembros de la familia, se pierde la posibilidad del “yo” por el “nosotros”. Esta dificultad de diferenciarse, no es funcional tampoco, puede provocar otras psicopatologías, en este sentido los primeros psiquiatras en estudiar a las familias Aglutinadas, las identificaron en familias de pacientes esquizofrénicos, por lo que quizás esta dimensión no se relacione con la Depresión sino con estructuras mucho más patológicas (Polaino- Lorente y Villamizar, 1998).

También dentro del funcionamiento familiar en esta investigación se estudió, la dimensión de adaptación en este Modelo Circumplejo de Olson, Russel, y Sprenkle (1983), donde se describían como familias desadaptativas o críticas, las familias rígidas y las familias caóticas. En este caso la idea de que las familias críticas se iban a relacionar con Depresión, sólo se pudo confirmar para las familias rígidas, pero no para las familias

caóticas, incluso se vio una relación que no se esperaba que fuera la relación de familia Estructurada, definida como balanceada, con la Depresión.

Fue interesante encontrar que también aparecía como significativa la familia estructurada, que en el Modelo Circumplejo es definida como una familia democrática, con una capacidad de negociación limitada, que permite ciertos cambios, con roles compartidos pero con un líder claro, siendo su sistema de retroalimentación más bien negativo que positivo, que presenta una figura de autoridad, con roles compartidos, lo que más se acerca al tipo de familia rígida, donde según el Modelo Circumplejo, hay menos asertividad, liderazgo autoritario y roles más rígidos, y límites determinados. Con respecto a las familias de adaptación rígidas esto se ha descrito ya en la literatura, en el sentido de tener padres con liderazgos autoritarios, disciplina estricta, dificultad para adaptarse al cambio, donde más bien no hay cambios, crean problemas emocionales y Depresión a sus hijos. Puesto que los adolescentes están sometidos al estrés de múltiples cambios, cambios físicos, en las relaciones con sus padres y pares, el presentar una familia muy estructurada probablemente se asocia con presentar mayor Depresión, en la medida que el adolescente que se encuentra en constante cambio requiere de cierta flexibilidad que le permita probar cosas nuevas y equivocarse en un ambiente aceptador y afectuoso; y tener familias que les cueste (como las estructuradas) o que no puedan adaptarse al cambio (como las familias rígidas) puede ser un factor importante de riesgo de presentar problemas que en esta investigación se evidenciaron como Depresión (Cava, 2003;Kashani y Schmidt,1995). En este mismo sentido, Zdanowicz, Pascal, y Reynaert (2004) hicieron un estudio donde compararon la visión de los adolescentes sanos versus con psicopatología acerca de sus

familias, encontrando que los jóvenes del grupo de pacientes enfermos, provenían de familias menos cohesionadas, muy estructuradas y rígidas.

En el caso de las familias de tipo caótico, se esperaba que también se pudieran encontrar miembros que desarrollaran Depresión pero la verdad es que no se encontró. Este modelo de familia desestructurada, con pocos límites, no pareció ser suficientemente de riesgo para la Depresión. Quizás en el caso de la adolescencia que es un período de constante cambios es más favorecedor tener una familia caótica donde no importen tanto los cambios, reglas, y roles, que tener una familia rígida donde los cambios son vistos como una amenaza. Probablemente en estas familias de funcionamiento familiar caótico, no falta el afecto, pero si el orden y la estructura, pareciendo de alguna manera a un estilo de socialización del tipo indulgente, que se ha visto que no es un mal modelo de crianza en las familias latinas (García y Gracia, 2009; Martínez y García, 2007; Martínez, García y Yubero, 2007; Musitu y García, 2004).

Otra posible explicación puede ser que pertenecer a familias caóticas más que desarrollar cuadros depresivos, desarrolle cuadros más bien ansiosos que en esta investigación no se midió, pensando en este sentido, el desarrollo de algún tipo de apego más ansioso (Bowly, 1969).

En síntesis, el Modelo Circumplejo combina ambas dimensiones, Cohesión y adaptación, la familia No vinculada, y la Rígida, corresponden a una de las cuatro familias menos funcionales para el desarrollo del individuo y su familia, es relevante entonces en poder precisar que esta combinación de falta de vinculación y rigidez-estructura se asoció en este trabajo a una mayor probabilidad de desarrollar Depresión en los jóvenes. Este

resultado es coincidente con el estudio Mexicano de Leyva- Jiménez, et. al (2006) quienes estudiaron la Depresión en jóvenes en una muestra de 273 adolescentes de entre 15 y 19 años, y encontraron con el FACES III, que las familias rígidamente no cohesionadas presentaron con mayor frecuencia Depresión.

Queda por explicar, el por qué, sobre todo en el caso de la adaptación, se observó más bien un modelo lineal, donde a mayor falta de flexibilidad, mayor Depresión. Probablemente esto se explique en el sentido que este Modelo Teórico por las características de la etapa del desarrollo adolescente que requiere de ciertas exigencias familiares, deba ser re-pensado, o que requiera de ciertas modificaciones en estas edades de la vida de los sujetos y sus familias.

Es importante mencionar también que con respecto al tamaño del efecto el resultado más significativo, con un efecto mediano fue la relación de Cohesión y Depresión, siendo la relación de adaptación con Depresión de un tamaño de efecto pequeño, por lo cual habría que buscar nuevas evaluaciones que permitan robustecer estos hallazgos.

VIII.3.2 Estilos de Crianza y la Depresión

Otra variable estudiada con relación a la Depresión de los jóvenes fue los estilos de crianza, los cuales se fundamentan en dos dimensiones o pilares como se presentó en el Marco Teórico que son la dimensión afecto y la dimensión control (Darling y Steinberg, 1993; Lamborn, et al, 1991; Steinberg, et al., 1994;). Específicamente aquí se usó el modelo

bidimensional cuyas dimensiones son: aceptación/implicación (responsividad/afecto), coerción/imposición (exigencia/control) presentados por Musitu y García (2004)

Se planteó cómo hipótesis que los hijos criados en un modelo de coerción/imposición iban a presentar problemas en la línea de internalización, específicamente en lo que se refiere a Depresión, dado que la literatura revisada planteaba que estos adolescentes tenderían a tener problemas de Salud Mental (Barber, 1996; Darling y Steinberg, 1993; De Oliveira, et al., 2002; Gracia, Fuentes y García, 2010; Florenzano. et al., 2007; Lamborn, et al, 1991; Martínez y García, 2007; Marmorstein y Iacono, 2004; Steinberg, et al., 1994)

En el caso de las madres se pudo confirmar la hipótesis, es decir, las madres del estudio que presentaron Estilos de Socialización más relacionados con la dimensión coerción/imposición tendían a tener hijos que mostraban Depresión. En este caso las madres demasiado punitivas tendían a ser madres disfuncionales y probablemente poco vinculadas y rígidas en la disciplina, resultados que se pueden estar encadenados con la comprobación de las hipótesis anteriores.

Lo que se sustenta con las investigaciones al respecto que sugieren que familias que se caracterizan por presentar ausencia de calidez y soporte, y que presentan elevados niveles de conflictos e interacciones críticas, se asocian a Depresión en los jóvenes (De Oliveira, et al., 2002; Florenzano, et al., 2007; Sheeber, et al, 2007).

Marmorstein e Iacono (2004) además asociaron a una relación conflictiva y poco cálida, una Depresión mayor de la madre, como posibles factores propiciadores de una Depresión en niños y adolescentes, que pueden tener alguna relación con los factores de

riesgos visto en el perfil de estos jóvenes, donde se pudo constatar el alto índice de problemas de Salud Mental que presentaban estas familias encuestadas.

Muy interesante como resultado de esta investigación en el caso de la madre, se vio una relación inversa entre aceptación/implicación, la otra dimensión de la crianza, con la Depresión, pudiéndose concluir que una madre que desarrolla una crianza aceptadora, contenedora, y preocupada de sus hijos, puede transformarse en un factor protector de desarrollar una Depresión en los adolescentes.

En el caso de los padres no se pudo confirmar la hipótesis, que los padres que tenían Estilos de Socialización orientados a la coerción/imposición tendían a tener hijos con Depresión, pero si se pudo observar una relación significativa e inversa entre Depresión de los hijos y la dimensión aceptación/implicación, o sea al igual que las madres, crianzas desarrolladas en ambientes cálidos y aceptadores son factores de protección de presentar Depresión.

En síntesis con respecto al clima en el cual se desarrolla la crianza en ambos padres se pudo constatar que la crianza en un ambiente aceptador y comprometido con los adolescentes es un factor protector, por lo cual es necesario incentivar en las familias.

Sólo para el caso de las madres, también habría que tener cuidado, ya que significativamente criar en un ambiente poco aceptador y coercitivo, es un factor de riesgo de presentar Depresión. Lo que para esta muestra es relevante, ya que había un alto número de familias mono parentales, donde la jefa del hogar era la madre.

Estas dimensiones según el modelo bidimensional se combinan dando cuatro tipologías de prácticas de socialización, es decir formas que usan los padres para entregar las pautas de socialización a sus hijos, estos son los estilos autoritativo, autoritario, negligente e indulgente.

La hipótesis para este caso fue que el estilo autoritario sería el estilo más relacionado con la Depresión en los jóvenes, ya que las investigaciones revisadas mostraban que es el más asociado a problemas de socialización, autoestima, ansiedad, problemas de vinculación y Depresión (Barber, 1996; Darling y Steinberg, 1993; De Oliveira, et al., 2002; Florenzano, et al., 2007; Gracia, Fuentes y García, 2010; Lamborn, et al., 1991; Martínez y García, 2007; Marmorstein y Iacono, 2004; Sheeber, et al., 2007; Steinberg, et al., 1994).

En el caso de la hipótesis acerca del estilo autoritario para las madres se confirmó la hipótesis de que madres autoritarias tendían a presentar hijos depresivos, lo cual también se relaciona con la dimensión coerción/imposición. Estas madres tenderían a tener reglas estrictas, no escucharían a sus hijos y presentarían poco afecto y contención hacia ellos, estilo de relación, en climas de poca calidez, que se asoció en la muestra a los jóvenes depresivos. A pesar de que el tamaño del efecto en esta hipótesis fue pequeño, hay una gran bibliografía que apoya estos encuentros por lo que se podría pensar en que son significativos estos hallazgos (Barber, 1996; Darling y Steinberg, 1993; De Oliveira, et al., 2002; Florenzano, et al., 2007; Gracia, Fuentes y García, 2010; Lamborn, et al., 1991; Martínez y García, 2007; Marmorstein y Iacono, 2004; Sheeber, et al., 2007; Steinberg, et al., 1994).

Para los padres también se confirmó la hipótesis pero de manera parcial ya que tanto el estilo negligente como el estilo autoritario se relacionaron con hijos que presentaban Depresión, lo cual se puede explicar en el modelo bidimensional en el sentido de que ambos estilos están asociados a la coerción y el rechazo, en lo que se diferencian sería el grado en que se presenta este rechazo, ya que en el caso de los padres negligentes no se implicarían por lo que tampoco se esforzarían por rechazar, limitar, poner reglas demasiado a los hijos, lo que incluso puede ser más frustrante para ellos.

Estos resultados son muy preocupantes ya que la literatura muestra que el resultado de la crianza coercitiva, autoritaria y negligente provoca una serie de deficiencias en la socialización y por tanto problemas de conducta, autoestima y psicopatología, lo que repercutirá en el futuro de estos jóvenes (Steinberg, et al., 1994; Darling y Steinberg, 1993; Lamborn, et al., 1991).

VIII.3.3 Autoestima y Depresión

La siguiente pregunta de investigación fue si la Autoestima baja podría considerarse como un factor de riesgo para presentar Depresión. Esta hipótesis se fundamenta en muchas investigaciones que demuestran la relación entre la Depresión y la Autoestima (Camarasa, 2005; Fierro, 1990; Galambos, et al., 2006; Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008; Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005; Rodríguez y Caño, 2012).

En este sentido la Autoestima global (como se midió en esta investigación) se entiende como la percepción de valor que tiene el sujeto acerca de sí mismo, que se construye

mediante los otros significantes, como la familia, la escuela, el grupo social. En cuanto a la familia, crecer en ambientes de afecto y aceptación ayudan a tener una buena Autoestima, por lo que la socialización y el funcionamiento familiar tendrán una fuerte influencia en ella (Galambos, Barker y Krahn, 2006; Martínez y García, 2007; Mestre, Samper, y Pérez-Delgado, 2001). También la escuela es un significante relevante para la Autoestima, ya que se ha visto que el rendimiento académico, y la percepción que tienen el joven de su escuela y profesores, influyen en su Autoestima (Sánchez, Jimenez y Merino, 1997).

En este sentido se encontró una relación inversa significativa con un tamaño de efecto mediano entre Autoestima y Depresión, es decir los jóvenes que presentaban baja Autoestima tendían a presentar mayor Depresión, cumpliéndose así la hipótesis.

Esta relación entre Depresión adolescente y Autoestima, debe entender como un importante factor de riesgo por lo que es necesario insistir en estos hallazgos para que las familias y escuelas prevengan la psicopatología a través de un apoyo consistente a los niños y jóvenes en el tema de la autoestima. En esta investigación se evidenció en un número no pequeño (19%) de jóvenes que decían tener baja Autoestima, vemos familias rígidas, poco cohesionadas y autoritarias, como también una percepción de la escuela negativa, lo que se concadena con lo que se ha descrito de los factores de riesgo de presentar una Depresión.

VIII.3.4. Autoeficacia y Depresión

Como otra variable, más en la línea cognitiva, se trató de relacionar la percepción de Autoeficacia personal con la Depresión, entendiendo la percepción de Autoeficacia como el motor que impulsa a realizar tareas, enfrentarse a cosas nuevas y a resolver distintos

problemas, por lo que probablemente una baja percepción de Autoeficacia sería un factor de riesgo de presentar Depresión en adolescentes.

Ciertamente, se encontró una relación significativa inversa entre presentar Depresión y expectativas de Autoeficacia, con un *tamaño del efecto* medio. Es decir a mayor percepción de Autoeficacia menor Depresión. Estos resultados muestran una preocupante cuestión que es que sentir una baja percepción de Autoeficacia es un factor inhabilitante para el desarrollo de las tareas propias de la etapa de la adolescencia, en el sentido que presentar baja percepción de Autoeficacia, hace que los adolescentes no se atrevan a explorar, probar roles distintos, y a no atreverse a equivocarse. Estas bajas expectativas de Autoeficacia además, se han relacionado pobre calidad de vida, conductas adictivas, como el hábito de fumar, todos factores de riesgo en los jóvenes (Carrasco y del Barrio, 2002; Luszczynska, Gutiérrez-Doña, 2005; Olivari y Barra, 2005; Rueda y Pérez García, 2004).

Estas dos variables, Autoestima y Autoeficacia se relacionan con el modelo explicativo de la Depresión de la teoría cognitiva de Beck (1967, 2008) que plantea que las percepciones negativas acerca de si mismo son un factor fundamental en el desarrollo de esta patología, la gente aprendería a percibir la realidad con una serie de distorsiones cognitivas que alimentarían la percepción de poca eficacia personal y baja Autoestima. En este sentido Carrasco et al. (2000) relacionaron positivamente el número de distorsiones cognitivas con la presencia de sintomatología depresiva.

Por tanto, dado que la Depresión es una enfermedad que puede transformarse en crónica, es importante reconocer estos factores de riesgo con el fin de poder prevenir, y si

es el caso trabajar terapéuticamente en modelos que ayuden a modificar estas dos variables cognitivas que se encontraron relacionadas con la Depresión en adolescentes.

VIII.4. MODELO EXPLICATIVO Y PREDICTIVO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CHILENOS

Como última parte de esta investigación, quiero referirme al objetivo general de esta tesis que fue crear un modelo explicativo y predictivo de la Depresión, en la que a través de un modelo de regresión lineal se intentó relacionar las variables independientes que se han descrito ampliamente en este apartado y la Depresión.

El resultado mostró que, la Depresión de los jóvenes de la muestra, puede ser explicada de manera significativa y robusta por las variables estilo de socialización de la madre en la dimensión coerción/imposición, la autoestima, la cohesión y las expectativas de autoeficacia. Con respecto al peso explicativo de cada una de estas variables, fue el estilo de socialización materna en la dimensión coerción/imposición (uso de poder y rechazo) la variable explicativa y predictora de mayor peso en este modelo de la Depresión. La segunda variable de mayor peso fue la Autoestima, donde una baja autoestima sería una variable explicativa y predictiva de la Depresión. Como tercer peso, es la variable del funcionamiento familiar, Cohesión, donde las familias desvinculadas, poco unidas, demasiado independientes explicarían y predicen la Depresión en los hijos. Y por último estuvo la percepción de Autoeficacia donde a menor autoeficacia, mayor fue la Depresión.

Es decir el modelo explicativo y predictivo de la Depresión se relacionó con variables familiares y personales, donde tener una familia poco cohesionada, desvinculada, con una madre que desarrolla un clima de socialización coercitivo/impositivo, en jóvenes que

presentan una baja Autoestima y bajas expectativas de Autoeficacia, se convierte en un modelo que explica el desarrollo de la Depresión en esta investigación, donde se escogieron algunas variables significativas basado en la revisión teórica en que fueran definidos como factores de riesgo de presentar una Depresión. En esta misma línea estos encuentros se convierten en un factor de prevención en la medida que se puedan desarrollar pautas que permitan estimular las relaciones familiares saludables en la adolescencia, y desarrollar la autoestima y percepción de autoeficacia en los adolescentes. Y por lo que se explicó en los apartados anteriores, la Autoestima, la percepción de Autoeficacia, y el ambiente familiar está muy ligado, y pueden convertirse en factores de riesgo.

Quinta Parte: CONCLUSIONES

CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como se comentó en la discusión de resultados, esta investigación contribuyó a crear un modelo explicativo y predictivo de la Depresión en adolescentes. En este sentido se intentó desarrollar un modelo a partir de una serie de variables familiares y personales (propias del adolescente) que pudieran explicar y predecir la Depresión. Transformándose en este sentido, este objetivo como uno de los principales aportes de este trabajo de investigación, que fue el juntar e investigar un conjunto de variables descritas como de riesgo de desarrollar una Depresión en jóvenes, y tratar de explicarlas; ya que en general lo que se encuentra al revisar la literatura sobre este tema es el estudio de una o dos variables de riesgo las que se intentan relacionar con esta patología.

Otro aporte de este estudio fue, construir un perfil del adolescente chileno de clase media en base a las variables estudiadas como de riesgo en la adolescencia. Dentro de estas variables se estudió la escuela, en la cual se encontraron problemas relevantes, como: la mala percepción de los jóvenes de su colegio, de su rendimiento y de sus profesores, condiciones que son de alto riesgo de presentar deserción escolar y problemas de índole conductual. También se estudió a la familia del adolescente, la cual, en casi un 30%, eran mono parentales, y en la mayoría de los casos, la madre ejercía el rol de proveedor y de la crianza. Estas familias además, presentaban problemas de Salud Mental, manifestando haber recibido algún tipo de tratamiento en esta área en un alto porcentaje de los encuestados.

En este escenario, aparece un alto porcentaje de sintomatología depresiva reportada por los adolescentes a través de auto informes, sintomatología que representaba un porcentaje mayor a la de otros países, probablemente este perfil descrito en el párrafo anterior fue un facilitador del desarrollo de toda esta sintomatología.

Se escogió en esta investigación el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992), con la intención de que los datos fueran comparables con otros estudios, siendo esta otra ventaja de él, ya que este auto informe es una de los más usados internacionalmente para la investigación en Depresión con poblaciones no clínica y además ha sido validado en Chile.

Probablemente el alto porcentaje de sintomatología depresiva encontrado comparativamente con estudios internacionales, variará un poco al hacer una segunda exploración, con un especialista y/o como la misma autora del cuestionario recomienda, hacer una re-evaluación del cuestionario en estos casos. No obstante a esta única aplicación, los altos índices de Depresión encontrados 21,9%, son un muy buen indicador de que algo grave está pasando en Chile con la Depresión juvenil. Por tanto cabe preguntarse ¿qué está pasando en Chile que tenemos más Depresión que en otros países?, y la respuesta probablemente sea que no hemos logrado balancear la modernidad, éxito económico, salida de la mujer al mundo del trabajo, con la familia y el bienestar de las personas.

Pero esta investigación dio luces específicas a esta pregunta, dado que la relación del adolescente con su familia fue un factor muy importante en la explicación de la Depresión de los jóvenes chilenos, en este sentido, las madres coercitivas y poco cálidas, donde el

clima emocional de la casa es punitivo y de control, provocó mayor sintomatología depresiva en sus hijos adolescentes, probablemente porque estos ambientes impiden que el adolescente se sienta acogido, escuchado y que pueda desarrollar su “yo” mediante la oposición y negociación. En este mismo sentido, el tipo de Cohesión familiar, fue otro factor que explicó la Depresión, siendo las familias más desvinculadas, demasiado independientes y poco afectuosas las que más se relacionaban con la sintomatología depresiva.

Asociado a esta explicación de la constitución de la familia, la baja Autoestima y la baja percepción de Autoeficacia también fueron variables de peso que explicaron la Depresión en los jóvenes chilenos. Probablemente vivir en ambientes familiares disfuncionales impiden el desarrollo óptimo de estas variables personales, como también desenvolverse en ambientes escolares poco facilitadores, como apareció en el perfil del adolescente, en que había una serie de factores de riesgo, que no ayudan a desarrollar una buena autoestima, y una buena percepción de autoeficacia.

Entendiendo este modelo de funcionamiento de la Depresión, otra ventaja de este estudio es que da luces acerca de las variables a las cuales apuntar en el trabajo de prevención, y clínico. La familia, la escuela, debe estar atento a lo que le pasa a los jóvenes, por lo cual se debe hacer un trabajo preventivo con las madres y con los jóvenes, en términos de apoyar la crianza, y estimular el mejor desarrollo de la autoestima y la percepción de autoeficacia.

Para los psicólogos clínicos, esta investigación puede dar luces en cómo intervenir con las familias de adolescentes depresivos, qué buscar en las entrevistas con los padres y cómo apoyarlos en los cambios, y con ellos trabajar estas cogniciones negativas depresógenas acerca de sí mismo, como son el pensamiento de autodevaluación, la falta de energía para emprender actividades y probar cosas nuevas.

En esta misma línea, se encontraron factores protectores, que a pesar de que no se integraron en ningún modelo predictivo, se pudieron observar a través de los distintos análisis estadísticos, como por ejemplo en el caso de las familias, vivir en ambientes cálidos y afectuosos en la adolescencia, lo que no es fácil, ya que en la adolescencia es un período de muchos conflictos con los padres, pero será un factor protector el que los padres puedan crear un clima de aceptación y afecto a pesar de los conflictos y cambios que se producen en esta etapa.

En cuanto a los resultados globales de Autoestima y la percepción de Autoeficacia, en la medida de que se usaron pruebas validadas y empleadas en distintas investigaciones internacionales, los encuentros acerca de éstos se ajustaron a lo esperado.

Con los estilos de crianza, a pesar de que no tuvieron un peso significativo en el modelo predictivo, mostraron lo que ya se estaba estudiando en otros países de habla hispana, que fue que el estilo más frecuente de crianza era el autorizativo y el indulgente.

Dada la gran cantidad de variables que se manejaron en este estudio, no se hicieron análisis de una serie de combinaciones que habrían sido muy interesantes, como por ejemplo el sexo: con los estilos de crianza, con la autoestima y con la autoeficacia; ya que

la adolescencia es algo distinta en hombres que mujeres, y la Depresión se da en una proporción dos veces más en las mujeres que en los hombres.

También habría sido interesante estudiar otros factores de riesgo que se vieron en el marco teórico como por ejemplo la edad de la menarquia y la Depresión, edad de los padres y la Depresión, etc. Todas estas inquietudes ojalá más adelante puedan plasmarse en nuevas investigaciones y publicaciones.

Dentro de las limitaciones de este estudio fue que estadísticamente el *tamaño del efecto* de las variables relacionadas con la Depresión no fue de gran magnitud, sino de mediana y pequeña. Lo que hace que este estudio requiera una interpretación de los resultados con precaución, no obstante como fue dicho en el capítulo anterior, muchos de los resultados a pesar de presentar un *tamaño del efecto* pequeño, eran acompañados de estudios internacionales que los validaban o los fortalecían.

Otra limitación también en este trabajo es que sólo se tomó la Depresión como variable psicopatológica y no se consideró la comorbilidad con otras patologías como por ejemplo la ansiedad, lo que hace que los resultados no sean tan puros. En otras investigaciones sería interesante tomar la comorbilidad con el fin de despejar más la variable Depresión.

Otro aspecto que careció esta investigación, fue que no se tomó en cuenta la relación de los adolescentes con sus pares, tema que es fundamental a esta edad, pero esta fue una decisión del investigador ya que no se podía trabajar con más variables en ese momento.

Pero es muy importante considerar esta variable con relación a la Depresión adolescente, ya que el grupo de pares es tremendamente significativo a esta edad.

Otra limitación del estudio fue que sólo se usó como fuente de información la percepción del adolescente, y habría sido interesante sobretodo en la relación de funcionamiento familiar y estilos de crianza la percepción de los padres. Esta fue una decisión que se tomó dado que las investigaciones muestran que hay mucha diferencia entre la percepción de los padres, profesores y el propio adolescente.

Con respecto al Modelo Circumplejo sería interesante estudiar cómo se comporta éste específicamente en familias de adolescentes, ya que no se observó esta relación curvilínea que se esperaba, sobre todo para la adaptación familiar, lo cual puede obedecer a que las familias con hijos adolescentes tiene otras demandas que no son concordantes a las definiciones conceptuales que hace el modelo de las familias balanceadas.

En síntesis esta investigación tuvo por objetivo crear un Modelo explicativo y predictivo de la Depresión para adolescentes chilenos de clase media, para lo cual se escogieron un conjunto de variables relacionadas con el área familiar y personal del adolescente. Este modelo explicó en forma bastante robusta la Depresión, en base a el estilo de socialización de tipo coercitivo/impositivo que ejerce la madre, lo que se refiere al clima en el cual la madre realiza la socialización de sus hijos, como el tipo de Cohesión familiar que se manifestaba en la casa, observándose que hogares sentidos por el adolescente con baja Cohesión , presentaban mayor Depresión. De las variables personales (o propias del adolescente) la baja Autoestima fue un factor relevante al momento de explicar la Depresión, al igual que la baja percepción de Autoeficacia, es decir, pobres auto conceptos,

asociados a percepción de falta de eficacia personal, fueron factores de riesgos que explicaron la Depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1980). *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané Balladriga, M., Viñas, F. y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Acosta, B., Padilla, J.L., Sánchez Santa-Bárbara, E. y Guevara, M. (2004). Autoeficacia General en México y España. *Encuentros en Psicología Social*, 2(1), 247-251.
- Adams, M. y Adams, J. (1991). Life events, depression, and perceived problem solving alternatives in adolescents. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 32, 811-820.
- Adimark. (2008). *Encuesta Nacional Bicentenario* (Universidad Católica-Adimark: Una Mirada al Alma de Chile). Recuperado en: http://www.adimark.cl/.../02_01_08
- Aguirre, C. y Vauro, R. (2009). Autoestima y Autoeficacia de los Chilenos. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 111-116.
- Alaéz Fernández, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(14), 525-532.
- Alaéz Fernández, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (1998). Características de la Población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de Salud comunitario (CIS de Hortalezas) I: los padres como informantes. *Clínica y Salud*, 9 (3), 563-596.
- Álamos, MT. (1981). *Investigaciones de la evolución Psicológica durante la edad juvenil en jóvenes Chilenos*. (Trabajo de grado de licenciatura, Psicología) Pontificia Universidad Católica, Chile.
- Almonte, C., Montt, M. y Correa, A. (2009). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.

- American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV - TR)*. (revised 4th ed.). Washington, DC: Autor. (Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, 2000).
- American Psychiatry Association (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental disorders (DSM III-R)*. (revised 3th ed.). Washington, DC: Autor. (Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, 1987).
- Angold, A. y Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *The American journal of psychiatry*, 150(12), 1779-1791.
- Aseltine, R., Brown, G. y Harris, T. (1994). Depression and the Social Developmental Context of Adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 67, 252-263.
- Atzaba-Poria, N., Pike, Alison. y Deater, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 707-718.
- Avendaño, M.J. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 165-172.
- Babler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la Autoeficacia: adaptación española de la escala de Autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2,1-8.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C. y Caprara, G.V. (1999). Self- efficacy Pathways to Childhood Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 2, 122-147.
- Barber, B. (1996). Parental Psychological Control: Revisiting a neglected construct. *Child development*, 67, 3296-3319.

- Barriga, M. (2008). *Estrategias de afrontamiento, percepción de Autoeficacia y rendimiento académico en adolescentes de colegios municipales de Talca*. (Trabajo de grado de Licenciatura, Psicología). Universidad de Talca, Chile
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monograph*, 75, 43-88.
- Beck, A. (2008). Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect*. Nueva York: Harper and Row.
- Beck, J. y Shaw, D. (2005). The influence of perinatal complications and environmental adversity on boy's antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (1), 35-46.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Benitos, A., Aparicio, M. y Briones, A. (2000). Síntomas de Depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 1-1.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Feleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La Depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, 46 (5), 417-424.
- Bernaras, E.; Jaureguizar, J.; Soroa, M.; Ibabe, I. y de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29 (1), 131-140.
- Berwart, H. y Zegers, B. (1980). *Psicología del Adolescente*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Beardslee, W.; Gladdstone, T.; y O'Connor, E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 1098-1109.)
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Dahl, R., Rabinovich, H., Ambrosini, P., Al-Shabbout, M., Novacenko, H., Nelson, B. y Puig-Antich, J. (1992). Dexamethasone suppression test in children with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 31, 291-297.
- Birmaher, B., Dahl, R., Perel, J., Williamson, D.E., Nelson, B., Stull, S., Kaufman, J., Waterman, G., Rao, U., Nguyen, N., Puig-Antich, J. y Ryan, N. (1996). Corticotropin – releasing hormone challenge in pre-pubertal major depression. *Biological Psychiatry*, 39, 267-277.
- Blader, J. (2006). Which family factors predict children's externalizing behavior following discharge from psychiatric inpatient treatments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1), 62-70.
- Blanco, A. (2010). Creencias de Autoeficacia de Estudiantes Universitarios: Un Estudio Empírico sobre la Especificidad del Constructo. *Relieve*, 16(1), 1-28. Recuperado en http://www.uv.es/RELIEVE/v16n1/RELIEVEv16n1_2.htm
- Boyd, R.; Waanders, C. (2013). Protective factors for depression among african american children of predominately low-income mothers with depression. *Journal of Child and Family Study*, 22, 85-95.
- Bornstein, M., y Putnick, D. (2007). Chronological Age, Cognitions, and Practices in European American Mothers: A Multivariate Study of Parenting. *Developmental Psychology*, 43 (4), 850-864.
- Bowlby J. (1969). Attachment and Loss. *Attachment*, (volume 1) New York: Basic Books.
- Bragado, C. y Bersabé, R. (2000). En busca de factores de riesgo específicos de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Clínica y Salud*, 11(3), 351-369.

- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Brenlla, M.E., Aranguren, M., Rossaro, M.F. y Vásquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*, 27(1), 77-94.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The Ecology of Human Development: history and Perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Burke, J., Loeber, R., Lahey, B. y Rathouz, P. (2005). Developmental transitions among affective and behavioural disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1200-1210.
- Burke, P. y Puig-Antich, J. (1990). Psychobiology of Childhood Depression. En Lewis; S., Miller (Ed.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (capítulo 25). New York: Plenum Press.
- Caballo, V. y Simón, M.A. (2006). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales*. Pirámide. Madrid.
- Cáceres, C. y Collado, R. (1994). *Estandarización del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) versión adaptada por Coggiola y Guillon, a la Población escolar de ambos sexos, de 8 a 14 años, del Gran Santiago*. (Trabajo de grado de Licenciatura, Psicología), Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Cadavid, N., Delgado, A. y Prieto, G. (2007). Construcción de una Escala de Depresión con el Modelo de Rasch. *Psichotema*, 19 (3), 515-521.
- Calvin, M.E. (2001). *Género, Salud mental y Violencia*. Documento 7, OMS. Recuperado en <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/mentalhealthandviolence.pdf>
- Camarasa, E. (2005) Adolescencia y Autoestima. En Doménech y Llabería (ed.), *Actualizaciones en Psicología y psicopatología de la Adolescencia: La Personalidad y sus Trastornos en la Adolescencia*. Barcelona: Bellaterra, Universita Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions.
-

- Cano, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski, ¿dos caras de la misma moneda?, *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVII (2), 148-166.
- Capaldi, D. M. y Stoolmiller, M. (1999). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology*, 11,59-84.
- Cardenal, V. y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la Escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24(1), 101-111.
- Carrasco, M.A. y Del Barrio, M.V. (2007). Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology. *Psicothema*, 19(1), 43-48.
- Carrasco, M.A. y Del Barrio, V y Rodríguez, J.F. (1999). *Estructura de Personalidad y Problemas Infantiles*. (Simposio Internacional sobre Depresión. Noviembre. Granada).
- Carrasco, M.A. y Del Barrio, M.V. (2002). Evaluación de la Autoeficacia en Niños y Adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 323-332.
- Carrasco, M.A. y Del Barrio, M.V. (2002). Diferentes Dominios de la Autoeficacia Percibida en Relación con la agresividad Adolescentes. *Clínica y Salud*, 13 (2), 181-194.
- Carrasco, M.A., Del Barrio, M.V., y Rodríguez, J. (2000). Sintomatología Depresiva en Escolares de 12 a 16 años Y su Relación con las Distorsiones Cognitivas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 45-70.
- Cartagena, L. y Cherniavsky, M.F. (2008). *Estudio Descriptivo: estilos Parentales en padres adoptivos*. (Trabajo de grado de Licenciatura, Psicología) Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Carter, A., Briggs-Gowan, M. y Orstein, N. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and Psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 45(1), 109-134.

- Cava, M.J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescents. *Actas de VIII Congreso Nacional de Psicología, 1(1)*, 23-27.
- Chan, P.; Doan, S.; Tompson, M. (2014). Stress generation in a developmental context: The role of youth depressive symptoms, maternal depression, the parent-child relationship, and family stress. *Journal of Family Psychology, 28(1)*, 32-41.
- Chen, S.; Chiu, C. y Huang, C (2013). Self-esteem and Depression in a Taiwanese Population: A meta-analysis. *Social behavior and Personality, 41(4)*, 577-586.
- Chen, H. (2013). Robust Protective Factors for African American Youths who have a parent with depression. *Social Works Research, 37(2)*, 121-132.
- Cicchetti, D. y Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescent. *American Psychologist, 53*, 221-241.
- Cid, A., Díaz, R. y Espíndola, P. (2005). *Estilos explicativos y sintomatología depresiva en la población adulta y adolescente de la Región Metropolitana*. (Trabajo de grado de Licenciatura, Psicología), Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.
- Cid, P., Orellana, A. y Barriga, O. (2010). Validación de la escala de Autoeficacia General en Chile. *Revista médica de Chile, 138 (5)*, 551-557.
- Coggiola, A. y Guillon, M. (1991). *Adaptación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) para Niños entre 8 y 14 años de la Región Metropolitana*. (Trabajo de grado de Licenciatura, Psicología), Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: LEA
- Cole, D. y Rehm, L. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14*, 312-321.
-

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2002). Estudio Nacional de Consumo de Drogas. Ministerio del Interior, Chile. Recuperado en <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/.../>
- Costello, C. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforce effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Costello, J., Mustilo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60, 837-844.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, MJ. y Silva, M. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de Enseñanza Media. *Revista chilena de pediatría*, 78 (2), 151-159.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, MJ. y Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la Depresión en niños y adolescentes. *Psykhé*, 15(1), 57-6.
- Cova, F. y Maganto, C. (2005). Diferencias de género en preadolescentes en la vulnerabilidad a presentar comportamientos desadaptativos en condiciones de adversidad familiar. *Clínica y Salud*, 16(1), 91-106.
- Craighead, W.E., Curry, J.F., y Ilardi, S.S (1995). Relationship of Children's Depression Inventory factors to Major depression among adolescents. *Psychological Assessment*, 7,171-176.
- Cumsille, P. y Martínez, M.L. (1997). Síntomas de Depresión en Estudiantes de Enseñanza Media de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*, 68(2), 74-77.
- Cytryn, L. y McKnew, D.H. (1974). *Affective disorders in basic handbook of child Psychiatry* (volume 2). New York : Basic Books
- Dahl, R., Ryan, N. Perel, J., Birmaher, B., Shabbout, M., Nelson, B. y Puig-Antich, J. (1994). Cholinergic REM induction test with aercoline in depressed children. *Psychiatry Research*, 51, 269-282.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting Style as context: an integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487-496.

- Del Barrio, V. (2002). Investigaciones en Depresión Infantil. En Maganto, C., *Investigaciones en Psicología Clínica* (Cap 3). San Sebastián: Abaceta Psicología
- Del Barrio, V., Moreno, C., López, R. (1999). The Children's Depresión Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (1997). Ecology of Depresión in Spanish children. *European Psychologist*, 2, 18-27.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. y Olmedo, M. (1997). Anxiety, depression and personality structure. *Personality and Individual Differences*, 23, 327-335.
- Del Barrio, V., Silva, F., Conesa-Peraleja, C.D., Martorell, M.C. y Navarro, A.M. (1993). Escala de Evaluación de la Depresión (EED). En F. Silva y M.C. Martorell (ed.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ)*: (55-82). Madrid: MEPSA.
- De la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996). Validez convergente y discriminante de la entrevista diagnóstica estructurada para niños y adolescentes (DICA-R). *Clínica y Salud*, 7(2), 181-194.
- De Oliveira, E., Marin, A., Frizzo, G. y Rosato, C. (2002). Estilos Parentais Autoritario e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 1-11.
- Díaz, M.R., Gual, A., Serrano, L., Costa, S., Ferri, M.J. y Grau, C. (2001). Programa ALFIL: evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos alcohólicos. *Adicciones*. 13(1), 39-49.
- Dix, T., Gershoff, E., Meunier, L. y Miller, P. (2004). The affective structure of supportive parenting: depressive symptoms, immediate emotions, and child-oriented motivation. *Developmental Psychology*, 40(6), 1212-1227.
- Dobrianskyj, L., Muller, P., Viezzer, A. y Brandenburg, O. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de vista dos pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 323-331.
-

- Dobrianskyj, L., Brandenburg, O. y Viezzer, A. (2003). A relacao entre o estilo parental e o otimismo da crianca. *Psico-Universidade de Sao Francisco*, 8(1), 71-79.
- Domènech, M., Donovanick, M. y Crowley, S. (2009). Parenting styles in a cultural context: observations of “protective parenting” in first-generation latinos. *Family Process*, 48(2), 195-210.
- Domènech, E., Subirá, S. y Cuxart, F. (2004). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía (ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (2da. Edición, 265-277), Madrid: Pirámide.
- Doménech, E. y Corbella, J. (1997). *Aportacions a la història de la psicopatologia infantil*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Doménech, E. y Polaino Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la Depresión infantil*. Barcelona: ESPAXS, S.A.
- Doménech, E. y Polaino Lorente, A. (1988). Breve recuerdo histórico. En Polaino Lorente, *Las depresiones infantiles* (capítulo I). Madrid: editorial Morata S.A.
- Doménech, E., Monreal, P. y Ezpeleta, L. (1985). *Escala de Depresión infantil para maestros ESDM*. Manuscrito no publicado por Universidad Autónoma de Barcelona, unidad de Psicopatología infante Ballaterra.
- Dominguez, M. y Carton, J. (1997). The relationship between self-actualization and parenting style. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(4), 1093-1100.
- Dryfoos, J.G. (1990) *Adolescent at risk: prevalence and prevention*, Londres: Oxford University Press.
- Duna, J., Cheng, H., O'Connor, G. y Bridges, L. (2004). Children's perspectives on their relationships with their non-resident father: influences, outcomes and implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3),553-566.
- Eiser, C., Eiser, J.R., Myhew, A.G y Gibson, A.T. (2005). Parenting the premature infant: balancing vulnerability and quality of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1169-1177.

- El-Sheikh, M. (2005). The role of emotional responses and physiological reactivity in the marital conflict-child functioning link. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1191-1199.
- Elgar, F., Mc Grath, P., Waschbus, C.H., Stewart, S. y Curtis, L. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-59.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034
- Embry, L. y Dawson, G. (2002). Disruptions in parenting behavior related to maternal depression: Influences on children's behavioral and psychobiological development. En J.Borkowski, S., Ramey, C. y Bristol-Powers, M. (Ed). *Parenting and the young child's world* (pp. 203-214). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Enright, R., Lapsley, D. y Shukla, D. (1979). Adolescent egocentrism in early and late adolescence. *Adolescence*, XIV(56), 685-697.
- Erickson M. (1998). Etiological Factors. En Ollendick, M., Hersen (ed.), *Handbook of Child Psychopathology* (cap. II, 3th. Ed), New York: Plenum Press.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Essau, C.A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, 158(1), 35-42.
- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M. y Fernández-Ballart, J. (2004). Psychological problems and associated factors at 6 years of age: Differences between sexes. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 53-62.
- Estévez E., Murgui, S., Moreno, D. y Musitu G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113.
- Estévez E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: the role of parents and teachers. *Adolescence*, 40, 183-195.
-

- Ezpeleta, L. (2005). Prevención en psicopatología del desarrollo. En Ezpeleta (ed.) *Factores de Riesgo en psicopatología del desarrollo* (cap. I). Barcelona: Masson.
- Fañanás, L. (2002). Bases genéticas de la vulnerabilidad a la Depresión. Suplemento 3, 21-42. Recuperado en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple3e.html>
- Ferster, C. B. (1972). Un Análisis Experimental de Fenómenos Clínicos, en Bijou y Ribes: *Modificación de Conducta: problemas y extensiones*. México. Trillas.
- Ferreira, E., Granero, R. , Romero, K.y Doménech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y Sintomatología Depresiva en población Adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 123-135.
- Figueras, A., Amador, J.A. y Cano, L. (2001). *Assessment of depressive symptoms in adolescents with the RADS and the CDI*. (Póster presentado en la 6th EAPA Conference Aachen, Alemania). Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780117>
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Fierro, A. (1990). Autoestima en adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45, 85-107
- Florenzano, R., y Valdés, M. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Universidad Católica de Chile: Santiago.
- Florenzano, R., Sotomayor, P. y Otava, M. (2001). Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (3), 1-7.
- Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y Depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 52, 121–131.

- Fritsch, R., Montt, M.E., Solís, J., Pilowsky, D. y Rojas, M.G. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?, *Revista médica de Chile*; 135, 602-612.
- Fundación Paz Ciudadana (2003): Delincuencia Juvenil en Chile: Tendencias y Desafíos, (Seminario: “Gobierno Local y Prevención en Seguridad Ciudadana). Recuperado en http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20091114185009.pdf
- Gaete, X. y Codner, E. (2006). Adelanto de la pubertad en Chile y en el mundo. *Revista chilena de pediatría*, 77(5), 456- 465.
- Galambos, N., Barker, E. y Krahn, H. (2006). Depression, Self-esteem, and Anger in Emerging Adulthood: Seven-year Trajectories. *Developmental Psychology*, 42(2), 350-365.
- Galaz, J., López, M. y Miranda, C. (2009). *Prevalencia de la Sintomatología depresiva infanto-juvenil de la comuna de la granja mediante utilización del cuestionario CDI y Piers y Harris*. (Trabajo de grado de Licenciatura, Psicología), Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
- Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2009). Factores asociados a la Depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*, 25 (2), 227-240.
- Garaigordobil, M., Pérez, I. y Mozaz, M. (2008). Self- concept, sel-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- Garaigordobil, M., Durá, A. y Pérez, J. (2005). Síntomas Psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-Autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- Garanto, J. (1993). *Trastorno de conducta en la infancia*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias, PPU S.A.
- García, F. y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44, 101-131.
-

- Ge, X., Conger, R. y Elder, G. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37(3), 404-417.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological Theory and women's development*. U.S.A :Cambridge, MA, Harvard University.
- Gómez, C. (2005) La Adolescencia en Chile. En Doménech y Llabería (ed.), *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la Adolescencia (Segunda parte: La Adolescencia en el mundo actual)*. Barcelona: Bellaterra, Universita Autonomia de Barcelona. Servei de Publicacions.
- Góngora, V. y Casullo, M.(2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, Autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González, M.T. (1997). *Trastornos de conducta y personalidad* (Proyecto Docente e investigador). Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Salamanca, España.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J. y Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major Depresión in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 888-899.
- Goodman, S., Rouse, M., Connell,A., Broth,M., Hall,C. y Heyward,D.(2010). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta analytic Review. *Clinical Child Family Psychology* , Rev,80(1).
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zanoló, E. y Artes, R. (2005). Expression of depressive symptoms in a nonclinical Brazilian adolescent sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 129-36.
- Gracia, E., Fuentes, M.C. y García, F. (2010). Barrios de Riesgo, Estilos de Socialización Parental y Problemas de Conducta en Adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 19 (3), pp. 265-278.

- Halgunseth, L., Ispa, J.M., Rudy, D. (2006). Parental Control in Latino Families: An integrated Review of the Literature. *Child Development*, 77(5),1282-1297.
- Hankin, C., Lagarribel, M. y Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433.
- Hankin, B., Mermelstein, R. y Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Developmental*, 78(1), 279-295.
- Hankin, B., Abramson, L., Silva, P. y McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in 10-years Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Inhelder, B. y Piaget, J. (1972). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2003). XVII Censo Nacional Poblacional y de Vivienda, 2002 (Resumen Ejecutivo). Recuperado en: www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf
- Jané, M., Araneda, C., Valero, S. y Dómenech-Llaberia, E. (2000). Evaluación de la sintomatología del pre-escolar: correspondencia entre los informes de padres y de maestros. *Psicothema*, 12(2), 212-215.
- Jones, N., Field, T., Fox, N., Lundy, B. y Teti, D. (1997). EEG activation in one-month-old infants of depressed mothers. *Development and psychopathology*, 9(3), 491-505.
- Jones, D.; Beach, S.y Forehand, R.(2001).Stress generation in intact community families: Depressive symptoms, perceived family relationship stress, and implications for adolescent adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 443-462.
- Kashani J.F., Cantwell, D.P. y Shefim, W.O. (1982). Major depressive disorder in

- children admitted to an inpatient community mental health center. *American Journal of Psychiatry*, 139:671-672.
- Kashani J.F. y Schmid, L. (1995). Epidemiología y etiología de los trastornos depresivos. En M. Shafii y Shafii (ed.) *La Depresión en niños y adolescentes: clínica, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez y Roca.
- Kazdin A; Matson J; Senatore V. (1983). Assessment of depression in mentally retarded adults. *American Journal of Psychiatry*, 140:1040-1043.
- Keller, P., Cummings, M. y Davies, P. (2005). The role of marital discord and parenting in relations between parental problem drinking and child adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 943-951.
- Klein, M. (1962). *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Horme
- Kling, K., Hyde, J., Showers, C. y Buswell, B.(1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125,470-500.
- Knight, G., Yun Tein;J., Shell, R.y Roosa; M. (1992). The Cross-Ethnic Equivalence of parenting and Family Interaction Measures among Hispanic and Anglo-American Families. *Child development*, 63, 1392-1403.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development*. San Francisco: Harper y Row.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. (Documento de Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer). Organización Panamericana de la Salud, Chile.
- Kovacs, M., (1992). *Children's Depression Inventory*. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Kraemer, H., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. y Kupfer, D (2001). How do Risk Factor Work Together? Mediators, moderators, and Independent, overlapping, and proxy risk factor. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.1
- Krauskopf, D. (2000). Participación social y desarrollo en la adolescencia. (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Dina Krauskopf.(ed) Costa Rica: San José. Recupeado en [http:// www. extranet.injuv.gob.cl/.../Documento_%20Participacion](http://www.extranet.injuv.gob.cl/.../Documento_%20Participacion)

- Lamborn, S; Mounts, N; Steinberg, L; Dornbush, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescent from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lefkowitz, M. y Tesini, P. (1981). *Peers nomination inventory*. Albany: New York State Department of Mental Hygiene.
- Lei, H.;Yao, S.; Zhang, X.; Cai, L.; Wu, W.;Yang, Y.; Tan, F. y Zhu, X. (2014). Longitudinal Invariance of the Children´s Depression Inventory for Urban Children in Hunan, China. *European Journal of Psychological Assessment*, 31, 1-10.
- Leitenberg, H., Yost, L. y Carrol-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*, 54, 528-536.
- Leiva-Jimenez, R., Hernández, A.M., Nava, G. y López, V. (2006). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Lemos, S. (2004). Factores de Riesgo y Protección en Psicopatología en niños y adolescentes. En José Buendía (ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes*, (Capítulo 1, Desarrollos actuales.), Madrid: Pirámide
- Lewinsohn, P., Hopos, H., Roberts, R., Seeley, J. y Andrews, J. (1993). Adolescent Psychopathology: I. prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 133-144.
- Lewinsohn, P., Clarke, G., Rhode, P., Hopos, H., Seeley, J. y Andrews, J. (1996). A course in coping: A cognitive behavioral approach to the treatment of adolescent depression. En W.M. Reynolds y P.H. Johnston (ed.) *Handbook of depression in children and adolescents*. Nueva York: Plenum.
-

- Lila, M. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17(1), 107-111.
- López-Soler, C., Puerto, J.C. López-Piña, J.A. y Prieto, M. (2009). Percepción de los Estilos Educativos Parentales e Inadaptación en Menores Pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70-77.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. y Ansseau, M.(2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 157, 98-112.
- Luby, J., Belden, A. y Spitznagel, E. (2006). Risk factors for preschool depression: the mediating role of early stressful life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1292-1298.
- Luszczynska, A. y Gutiérrez-Doña, B. (2005). General Self-efficacy in various domains of Human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Maccoby, E. y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of family: Parent-child interaction. In P.H Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology (vol 4, 1-101)*. NY: Wiley.
- Maganto, C. (2002). *Investigaciones en Psicología Clínica*. San Sebastián: Abaceta Psicología.
- Manso-Pinto, J. (2010). Análisis psicométrico de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista electrónica de trabajo social*, 8, 1-9.
- Marcia, J. E. (1980) *Identity in adolescence*. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wiley.
- Marchetti, B. (1997). *Concetto di se'relazioni familiari e valori*. (Tesis de grado de Licenciatura, Psicología Social). Universita degli Studi di Bologna.

- Marmorstein, N. y Iacono, W. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *Journal of Child and Psychiatry*, 45(2), 377-386.
- Marsh, E. y Graham, S. (2005). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, MA., Simón (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales* (cap. 1). Madrid: Pirámide.
- Martínez, L. (1996). Análisis del comportamiento parental y su aplicación al estudio del maltrato infantil. *Psyche*, 5(2), 137-142.
- Martin-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Martínez, I., García, F. y Yubero, S. (2007). Parenting Styles and Adolescents' Self-esteem in Brazil. *Psychological Reports*, 100, 731-745.
- Martínez, I. y García, F. (2007). Impact of Parenting Styles on Adolescent Self-esteem and Internalization of Values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 338-348.
- Martínez, I., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2012). Family Socialization practices: factor confirmation of the Portuguese version of a Scale for their Measurement. *Revista Psicodidáctica*, 17, 159-178.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2005). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Méndez, J., Olivares, J. y Ros, M.C. (2002). Características clínicas y tratamiento de la Depresión en la infancia y adolescencia. En Caballo & Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescentes* (pp139-185). Madrid: Psicología Pirámide.
-

- Mendoza Solís, L.A., Huerta, E., Vásquez, L., Alfaro, I., Mendoza, H. y Pérez, C. (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos de medicina familiar*, 8(1), 27-32.
- Mènèchal, J. (1998). Historia de la psicopatología. En J, Ménèchal, *Introducción a la Psicopatología* (capítulo I).. Madrid: Alianza Editorial.
- Merikangas, K; He,JP ; Swanson,S; avenevoli, S; Cui, L; Benjet, C; Georgiades, K; Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 49 (10) 980-989.
- Mesa, P. (1986). *El marco teórico de a psicopatología*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Mestre, V., Samper, P. y Pérez, E. (2001). Clima Familiar y Desarrollo del Autoconcepto. Un estudio Longitudinal en Población Adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 243-259.
- Mezuli, A., Hyde, J., Abramson, L. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood. *Developmental Psychology*,.42 (6), 1012-1025.
- Millar, S., Birnbaum, A., Durban, D. (1990). Etiologic perspective on depression in childhood. En M. Lewis, S., Miller (ed.) *Handbook of developmental psychopathology* (chapter 24). New York: Plenum Press.
- MINEDUC (2010). *Metodología para agrupa establecimientos por nivel socioeconómico*. (Prueba SIMCE 4° Básico 2002). Recuperado en: www.mineduc.cl/biblio/documento/396_construccion_de_grupos_comparables_de_establecimientos_SIMCE_2.pdf.
- MINSAL (2009). *Orientaciones técnicas de atención de adolescentes con problemas de SaludMental*. (Ministerio de Salud / subsecretaría de Salud Publica, División de prevención y control de enfermedades / departamento de Salud Mental, Programa

- de salud del adolescente y joven). Recuperado en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>
- MINSAL (2003). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/Informe>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Ens. Secundaria (ESTUDES). Documento recupera en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSansSNS/home.htm
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). Los Adolescentes españoles y su salud. Estudio HBSC. Recuperado en: www.msssi.gob.es/profesionales/SaludPublica/prevPromocion/promocion/SaludJovenes/adolesSalud.htm
- Minuchin S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Editorial Crónica.
- Mosher, R. (1979). *Adolescent's development and education*. U.S.A: Publisher Mc Cutchon Pub.corp.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. y Schouten, E.(2001).he structure of negative emotions in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 331-337.
- Musitu, G. y García, F (2001). *Escala de Estilos de Socialización parental en la adolescencia, ESPA29: Manual*. Madrid: TEA ediciones.
- Muzzo, S; Burrows, R. (1986). *El adolescente chileno: características, problemas y soluciones*. Santiago de Chile: edición Universitaria.
- Nevid, J. (2011). Adolescencia y Adultez. En *Psicología, conceptos y aplicaciones: (Capítulo 10)*. México: Cengage Learning.
- Nigg, J (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3/4), 395-422.
- Nissen, G. (1971). Depressive Syndrome in kindess-und jugendalter. Monograpien aus dem Gsantgebiete der Psychiatrie, Psychiatry Series. Berlin: Springer-Verlag.
-

- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, Blackwell publishers Inc, vol 10, n°5, October. Recuperado en http://www.yale.edu/snhlab/Gender%20Differences_files/Nolen-Hoeksema,%202001.pdf.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. y Seligman, M. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- O'Connor, T., Dunn, J., Jenkins, J. y Rasbash, J. (2006). Predictors of between-family and within-family variation in parent-child relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 498-510.
- Offer, D. (1994). Adolescent Development: A normative Perspective. En *The vital cycle: adolescence*. Anonymous: Nueva York: International Universities Press.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, XIII(1), 9-15.
- Olivari, C. y Barra, E. (2005). Influencia de la Autoeficacia y Autoestima en la Conducta de Fumar en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(2), 5-11.
- Oliveira, E., Marin, A., Pires, F., Frizzo, G., Ravello, T. y Rossato, C. (2002). Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Cojugal e Comportamentos de Externalizacao e Internalizacao. *Psicologia: Reflexao e Criticas*, 15(1), 1-11.
- Ollendick, T. y Hersen, M. (1998). *Handbook of Child Psychopathology*. N.Y and London: Plenum Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1987). *Young's People's Health-A challenge for society*. (Reportes técnicos n°731).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del comportamiento (CIE-10)*. España: Editorial Panamericana.

- Olson,D.H.; Russel,C. y Sprenkle, D.H.(1983).Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Olson, D.H, Portner, J. y Lavee,Y.(1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Minneapolis: Life Innovation.
- Olsson G. y Von Knorring, A. L. (1997). Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: Gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 277-82.
- Palut, B. (2009). A review on Parenting in the Mediterranean Countries, *C.U. Sosyal Bilimler Dergisi*, 35(2) 242-247.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). *Psicología del Desarrollo. Colombia:Mc Graw Hill*.
- Parra, A., y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de la psicología*, 18(2), 215-231.
- Patterson, G.R. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.
- Pennigton, B. y Cicchetti, D. (2005). *The development of psychopathology: Nature o nature*. New York: Guilford Press.
- Pérez, V., Díaz, A. y Vinet, E. (2005). Características Psicológicas de Adolescentes Pertenecientes a Comunidades Educativas Vulnerables. *Psicothema*, 17(1), 37-42.
- Petti, T. (1993). Depresión. En Ollendick, y Hersen (Ed.).*Psicopatología infantil* (capítulo 11). Barcelona: editorial Martínez Roca.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. New York: Harcourt Brace.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Plomin, R. (2005). Finding genes in child psychology and psychiatry: when are we going to be there.*Journal of Child psychology and psychiatry*, 46(10), 1030-1038.

- Polaino-Lorente, A. y Martínez-Cano, P. (1998). *Evaluación Psicológica y Psicopatología de la Familia*. España: Ed. Rialp S.A.
- Polaino Lorente, A. (1995). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En Rodríguez Sacristán (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente* (capítulo 30). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Polaino Lorente, A. y Villamizar, DG. (1988) Diagnostico y evaluación de las depresiones infantiles. En Polaino Lorente. *Las depresiones infantiles* (capítulo IV). Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Ponce, E., Gómez, E., Terán, M., Irigoyen, A. y Landgrave, S. (2002). Validez de Constructo del Cuestionario FACES III en Español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624-630.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M. A., Bernabé, G. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 17(1), 31-36.
- Pons Diez, J y Berjano, E. (1997). Análisis de los Estilos Parentales de Socialización asociados al Abuso de Alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 19(3), 609-617.
- Poznanski, E. y Zrull, J.P. (1970). Childhood depression: clinical characteristic of overtly depressed children. *Archives of general psychiatry*, 23,8-15.
- Puig-Antich,J; Perel, J; Lupatkin, W; Chambers, W; Tabrizi, M; King, J, Goetz, R; Davies, M; Stiller, R. (1987). Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 44, 81-89.
- Puig-Antich,J; Gittelman, R. (1982). Depression in childhood and adolescence. *En Handbook of affective disorders*. New York: Guilfor Press.
- Puig- Antich,J., Chambers,W., Halpern, F., Nalón, C. y Sachar, E. (1979). Cortisol hypersecretion in prepubertal depressive illness. *Psychoneuroendocrinology*, 4, 191-197.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L. y Chambers, W. (1978). Prepuberal major depressive disorder. A pilot study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 695-707.

- Quiceno, J.;Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (2), 155-170.
- Rehm, L.P. y Rokke, P. (1988). Self-management therapies. En: Dobson, K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (136-166.), New York :The guilford Press.
- Reich, W., Shayka, J. y Taibleson, Ch. (1991). *Dica-R DSM-III versión*. Unpublished manuscript. Washington University, Division of Child Psychiatric. St. Louis.
- Rende, R., Birmaher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M., Valeri, S., Chiappetta, L., Rivas, M., Vázquez, JL.y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño de E.G.B. *Psicothema*, 7(3), 513-526.
- Richaud de Minzi, M.C. (2005), Estilos Parentales y Estrategias de Afrontamiento en Niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (1) ,47-58.
- Rivas Terán, M., Vásquez Varquero J. L. y Pérez Alvarez M. (1995) Alteraciones Psicopatológicas en la Infancia: El niño en E.G.B. *Psicothema*, 7(3), 513-526.
- Rivera, C., Bernal, G. y Rosselló, J. (2005). The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 485–498.
- Robins,R., Trzesniewski, K., Tracy,J., Gosling,S. y Potter, J. (2002) Global Self-Esteem Across the Life Span, *Psychology and aging*, 17(3), 423-434.
- Rodrigo; M.J., García, M. y Medina, A. (2006). La influencia de las características personales y contextuales en los estilos de vida en la adolescencia: aplicaciones para la intervención en contextos de riesgo psicosocial. *Anuario de Psicología*, 37(3), 259-276.

- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la Adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3),389-403.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). El hecho sorprendente del enfermar psíquico en la infancia. En J., Rodríguez-Sacristán. *Psicopatología del niño y del Adolescente* (Capítulo I). España: Universidad de Sevilla.
- Rojas, G., Gaete, J., Guajardo, V., Martínez, V., Barroihlet, S., Meneses, J., Fritsch, R. y Araya, R. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista médica de Chile*, 140, 184-191.
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B. y Förster, C. (2009). La Escala de Autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 173,791-800.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and adolescent Self-image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M. (1973). *La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad*. 1ª edición. Bs Aires: Paidós.
- Rothbart, M., Ahadi, S.y Evans, D. (2000). Temperament and Personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135.
- Rowe, R., Simonoff, E., Silberg, J. (2007). Psychopathology, temperament and unintentional injury: cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 48(1), 71-79.
- Rubin, K., Burges, K. y Hastings, P. (2002). Stability and Social-behaviorial consequences of toddlers inhibited temperament and parenting behaviours. *Child Development*, 73(2), 483-495.
- Rudolph, K.; Flynn, M.; Abaied, J.; Groot,A y Thompsom, R. (2009). Why is past depression the best predictor of future depression?Stress generation as a mechanism

- of depression continuity in girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 473-485.
- Rutter, M., Moffitt, T. y Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(4), 226-261.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behaviour*. London: Longmans.
- Ruvalcaba, N.; Gallegos, J.; Flores, A. y Fulquez, S. (2013). Las Competencias Socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente 16*, (29), 55-64.
- Ryan, N., Dahl, R., Birmaher, B., Williamson, D.E., Iyengar, S., Nelson, B., Puig-Antich, J. y Perel, J. (1994). Stimulatory test of growth hormone secretion in prepubertal major depression: depressed versus normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 843-851.
- Sánchez, O. y Méndez, F. (2009). El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. *Clínica y Salud*, 20(3), 273-280.
- Sánchez, G., Jiménez, F. y Merino, V (1997). Autoestima y del Autoconcepto en Adolescentes: una reflexión para la orientación educativa. *Revista de Psicología Pontificia Universidad Católica del Perú*, XV(2), 201-221.
- Sanjuán, P., Pérez, A.M., Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513.
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. y Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*; 136, 317-324.
-

- Sanz J, Navarro M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes Universitarios. *Anal de Modificaión Conductual*, 29, 239-88.
- Saylor, C., Finch,A., .Spirito,A y Benett, B.(1984). The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52,995-967.
- Schildkraut, J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*, 122, 509-522.
- Scholz,U., Gutierrez-Doña, B., Sud, S. y Schwarzer, R. (2002). Is General Self-efficacy a Universal Construct? *European Journal of psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Schmidt, V., Barreyro, J.P. y Maglio, A.L. (2009). Escala de Evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de psicología*, 3(2), 30-36.
- Schmidt, V. (2001). Recursos para el Afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias Drogodependientes. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 76-91.
- Schmitt, D y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-esteem in 53 nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality Social Psychology*, 89,623-642.
- Scholz, U., Gutiérrez, B., Sud, S. y Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct?, Psychometric Findings from 25 Countries, *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242–251
- Schwarzer, R. y Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, Adolescents'Risk-Taking Behaviors, And Health. En *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (cap 6, 139-159) Charlotte: Age Publishing.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco, CA: Freeman.

- Seligman, M; Kaslow, N; Alloy, L; Peterson,C; Tanenbaum,R; Abramson,L. (1984).Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93,235-238.
- Serrano,G., Godás, A., Rodríguez, D., Mirón, L.(1996). Perfil Psicosocial de los Adolescentes Españoles. *Psicothema*, 8(1), 25-44.
- Sepúlveda, G., Almonte, C., Valenzuela, C., y Avendaño, A. (2001). Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años. *Revista chilena de pediatría*, 62(6), 396-403.
- Shaffer, D.y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Mexico: International Thomson.
- Sheeber, L., Davis, B., Leve, C., Hops, H. y Tildesley, E. (2007). *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (1), 144-154.
- Skinner, B.F. (1977). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Skovgaard,AM., Houmann,T., Christiansen,E., Landorph,S., Jorgensen,T.,Olsen, EM., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V. y Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 ½ years of age-the Copenhagen child cohort 2000. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Soufre, A. y Rutter, M. (1984). The Domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55, 17-29.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Steinberg, L. y Sheffield, A. (2001).Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52,83-110.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N., Mounts, N. y Dornbusch, S. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child development*, 65, 754-770.

- Stice, E., Presnell, K. y Bearman, S. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37(5), 608-619.
- Taylor, E. y Warner, R. (2005). Practitioner review: early adversity and developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 451-467.
- Taylor, J.; Grant, K.; Amrhein, K.; Smith, J.; Farahmand, F.; Harrinson, A.; Carleton, R.; Thomas, K.; Lugo-Hernández, E.; Katz, B. (2014). The Manifestation of Depression in the Context of Urban Poverty: A factor Analysis of the Children's Depression Inventory in Low-Income Urban Youth. *Psychological Assessment*, 28, 1-16.
- Terán, M., Vásquez, J.L., Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psichotema*, 7(3), 513-526.
- Twenge, J.M., Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 111(4), 578-588.
- Vallejo, A., Osorno, R. y Mazadiego, T. (2008). Estilos Parentales y Sintomatología Depresiva en una Muestra de Adolescentes Veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 13(1), 91-105.
- Vásquez Barquero, J.L. (1982). Clase Social y Movilidad Social como factores condicionantes de la Salud Mental. *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 47, 24-36.
- Vásquez Morejón, A; Jiménez, R; Vásquez Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Velásquez, E., Martínez, M.L. y Cumsille, P. (2004). Expectativas de Autoeficacia y Actitud Prosocial asociadas a Participación Ciudadana en Jóvenes. *Psyche*, 13(2), 85-98.

- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillan, R., Valdivia, M. y Khon, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140, 447-457.
- Villalobos, M.V., Díaz, A. y Vinet, E. (2005). Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. *Psicothema*, 17(1), 37-42.
- Waterman, G., Ryan, N., Perel, J. , Dahl, R., Birmaher, B., Williamson, D., Thomas, C. y Puig-Antich, J. (1992). Nocturnal urinary excretion of 6 –hydroxymelatonin sulfate in prepubertal depressive disorder. *Biological Psychiatry*, 31, 582-590.
- Waterman, G., Dahl, R., Birmaher, B., Ambrosini, P., Rabinovich, Williamson, D., Novacenko, H., Nelson, B., Puig-Antich, J. y Ryan, N. (1994). The 24-hour pattern of prolactin secretion in depressed and normal adolescents. *Biological Psychiatry*, 35, 440-445.
- Weinberg, W.A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E. y Dietz, S. (1973). Depression in children referred to an education diagnostic center. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072.
- Weisz, J., Stevens, J., Curry. Cohen, R, y Craighead, E., Burlingame, W., Smith, A., Weiss, B. y Parmelee, D. (1989). Control-related cognitions and depression among impatient children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28,358-363.
- Wichstrom, L. (1999). Emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35(1), 232-245.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A. (1997). Depresión y problemas en las relaciones entre iguales. En Wicks-Nelson, & Israel. *Psicopatología del niño y del adolescente* (capítulo 7). Madrid: Pearson Educación, S.A.

- Wiesner, M. y Hyoun, K. (2006). Occurring delinquency and depressive symptoms of adolescent boys and girls: a dual trajectory modeling approach. *Developmental Psychology*, 42(6), 1220-1235.
- World Health Organization. (1987). *Young's People's. A challenge for Society*. Report of study group on young people and health for all 2000. (Technical Report Series, N°731). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Zdanowicz, N., Pascal, J. y Reynaert, C. (2004). ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? *The European Journal of Psychiatry*, 18(4), 215-224.
- Zegers, B., Larraín, M.E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., Diez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(1), 39-54.

ANEXOS

N°1: Carta de Presentación a Padres

Sr. XXXX

Director Colegio XXXXX

Pte.

Estimado Director, mi nombre es Marie José Muñoz Blin, soy psicóloga, trabajo en la Universidad Santo Tomás (sede Santiago), soy Magister en Psicología Clínica Infanto-juvenil, y actualmente estoy haciendo un doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Salamanca, España. Como parte de mi proceso de titulación del doctorado estoy haciendo una investigación acerca de los factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar una Depresión en los adolescentes chilenos. Estoy estudiando estos factores en tres regiones de Chile, Antofagasta, Santiago y Concepción con el fin de poder contribuir a la prevención de la Depresión en jóvenes, uno de los problemas de mayor prevalencia en nuestro país.

Por este motivo me dirijo a usted para solicitarle autorización para aplicar una batería de pruebas a un grupo de sus alumnos del colegio. Esta batería consiste en pruebas para medir Autoestima, Percepción de Autoeficacia, Funcionamiento Familiar, y Estilos de Crianza Parental y Depresión infanto-juvenil.

Si usted me permite acceder a sus alumnos, con el consentimiento de los padres de ellos, me comprometo a entregarle un breve informe de la evaluación de cada uno de estos alumnos y en caso de encontrar problemas importantes a hacer el contacto con los padres con el fin de derivarlos a un especialista.

Esperando su amable acogida y disponibilidad

Atte.

Mg. Marie José Muñoz Blin

Fono: 747990800