

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



TESIS DOCTORAL

**"Ansiedad y depresión en los adolescentes
brasileños de enseñanza media:
comparación con la población española"**

Heloisa M^a Pereira de Melo

Director

Dr. José David Urchaga Litago

Tutor

Dr. Manuel Sánchez Malmierca

2019

Universidad de Salamanca – (INCYL) - Tesis doctoral en Neurociencias

D^a. Heloisa Pereira de Melo

Director de la Tesis: Prof. Dr. José David Urchaga Litago

Tutor de la Tesis: Prof. Dr. Manuel Sánchez Malmierca

Coordinadora del doctorado: Prof^a. Dra. Arantxa Tabernero Urbieta

Tema:

*“Ansiedad y depresión en adolescentes brasileños de enseñanza media:
comparación con la población española”*



D. MANUEL SÁNCHEZ MALMIERCA, CATEDRÁTICO DEL DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA CELULAR Y PATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA Y DIRECTOR DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral, memoria titulada "Ansiedad y depresión en adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española" presentada por Dña. Heloisa María Pereira de Melo, para optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, ha sido realizada bajo la dirección del Dr. D. José David Urchaga Litago, Profesor Titular encargado de la cátedra de la Facultad de Comunicación de la Universidad Pontificia de Salamanca y bajo mi tutela, Dr. Manuel Sánchez Malmierca, Catedrático de Universidad de Histología del departamento de biología celular y patología y en Neurociencias del INCYL, de la Universidad de Salamanca.

Reúne los requisitos necesarios de calidad, originalidad y presentación exigibles para optar al grado de Doctor, por lo que es susceptible de ser sometida a valoración del tribunal encargado de juzgarla.

Y para que así conste, expide y firma la presente certificación en Salamanca a día 20 de diciembre de 2018.



Fdo. Manuel Sánchez Malmierca




UNIVERSIDAD PONTIFICIA
DE SALAMANCA

D. JOSÉ DAVID URCHAGA LITAGO, PROFESOR ENCARGADO DE
CÁTEDRA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA:

HACE CONSTAR,

Que la Tesis Doctoral realizada bajo su dirección por *Heloisa María Pereira de Melo*, con el título "Ansiedad y depresión en adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española", reúne los requisitos necesarios de calidad, originalidad y presentación exigibles para optar al grado de Doctor, por lo que es susceptible de ser sometida a valoración del tribunal encargado de juzgarla.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firma este documento en
Salamanca a 20 de diciembre de 2018.


Fdo. José David Urchaga Litago

Agradecimientos

Hay varias personas a las que me gustaría agradecer en este momento especial de mi vida, en primer lugar, a “Dios”, por estar presente y junto a mí en todas las situaciones (fáciles y difíciles), ayudándome a vencer las dificultades cuando surgen, dándome ánimo y fuerzas para seguir adelante y alcanzar mis objetivos.

A mi familia, agradezco a mis padres Hertz (in memoriam) y a mi madre Clelia (in memoriam), por el ejemplo importante de personas que fueron y lo que me enseñaron a ser, por todos los principios de la educación que me han proporcionado, como no discriminar a las personas por su raza, color o nacionalidad. Además, de a tener una actitud de dignidad y honestidad. Pido un inmenso perdón a Dios y a mi madre, que hoy no está presente en esta vida, perdóname madre, por mi ausencia en los momentos en que más me has necesitado. Mi enorme gratitud a María Leonizia (in memoriam), por el tiempo dedicado a nuestra familia.

A mis hermanos Claudio, Eliane, Petronio y cuñadas (Suzete, Claudia), y sobrinos (Gabriel, Víctor y Sophia), os agradezco de corazón; en especial a mi cuñada Claudia Lucas Paz de Melo, a su madre Dña. Alzira y mi hermano Petronio, que se han dedicado a cuidar de mi madre durante su enfermedad, en la que estuve ausente por motivos de estudios de doctorado.

Me gustaría expresar mi sincera gratitud a todas las personas que contribuyeron y apoyaron en la realización de la presente tesis doctoral.

A mi director, Prof. Dr. José David Urchaga Litago, en primer lugar, por su labor en dirigir esta tesis. Agradezco su dedicación y supervisión, leyendo y destacando de modo eficaz, haciendo las observaciones adecuadas en cada capítulo. Muchas gracias, también por su experiencia, disponibilidad y la ayuda en el tema del análisis de datos estadísticos. Mi gratitud además por su atención, paciencia, sabiduría, comprensión y los consejos pertinentes.

A mi Tutor, Prof. Dr. Manuel Sánchez Malmierca, me gustaría expresar mi sincera gratitud por la oportunidad que me ha dado para desarrollar mi tesis en el Programa del Doctorado de Neurociencias. Ha tenido una actitud muy amable y considerada, tanto él como los demás miembros del Instituto. Aprovecho

también para agradecer a todos los profesionales e investigadores del INCYL, en especial a la Prof^a. Dra. Arantxa Taberero y al Prof. Dr. Juan Carlos Arévalo, también a la secretaria del INCYL, D^a. Beatriz Gallego. Muchas gracias.

Agradezco al Comité de Ética de España (HUSA) y Brasil (CEP/UFPE), por concederme la autorización para esta investigación en ambos los países.

Mi sincera gratitud a todos los directores y profesores de las escuelas/institutos que me han dado su apoyo, autorizando y ayudando en este estudio. A todos los adolescentes de las escuelas/institutos de ambos países, por su participación, además de a sus padres, me gustaría expresar mi sincero agradecimiento.

Mi eterna gratitud a mis primas Rosa Cavalcante Melo, Ivone y al primo José Augusto (y familia), a mis padrinos Lyra y Lucia, que siempre han estado presentes, apoyándome y dándome fuerza durante este periodo en que he estado ausente realizando esta investigación.

Agradezco de modo especial el apoyo, la intervención profesional, la escucha genuina y el estímulo, para que yo pudiera superar mis límites y seguir adelante, que me han dado la Dra. María Luisa García Hernández y la Dra. Edilene Freire de Queiroz, favoreciendo de modo fidedigno a mi desarrollo personal y cognitivo-emocional.

A todas las personas, que han sido citadas y no citadas, pero que han contribuido con su apoyo, demostrando actitudes de amistad, consideración y respeto humano, a través de comportamientos y palabras, dándome fuerza para seguir con mis objetivos; de modo especial a Sebastiana Mateos, Alberto, Pilar, Marconi, Israelita Januario, Luis Enrique y Alcides.

Al Prof. Dr. José Alberto Conderana Cerrillo, por su apoyo incondicional durante mi estancia en España, colaborando para que mi objetivo principal pudiera ser alcanzado, por tanto, le agradezco de corazón todo lo que ha hecho, para que esta tesis fuera elaborada y concluida, además por la indicación de mi director de Tesis.

Mi sincera gratitud a la Prof^a. Dra. Victoria Del Barrio, por la oportunidad y su apoyo, también al Dr. Eduardo Meira por su atención y empeño profesional.

Agradezco de modo especial a Manuel Fernández, por el soporte incondicional y el lado humano, además por sus observaciones pertinentes y el apoyo dado sobre el tema de informática.

Expreso mis sinceros agradecimientos a todo el equipo de la Residencia Colegio de Cuenca de Salamanca, por la atención, el apoyo y oportunidades que me han dado; en especial al director, D. Jaime Fidel Simón Sandoval, a Mari Feli Andrés del Castillo, a Daniel, a Sonia Pedraz Herrero, Azucena y a Hugo; a todas las personas que trabajan en la Residencia, además a la empresa RESA.

Mis palabras de agradecimiento se extienden también a mis médicos, al Dr. Jorge, Dra. Clara, Dr. Ángel, Dra. Irene, Dr. Isidoro, Dr. Antonio, así como a otras personas que fueron importantes en mi estancia en España, como el Dr. Fernando, Dra. María y Dra. María Jesús.

A María Carmen Fernández, a María Dolores Martín de MAPFRE Salud, y a Pablo Rodríguez por todo su soporte y comprensión durante mi estancia en España.

Agradezco también, a Claudio Augusto Pereira de Melo, a Suzete Marcia Q. Brito Melo y a Gabriel Queiroz de Brito Melo, por el apoyo en la organización y estructuración de los cuestionarios de la investigación en Brasil.

Mi gratitud también se extiende a la Prof^a. Belén Celestino, a María García y a Montse por los momentos dedicados en la revisión y corrección de la parte gramatical de la tesis. Además, agradezco a Aretha Campbell por su aportación en la revisión del Abstract.

Agradezco al equipo de la secretaría del Tercer Ciclo (I+D+I), principalmente a Dña. Estela Rodrigo, que siempre tuvo atención y disponibilidad con los alumnos extranjeros, a todos los trabajadores de la secretaría, mi sincera gratitud.

Expreso, además, mi sincero agradecimiento a la Universidad de Salamanca, especialmente al Rectorado, por la oportunidad dada para desarrollar mis estudios de postgrado (doctorado) en esta Universidad de renombre y prestigio.

RESUMEN

El objetivo de estudio ha sido investigar el índice de ansiedad y depresión en adolescentes de educación secundaria, en las ciudades de Recife (Brasil) y de Salamanca (España). Se pretenden resaltar las diferencias asociadas con el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, la comorbilidad y el país.

El interés del tema radica en que actualmente se han detectado en los adolescentes y jóvenes un incremento de problemas psicológicos, los asociados con las emociones, tales como el estrés o la ansiedad, o vitales, tales como el acoso escolar, la violencia, el uso de drogas, o incluso los suicidios.

La selección de la muestra del estudio se ha realizado a través de un muestreo no probabilístico incidental, en el que participaron 447 estudiantes de escuelas públicas secundarias de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años en Recife, Brasil y Salamanca, España.

Se han utilizado tres cuestionarios como instrumentos de evaluación; El Inventario de Depresión Infantil (CDI) por Kovacs (1992); El Inventario de Ansiedad del Estado-Rasgo (STAI) por Spielberger, Gorsuch y Lushene, (2002) y un cuestionario socioeconómico basado en el estudio de clase social (Hollingshead y Redlich, 1958).

La investigación se ha diseñado utilizando un estudio descriptivo, transversal, comparativo y cuantitativo. Los resultados han confirmado la hipótesis de que el sexo está relacionado con el nivel de ansiedad y depresión de los adolescentes e indica que la ansiedad y la depresión han sido más significativas en las adolescentes chicas que en los adolescentes varones. Además, el estudio señala que la edad también está relacionada con el índice de ansiedad y depresión en adolescentes.

Estadísticamente, no se han encontrado diferencias significativas en esta investigación, con respecto a los niveles socioeconómicos de los adolescentes en ambos países.

En cuanto al factor de comorbilidad entre la ansiedad y la depresión en los adolescentes, los resultados enfatizan que existe un índice significativo, especialmente en las adolescentes del sexo femenino.

Además, los resultados no destacaron la variable del país como un factor relevante, aunque Brasil, destaca más prevalencia en el índice de ansiedad y depresión que España.

Palabras clave: anxiety, depression, adolescents, Brazil, Spain.

ABSTRACT

The objective of this study has been to investigate the anxiety and depression index in secondary education adolescents in the cities of Recife, Brazil and Salamanca, Spain. Its goal has been to highlight the differences associated with sex, age, socioeconomic level, comorbidity and the country.

The interesting point in the study lies in the fact that is detected in adolescents, an increase in psychological problems that are associated with emotions such as stress or anxiety, or signs such as school bullying, violence, or the use of drug, including suicides.

The study's sample selection has been carried out by way of an incidental non-probabilistic sampling, in which 447 secondary public-school students between the ages of 13 to 18 years old participated from Recife, Brazil and Salamanca, Spain.

Three questionnaires have been used as evaluation instruments; The Children Depression Inventory (CDI) by Kovacs (1992); The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by Spielberger, Gorsuch, and Lushene (2002), and; A Socioeconomic Questionnaire based on the Social Class Study by Hollingshead and Redlich (1958).

The research has been designed using a descriptive, cross-sectional, comparative and quantitative study. The results confirm the hypothesis that sex is connected to the level of anxiety and depression of adolescents and indicates that anxiety and depression has been more significant in adolescent girls than boys. In addition, the study notes that age is also related to the anxiety and depression index in adolescents.

Statistically speaking, no significant differences have been found in this research regarding the socioeconomic levels of the adolescents in both countries.

With regard the comorbidity factor between anxiety and depression, the results emphasize that there is a considerable index, especially in adolescent girls.

Additionally, the results did not highlight the country variable as a relevant factor, although more prevalence where observed in Brazil in the anxiety and depression index than Spain.

Key words: anxiety, depression, adolescents, Brazil, Spain.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	6
PRIMERA PARTE: INVESTIGACIÓN TEÓRICA	7
CAPÍTULO 1. ASPECTOS DE CONTEXTO Y CONCEPTUALES.....	7
<i>1.1- Sistemas educativos: brasileño y español.....</i>	<i>12</i>
1.1.1- Sistema educativo brasileño	12
1.1.2- Sistema educativo español	26
<i>1.2- Desarrollo de la Adolescencia</i>	<i>37</i>
1.2.1- Adolescencia.....	37
1.2.2- Teorías del desarrollo	39
1.2.3- Autoestima del adolescente	40
<i>1.3- Criterios Diagnósticos de Ansiedad y Depresión (DSM-5)</i>	<i>47</i>
1.3.1- Los Trastornos de Ansiedad	53
1.3.2- Los Trastornos Depresivos	54
<i>1.4- Epidemiología y comorbilidad.....</i>	<i>57</i>
CAPÍTULO 2. MODELOS TEÓRICOS	63
<i>2.1- Teoría y modelos explicativos</i>	<i>65</i>
2.1.1- Modelos explicativos clásicos de Ansiedad y Depresión	67
2.1.2- Modelo de Spielberger (Teoría Rasgo-Estado).....	69
2.1.3- Modelo de Beck	70
2.1.4- Modelo cognitivo-conductual.....	73
2.1.5- Terapia Racional Emotiva (Ellis)	74
2.1.6- Modelos multidimensionales de Ansiedad y Depresión	75
2.1.7- Modelo Bifactorial de Afectividad de Watson y Tellegen.....	76
2.1.8- Modelo Tripartito de ansiedad-depresión de Clark y Watson.....	78
2.1.9- Modelo Cuatripartito de la depresión de Watson	80

2.2- <i>Neurobiología de la ansiedad y depresión</i>	83
2.2.1- Neurobiología de la ansiedad	83
2.2.2- Estructuras neuroanatómicas de la ansiedad	85
2.2.3- Neurobiología de la depresión	89
2.2.4- Los neurotransmisores.....	94
2.2.5- El cerebro del adolescente.....	97
2.2.6- ¿Por qué tiene importancia el género SEXO?	105
2.3- <i>Factores de riesgo</i>	107
2.3.1- Factores genéticos y ambientales.....	107
2.3.2- Factores biológicos	110
2.3.3- Factores socioculturales	113
CAPÍTULO 3. REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	117
3.1- <i>Procedimiento y fuentes de la búsqueda</i>	119
3.2- <i>Estudios con adolescentes brasileños y españoles</i>	121
3.3- <i>Principales conclusiones de la revisión de estudios con adolescentes brasileños y españoles</i>	131
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	139
CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO, DISEÑO Y METODOLOGÍA	139
4.1- <i>Objetivos del Estudio</i>	141
4.2- <i>Hipótesis</i>	141
4.3- <i>VARIABLES presentes en las hipótesis</i>	142
4.4- <i>Procedimiento y Diseño de la Investigación</i>	143
4.5- <i>Muestra</i>	143
4.5.1- Criterios de inclusión/exclusión y criterios éticos	145
4.5.2- Muestra: limitaciones del estudio	147
4.5.3- Procedimiento para la recogida de los datos en la muestra.....	148
4.6- <i>Instrumentos</i>	150
4.6.1- Cuestionario Socioeconómico.....	151
4.6.2- Test STAI	157
4.6.3- Test CDI.....	159

<i>4.7- Análisis estadístico</i>	<i>163</i>
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	165
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.....	181
<i>6.1- Discusión de los resultados</i>	<i>183</i>
<i>6.2- Conclusiones del estudio.....</i>	<i>187</i>
<i>6.3- Perspectivas futuras</i>	<i>188</i>
BIBLIOGRAFÍA	193
LISTA DE ABREVIATURAS.....	221
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS	223
ANEXOS	225

INTRODUCCIÓN

*“El valor de las cosas no está en el tiempo que duran
pero sí en la intensidad con que suceden.
Por eso existen momentos inolvidables,
cosas inexplicables y personas incomparables”.*

(Fernando Pessoa)

Introducción

La presente tesis (*Ansiedad y depresión en adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española*), tiene como objetivo investigar dichas patologías (ansiedad y depresión), pues en la actualidad son consideradas como importantes problemas de salud pública, con significativos costos sociales y económicos.

Nuestro interés por el tema se relaciona con el hecho de que, cada vez más, se observan en la sociedad problemas que envuelven a esta población adolescente: estrés, acoso escolar (bullying), violencia, consumo de drogas, suicidios, etc.

Se espera que este estudio estimule la investigación y discusión sobre un tema muy actual y complejo en relación con los adolescentes, pues no es común encontrar investigaciones que traten estas dos patologías conjuntamente.

El ámbito de este estudio, que enfatiza las patologías ansiedad y depresión, tiene por objetivo destacar y evaluar dichas patologías, ya que son consideradas en el momento actual, como las que más afectan a los adolescentes. Se pretende destacar la categoría de estos síntomas, a través de un estudio comparativo; además de identificar los factores de riesgo a los que son susceptibles los adolescentes.

Se espera que los resultados de la investigación contribuyan a un mejor bienestar físico, cognitivo y emocional de los adolescentes. También se pretende que favorezcan en la efectividad, en el pronóstico, en la intervención y en el tratamiento tanto de la ansiedad como de la depresión, por especialistas en salud, así como por educadores y padres.

Se desea que este estudio pueda fomentar nuevas perspectivas o planteamientos multidisciplinarios ya que dichas patologías (ansiedad y depresión), incluyen las áreas de medicina (neurología, psiquiatría), psicología o educación. Esta investigación asume esta perspectiva multi y transdisciplinaria.

Es importante identificar las causas y los factores de riesgo, de la ansiedad y de la depresión, pues así se podrán mejorar las estrategias de tratamiento e intervención. En la actualidad se consideran que son múltiples, y que proceden del ámbito biológico (genético, psicofisiológico, neuropsicológico), físico, emocional o social.

Como **objetivo general**, la intención ha sido investigar el índice de ansiedad y depresión en los adolescentes de enseñanza media de la ciudad de Recife en la provincia de Pernambuco (Brasil) y de enseñanza media de la provincia de Salamanca (España), además de analizar las diferencias existentes asociadas al género, edad, nivel socioeconómico y al país.

Se subraya además del objetivo general, cuatro objetivos considerados específicos que son:

- Destacar si hay diferencias según el género (sexo), en la incidencia de la ansiedad y la depresión en los adolescentes de enseñanza media de ambos países (Brasil y España).
- Estimar si existe una correlación entre el índice de ansiedad y depresión con el nivel socioeconómico (entre las culturas de los adolescentes de ambos países).
- Observar en qué franja de edad aparecen con más frecuencia estas sintomatologías.
- Verificar si existe un grado de comorbilidad entre la ansiedad y depresión en estos adolescentes.

En la **Primera parte** se aborda la investigación teórica, que se divide en tres capítulos.

En el **Primer capítulo** se describen los *microsistemas educativos brasileño y español*, además se definen el *concepto de adolescencia*, las *teorías del desarrollo y la autoestima del adolescente*. También se analizan los *Criterios Diagnósticos de Ansiedad y Depresión (DSM-5)* y se estudia la *epidemiología y comorbilidad*.

En el **Segundo capítulo** se subrayan los *Modelos teóricos*, que incluyen los *principales Modelos y Teorías sobre ansiedad y depresión*, que se extienden desde los *Modelos Explicativos Clásicos a los Multidimensionales*; asimismo los modelos Bifactorial de Afectividad de Watson y Tellegen (1988), modelos Tripartito de Clarck y Watson (1991) y el modelo Cuatripartito de Watson (2009). En este capítulo también se destaca la *Neurobiología de la ansiedad y la depresión*, así como los *factores de riesgo*.

En el **Tercer capítulo** se realiza una revisión sobre los *estudios en los adolescentes brasileños y españoles y otros países*, sobre ansiedad y depresión.

En la **Segunda parte** de la tesis se estudia la *investigación empírica* que se divide en *tres capítulos*. Evidenciados a seguir:

El primer capítulo de la segunda parte de la tesis, corresponde al **Cuarto capítulo**. En este capítulo se plantea la *metodología con los objetivos del estudio, hipótesis, variables, procedimiento y diseño de la investigación*. Al mismo tiempo, se estudian los *criterios de inclusión/exclusión y los éticos*, el procedimiento para la *recogida de datos y las limitaciones del estudio*. También se incluye en este capítulo los *instrumentos utilizados (cuestionarios) y el análisis estadístico* a través del estudio empírico.

En el **Quinto capítulo** se recogen los resultados a través de exposición de *análisis estadísticos*.

En el **Sexto capítulo** se realiza la *discusión de los resultados*, se plantean las *conclusiones* y se proponen *perspectivas futuras*.

Justificación del estudio

El interés en desarrollar esta tesis sobre “Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española”, se justifica por ser un tema muy actual y además la educación de los centros públicos de enseñanza media o institutos, por el momento, carece de investigación científica.

Se considera que el argumento propuesto es de gran interés para el campo científico, pues los estudios de tipo epidemiológico y comparativos interculturales desarrollados con adolescentes aún son escasos.

Se pretende que esta tesis suscite la investigación y discusión sobre un tema tan actual como complejo en los adolescentes, además de poder identificar el índice de estas sintomatologías dentro de variables como edad, sexo, nivel socioeconómico y el grado de comorbilidad.

De este modo, a la originalidad del tema se añade, el hecho de que, cada vez más, se observan en la sociedad problemas que envuelven a esta población como estrés, depresión, acoso escolar, violencia, consumo de drogas, suicidio, etc.

Se espera que esta investigación no venga a fomentar divergencias entre las partes implicadas, ya que se cree en su propósito positivo, pues dentro de esta perspectiva, este estudio beneficiará a todos.

Se pretende que los resultados de esta tesis tras la investigación realizada sirvan como base para la prevención e intervención por parte de los especialistas del área de salud, los educadores y los padres; beneficiando a estos jóvenes en su desarrollo físico y cognitivo-emocional.

PRIMERA PARTE: INVESTIGACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. ASPECTOS DE CONTEXTO Y CONCEPTUALES

*“Si puedes llegar a través de la nieve, la tempestad y la lluvia,
sabrás que podrás llegar cuando brille el sol y todo esté bien”.*

(Malcolm X)

En la actualidad se desarrollan muchos estudios sobre la sintomatología de la ansiedad y de la depresión en la adolescencia, pues al ser identificadas como trastornos, constituyen un importante problema de salud pública, propiciando considerables costos sociales y económicos.

En Brasil se han realizado pocos estudios epidemiológicos sobre la adolescencia (Bahls, 2002). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad entre los preadolescentes y adolescentes de entre 10-19 años (OMS, 2014).

Se estima que, en el año 2020, la depresión será la segunda causa de inhabilitación humana, superada apenas por los accidentes cerebrovasculares (Aragão, Coutinho, Araújo y Castanha, 2009).

Ambos aspectos (ansiedad y depresión) tienen una demostrada base neurobiológica. El abordaje clínico es multidisciplinar (neurología, medicina y psicología), y esta investigación asume esta perspectiva.

Nuestro objetivo es identificar el índice de ansiedad y depresión, la diferencia y el grado de estas sintomatologías en el ámbito normal y patológico, así como en la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, ya que estas variables son más susceptibles, además de los posibles factores de riesgo a los que son vulnerables los adolescentes.

Cuando se ha planteado estudiar la ansiedad y la depresión en la población de adolescentes, nuestro objetivo principal fue destacar estas sintomatologías desde sus conceptos, teorías psicodinámicas, modelos (como el Tripartito de Clark y Watson, 1991 y Watson, Clark y Tellegen, 1988) y manuales de psiquiatría.

De modo que, si partimos de la idea de que el hombre es en parte un producto del medio en que vive, se puede considerar que el adolescente es el producto de su entorno familiar y social.

Se estima que el hombre de hoy está inmerso en un gran vacío, su intranquilidad y desasosiego lo llevan a una angustia sin fin. De ahí que se considere, que la era de la tecnología, informática, comunicación y consumismo, favorezcan el aumento de estos síntomas. Son muchos los factores que contribuyen a este "nihilismo", vivencia de la nada en la sociedad actual (Rojas,

1995). Esta esencia proviene de una doctrina filosófica, donde se niega cualquier sentido o fin concreto a la existencia humana (Volpi, 2007). Nietzsche, consideraba que el nihilismo era la falta del fin, del sentido, de la respuesta, de las grandes categorías que conllevaran a esta existencia (Serrano, 2005).

Frankl (1991), a través de la teoría de la Logoterapia (logos=sentido, propósito), que se fundamenta en el significado de la existencia humana, destacaba que la primera fuerza que inspira al hombre es la lucha por encontrar un sentido a su propia vida; de este modo enfatiza que:

"Lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado" (Frankl, 1991, p.62).

La ansiedad surge en respuesta a este hombre deshumanizado, marginado por el dominio de la tecnología. Este aislamiento en la sociedad, el culto a lo material, a lo superficial, deja al hombre empobrecido interiormente e insatisfecho consigo mismo (Rojas, 1995).

De manera que, esta sintomatología sumada a la depresión se destaca como una de las enfermedades del hombre moderno.

Según Freud, la ansiedad es la respuesta a la percepción del individuo (de modo consciente o inconsciente) ante una circunstancia de peligro, siendo traducida a determinados estímulos sexuales o agresivos promoviendo la anticipación del ego (Freud, 1964).

De ahí que los psicoanalistas consideren la ansiedad neurótica como una señal de peligro, derivada de los impulsos reprimidos del individuo que surge por el desarrollo de la propia ansiedad objetiva.

La ansiedad fue destacada, desde la psicología de la personalidad, como representación de rasgo y estado (Eysenck, 1967; Gray, 1982; Sandín, 1990).

Para Spielberger (1972), "la ansiedad es un estado emocional de displacer, acompañado por sentimientos de tensión, aprensión o preocupación, resultando la activación del sistema nervioso autónomo."

Spielberger y otros autores, subrayan que la ansiedad según la perspectiva del rasgo (personalidad neurótica), se evidencia por una tendencia particular a responder de modo ansioso (Spielberger, Pollans y Worden, 1984).

Por otra parte, la ansiedad percibida como estado, se establece como una fase emocional transitoria y variable en relación a intensidad y duración (Spielberger *et al.*, 1984; Eysenck, 1967; Gray, 1982; Sandín, 1990).

En lo que se refiere a la depresión, la Organización Mundial de la Salud, la describe como un “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2015).

El concepto de depresión tiene origen en la medicina, especialmente en la psiquiatría, que enfoca la perspectiva biológica del tratamiento con el objetivo de equilibrar el déficit neuro-hormonal a través del uso de fármacos.

Por otro lado, en la perspectiva de la teoría psicoanalítica se utiliza al mismo tiempo los términos melancolía, depresión y luto. Freud (1974) la define, como una “neurosis narcísica”, que se sitúa entre el estado limítrofe de la neurosis y de la psicosis (Peres, 2003).

Según las teorías biológicas, en la década de los años 60, investigadores de EEUU y Europa propusieron hipótesis de las causas de la depresión y consideraban que era debida a una deficiencia en la catecolamina norepinefrina (NE) (aminohormona/neurotransmisor), e indolamina (serotonina (5-HT)), (hipótesis de las aminas biógenas). No obstante, otras investigaciones no comprobaron esta hipótesis, pues opinaban que la deficiencia de las aminas biógenas no era suficiente para el proceso de la depresión (Akiskal, 1995).

La adrenalina, noradrenalina y dopamina pertenecen a una subclase de la monoaminas y son clasificadas como catecolaminas. De ahí que, los estudios biológicos de la depresión enfatizaron las hipótesis catecolinérgicas e hipótesis serotoninérgicas (Carlson, 1996).

Sin embargo, otros estudios que se han realizado en la época contemporánea destacan la influencia de otros sistemas no-monoamínicos, que incluyen componentes del sistema inmune como las citoquinas y los neurotransmisores neuropéptidos (CRF-Corticotrofina, TRH-Tirotrófina, Somatostatina y GHRF-Factor liberador de hormona de crecimiento). Se cree que estos estudios pueden tener una mejor perspectiva de tratamiento para la depresión (Sadek y Nemeroff, 2000).

1.1- Sistemas educativos: brasileño y español

1.1.1- Sistema educativo brasileño

La estructura del Sistema Educativo Brasileño, subordinado a la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (Ley nº. 9.394/96; del 20 de diciembre de 1996) y por la constitución federal de 1988, sitúa a la enseñanza media como etapa final de la educación básica en Brasil y establece esta fase como la conclusión de un periodo de escolarización de carácter general, siendo una etapa intermedia entre la enseñanza fundamental y la educación superior (Ministerio de Educação do Brasil, 2009).

El sistema educativo brasileño ha pasado por varios cambios; sin embargo, aún necesita más inversión para alcanzar el desarrollo, pues no se concibe pensar en este avance económico sin modificar la política educacional.

Se puede considerar un país bastante desarrollado cuando existe un crecimiento económico satisfactorio, con una mano de obra (fuerza de trabajo) calificada y productiva; además de que han de ser suministradas las necesidades económicas (Barr, 2012).

Del mismo modo, es importante que su población presente una baja tasa de analfabetismo y un elevado índice de instrucción.

Las naciones que lucen un mejor desarrollo económico, ofrecen oportunidades a todos, en lo que se refiere a su nivel de educación, contribuyendo para que no haya desigualdad social, independientemente de la raza, el sexo y la edad (Waltenberg, 2015).

No es suficiente que el gobierno brasileño instituya diversos programas sociales que envuelvan la erradicación del hambre, de la pobreza, de la salud y del ámbito socio-educativo. Hay que plantearse acciones coordinadas que puedan optimizar dichos programas en relación al costo-beneficio adecuado, efectividad, objetividad y derechos de los ciudadanos. Como tampoco es suficiente que el gobierno patrocine *materiales multimedia* para las escuelas, implante *el sistema de cotas* para el ingreso en las universidades, que se *extinga la selectividad* (el antiguo *vestibular*) y que se establezca el *examen ENEM*, Examen Nacional de la Enseñanza Media (Ministerio de Educação do Brasil,

1998) con la intención de evaluar la calidad de la enseñanza media. Actualmente ha sido instaurado como pre-requisito para el *acceso a la enseñanza superior (universidades públicas), al programa Ciencias sin Frontera* (becas a estudiantes universitarios brasileños financiada por el gobierno federal para estudiar en universidades del exterior por un periodo delimitado) y a estudiantes de postgrado. Ahora este programa se destina al público de la enseñanza media, con el objetivo de propiciar estudios de idiomas fuera del país.

El Programa Bolsa Familia (PBF) o transferencia de renta y apoyo a la familia, creado por el gobierno de modo oficial por la Ley nº 10.836/04 en 2003, sucedió al Programa Bolsa Escuela. Para acceder al PBF hay condicionantes y compromisos relacionados a los derechos básicos, como educación, salud y asistencia social. El objetivo es conceder un beneficio financiero a las familias que viven en extrema pobreza. Por consiguiente, en lo que se refiere a la educación, el condicionante de este programa requiere que todas las familias con niños y adolescentes dentro de la franja de edad entre los 6 y los 15 años estén matriculados en la escuela y tengan una asistencia mínima del 85% a las clases, además de que los jóvenes entre 16 y 17 años estén matriculados en la escuela y tengan una asistencia mínima del 75% a las clases.

Por todo ello, existe un control o fiscalización por parte de un equipo técnico del gobierno para tener derecho a este beneficio. El éxito del programa ha contribuido a la disminución de la desigualdad social en Brasil, como consecuencia de los incentivos y esfuerzos del gobierno junto con los estados, provincias y el Distrito Federal (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2015).

La educación es un factor muy importante para un país, puesto que el nivel de instrucción implica en varias perspectivas que conllevan al mercado laboral, proporcionando mejores sueldos, puestos de trabajos y su resultado es una mejor calidad de vida.

El absentismo escolar, junto con el fracaso escolar (alto índice de suspensión) y el índice de analfabetismo, aunque haya disminuido, sigue siendo un gran problema en el sistema de educación brasileño. Todo esto contribuye para que haya o se produzca desigualdad y exclusión social.

Además, debe haber también un cambio en la estructura de la enseñanza, pues según Paulo Freire (1983), se debe educar para la autonomía y no para la

pasividad. De este modo, este autor destaca como "educación bancaria" al sistema de educación anti-dialógica, en que no hay un conocimiento, los educandos reciben todo establecido y memorizan de modo mecánico. Para él, este tipo de enseñanza educa a la pasividad y no el desarrollo del pensamiento crítico. El educando actúa como un archivo de las informaciones:

"Los grandes archivados son los hombres, en la medida en que esa educación sin praxis niega la creatividad, no hay transformación, no hay saber, los hombres no pueden volverse autónomos". (Freire, 1983, p.67).

La autonomía y la creatividad deben actuar como factores preponderantes en la educación actual por lo que el educando, para convertirse en un ser independiente, debe desarrollar su potencial para el razonamiento crítico, pues el sistema de memorización restringe a un saber artificial, que es útil en un determinado momento, pero no para su vida práctica y cognoscitiva.

Según los analistas en educación, a partir del final del Imperio e inicio de la República, es cuando se representa una política educacional en Brasil, en consecuencia, del estado. Durante el periodo Colonial (1500-1822) la educación en Brasil estaba bajo el dominio de los portugueses, los cuales ejercían la soberanía sobre los indios y esclavos negros y la franqueaba prácticamente al encargo de la sociedad civil y de la iglesia católica (OEI, 1971).

Durante el Imperio (1822-1889) se delineó una estructura de clases y, a partir de la Primera República (1889-1930), esta pasó a ser reconocida como instrumento de las relaciones de producción (OEI, 1971). Hasta la época de los años 20, las clases sociales que tenían poder económico y político se valían de la educación como un instrumento de movilidad social, como un factor de ascensión social e integración con la clase dominante. La oferta educativa para los niveles medio y primario estaba más limitada, la enseñanza media estaba derivada prácticamente al sector privado (Romanelli, 2007).

Con la transición a la era de la industrialización hubo cambios significativos en relación a la educación, creándose en 1930 el Ministerio de Educación y Cultura, el Sistema Nacional de Enseñanza y se creó la Universidad por la fusión de diversas instituciones independientes de la enseñanza superior (OEI, 1971).

A partir de la Constitución de 1934, se verificó la necesidad de instituirse un Plan Nacional de Educación que administrara las actividades de la enseñanza y que se extendiera a todos los niveles, siendo reglamentadas las formas de enseñanza oficial en cotas fijas, para el gobierno, los estados y los municipios. La enseñanza primaria fue implantada como obligatoria y la enseñanza religiosa pasó a ser de carácter optativo. La Constitución de 1937 estipuló otros parámetros que fueron la enseñanza profesional y la obligatoriedad de las industrias y sindicatos a implantaren escuelas de aprendizaje relacionadas con su especialidad, para los hijos de los funcionarios o sindicalizados. Sin embargo, hasta la mitad del siglo XX, una gran parte de los brasileños era analfabeta. El índice del analfabetismo bajó como consecuencia del proceso de urbanización y del crecimiento demográfico sumados al aumento de la renta per cápita (OEI, 1971).

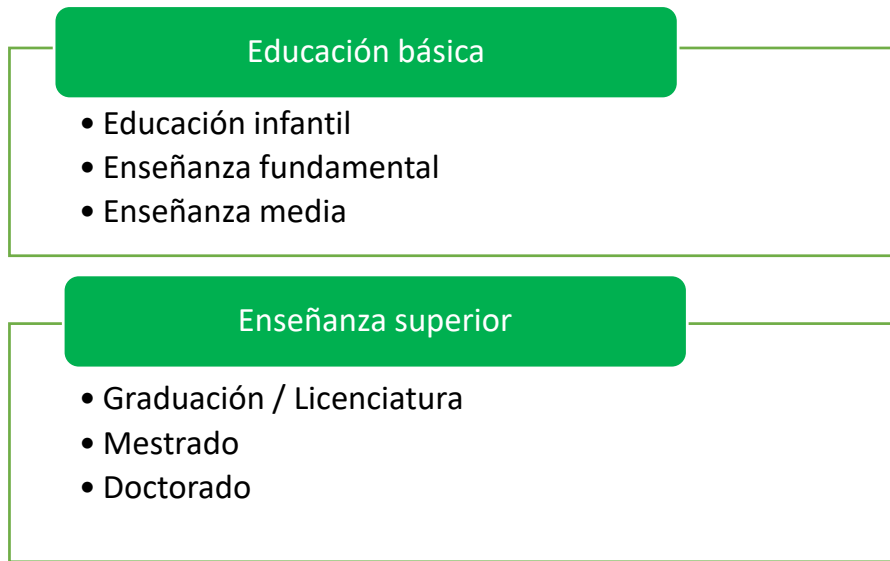
Actualmente la estructura y el funcionamiento de la educación brasileña es consecuencia de la aprobación de la Ley de Directrices y Bases de la Educación (Ley n. 9.394/96; del 20 de diciembre de 1996) vinculada a las directrices generales de la Constitución Federal de 1988 y las demás enmiendas constitucionales en vigor.

A continuación, se describe *la estructura del sistema educativo brasileño* de acuerdo con el art. 21 de la *Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional* (Ley nº. 9.394/96):

- I. *Educación Básica* se divide en: educación infantil, enseñanza fundamental y enseñanza media.
- II. *Educación Superior* se divide en: Grado Superior, Licenciatura, postgrado, master (mestrado, en portugués) y doctorado, curso de extensión.

El objetivo de la *educación básica* es promover el desarrollo del educando ofreciéndole una formación esencial para el ejercicio de la ciudadanía y condiciones para su desarrollo laboral y en estudios posteriores (art. 22 de Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional). Este nivel de educación se desarrolla en la enseñanza regular, en la educación de jóvenes y adultos, en la educación especial y en la educación profesional.

Estructura del Sistema Educativo Brasileño



Las modalidades de la educación básica son:

- *Educación Infantil*: es la primera etapa de la educación básica, desarrollada u ofrecida en guarderías hasta los 3 años y en pre-escuelas entre los 4 y los 6. Su objetivo es el desarrollo integral del niño hasta los 6 años de edad en lo que se refiere a cuestiones físicas, psicológicas, intelectuales y sociales; sumando a todo ello el apoyo de la familia y de la comunidad (art. 29 de Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional).
- *Enseñanza fundamental*: es una oferta gratuita y obligatoria en la escuela pública a partir de los siete años de edad, con matrícula facultativa a los seis años de edad y también a los que no han tenido acceso en la edad propia. Su duración es de ocho años y su objetivo es la formación básica del ciudadano.
- *Enseñanza media*: el ingreso es a partir de los 15 años de edad, su duración mínima es de tres años, es el periodo final de la educación básica por lo que su objetivo es asegurar y perfeccionar los conocimientos adquiridos en la enseñanza fundamental. Actualmente la matrícula en este nivel no es obligatoria, pero la Constitución Federal de 1988, instituye la gratuidad de su oferta y la progresiva extensión de la obligatoriedad.

- *Educación Especial*: para educandos portadores de necesidades especiales (síndrome de Down, autismo, etc.), ofertada en la enseñanza pública regular.
- *Educación de Jóvenes y Adultos (EJA)*: para los educandos que no han tenido acceso o podido dar continuidad de los estudios en la enseñanza fundamental y media en la edad adecuada.
- *Educación Profesional*: para los educandos matriculados al finalizar la enseñanza fundamental, media y superior, además de para el trabajador, joven o adulto (art.39). Constituida para diversos tipos de educación para el trabajo, a la ciencia y tecnología, con el objetivo de desarrollar aptitudes para la vida laboral.
- *Enseñanza superior*: el ingreso es a partir de los 18 años, facultativo a los 17 años, engloba diversas áreas de conocimientos de graduación, licenciatura, post-grado y de extensión. El tiempo de años de estudios es según las áreas y su grado de complejidad. El objetivo es el incentivo a la creación cultural y al desarrollo de la ciencia e investigación, desarrollar el razonamiento crítico, descubriendo el entendimiento y las relaciones entre el hombre y el medio ambiente.

Además de los niveles y modalidades de enseñanza presentados, en Brasil se ofrece también la enseñanza escolar bilingüe e intercultural a las *comunidades indígenas*. Los objetivos son:

- I. "Suministrar a los indígenas y sus comunidades el rescate de sus recordaciones históricas, reafirmar sus identidades étnicas, así como su lengua y ciencias".
- II. "Garantizar a los indígenas y sus comunidades el acceso a las informaciones, conocimientos técnicos y científicos de la sociedad nacional y demás sociedades indígenas y no-indígenas" (art. 78 de Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional).

La educación en Brasil ha sido priorizada a partir de la Revolución de 1930, con el presidente Getulio Vargas en el poder; desde entonces surgió el Ministerio de Educación y Cultura (MEC). En el Siglo XIX, la educación estaba bajo la responsabilidad del Ministerio del Interior, o del Imperio (Brock y Schwartzman, 2005).

Durante el régimen político de Vargas, después de la Revolución de 1930, sucedió un rápido desarrollo económico y de la urbanización, promoviendo una demanda de la educación. En consecuencia, el Gobierno Federal implantó una red de universidades federales, una media de una en cada estado. Además, los gobiernos del estado y municipales expandieron la enseñanza básica y secundaria. Actualmente el gobierno federal suministra 39 universidades y otras 18 instituciones de enseñanza superior, con un 20% de las matrículas de estudiantes. También hay universidades públicas que pertenecen a los gobiernos estatales, aumentando así las matrículas hasta un total del 35%. El Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), tras su rehabilitación, fue encargado de la reorganización de las estadísticas de la educación y de la implementación de tres sistemas de evaluación de la enseñanza: Sistema de Evaluación para la Enseñanza Básica (SAEB), el Examen Nacional para los Estudiantes que concluyen la Enseñanza Media (ENEM) y los exámenes nacionales para los programas de graduación, denominado "*Prova*". Se instituyó la profesión del magisterio en Brasil, con la propagación de la enseñanza básica, de la secundaria y del desarrollo de instituciones con calificación profesional y una certificación legal (Brock y Schwartzman, 2005).

Actualmente según la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB - Ley 9.394 de 20 de diciembre de 1996), todos los profesionales que posean la calificación de magisterio, hasta el año 2020, deberán aportar el certificado de nivel superior en su debida área de conocimiento.

Existe una cuota destinada a la educación, instituida por la Constitución brasileña de 1988, para el Gobierno Federal, consiste en invertir en los gastos de educación con el 18% y el Gobierno estatal y local, con el 25%. Para ello existe el Fondo de Manutención y Desenvolvimento de la Enseñanza Fundamental (FUNDEF), cuyo objetivo era certificar que estos gastos fueran utilizados para los gastos públicos por alumno y profesor a nivel nacional (Castro, 1998; Kolslinski, 2000).

En el momento actual han sido constituidas nuevas leyes de incentivo al aumento de sueldos a los profesores para la mejoría de la calidad de la educación; por consiguiente, ya existe un porcentaje estimado de profesores en Brasil con cursos de postgrado similar al nivel de un máster (*mestrado*), con

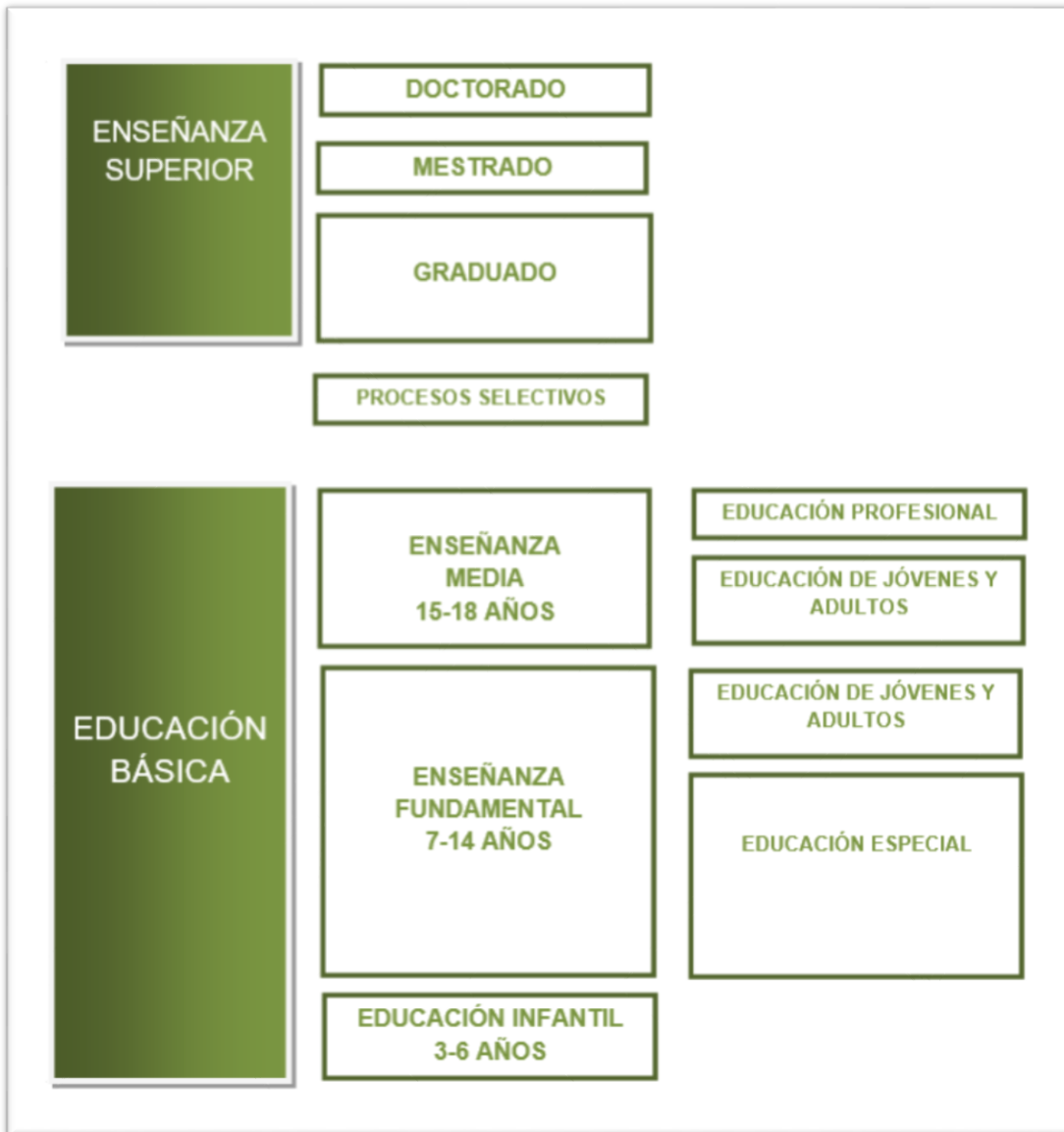
doctorado y postdoctorado (realizados en el país y/o en el exterior; algunos son patrocinados por entidades públicas de apoyo a la investigación, como el CAPS, CNPQ) de manera que como resultado, hubo un incremento de los cursos de especialización y postgrado en Brasil. Estos profesores están vinculados a las universidades públicas de ascendencia del país (INEP, 2016).

Según el Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Brasil invierte alrededor del 5% del producto interior bruto (PIB) en educación, asumiendo la misma perspectiva que España, Italia y Japón, y por encima de Chile y de Argentina. Sin embargo, hay características diferenciales según el tipo de enseñanza: el INEP consideró que para el año 1996, el gasto para un estudiante de la enseñanza superior fue 12,8 veces mayor que para un estudiante de la enseñanza básica y 9,9 veces mayor que para un estudiante de la enseñanza secundaria (INEP, 2016).

Según la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios / Encuesta Nacional por Muestra de Domicílios (PNAD), el 11,4% de los brasileños de diez años y mayor edad, no son capaces de leer y escribir (Queiroz, 2012).

La población de analfabetos en Brasil se compone de niños que tienen dificultad de aprender en la edad adecuada y sólo aprenden en un periodo posterior. Se considera que a los 14 años el analfabetismo en Brasil se limita al 2,5% de esta franja de edad, pero la mayoría de los analfabetos se compone de personas mayores, de edad avanzada, que se encuentran ubicadas en áreas más pobres y también presentan dificultad para aprender, al igual que con los programas de alfabetización desarrollados para ellos (Brock y Schwartzman, 2005).

Figura 1. Estructura del Sistema Educativo Brasileño



Fuente: Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (Ley nº. 9.394/96).

De acuerdo con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2012) en 2012, los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 29 años comprendía el 47,7% del total de la población brasileña. Además, la tasa de ocupación escolar en 2012, para los jóvenes del 15-17 años era 25,3%. Se destaca que 56,7% del grupo de la franja de edad del 15-17 años no frecuentaban la escuela, no trabajaban y ni siquiera tenían el nivel de la enseñanza fundamental completa, de este modo se percibe una diversidad de edad entre los grupos, en relación a la tasa de ocupación y de escolaridad. Por ejemplo, en el grupo de edad del 18-24 años; la tasa de ocupación era más alta cuando se comparaba con el grupo del 15-17 años, de ahí, se destaca una diferencia en la cantidad de aquellos que sólo trabajan.

Cuando se compara el sistema educativo brasileño con el de otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la tasa de matrícula en 2011, para los niños de 3 años de edad, en guardería o pre-escuela, fue inferior a la media (67,4%), así como de otros países de Latinoamérica, como Argentina, México y Chile (IBGE, 2012).

Por consiguiente, fue un gran avance la Ley que determinó la obligatoriedad de la enseñanza básica a partir de los 4 años de edad, ya que en estas edades los niños tienen un mejor desarrollo cognitivo, principalmente al que se relaciona a las habilidades de los procesos del aprendizaje y del lenguaje. Se considera que impedir el desarrollo de estas habilidades en el periodo adecuado, puede perjudicar el desenvolvimiento del potencial humano (Araujo, 2011).

El aumento de la frecuencia escolar en la enseñanza media es otro obstáculo a ser enfrentado por la política de la educación básica obligatoria, pues el índice de crecimiento en 10 años de la frecuencia a la escuela por los jóvenes de la franja de edad del 15-17 años fue sólo el 2,7%. En el año 2002 que era 81,5%, pasó a 84,2% en el año 2012 (IBGE, 2012).

Sin embargo, hubo un aumento del 54% en 2012 en relación a la tasa de adecuación del nivel de educación de los jóvenes de 15-17 años, lo que fomentó la frecuencia escolar en la enseñanza media.

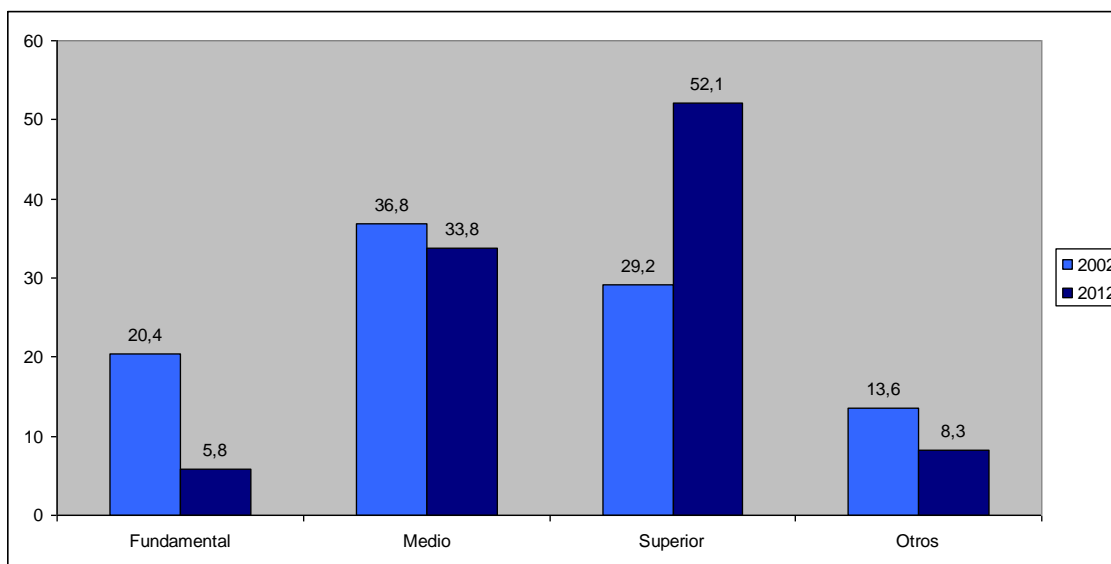
Otro problema destacado en el Sistema Educativo Brasileño se refiere al abandono escolar; en el año 2012, fue de 32,3% de los jóvenes de la franja de edad del 18-24 años, que no tenían el nivel de la enseñanza media concluida y

tampoco frecuentaban la escuela; este índice bajó en 8,8% en los últimos 10 años. Se cree que este hecho conlleva a un factor de desigualdad social para el joven, en relación con su inserción en el mercado laboral.

Además del abandono escolar, la tasa del analfabetismo en Brasil es muy alta, este tema necesita de más planificación por parte del gobierno y de los técnicos del área de educación. En los últimos 10 años hubo una disminución de esta tasa de analfabetismo en las personas a partir de los 15 años, pasando del 11,9% en 2002 al 8,7% en 2012.

Según los datos del IBGE, el grupo en que se destaca el mayor índice de analfabetismo está representado por el sexo masculino (9,0%), entre las personas de raza negra o parda (11,8%) y entre las personas con edad a partir de los 65 años. Además, el índice de analfabetismo es mayor en los grupos más pobres (15%), entre los que viven en la región nordeste (17,4%) y entre los que se ubicaban en las áreas rurales (Ribeiro, 2011).

Gráfico 1. Distribución porcentual de los jóvenes de 15 a 20 años de edad en la enseñanza de Brasil (2002/2012).



Fuente: IBGE, 2012. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002/2012 (PNAD)
(1) Incluyendo máster y doctorado. (2) Selectividad, mayores de 18 años y alfabetización de adultos. (3) Excluida la población rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

En lo que se refiere a la calidad de la educación en Brasil, estudios destacan que hay mucho lo que invertir para que el sistema de educación llegue a alcanzar los puestos de calificación más alto como de los países de más desarrollados. Esto se comprueba a través del resultado del examen PISA

(Programa Internacional de Evaluación Comparada), empleado en 57 países. Este examen destaca que el resultado de los estudiantes brasileños se clasifica en un nivel muy bajo en relación al grupo de las 30 naciones más desarrolladas del mundo que componen la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); ésta analiza y establece orientaciones a nivel internacional sobre los temas de economía, educación y medio ambiente (Ratier, 2008).

Gráfico 2. Proporción de personas de 15 a 17 años de edad que frecuentan la enseñanza media, la fundamental y que no asisten. Brasil - 2002/2012



Fuente: IBGE, 2012. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002/2012 (PNAD).

(1) Excluida población rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

La empresa McKinsey desarrolló un estudio sobre el tema: “¿Cómo los sistemas escolares de mejor desempeño del mundo alcanzan los primeros puestos?”. El estudio fue coordinado por Michael Barber y Mona Mourshed, que realizaron más de 200 entrevistas y visitaron 120 escuelas en 20 países. El objetivo era analizar el éxito del examen PISA en los países que ocupaban los primeros puestos del ranking con los mejores resultados y los que alcanzaban con rapidez (Barber y Mourshed, 2008).

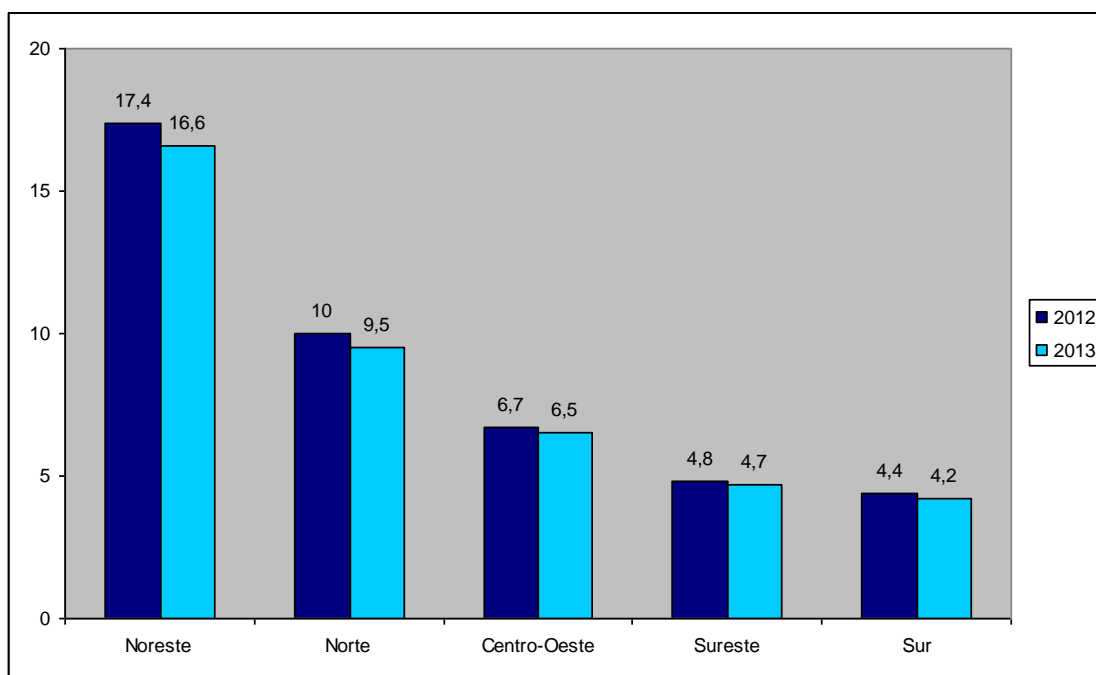
Han sido estudiados 25 sistemas y se ha verificado que los resultados no dependen del contexto cultural. Se destacan varios puntos importantes para que un sistema educacional funcione con éxito:

- Diversos estudios comprueban que la calidad de los profesores es muy importante en un sistema educacional; por lo tanto, su capacitación profesional es muy valorada. Los países de altos desempeños, como Corea del Sur, por ejemplo, selecciona sus futuros profesores de la enseñanza fundamental, con base en el porcentual del 5% de los estudiantes que presentaron un mejor desempeño en enseñanza media.
- Invertir en la calificación del docente; pues no es suficiente contratar los mejores profesores, sin que estos estén actualizados de modo continuo con tutorías, trabajos en equipo, cursos sobre didácticas específicas y para mejora de la estrategia de la enseñanza.
- Cada país emplea un modelo para alcanza el éxito en el sistema educativo, Japón proporciona disponibilidad a sus profesores, para dar tutorías de apoyo a los nuevos estudiantes dos veces por semana.
- Otro ítem importante es no dejar ningún estudiante sin apoyo, para tener un alto desempeño todos los estudiantes deben ser asesorados, para que puedan obtener un buen resultado.
- Finlandia es considerado un país donde los estudiantes presentan el primer puesto en el examen PISA en las asignaturas de ciencias y el segundo en las asignaturas de lectura y matemáticas, de ahí que todos los estudiantes aprenden ya que tienen un profesor de refuerzo para cada siete estudiantes (aquellos que presentan más dificultad); por eso la media suele ser alta.
- Además, es importante calificar a los directores, pues su función es clave, administra los recursos de la escuela con el objetivo de crear un ambiente de aprendizaje. Un buen gestor debe presentar características de liderazgo y aptitudes técnicas. Singapur es un país riguroso en la selección de profesionales para actuar como director de una escuela, adoptan políticas propias para atraer buenos profesionales y los candidatos pasan por una formación de seis meses y hasta a una capacitación fuera de su país.

Para que el sistema de educación en Brasil alcance una buena calidad es necesario que se invierta más en recursos para la educación, como por ejemplo aumentar el PIB. La nación Corea del Sur dedicó el 10% del PIB en educación durante muchos años.

En definitiva, no se puede pensar en calidad sin que se conciba un sistema de evaluación, con la participación de todos; el gobierno, los técnicos de la secretaria de educación, los directores, docentes, padres y alumnos.

Gráfico 3. Evolución de la tasa de analfabetismo en Brasil por regiones en los años 2012-2013.



Fuente: PNAD, 2013.

En suma y como conclusión a todo lo citado anteriormente, para obtener cambios positivos en la política de educación de Brasil se debe mejorar la calidad de la enseñanza pública a todos los niveles de enseñanza, incluso a los adultos jóvenes y personas mayores que no hayan sido alfabetizadas anteriormente y que presentan dificultad del aprendizaje, promoviendo clases de refuerzo para evitar la evasión o el abandono escolar y mejorar el índice de analfabetismo, aumentar los sueldos de los profesores, facilitando el acceso de los mismos a cursos de capacitación o postgrado, así como tener más compromiso por parte del gobierno, de los educadores, de los padres y de los alumnos.

1.1.2- Sistema educativo español

La estructura del Sistema Educativo Español, regulado por la Ley Orgánica de Educación (2/2006, LOE, de 3 de Mayo), sistematiza la estructura y organización en los niveles no universitarios de los estudiantes dentro del Estado Español con diferencias en relación a las distintas Comunidades Autónomas. Se constituye por la educación primaria (6-12 años) y la educación secundaria obligatoria (ESO) (12-16 años), consideradas educación básica, que es obligatoria y gratuita para todos los ciudadanos.

Se extiende a diez años de escolaridad, se desarrolla de forma regular entre los 6-16 años, sin embargo, los alumnos pueden cursar por derecho la enseñanza básica hasta los 18 años cumplidos en el año en que finaliza el curso, según establece la LOE (Eurydice España - REDIE, 2009).

El Sistema Educativo Español a partir del siglo XIX ha pasado por varios cambios desde que fue promulgada la Ley Morano en el año 1857 y se instituyó la obligatoriedad de la enseñanza para los niños en la edad escolar de los 6 a los 9 años de edad ya que su objetivo era regular los niveles educativos y estuvo en vigor hasta el año 1970. A pesar de todo, a principios del siglo XX había un índice del 60% de personas analfabetas en el cual, la mayoría era del sexo femenino (Ortiz de Orruño, 1998).

En el año de 1901 surge la “Escuela Moderna”, introducida por Ferrer que censuró la escuela tradicional y autoritaria admitiendo que esta debería ser libre y no estar bajo las órdenes clericales; además, defendía la educación de las clases sociales, la coeducación por sexos con la participación de los padres y de los alumnos (Domínguez, 2009).

En la primera fase de la dictadura (Miguel Primo de Rivera, 1923), se implantaron diversas escuelas (1923-1927), con una extensión de un total de 27.000 a 30.000 escuelas en España. Sin embargo, la cantidad de niños escolarizados aún era considerada reducida y el 33% de la sociedad española era analfabeta. Sin embargo, durante la dictadura fueron puestas en marcha pocas soluciones para suprimir estos problemas. Con el fin de la dictadura en 1931 y la proclamación de la II República, Marcelino Domingo toma posesión de la Cartera de Instrucción Pública y más tarde, en 1936, vuelve a asumir el mismo puesto con el Partido del Frente Popular en el poder; de ahí que él implantara

algunos cambios y la educación religiosa pasó a ser opcional en la enseñanza primaria y además autorizó el bilingüismo en Cataluña (Ortiz de Orruño, 1998).

En el año 1936, con el Partido del Frente Popular en el poder, hubo una estabilidad y Marcelino Domingo se situó otra vez frente al Ministerio de Instrucción Pública. Él aprobó un plan de calificación para el docente, pues creía que el profesor era la figura fundamental para los avances en la educación dentro del ámbito europeo. En el año 1951, Ruiz Jiménez fue nombrado por Franco para el Ministerio de Educación Nacional, cuyas ideas y estilo eran más apropiados al sistema europeo, de manera que instauró la Ley de Enseñanza Media, fundó el bachillerato y las escuelas de maestría (Ortiz de Orruño, 1998).

Se estableció la educación como obligatoria hasta los 14 años, en 1962, cuando Manuel Lora Tamayo estaba encargado de la cartera de la Educación Nacional; hubo una expansión del número de los universitarios, hasta el momento en que Tamayo fue sustituido por José Luis Villar Palasí y se cambió el nombre del Ministerio otra vez por el de Ministerio de Educación y Ciencia. Así pues, Villar Palasí fomenta el tema de la educación, publicando el "*Libro Blanco*", con temas relacionados con esta área (considerado el primer informe crítico sobre el sistema educativo español). En 1973, Arias Navarro estaba al mando de la presidencia del gobierno y nombró a Cruz Martínez para dirigir el Ministerio de Educación y Ciencia; en su mandato el ministerio pasó por momentos de crisis que terminaron con el cierre de algunas universidades españolas. De manera que, en el año de 1975, se instituye la Ley de Selectividad Universitaria (Ortiz de Orruño, 1998).

En noviembre del año 1975, hubo una fase de transición en España tras la muerte de Franco. Arias Navarro, en diciembre del mismo año, asume el mando por poco tiempo constituyendo su propio gobierno; pero por divergencias con el Rey Juan Carlos I dejó el gobierno en el año 1976. Tras su renuncia asumió el gobierno Adolfo Suárez, con propuestas reformistas, convocando un referéndum para la aprobación de la Ley de Reforma Política y el compromiso de elaborar cambios en la constitución. De ahí que Adolfo Suárez en junio de 1977 sea reelegido y nombra a Iñigo Cavero, catedrático de derecho, para la cartera de ministro de Educación y Ciencia. La Constitución de 1978, en el artículo 27, estableció, a través de un acuerdo entre los partidos políticos, el derecho a la educación para todos los españoles y para la libertad de la

enseñanza. Con el “*Pacto de Moncloa*”, a finales de la década de los años 70, a pesar de la crisis en la educación, se destacó la necesidad de mayor inversión en esta área (Ortiz de Orruño, 1998).

A partir del año 1982, tras las elecciones por la dimisión de Adolfo Suárez, asume el gobierno Felipe González por un periodo de trece años (1982-1996) y él será el responsable de implantar varias Leyes en el ámbito del área de educación durante su régimen.

El Sistema Educativo Español desde el año 1970 hasta hoy ha estado regido por diversas Leyes de Educación. Existen 2 modelos que se consideran como fundamentales: el de la EGB (Educación General Básica), que instituyó la Ley General de Educación (LGE) y el de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria), que instituyó la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE).

Según la Constitución española los principios que rigen el sistema educativo reconocen el derecho a la educación como uno de los derechos esenciales, destacando que ésta debe ser obligatoria y gratuita en su nivel básico con el objetivo de desarrollar de forma plena la personalidad humana, respetando los principios democráticos de convivencia y los derechos y libertades básicas.

Además, establece responsabilidad de los poderes públicos en garantizar la educación, crear centros de enseñanza, inspeccionar y homologar el sistema envolviendo todos los sectores del ámbito educativo y mostrarse de acuerdo a la libertad de creación de centros por personas físicas y jurídicas respetando la constitución (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 2008).

Según el marco legislativo actual que rige y orienta el sistema educativo español formado por la Constitución española del año 1978 y por varias leyes orgánicas, destacan cuatro leyes orgánicas que desarrollan los principios y derechos de la educación:

▪PRINCIPALES LEYES QUE RIGEN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL:

LRU - Ley Orgánica 11/1983 de Reforma Universitaria,

LODE - Ley Orgánica 8/1985 reguladora del Derecho de Educación,

LOGSE - Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo

LOPEG - Ley Orgánica 9/1995 de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros.

▪LEYES QUE HAN SIDO IMPLANTADAS EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL:

▪**LGE*** (Ley 14/1970, de 4 de agosto) (Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa) - (Derogada)

▪**LOECE** (Ley Orgánica 5/1980, Ley Orgánica por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares) - (En vigor)

▪**LRU** (Ley Orgánica 11/1983, de la Reforma Universitaria)

▪**LODE** (Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio que regula el Derecho a la Educación) - (En vigor)

▪**LOGSE*** (Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, Publicado en B.O.E. nº 238, de 21 de Noviembre) - (En vigor)

▪**LOPEG** (Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, sobre Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes, Publicado en B.O.E. nº 278, de 21 de noviembre) - (Derogada; rechazada por el sindicato de los profesores, pues incentivaba la privatización de las universidades públicas)

▪**LOCE** (Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. Publicado en B.O.E. nº 307 de 24 de diciembre)

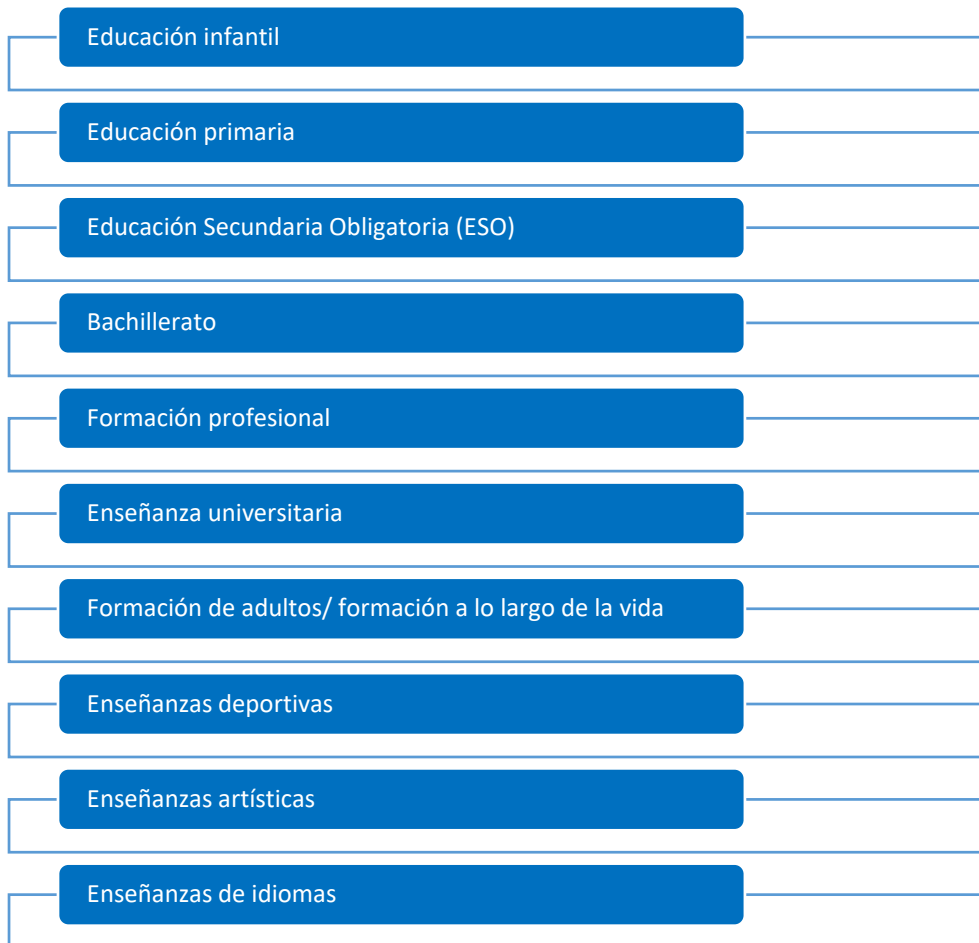
▪**LOE** (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Publicado en B.O.E. nº 106, de 4 de mayo)- (En vigor)

▪**LOMCE** (Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Publicado en B.O.E. nº 295 de 10 de diciembre)- (En vigor)

Obs:** Con la aprobación de la **LOGSE, se ha derogado la **LGE** (Ley 14/1970, Ley General de Educación, que sigue parcialmente vigente).

▪ **LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL**

El Sistema Educativo Español se constituye de diez etapas educativas:



1) EDUCACIÓN BÁSICA

La educación básica es la etapa que corresponde a los alumnos con el rango de edad entre los 0 y los 6 años.

▪ **Educación infantil:**

La Educación Infantil es la etapa educativa que se extiende desde el nacimiento hasta los seis años de edad, con el objetivo de favorecer a este grupo en su desarrollo físico, afectivo, social e intelectual.

Se divide en dos ciclos:

- El primero incluye los niños/as con edades comprendidas entre los 0 y los 3 años;
- El segundo ciclo es ofrecido de forma gratuita e incluye el rango de edad entre los 3 y los 6 años.

El segundo ciclo en España es de carácter voluntario y alrededor del 100% de los niños/as del rango de edad entre los 3 y los 6 años optan por acudir a los centros de forma gratuita. Se considera importante la escolarización de los niños en la edad adecuada, para que alcancen un resultado positivo en el aprendizaje y esto contribuya para el progreso escolar en el futuro. El sistema educativo español implantó el programa “*Educa 3*”, creando plazas para los niños del rango de edad por debajo de los 3 años.

Estas etapas de la educación infantil tienen como objetivo fomentar el desarrollo afectivo, corporal, de la comunicación y del lenguaje, de interrelaciones personales y con el medio ambiente, para el desarrollo de la autoestima y de su autonomía.

▪ **Educación primaria:**

La educación primaria es obligatoria y ofrecida de forma gratuita en España, dentro del ámbito del sistema público. Consta de seis cursos académicos y engloba a los alumnos/as con edades entre los 6 y los 12 años.

El ingreso del alumnado al primer curso de la educación primaria es según el año de nacimiento, debe corresponder con el cumplimiento de los 6 años.

El objetivo de esta etapa de la *Educación Primaria* es fomentar el aprendizaje de la comprensión oral, de la *lecto-escritura*, del cálculo, nociones básicas sobre la cultura, del ámbito de las interrelaciones personales y del trabajo en grupo, favorecer la creatividad, la afectividad, para contribuir al desarrollo de la personalidad y en su formación integral y escolar preparándolos para la siguiente etapa educativa, la de la Educación Secundaria Obligatoria.

Las asignaturas que forman parte de la *Educación Primaria* tienen especialidades constituidas de un carácter global, son impartidas por profesionales capacitados como maestros con competencias en todas las áreas que corresponden a este nivel, pero en lo que se refiere a las enseñanzas de la educación física, la música y a los idiomas extranjeros son impartidas por maestros especialistas en estas áreas.

▪ Educación secundaria obligatoria (ESO)

La *Educación Secundaria Obligatoria* (ESO) es el periodo que sucede a la Educación Básica y es ofrecida de forma gratuita y es obligatoria. La franja de edad comprende entre los 12 y los 16 años. Se compone de cuatro cursos académicos. Sin embargo, los estudiantes pueden cursar en régimen ordinario la enseñanza básica hasta la edad de los 18 años. Pretende dar énfasis a la diversidad y a la orientación educativa y profesional de los estudiantes.

El objetivo de la *Educación Secundaria Obligatoria* (ESO) es:

- Que los estudiantes consigan una base cultural dentro del ámbito humanístico, artístico, científico y tecnológico.
- Adquirir un buen desarrollo en su rutina de estudio y de trabajo.
- Capacitar al estudiante para el ingreso en estudios posteriores, así como su inserción laboral.
- Integrar a los estudiantes para ejercer sus derechos y obligaciones como ciudadanos.

Observaciones: Después de constituida la LOMCE, el estudiante tiene el derecho a la obtención del título de *graduado en Educación Secundaria Obligatoria* (ESO), cuando apruebe el examen final y tenga una calificación en la etapa *igual o superior a 5 puntos sobre 10*.

▪ Bachillerato

El Bachillerato (enseñanza pos-obligatoria) es de carácter voluntario y constituye parte de la ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria), el rango de edad de los estudiantes que acceden es la comprendida entre los 16 y los 18 años; consta de dos cursos académicos. El Bachillerato desde el curso 2015-2016 se constituye en modalidades distintas para que los estudiantes puedan optar por una preparación especializada según sus perspectivas de interés para una futura incorporación laboral.

Las modalidades del Bachillerato son: Ciencias; Humanidades y Ciencias Sociales y Artes.

Los objetivos del Bachillerato son:

- Suministrar a los estudiantes capacitación en el ámbito formativo (conocimientos) para alcanzar la madurez de un modo general y para que

puedan desarrollar sus habilidades con responsabilidad y competencia en la vida laboral y en la sociedad.

- Habilitar a los estudiantes de conocimientos necesarios para el ingreso en la educación superior.
- Proporcionar al estudiante la autonomía para aprender, para el trabajo en equipo para emplear métodos compatibles a la investigación.

Observaciones: Después de constituida la LOMCE, se tiene el derecho a la obtención del título de bachiller, el estudiante que superar el examen final con una calificación en la etapa igual o superior a 5 puntos sobre 10.

▪ **Formación profesional**

La *Formación Profesional (FP)*, es la etapa educativa actual más indicada para el estudiante en busca de una formación especializada para los sectores profesionales y que le permita la inserción en el mercado laboral. La FP responde a la demanda de empleo actual en la sociedad española, esta etapa educativa ofrece más de 150 ciclos formativos dentro de 26 grupos profesionales, apropiando los contenidos teóricos y prácticos a diversas áreas profesionales.

2) EDUCACION SUPERIOR

▪ **Enseñanza universitaria**

La enseñanza superior o educación superior sucede posteriormente a la educación secundaria, es la última etapa de los estudios académicos impartida en las Universidades o instituciones superiores. *En España la duración mínima de los grados es de 180 créditos ECTS y como máximo de 240 créditos ECTS (4 años) o más*, que depende de la especialidad. Dentro de los Países del Espacio Europeo de Educación se establece desde los 180 créditos ECTS a los 240 créditos; por lo tanto, España ofrece condiciones a los estudiantes de otros países de movilidad internacional para adecuar sus estudios.

Para acceder a la enseñanza superior la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de Educación, establece en su artículo 38, que el acceso a los estudios universitarios exigirá además del título de bachiller, la superación de una prueba que permita valorar los conocimientos académicos adquiridos para seguir con

éxito los estudios superiores. Esta prueba, denominada *selectividad*, con temas relativos a las materias de segundo de bachillerato, *dará acceso a diversas titulaciones en las universidades públicas españolas*.

El día 6 de junio de 2014, el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto por el que se restablecen los requisitos de acceso y la normativa básica de admisión a las enseñanzas universitarias oficiales de grado, con base en la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). *Con la reforma educativa a partir del curso 2017-2018, se deroga la selectividad, así pues, se elimina la prueba de acceso a las universidades públicas españolas y se establece el acceso a través del título de bachiller o diplomas equivalentes al ESO*. Se encargarán las universidades de establecer los criterios de valoración a la admisión de los estudiantes, esto incluye a los estudiantes extranjeros.

▪ **Formación de adultos / formación a lo largo de la vida**

La etapa de formación de adultos o formación a lo largo de la vida es una opción formativa ofrecida por el Ministerio de Educación, pues considera que todas las personas deben adquirir conocimientos, habilidades y aptitudes para su desarrollo personal y profesional en su entorno, esto permite una mejor inclusión social y calidad de vida.

▪ **Enseñanzas deportivas**

Esta fase de la enseñanza tiene por objetivo capacitar a los estudiantes para la vida profesional dentro del ámbito deportivo según la especialidad o modalidad que prefieran en los niveles de iniciación, tecnificación y alto rendimiento y preparar los técnicos formados para el mundo deportivo y laboral. Para acceder a esta etapa de enseñanza existe la exigencia de una prueba de carácter específico dentro de la modalidad.

Las enseñanzas deportivas se dividen en *Grado medio*, que incluye: requisitos de acceso, especialidades, evaluación y opciones al terminar las enseñanzas deportivas de grado medio y *Grado superior* que incluye: requisitos de acceso, especialidades, evaluación y opciones para concluir el Grado superior de enseñanzas deportivas.

▪ **Enseñanzas artísticas**

Las enseñanzas artísticas se forman por un grupo de enseñanza del sistema educativo en que su objetivo es facilitar una formación artística de calidad, certificando la cualificación a los futuros profesionales en el ámbito de la música, de la danza y de las artes plásticas, del diseño y de la conservación de bienes culturales.

Estas enseñanzas se componen de:

- Enseñanzas elementales (música y danza)
- Enseñanzas artísticas profesionales: (de música y danza), además de los grados medio y superior de Artes Plásticas y Diseño.
- Enseñanzas artísticas superiores: estudios superiores de Música y Danza; Arte Dramático, Conservación y Restauración de Bienes Culturales; los estudios superiores de Diseño y de Artes Plásticas; los estudios superiores de Cerámica y del Vidrio.

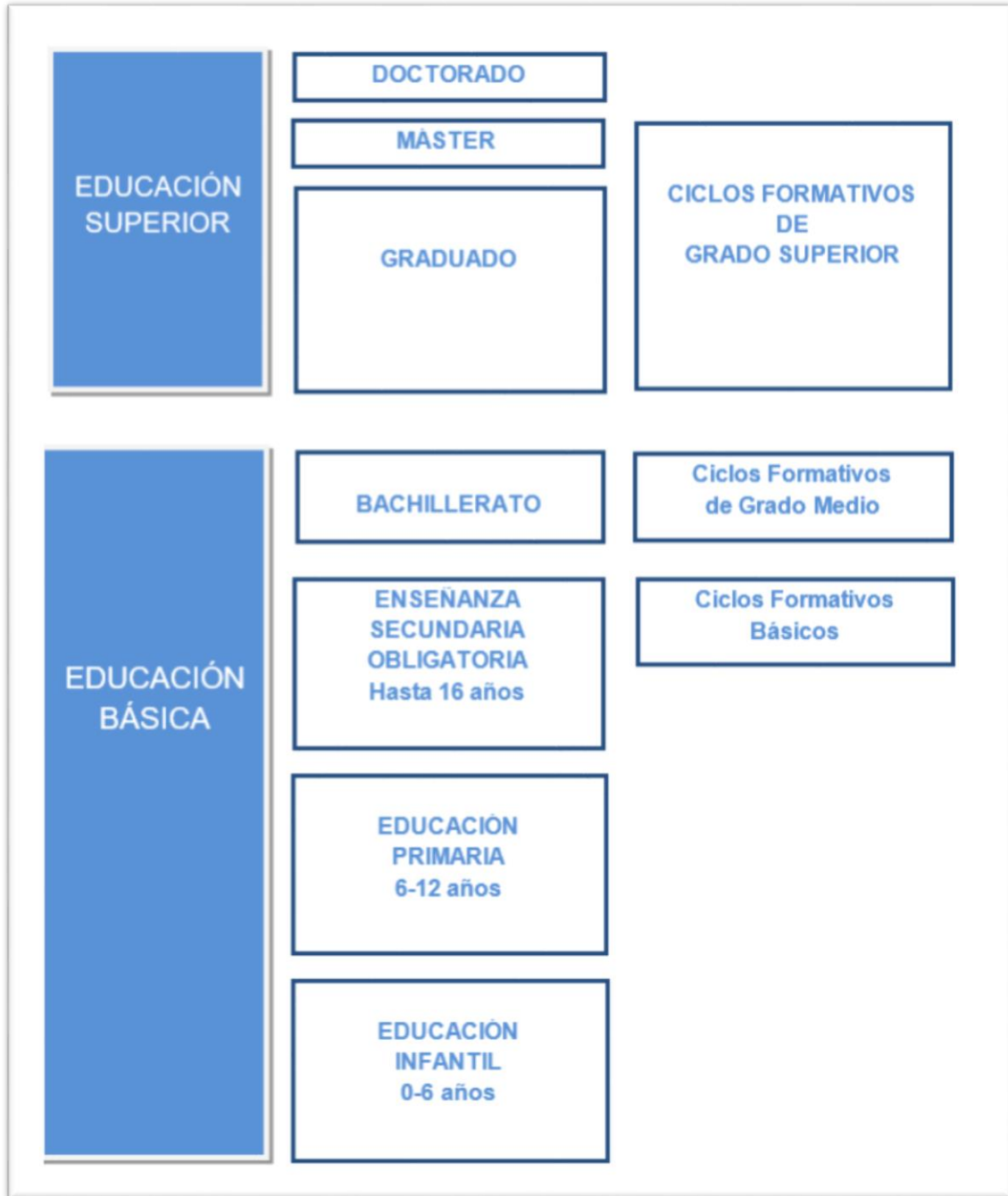
▪ **Enseñanzas de idiomas**

Las enseñanzas de idiomas son ofertadas por el Ministerio de Educación y las administraciones educativas a través de las Escuelas Oficiales de Idiomas (EE.OO.II.) que son instituciones de titularidad pública y se encuentran en diversas comunidades de España. La edad mínima como requisito de acceso es tener 16 años cumplidos, facultativo a los 14 años para solo un idioma y el grado del bachillerato o ESO. Las enseñanzas se imparten desde al nivel básico A2 al nivel C2 del Consejo de Europa.

El objetivo es capacitar a las personas que necesitan adquirir o perfeccionar competencias lingüísticas en uno o más idiomas además de obtener un certificado que acredite el nivel adquirido y que sirven para los programas de becas de movilidad internacional, máster y doctorados.

En las Escuelas Oficiales de Idiomas también se ofrece la enseñanza de idiomas a distancia (Inglés - That's English) desde el nivel básico al nivel Intermedio para adultos. Estos cursos se promueven a través de módulos en la modalidad de Educación a Distancia (Orden ESD/1742/2008, BOE de 17 de junio).

Figura 2. Estructura del Sistema Educativo Español



Fuente: **LOMCE** (Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Publicado en B.O.E. nº 295 de 10 de diciembre)

1.2- Desarrollo de la Adolescencia

1.2.1- Adolescencia

La palabra adolescencia, procede del latín “*adolecere*” y significa crecer hacia la madurez; es el periodo de edad consecutivo a la maduración sexual de la pubertad, en la que todavía no está terminado el desarrollo psíquico. (Dorsch, 2008). Según el *Diccionario de María Moliner* (1999), adolescencia es una palabra de origen latino “*adolescencia*”, que significa la edad del tránsito de la niñez a la edad adulta.

Por lo tanto, muchos autores consideran como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud define que la adolescencia es la etapa que transcurre entre el período de los 10-19 años; la adolescencia inicial ocurre entre (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). De manera que representa la fase de la vida del individuo en que se inician las características sexuales secundarias y se desarrollan los procesos psicológicos entre el período de la infancia a la adultez (OMS, 2001).

El Estatuto del niño y adolescente, conocido como ECA en Brasil, define que el niño es el individuo hasta los 12 años de edad incompletos y el adolescente es el individuo que se encuentra entre los 12-18 años incompletos (ECA, 1990).

Según Freud, la adolescencia corresponde a la etapa genital, que se desarrolla entre los 12-15 años de edad que, tras un período de latencia, la sexualidad deja de realizar sus presiones transitoriamente y se restablece la lucha entre el ello y el yo, promoviendo los cambios biológicos, sometidos a la maduración sexual del individuo (Domínguez, 2008).

En lo que se refiere a la diferencia de sexo, en las mujeres la fase de la adolescencia sucede desde la franja de edad de los 13-18 años y en los varones de los 14-18 años.

Concretamente esta fase se inicia cuando el individuo llega a la madurez sexual y ocurre su emancipación de los adultos. Su límite es a los 17 años, de

modo general en esta edad los adolescentes, se encuentran en el último año de la enseñanza secundaria (Hurlock, 1980).

Por consiguiente, el joven pasa a asumir una posición diferente en su hogar, pues sus padres, ante la expectativa de ingreso en la universidad les dan más prioridad y responsabilidades, en comparación a los hermanos menores (Berger y Thompson, 1997).

Se atribuye que la sociedad y los medios publicitarios favorecen las crisis de los adolescentes en lo que se refiere al consumismo, al sexo y a los conflictos de valores; pues estos medios, no están habilitados para disminuir la inseguridad del adolescente y ampararlo emocionalmente (Castillo, 2001).

Sin embargo, los padres y educadores deben afrontar esta “crisis” con naturalidad, preparando a sus hijos para que pasen por ella con seguridad, advirtiéndoles así, de los riesgos que puedan ocurrir, relacionados con las contribuciones negativas ofrecidas por el medio social o ambiente.

De este modo se considera que en la adolescencia los padres deben educar, fomentando la autonomía, para que sus hijos puedan desarrollarse con sus propias iniciativas, con responsabilidad y madurez.

Según Castillo (2001), diversos autores caracterizaran la adolescencia en tres etapas: pubertad o adolescencia inicial, adolescencia media y juventud o adolescencia superior.

Es importante ver con prudencia la crisis del adolescente y afrontarla con naturalidad, entendiendo al adolescente como parte de un contexto, o sea, incluyendo su historia de vida, pues no son todos los adolescentes los que pasan por una “crisis.”

Según Margareth Mead (1995), no se debe considerar la adolescencia como un periodo de crisis o turbulencia de forma global, pues las características del desarrollo psicosocial no son universales; las experiencias de los adolescentes varían según la cultura (Grossman, 1998; Santrock, 2003; Sprinthall y Collins, 1999).

Actualmente los estudiosos sobre el tema de la adolescencia se preocupan en destacar la interrelación entre los factores biológicos, sociales, cognitivos, conductuales y culturales desde el periodo de la infancia (niñez) a la edad adulta (Adams, Dyk & Bennion, 1990).

1.2.2- Teorías del desarrollo

Las principales teorías del desarrollo tuvieron por objetivo destacar la fase de la adolescencia, considerada como un fenómeno.

Se pueden distinguir cuatro grupos de teoría

En el primer grupo de teorías, Stanley Hall (1904) enfatizó la adolescencia como un periodo emotivo y con diversas situaciones que conllevan al estrés. Hall publicó la obra titulada por *Adolescencia*, la cual destacó la teoría biológica con perspectiva en la difusión de las especies (filogénesis) y en la recapitulación de la expansión del individuo (ontogénesis). Él evalúa las diferencias individuales de los adolescentes y sus características de plasticidad (maleabilidad). Reconoce la importancia de la cultura y en el mismo momento valora las diferencias individuales del adolescente (Arnett, 1999).

Un segundo grupo de teorías, con bases en los presupuestos del psicoanálisis, Sigmund Freud (1856- 1939), no identifica la adolescencia como un periodo diferente en el desarrollo. Destacaba que en la adolescencia se produce una reactivación en forma de maduración genital formada por varios impulsos sexuales y agresivos que ocurren en el niño en las fases de su desarrollo (oral, anal y edípica).

La teoría psicoanalítica considera que lo que desencadena la crisis del adolescente es el despertar de la sexualidad en lo que se refiere al nivel de la maduración genital en el cual el individuo se vuelve capaz biológicamente de ejercer su genitalidad para la procreación (Aberastury y Knobel, 1999).

El tercer grupo de las teorías es el del desenvolvimiento de Erickson, que da énfasis a los aspectos socioculturales de la adolescencia y postula que la formación del comportamiento del adolescente ocurre por influencia del ambiente social inmediato (padres y madres), así como el ambiente social (cultura); destaca las interacciones entre el área intelectual, sociocultural, biológico e histórico, crisis de identidad en la adolescencia (Oliveira, 2006).

Erickson destaca la crisis de identidad, aunque no desconsideraba la teoría del desenvolvimiento psicosexual de Freud, su postulado enfatizaba el problema de la identidad y de las crisis del ego con base al contexto sociocultural.

Para él, cuando el individuo saliera de estas crisis, su ego estaría más fortalecido o más vulnerable, como resultado de su experiencia en el conflicto (Rabello, 2001).

Jean Piaget lidera el cuarto grupo de teorías de la adolescencia, privilegia los procesos cognitivos del desarrollo, y destaca que los comportamientos de los adolescentes tienen origen en los cambios de su manera de pensar. Según Piaget, al desarrollarse el pensamiento formal por medio de la asimilación y de la adaptación de las nuevas estructuras, el adolescente manifiesta una manera oportuna de comprender su realidad y construye sistemas filosóficos, éticos y políticos con el objetivo de adaptarse y cambiar el mundo (Inhelder y Piaget, 1985).

En el siglo XX fue cuando el tema de la adolescencia pasó a tener más importancia en la psicología (Lerner y Overton, 2008).

1.2.3- Autoestima del adolescente

El concepto de la “*autoestima*” fue abordado por primera vez por William James (1890), en su obra clásica “*The Principles of Psychology*”, dentro del capítulo “*The consciousness of self*”, en que destacó que la autoestima “es la percepción de lo que se es y de lo que se hace”, como consecuencia de las características personales y de las supuestas realidades.

James subraya que para valorarnos a nosotros mismos se debe considerar tres elementos de nuestra identidad:

1. El modo de pensar, sentir y actuar, los rasgos de personalidad;
2. El “yo” social, que determina como los demás nos valoran (calidades y defectos), y nuestra manera de comportarnos (buena o mala reputación) para la sociedad.
3. El “yo” material que engloba nuestra imagen corporal, nuestro patrimonio económico y nuestras pertenencias.

Coopersmith (1967) y Rosenberg (1965) consideran que la autoestima es la evaluación que el individuo hace en relación a sí mismo, como resultado de las actitudes de aprobación o desaprobación por parte de terceras personas.

Según Coopersmith (1967), existe diferentes grados de autoestima, cada persona responde de un modo distinto a una misma situación, con expectativas o reacciones divergentes ante el futuro. De manera, que él considera y clasifica los niveles de autoestima en las personas como: alta, media y baja autoestima.

Para Carl Rogers (1967), la autoestima significa un conjunto organizado e inestable de percepciones del propio sujeto.

Por otra parte, Nathaniel Branden (1995), con base en la perspectiva humanista, subraya que la autoestima “es una necesidad de ser aprendida y satisfecha a través de la práctica de las facultades humanas, la razón y responsabilidad vinculada a la eficacia y merecimiento personal en respuesta a cuestiones de auto-confianza y auto-respeto”.

Christopher Mruk (1999), define la autoestima como “el fruto de sentirse valorado y competente, es decir, la autoestima es para la persona según su experiencia, el merecimiento de la satisfacción de sus necesidades vitales y de la felicidad, además, de tener una actitud positiva ante los desafíos básicos de la vida. La autoestima favorece una estabilidad a la conducta y es pasible al cambio”.

La construcción de una buena autoestima se relaciona con varios factores, como los rasgos de personalidad y la “resiliencia”, la capacidad que tiene la persona para superar las adversidades y seguir adelante en busca de la conquista de sus objetivos.

Actualmente, la palabra “resiliencia” está muy en evidencia, por causa de las varias situaciones adversas que la vida impone a las personas y que ellas afrontan de forma positiva y constructiva. De manera que las personas “resilientes”, son aquellas que presentan varias creencias (mentalidad) o actitudes sobre sí mismo, que repercuten en su conducta y en las habilidades que desarrollan” (Brooks y Goldstein, 2010).

Para que se estructure una buena autoestima, el individuo necesita ser considerado como una persona de valor y con competencia, por algún miembro de su familia y de su entorno social, como por ejemplo de la escuela, en que los niños y jóvenes desarrollan una buena autoestima al sentirse amados, respetados y valorados (Assis y Avanci, 2004).

La autoestima es considerada una característica importante del sujeto consigo mismo y con los demás, pues ella proporciona gran influencia en su

conducta y experiencias, por eso la misma se encuentra muy destacada en varias cuestiones a nivel individual y social.

Gran parte de los trastornos mentales pueden ser considerados como trastornos emocionales, por lo tanto, es difícil afirmar si determinado síntoma es un trastorno mental sin que se identifiquen los hechos que crearon las emociones y como se sistematizan.

Las vivencias pasadas y la rutina del individuo, sumadas a las opiniones de las personas significativas, a las percepciones y a los sentimientos de sí mismo, sus éxitos y fracasos son establecidas a través de la autoestima que es formada en la infancia.

El concepto de “autoestima” está intrínsecamente relacionado con el del “autoconcepto”, y con el de la “autoimagen”, pero en la práctica tienen significados distintos.

Como afirmó Coopersmith (1967), la “autoestima” es el juicio personal que la persona hace de las actitudes de sí misma, es decir, de cómo se evalúa. Se relaciona con el modo de la persona de percibir la actitud de aprobación o repulsa por parte de los otros, y de cómo se siente valorada por su familia y por su entorno.

Por consiguiente, se considera el “autoconcepto” como un conjunto de percepciones que el individuo utiliza para describirse a sí mismo, todo lo que el individuo percibe que está relacionado con él.

La “autoimagen” es la imagen o representación mental que el individuo obtiene de sí mismo y que en general es resistente al cambio, además no representa solo los detalles que están disponibles a las observaciones ajenas (como altura, peso, color del pelo, etc.) sino que las características propias que se han internalizado en relación a sí mismo o a través de vivencias personales que son internalizadas respecto a los juicios de los demás.

Se considera que la “autoimagen” también es un elemento que está vinculado a la autoestima, por lo tanto, para comprender la autoimagen se debe tener en cuenta el concepto de “self”, ya que se emplea el término “self fenomenal” como sinónimo de autoimagen.

Según James (1950), el “self” es todo lo que el individuo puede denominar como suyo (su cuerpo, sus familiares, sus amigos y su trabajo). Sumados a los

conceptos de autoimagen y autoestima, de manera que se considera el “*self*” como uno de los conceptos denominados de “*autoreferentes*”.

En el enfoque psicoanalítico, la autoestima no es destacada como tema, ya que los términos que Freud hace referencia es el del “Yo ideal”, el del “ideal del Yo”, de los conflictos con el “Super Yo”, el del narcisismo, entre otros.

Cuando se busca en español el significado del término “autoestima”, en el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2014), este corresponde a “consideración, aprecio, valoración de uno mismo o valoración positiva de sí mismo”. Por consiguiente, la misma palabra en el idioma inglés es “Self-esteem” y en el idioma alemán se denomina “*Selbstgefuhl*”, que significa “*amor propio*”. Este término fue utilizado por Freud en 1914 en el capítulo de introducción al narcisismo.

Charles H. Cooley (1902), Alfred Adler (1917) y George Herber Mead (1934), que también son autores del psicoanálisis destacaron el “Self” en sus postulados, para la composición del concepto de la autoestima. En sus ideas el “Self” hace parte del elemento que constituye la autoestima, como un “Yo” propio, distinto de los otros “Yos”, lo que resulta en que la persona se acepte según sus valores (Schultheisz y Aprile, 2013).

Según Coopersmith (1967), la persona que presenta una “alta autoestima” conserva una imagen constante y positiva de sí misma, cree en sus capacidades, es creativa, tiene una buena interacción en los grupos y asume papeles activos, expone sus puntos de vista, presenta un buen desempeño académico, no tiene preocupaciones que expresan miedo y ambivalencias, quiere alcanzar sus metas, demuestra optimismo y confianza en sí, son poco sensibles a las críticas.

Sin embargo, la persona que presenta una “baja autoestima”, suele presentar sentimientos de aislamiento y ansiedad, presentan dificultades en exponer sus propias opiniones y necesidades, son más sensibles a las críticas, suele evitar retos y desistir con facilidad, evita situaciones que supone riesgo, presenta poca comprensión de los contextos o baja lucidez (Huebner, 1997; Costa y Vieira, 2000).

Algunos autores creen que existe una estabilidad de la autoestima desde cuando estructurada en la infancia, se mantiene en el mismo grado por toda la vida (Rosenberg, 1965; Bednar, Wells & Peterson, 1989).

No obstante, otros autores creen que existe un proceso dinámico que resulta de las circunstancias, según el desempeño de cada individuo y de su autoconcepto, de ahí que opinan que el nivel de autoestima no se establece definitivamente en la infancia y se va desarrollando de acuerdo con la madurez del individuo (James, 1890).

La *autoestima* hasta puede permanecer estabilizada por un gran período de la vida, por lo tanto, en determinados momentos de la madurez puede indicar el grado de adaptación de la persona a la sociedad.

Morris Rosenberg (1965), profesor de Sociología de la Universidad de Maryland, fue quien creó el inventario de autoestima, un instrumento muy utilizado en las investigaciones.

De acuerdo con Veiga (2000), estudios realizados en EE.UU., destacan que 30% de los jóvenes estadounidenses, no se vuelven personas productivas por no sentirse bien consigo mismo.

Se considera que la familia ejerce un papel importante en la formación de la “autoestima”, del “*autoconcepto*” y de la “*autoimagen*” de los hijos, aunque los compañeros (iguales) y la escuela sean significativos; es la familia que contribuye para el desarrollo emocional y la adaptación del adolescente en su entorno.

Sin embargo, la familia también puede representar un factor de riesgo en la formación de la autoestima del adolescente, además de un factor de protección (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

Se considera que los adolescentes desarrollan su capacidad y el sentido propio, con base en las calidades percibidas dentro de su contexto familiar, con las personas significativas que son sus padres.

De ahí, que cuando los hijos sienten que tienen una buena aceptación, apoyo emocional y sus padres se involucran en sus tareas escolares, estos presentan niveles de autoestima más elevados y un favorable rendimiento académico, no obstante, cuando estos son comparados a los adolescentes que no tuvieron aceptación por parte de los padres, apoyo emocional, ausencia o falta de involucrarse en sus tareas escolares, suelen presentar una baja autoestima y comportamientos de desajustes o violencia en la escuela.

Hay estudios que demuestran que la autoestima familiar está íntimamente relacionada con la violencia escolar, de ahí que se considera que los

adolescentes violentos se refieren de modo negativo a su entorno familiar; afirman que las relaciones con sus padres son conflictivas, que hay falta de comunicación, falta de apoyo, lo que expresa que existe una baja autoestima en su contexto (Dekovic, Wissink y Meijer, 2004; Costa y Morales, 2001; Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001).

En lo que se refiere al factor de protección por parte de los padres a los adolescentes de autoestima familiar alta, la conducta violenta en estos adolescentes no suele estar presente.

El papel de la escuela también es significativo en la vida del adolescente, en relación a la autoestima, por lo tanto, los adolescentes que no se envuelven en conductas violentas tienen una actitud favorable en relación a los directores de la escuela, a los profesores y a sus compañeros.

Varios estudios han dado énfasis al papel de la “autoestima” en la salud mental del adolescente. Se opina que puede haber diferencias entre culturas, en lo que describe a los aspectos que son determinantes para el “autoconcepto” y para la “autoestima”, además de que hay factores que se refieren a la autoestima y a las diferencias de género (sexo), que generan los desórdenes psicológicos (Buendía, 2004).

La alta autoestima se relaciona con características de extroversión (sociabilidad, espontaneidad), autonomía, autenticidad, en consecuencia, el individuo se siente bien en relación a todos los aspectos de su vida actual y en relación a su futuro.

Por lo tanto, una alta autoestima en los jóvenes indica que estos tienen más experiencias positivas y responden con más eficacia a las experiencias negativas de afrontamiento y tienen una mejor adaptación a las situaciones de fracaso. El adolescente con una alta autoestima logra resultados positivos, sin embargo, cuando este presenta una baja autoestima supone resultados negativos. De ahí que la baja autoestima resulta en consecuencias perjudiciales, como, por ejemplo, la depresión y la delincuencia. Sin embargo, los jóvenes con niveles de baja autoestima predicen a las patologías patológicas, como depresión, violencia, etc. (Buendía, 2004).

En resumen, debe haber más preocupación sobre el tema de la “autoestima” en la adolescencia por los profesionales del área de la salud y de la educación, pues autores del ámbito internacional, destacan que el estado de

la salud de la sociedad, está intrínsecamente relacionado con el estado psicológico de los individuos que presentan autoconfianza y que superan los desafíos (Mecca, Smelser y Vasconcellos, 1989).

1.3- Criterios Diagnósticos de Ansiedad y Depresión (DSM-5)

El **DSM** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, APA). Su objetivo es describir los síntomas además de otros criterios para diagnosticar trastornos mentales (APA, 2014).

Los trastornos mentales suponen un problema de salud importante. En un estudio a nivel europeo se estimó que cada año el 38,2% de la población europea sufría un trastorno mental (Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, Jönsson *et al.*, 2011).

El diagnóstico psiquiátrico es complejo, y para intentar establecer el diagnóstico, desde hace más de 50 años, algunos investigadores estadounidenses del área de la salud propusieron que para emitir un diagnóstico de enfermedad mental deberían cumplirse una serie de síntomas o ítems. Dichos ítems habrían de ser operativos y estar libres de indicaciones subjetivas (Medrano, 2014).

Las dos grandes asociaciones en materia de salud mental, Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana, han elaborado sistemas de clasificación internacionales de trastornos mentales, con validez científica indiscutible (Gutiérrez, Peña, Santiuste de Pablos, García-Ruipérez, Ochotorena, San Eustaquio y Cánovas, 2008).

Desde 1948, la Organización Mundial de la Salud revisa la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Los trastornos mentales se incluyeron a partir de la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Así, uno de los sistemas de clasificación de trastornos mentales más empleados, el CIE-10, es la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y fue aprobado en 1989 (Ramos, Vázquez-Barquero y Herrera, 2002).

Meyer (psiquiatra) y Menninguer (psicoanalista), en 1952, fueron los pioneros en plantear el DSM-I. A partir de 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana desarrolló el DSM-III con nuevas actualizaciones, como establecer los criterios para elaborar las categorías y los cinco ejes diagnósticos (Del Barrio,

2009). En las nuevas ediciones del manual DSM se ha ido cambiando el concepto de algunos trastornos.

Los trastornos mentales a través de estudios científicos siguen avanzando. En las últimas décadas, el DSM-IV ha aportado un progreso en áreas como la neurociencia cognitiva, las neuroimágenes cerebrales, la epidemiología y la genética (APA, 2014).

El DSM-5 se ha planteado para mejorar las necesidades de los profesionales del área de la salud, pacientes, familias e investigadores, con el objetivo de describir cada trastorno mental de forma clara y resumida mediante criterios diagnósticos. Se debe añadir un resumen del diagnóstico asociado a los factores de riesgo para obtener avances en la investigación. Los estudios científicos demuestran que muchos cuadros de trastornos mentales comparten síntomas, factores genéticos y ambientales y sustratos neurales. Esto se ha comprobado gracias a las pruebas de neuroimagen y los modelos animales (APA, 2014).

La definición de trastorno mental según el DSM-5:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente” (APA, 2014 p. 20).

Para clasificar un trastorno se deben considerar diagnósticos clínicos válidos y fiables, de esta forma se puede establecer el tratamiento adecuado y verificar la prevalencia de los trastornos mentales para plantear los servicios asistenciales (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

El DSM-5 destaca temas importantes como los aspectos culturales, pues se opina que los trastornos mentales están relacionados con las normas y valores culturales, sociales y familiares. La cultura se transmite dentro de la

familia y de otras instituciones y sistemas sociales, a partir de experiencias, expresiones de los síntomas y comportamientos que ayudan en los criterios para el diagnóstico. En el DSM-5 se han valorado los aspectos principales de la cultura de modo notable para establecer la clasificación y obtener la evaluación diagnóstica (APA, 2014).

Se considera que existen diferencias entre la normalidad y la patología según distintos comportamientos que varían según las culturas. Para establecer un comportamiento determinado como anormal, el clínico debe considerar las normas culturales de cada individuo asociadas a su entorno, que incluye los miembros de la familia y su entorno. Se considera que puede existir una influencia en la aceptación o rechazo de un diagnóstico dependiendo de la cultura, pudiendo afectar la enfermedad y la recuperación. Por tanto, la enfermedad mental puede ser influenciada por tradiciones, costumbres y significados culturales. La cultura puede promover estrategias de afrontamiento aumentando la resiliencia con relación a la enfermedad (APA, 2014).

El tema de la cultura en relación con los trastornos mentales ha sido considerado importante en la psiquiatría. Además, determinados tipos de comportamientos encontrados en distintas culturas establecen límites entre la normalidad y la patología.

Diferencias de género

Los trastornos mentales deben ser establecidos según las diferencias sexuales y de género que se relacionan con las causas y diversas enfermedades médicas. El manual DSM-5 clasifica las enfermedades mentales según el análisis de las diferencias entre hombres y mujeres. Se define como diferencia de sexo a las características atribuidas a los órganos reproductivos del individuo, además del factor cromosómico XX o XY. De este modo, se considera que las diferencias de género se refieren tanto al sexo biológico como a la auto-representación del individuo (consecuencias sociales, conductuales y psicológicas) (APA, 2014).

Goffman (2006) define auto-representación cuando habla de conceptos como “actuación”, “fachada”, “medio”, “apariencia” y “modales”, que se refieren

a distintos aspectos que configuran la presentación de la persona en la vida cotidiana.

El género tiene una importancia relevante para el diagnóstico psiquiátrico, pues algunos trastornos se verifican de forma más común en los hombres que en las mujeres. Es más probable que las mujeres muestren el trastorno depresivo, bipolar o de ansiedad, además que reconozcan que suelen presentar una serie de síntomas más complejos que los hombres. Por otro lado, el ciclo reproductivo de la mujer abarca las alteraciones hormonales (estrogénos), influyendo también en las diferencias de género en relación a los riesgos y expresión de la enfermedad. Este manual presenta información sobre el género en diferentes niveles y en los criterios diagnósticos se han incluido síntomas específicos de género (APA, 2014).

Tabla 1. **Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características (DSM-5), según APA (2014).**

Trastorno	Características
Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)*	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada en relación a la separación de las personas con las que tiene mayor afecto. Se deben presentar 3 manifestaciones como: excesiva preocupación, malestar, resistencia al rechazo, miedo de estar sólo, pesadillas por separación y quejas frecuentes de síntomas físicos.
Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)	Dificultad para hablar en circunstancias sociales específicas (por ejemplo, en la escuela, alteraciones de logros educativos, laborales o entorno social). Duración de la alteración es de un mes como mínimo.
Fobia específica	Miedo o ansiedad excesiva a determinado objeto o situación específica, que se evitan o soportan (por ejemplo: estímulo fóbico animal, medio natural, sangre-heridas-inyecciones, otras situaciones).
Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)	Miedo o ansiedad intenso que se refiere a una o más situaciones sociales en las que el individuo esté expuesto a observación de otras personas (interacciones sociales). Por ejemplo, establecer una conversación-charla con personas extrañas.
Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)	Miedo intenso o malestar que surge de modo imprevisto y recurrente. Con mínimo de 4 o más situaciones: palpitaciones, aceleración de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblor, dificultad de respiración o asfixia, sensación de mareo, etc.
Agorafobia 300.22 (F40.00)	Miedo o ansiedad excesivo por situaciones como: uso de transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo.
Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)	Ansiedad y preocupación excesivas de modo persistente. Las personas tienen dificultad de control sobre diversos hechos o actividades relacionadas con 3 o más situaciones de activación fisiológicas. Deben estar presentes la mayor parte del día durante un mínimo de 6 meses.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos	Presencia de crisis de angustia o ansiedad con evidencias que los síntomas anteceden al inicio del consumo, durante o poco después del consumo tóxica de una sustancia/medicamento. También por la abstinencia aguda o intoxicación grave de la sustancia. No se produce este trastorno, exclusivamente durante el delirium.

Trastorno	Características
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)	Presencia de crisis de angustia o ansiedad como consecuencia de una patología fisiológica directa de otra condición médica. No se presenta exclusivamente durante el delirium. Causa malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas.
Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)	Predominan síntomas significativos de trastorno de ansiedad que causan malestar significativo y deterioro en áreas como lo social, laboral y otras, que no incluye todos los criterios anteriores de los trastornos diagnósticos de ansiedad. Por ejemplo, otro especificado en relación a ataques sintomáticos limitados, ansiedad generalizada que no es continua en la mayor parte del tiempo, ataque del viento y ataque de nervios.
Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9)	Presencia de síntomas clínicamente significativos pero que no cumple todos los criterios anteriores de los trastornos diagnósticos de ansiedad. Esta categoría se emplea en situaciones en las que el médico prefiere no especificar el motivo de los criterios de los trastornos de ansiedad específicos o no existe suficiente información para dar un diagnóstico. Por ejemplo, el servicio de urgencias.

*Obs: En cada trastorno se indica al lado el número según el CIE-10 y entre paréntesis según el DSM-IV.

Fuente: Adaptado de APA (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Médica Panamericana.

1.3.1- Los Trastornos de Ansiedad

El término ansiedad es ambiguo, muchas veces se define como sinónimo de angustia. Se han utilizado diferentes conceptos de lo que se considera ansiedad: angustia, miedo, estrés, temor, tensión, amenaza, nerviosismo.

Freud (1894) fue quien utilizó este término *Angust*, (en inglés *anxiety*) por primera vez como neurosis de ansiedad, (trataba pacientes neuróticos imposibilitados de vivir en la comunidad). En español significa ansiedad o angustia.

Los vocablos de ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica “*angh*”, que significa “estrechez” y “constricción” y también “malestar” o “apuro” (Belloch, Sandín y Ramos, 1997).

La ansiedad es definida por diferentes autores como una experiencia fisiológica, motora y cognitiva. Actualmente la tendencia es unir todos esos factores en una única definición (Spielberger, Pollans y Worden, 1984).

Spielberger (1972), destaca la ansiedad como una respuesta emocional compleja que ocurre en las personas que perciben de modo particular, determinadas situaciones como amenazantes. La duración e intensidad del estado de ansiedad depende del tamaño y persistencia de la amenaza y de la interpretación cognitiva de dicha situación como peligrosa. Además, dicho autor enfatizó la ansiedad como estado emocional transitorio (A-State) y como tendencia emocional o rasgo de ansiedad (A-trait) (Vallejo y Gastó, 2000).

Otros autores como Wolpe (1979), que siguen una línea experimental, definen la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo a la presencia de un estímulo nocivo (Vallejo y Gastó, 2000).

La diferencia entre ansiedad clínica (patológica) y no clínica (normal), se produce en relación a características de personalidad, cuestiones familiares, referencias personales de enfermedad y ansiedad en general (Spielberger, Pollans y Worden, 1984).

En los adolescentes resulta difícil identificar la diferencia entre ansiedad social normal y anormal, pues la ansiedad social es considerada en cierto modo normal, durante este periodo de la vida del individuo.

Para los psicoanalistas, la ansiedad ocurre en respuesta a las frustraciones de la libido y prohibiciones del super-yo, que activa el mecanismo

de defensa, para que actúe adecuadamente, cuando el yo se siente amenazado delante de una señal de peligro (Vallejo y Gastó, 2000).

1.3.2- Los Trastornos Depresivos

Según Dorsh, (2008), define la depresión como un “estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Se considera como reacción normal cuando proviene de causas exteriores. Todos los trastornos depresivos tienen un rasgo común y es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable. Suelen aparecer cambios somáticos y cognitivos que afectan de forma importante a la capacidad funcional del individuo. Lo que distingue es la duración, la presentación o la supuesta etiología (Dorsh, 2008).

Se puede considerar la ansiedad como resultado de una alta afectividad negativa y una alta activación fisiológica (arousal), y a la sintomatología de la depresión se definiría por una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva. Lo que explicaría las características de modo compartido entre la ansiedad y depresión sería la afectividad negativa que aparece en ambas sintomatologías (síntomas comunes), por lo tanto, existiría otra característica específica de la ansiedad, que sería la activación fisiológica. Para la depresión existiría otra característica específica que se refiere a la baja afectividad negativa, además de una baja afectividad positiva (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007).

Spielberger y colaboradores plantean un instrumento de evaluación experimental que tiene por finalidad distinguir las características específicas de la depresión, a través de dos escalas diferenciadas (estado y rasgo), en consecuencia, con este instrumento, su objetivo es contribuir con componentes que ayuden a determinar el diagnóstico clínico de la depresión (Spielberger, Agudelo, Carretero-Dios, Santos-Roig y Buela-Casal, 2004).

En la siguiente tabla se clasifican los trastornos depresivos, según el DSM-5.

Tabla 2. **Clasificación de los trastornos de depresión y sus características (DSM-5) según APA (2014).**

Trastorno	Características
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)*	Accesos de cóleras graves y recurrentes exteriorizados verbalmente y/o por el comportamiento. Estos accesos ocurren 3 o más veces por semana. La duración de estos accesos de cólera se da en gran parte del día. El estado de ánimo es persistente e irritable entre el periodo de los accesos de cólera. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
Trastorno de depresión mayor ***	Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo: 1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, 2) disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, 3) pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días, 4) insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, 5) disminución de la capacidad para pensar, pensamientos de muerte recurrentes.
Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)	Presenta estado de ánimo deprimido la mayor parte del día. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. Durante la depresión se presentan dos (o más) de los síntomas siguientes: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.
Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)	Han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación al menos 5 síntomas: 1-labilidad afectiva intensa (p. ej. cambios de humor; de repente está triste o llorosa), 2-irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales, 3-estado de ánimo intensamente deprimido, 4-sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, 5-sensación intensa de estar con los nervios de punta. Se debe empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos los síntomas o desaparecer en la semana después de la menstruación.

Trastorno	Características
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Alteración importante y persistente del estado de ánimo. Estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por muchas actividades. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de 1 y 2: 1. Síntomas desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Período importante y persistente de estado de ánimo deprimido. Disminución notable del interés o placer por muchas actividades. El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)	Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej. "episodio depresivo de corta duración").
Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)	Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

*Obs: En cada trastorno se indica al lado el número según el CIE-10 y entre paréntesis según el DSM-IV.

Fuente: Adaptado de APA (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Médica Panamericana.

1.4- Epidemiología y comorbilidad

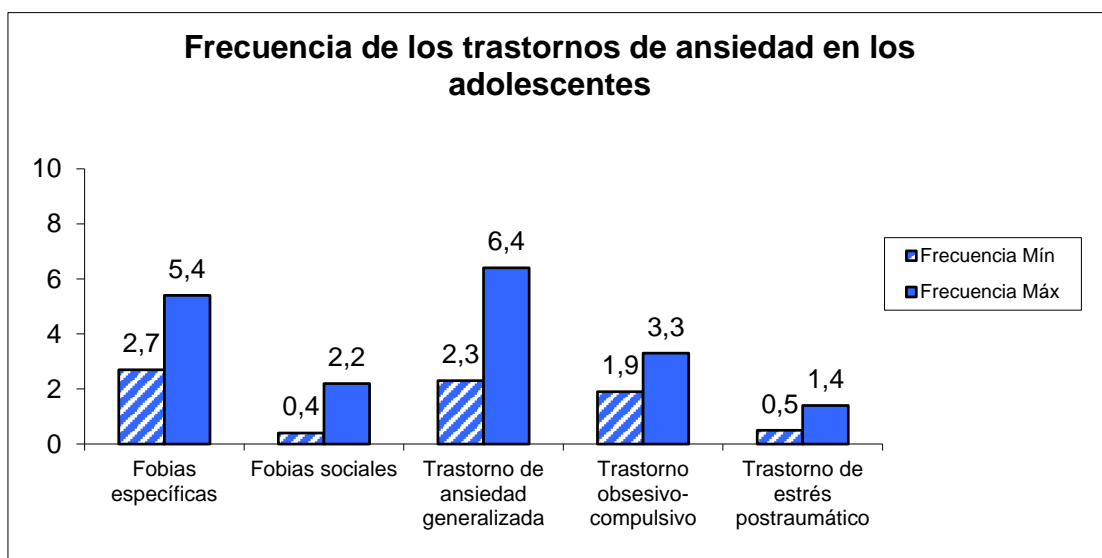
La realización de estudios epidemiológicos es complicada, conlleva el manejo de muestras muy amplias, que deben ser evaluadas por diversos especialistas. Una vez realizado el estudio, se puede quedar desfasado si varían los criterios diagnósticos con los que se llevó a cabo la investigación.

Los estudios epidemiológicos de ansiedad y depresión son difíciles de analizar debido a factores como las variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y la heterogeneidad de las muestras (Rapee, Schniering & Hudson, 2009).

En la población infanto-juvenil hay pocos estudios sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad, pero en las últimas décadas el interés por estos estudios ha aumentado (Sefarty, Zavala, Masaútis y Foglia, 2001). Estos trastornos son los que tienen mayor incidencia en la población y son los que más frecuentemente aparecen en los centros de salud mental.

Los trastornos de ansiedad que aparecen con mayor frecuencia en la adolescencia son las fobias específicas (2,7 – 5,4%), las fobias sociales (0,4 – 2,2%), el trastorno de ansiedad generalizada (2,3 – 6,4%), el trastorno obsesivo-compulsivo (1,9 – 3,3%), y el trastorno de estrés postraumático (0,5 – 1,4%) (Sandín, 1997).

Gráfico 4. Frecuencia de los trastornos de ansiedad en los adolescentes



Fuente: Sandín, 1997

Dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, los miedos son los más comunes entre los adolescentes; es por este motivo que es importante distinguir los miedos normales de aquellos considerados psicopatológicos (fobias).

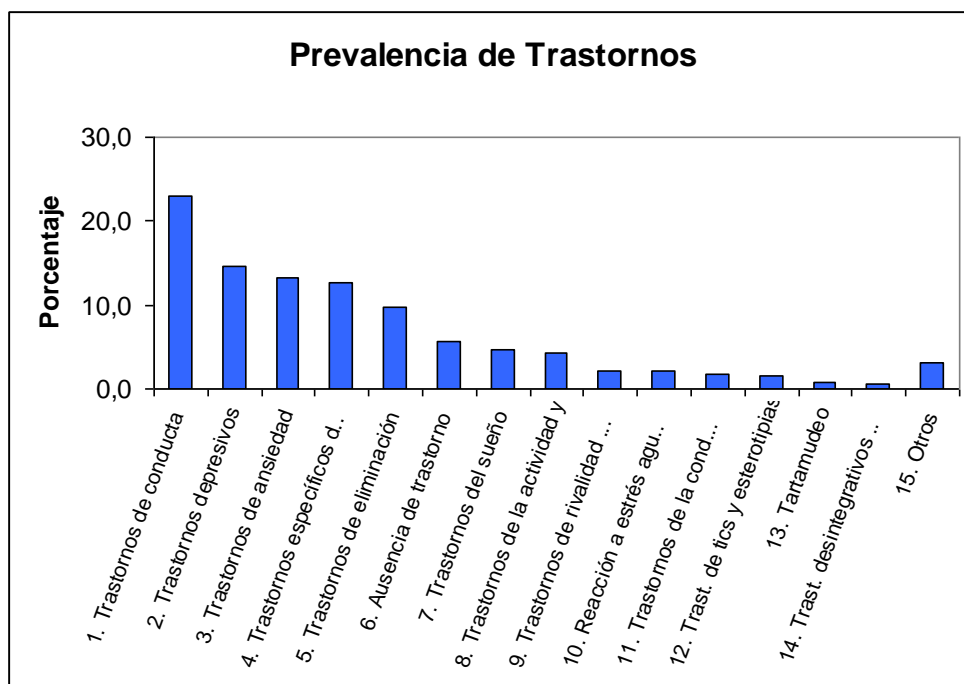
Conforme al diccionario de María Moliner (1999), el miedo es "un estado afectivo del que ve ante sí un peligro o ve en algo una causa posible de padecimiento o de molestia para él". La fobia sería aversión a un objeto, animal o determinada situación.

Los trastornos de ansiedad en la adolescencia son muy relevantes ya que afectan a un 6-9 % de los adolescentes. Según la Epidemiological Catchment Area (ECA), entre los 18 y 24 años estos trastornos tienen una incidencia de un 7,7 % por mes. Las adolescentes son más propensas que los varones de su misma edad a padecer algún trastorno de ansiedad (Sefarty *et al.*, 2001).

En Brasil, Jatoba y Bastos (2007) realizaron un estudio con 243 adolescentes de 14 a 16 años, los resultados obtenidos indicaron que el índice de los síntomas depresivos y de ansiedad encontrados fueron del 60% y 20%, respectivamente, con una mayor proporción de los síntomas depresivos en el sexo femenino

En un estudio realizado por Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) sobre las características de los niños y adolescentes cuyos padres solicitaban tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud de Madrid, con una muestra de 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 5. Prevalencia de trastornos.



Fuente: Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000)

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos.

Categorías diagnósticas según CIE-10	Porcentaje
1. Trastornos de conducta	23.0
2. Trastornos depresivos	14.6
3. Trastornos de ansiedad	13.3
4. Trastornos específicos del desarrollo	12.7
5. Trastornos de eliminación	9.7
6. Ausencia de trastorno	5.7
7. Trastornos del sueño	4.7
8. Trastornos de la actividad y la atención	4.2
9. Trastornos de rivalidad entre hermanos	2.2
10. Reacción a estrés agudo o grave	2.2
11. Trastornos de la conducta alimentaria	1.7
12. Trast. de tics y esterotipias motrices	1.5
13. Tartamudeo	0.7
14. Trast. desintegrativos de la infancia	0.5
15. Otros	3.2
TOTAL	100

Fuente: Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000)

Tabla 4. Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad (en porcentaje).

	0-5 años	6-9 años	10-13 años	14-18 años
1.Trastornos de conducta	7.6	15.4	28.6	39.0
2.Trastornos depresivos	17.3	11.5	14.4	19.5
3.Trastornos de ansiedad	7.7	13.3	17.4	11.2
4.Trastornos específicos del desarrollo	15.4	22.1	11.1	9.1
5.Trastornos de eliminación	13.4	13.4	7.9	2.6
6.Ausencia de trastorno	3.8	5.4	5.6	7.8
7.Trastornos del sueño	1.9	8.1	4.0	1.3
8.Trastornos de la actividad y la	5.8	7.4	2.4	0.0
9.Trastornos de rivalidad entre	7.7	2.7	0.8	0.0
10.Reacción a estrés agudo o grave	5.8	1.4	0.8	3.9
11.Trastornos de la conducta	5.8	0.7	0.8	2.6

Fuente: Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000)

Tabla 5. Prevalencia de los trastornos más comunes según género (en porcentaje).

	Varones	Mujeres	Razón V/M
1.Trastornos de conducta	24.2	21.0	1.16
2.Trastornos depresivos	10.6	22.3	0.48
3.Trastornos de ansiedad	11.4	16.5	0.69
4.Trastornos específicos del desarrollo	14.4	9.4	1.54
5.Trastornos de eliminación	12.8	3.6	3.56
6.Ausencia de trastorno	6.0	5.0	1.20
7.Trastornos del sueño	3.8	6.5	0.58
8.Trastornos de la actividad y la	5.7	1.4	4.07
9.Trastornos de rivalidad entre	3.0	0.7	4.28
10.Reacción a estrés agudo o grave	1.2	4.4	0.27
11.Trastornos de la conducta	1.2	2.8	0.42

Fuente: Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000)

En este estudio se observa que la categoría en la que hay más sujetos es la de los trastornos de conducta, seguida de los trastornos depresivos y de ansiedad. Estas tres categorías abarcan el 50% de los sujetos. Respecto a la distribución de trastornos en los grupos de edad, los trastornos más frecuentes en los niños menores de 6 años son los depresivos (17,3%).

Respecto a la prevalencia de los trastornos según el género, los trastornos más prevalentes en los varones son los de conducta, mientras que en las mujeres son los trastornos depresivos (22,3%).

En el año 2012, se realizó un estudio con 10.148 adolescentes de Estados Unidos de entre 13 y 17 años, con los resultados obtenidos concluyeron que la persistencia de los trastornos depresivos era superior en los adolescentes cuando se comparaba con los adultos, pensando que se debía a una recurrencia de la enfermedad en lugar de cronicidad (Kessler, Avenevoli, Costello, Georgiades, Green, Gruber *et al.*, 2012).

Comorbilidad

La comorbilidad se puede definir como la presencia de más de un trastorno en una persona en un periodo de tiempo definido (Feinstein, 1970).

La relación entre ansiedad y depresión ha sido constantemente comentada en distintas investigaciones de estudios epidemiológicos y de análisis factorial (Clark y Watson, 1991, Lambert, McCreary, Joiner, Schmidt & Lalongo, 2004). La asociación entre ansiedad y depresión ha sido estudiada desde modelos psicométricos como en el caso del modelo tripartito de Clark y Watson (1991) y desde perspectivas de procesamiento de la información como la terapia cognitiva de Beck (1989).

Para explicar la concurrencia de la ansiedad y la depresión se han desarrollado diversos modelos teóricos que abordan tanto los aspectos comunes como diferenciadores de los dos tipos de trastornos. Clark y Watson (1991) partiendo de la covariación de síntomas entre ansiedad y depresión, desarrollaron el modelo tripartito. Según este modelo la ansiedad y la depresión comparten un factor común que se denomina afecto negativo.

Por su parte Beck y Greenberg (1989) desarrollaron la hipótesis de la especificidad de contenido, ellos postulaban que ambos trastornos tenían contenidos que los delimitaban. La ansiedad gira entorno a la anticipación de la amenaza mientras que la depresión gira alrededor de temas de desamparo, pérdida y minusvalía (González, Ángel y Avendaño, 2011).

Estos modelos y otros se comentan en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. MODELOS TEÓRICOS

*“Tu visión será clara sólo cuando mires dentro de tu corazón.
Quien mira hacia fuera, sueña. Quien mira hacia dentro, despierta”.*

(Carl Jung)

2.1- Teoría y modelos explicativos

La ansiedad y depresión son sintomatologías complejas, y fueron postuladas a través de distintas definiciones, teorías y modelos por diversos autores. Las teorías parten de una misma premisa, pues enfatizan estas sintomatologías, como una respuesta emocional compleja, adaptativa y pluridimensional. Se considera que la etiopatogenia de la ansiedad es un tema de gran amplitud, debido a generalidad y versatilidad de su concepto (Vallejo y Gastó, 2000).

Dichas sintomatologías (ansiedad y la depresión), son respuestas afectivas que sirven a importantes funciones de adaptación (MacKinnon & Hoehn-Saric, 2003). Sin embargo, la recurrencia, la persistencia y la intensidad de estos síntomas pueden dificultar el funcionamiento psicosocial y fisiológico de la persona (Goodyer & Sharp, 2005).

Las perspectivas que investigan la ansiedad y depresión desde hace muchos años incluyen, tanto el ámbito empírico (por modelos animales y humanos), como por el teórico. Los modelos animales, son utilizados para explicar patologías en distintos campos de los estudios de la investigación biomédica como la fisiología, patología, terapéutica, neurociencias y áreas afines.

Actualmente la psiquiatría biológica, utiliza los modelos animales en ensayos empíricos, para que se comprenda mejor los mecanismos de acción de los fármacos utilizados en las patologías del trastorno afectivo (Bourin, 2015).

En lo que se refiere a los modelos teóricos de la ansiedad y la depresión, existen varios “modelos de psicoterapias” fundamentados para estas sintomatologías, en los cuales el objetivo es apoyar el análisis y el diagnóstico en el área de la *psiquiatría, neurología y psicología*; que subrayan aspectos cómo: salud mental, orgánicos, cognitivos y conductuales.

La clínica y los modelos teóricos explicativos están íntimamente unidos en la comprensión de la *ansiedad y la depresión*, de manera que se enfatizarán los modelos considerados más significativos.

De inicio los modelos de psicoterapia tradicionales postulados para los trastornos emocionales, han sido los psicodinámicos, los humanistas, los existencialistas, el conductual y el cognitivo. En la actualidad, además, se proponen los modelos multidimensionales.

Sigmund Freud (1895) que postuló el *psicoanálisis*, a principios del siglo XX, destacó la etiopatogenia de la ansiedad sobre las obsesiones y fobias (Freud, 1985). Posteriormente, modificó la teoría sobre obsesiones y fobias considerando la ansiedad no como un impulso y sí como la represión del impulso. Freud reconocía dos tipos de premisas, tales como, que la ansiedad se originaba de la transformación directa de la energía instintiva, la crisis de angustia, y también que constituía una reacción del Ego ante amenazas; la ansiedad flotante o anticipatoria (Vallejo y Gastó, 2000).

La *teoría de la personalidad* planteada por Freud, dentro de la perspectiva psicodinámica, ha sido muy importante para la fundamentación de las demás teorías, en relación a la sintomatología de la ansiedad.

El objetivo de este estudio, no es específicamente sobre las técnicas de intervención o tratamientos de los trastornos de ansiedad y depresión, por eso, se destaca de modo breve las principales teorías y modelos postulados por algunos autores para estas sintomatologías.

2.1.1- Modelos explicativos clásicos de Ansiedad y Depresión

James y Lange (periodo de 1880-1890) opinaban que las emociones resultaban de la percepción de los cambios corporales periféricos, como consecuencia de una hiperactivación simpática. Este postulado, antecede a los modelos psicofisiológicos de la ansiedad, sin embargo, dichos autores no investigaron los factores psicológicos implicados en la naturaleza de las emociones. No obstante, *Danna (1921)* y *Cannon (1936)*, al comienzo del siglo XX, creían que las reacciones de ansiedad se derivaban inicialmente en el SNC, y como efecto promovían las alteraciones periféricas. De manera que, esta hipótesis revalida la idea anterior que enfatiza el modelo médico de enfermedad, en el cual se establecen los trastornos ansiosos y de modo particular, los trastornos de angustia (Diez y Sánchez, 2000).

Watson y Rayner (1920), fueron los autores que plantearon los primeros estudios sobre el **conductismo**. Dichos autores destacan que, el condicionamiento clásico está asociado a las características de la ansiedad, como respuestas condicionadas inducidas por estímulos del tiempo pasado del individuo, relacionados de cierto modo con acontecimientos traumáticos incondicionados. La hipótesis básica de esta teoría del aprendizaje destaca que la ansiedad es una respuesta emocional condicionada de carácter aversivo, relacionada con el constructo motivacional de impulso (Watson y Rayner, 1920 en Vallejo y Gastó, 2000).

En el “*modelo de los dos factores de aprendizaje de evitación*” de Mowrer (1947), que se constituye por el condicionamiento clásico del miedo; y que ejerce un papel mediador en el aprendizaje de la conducta de evitación; subraya el condicionamiento clásico del miedo como el primer factor en el que existe una señal que antecede al *estímulo aversivo*. En estudios posteriores, el miedo ejerce el papel de un *impulso adquirido*, que transmite la energía para constituir conductas, como las *conductas de evitación*, y para reforzarlas ante la disminución del estado del miedo circunstancial a la conducta de evitación. De modo que, esta conducta es considerada un segundo factor de condicionamiento operante (Vallejo y Gastó, 2000).

Eysenck (1959), destaca que los síntomas neuróticos preceden de patrones de conducta desadaptativos, que son asimilados a través de procesos de condicionamiento clásico pavloviano, de igual modo a los que producen la conducta normal. Dicha etapa de condicionamiento se constituye de modo específico por diversas características, como la generada primariamente (la persona asimila sentir miedo con contextos relacionados con los que fueron experimentados la primera vez) (Vallejo y Gastó, 2000).

Además, Eysenck (1968), planteó estudios que evidencian ese mantenimiento de la ansiedad, a través de *la teoría de la incubación*, que señala que en determinado momento en el cual existe una frecuencia del estímulo condicionado sin la presencia del condicionado, puede aumentar la respuesta condicionada (incubación) en vez de la extinción, y esto sucede tras la finalización del estímulo condicionado, intensificándose la respuesta condicionada. Este autor juzga, que dicha respuesta condicionada (ansiedad), ejercería el papel de un estímulo aversivo (Vallejo y Gastó, 2000).

Tras estudiar la teoría de Pavlov, Eysenck (1968), diseña y utiliza por primera vez el término *“incubación”* en una teoría y la nombra como *“teoría de la incubación”*, para explicar el origen de los trastornos de ansiedad. La teoría de la incubación postula que la ansiedad se origina y se mantiene de acuerdo con los principios del condicionamiento pavloviano tipo B. Eysenck propone que cuando una persona experimenta ansiedad, existe una respuesta desfavorable vivenciada simultáneamente, como el estímulo incondicionado y la respuesta incondicionada (Sandín y Chorot, 1995). Esta condición hace que la ansiedad se reproduzca en la medida en que la persona esté bajo las situaciones de ansiedad de corta duración, y en que exista la presencia del estímulo condicionador de la ansiedad. No obstante, la respuesta ansiosa se extingue delante de una exposición que incluye contextos más amplios. (Vallejo y Gastó, 2000).

En el ámbito de la psicología han sido realizados varios estudios con el objetivo de clasificar los rasgos de personalidad, destacar las dimensiones básicas y de taxonomías, para establecer las diversas características que representan las diferencias individuales. Eysenck, en su teoría de la personalidad identifica tres dimensiones básicas, *Neuroticismo*, *Extraversión* y *Psicoticismo*. En su hipótesis, plantea que aquellos individuos con puntuaciones

elevadas en las tres dimensiones, tendrán un mayor riesgo de desarrollar conductas antisociales (Abella y Bárcena, 2014).

La etiopatogenia de los estados de ansiedad destaca los aspectos cognitivos, además de los conductuales, como significativos en estas sintomatologías. **Monat, Averill y Lazarus** (1972) conceptuaron la ansiedad como “*una emoción basada en la evaluación del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos*”. Dichos autores consideran los mecanismos cognitivos primordiales en la mediación entre el estímulo estresante y la respuesta emocional, pues son los que diferencian la ansiedad de las demás emociones.

2.1.2- Modelo de Spielberger (Teoría Rasgo-Estado)

Los “**rasgos de personalidad**” especifican una tendencia global y general a experimentar la vida como positiva o negativa como un componente importante (Diener, 1984). Se han propuesto varios factores como los *rasgos de personalidad*, para explicar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Bolger & Zuckerman, 1995).

La *ansiedad* es una emoción negativa que afecta a la supervivencia y el bienestar de la persona, es un síntoma que interviene en su adaptación y organización del comportamiento. La ansiedad puede ser considerada un concepto ambiguo, ha sido definida de distintas maneras, tales como un *estado*, *rasgo*, *estímulo*, *impulso*, *un motivo* y *una fuerza*. Cattell y Scheier (1961), fueron los pioneros en distinguir la ansiedad como *estado* y la ansiedad como *rasgo*.

Spielberger (1966), definió la “**ansiedad estado**”, como la vivencia emocional transitoria caracterizada por la excitación y la “**ansiedad rasgo**”, como la predisposición de una persona para actuar de una forma determinada

Spielberger (1972), considera que para definir la ansiedad de forma adecuada, hay que enfatizar la diferencia entre la “*ansiedad como estado emocional*” y la “*ansiedad como rasgo de personalidad*”, como resultado de estas dos características, propuso la “*Teoría de Ansiedad-Estado-Rasgo*”.

Spielberger enfatizó la distinción, entre la ansiedad como *estado emocional transitorio* (A-state), oscilante en el tiempo y en el estado de

aprensión, tensión y aumento de la actividad vegetativa, y la tendencia o *rasgo de ansiedad* (A-trait), de modo estable y delimitado, asociada a los términos de las diferencias individuales (Vallejo y Gastó, 2000).

La adaptación de la Teoría de Spielberger originó el cuestionario “State-Trait Anxiety Inventory (STAI)”. El Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo (**STAI**) es un instrumento creado por **Spielberger**, Gorshuch y Lushene, (1970).

La *ansiedad estado*, según Spielberger (1972), es un “*estado emocional*” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, nerviosismo, y preocupaciones, sumados a cambios fisiológicos. Sin embargo, la *ansiedad rasgo* se asocia a las diferencias individuales que son relativamente estables, que son percibidas con una mayor incidencia, tendencia o rasgo, como situaciones amenazantes. De forma contraria a la *ansiedad estado*, la *ansiedad rasgo* no es visible en la conducta y debe ser percibida por la continuidad del aumento del estado de ansiedad experimentada por el individuo.

Los niveles altos de *ansiedad estado*, son valorados como intensamente molestos, si una persona no puede evitar la causa del estrés, sin las habilidades de afrontamiento necesarias para ponerse frente a la situación amenazante, si la persona es absorbida por la *ansiedad estado*, puede iniciar un proceso defensivo, como una manera de reducir el estado emocional desagradable. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico, de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación (Vallejo y Gastó, 2000).

2.1.3- Modelo de Beck

La teoría de Beck en el ámbito de la escuela cognitiva, destaca la importancia de las modificaciones en el procesamiento de la información en relación con la etiología y mantenimiento de los mecanismos afectivos, fisiológicos y conductuales de los trastornos de ansiedad. Dicha disfunción cognitiva, surge en el plan con la preeminencia de pensamientos relacionados con el peligro, discrepando de los pensamientos del individuo depresivo, en que prevalecen contenidos de pérdida y falta de valoración de sí mismo (Beck, 1987).

La representación de la ansiedad clínica, se constituye de un aumento de los componentes normales de supervivencia, por una gran preocupación frente a la sensación de peligro y una infravaloración coherente de la habilidad personal para afrontar el peligro.

Beck, Emery y Greenberg (1985), plantearon que la base del trastorno ansioso no se constituye en la estructura emocional, sino en los esquemas cognitivos en el contexto del peligro, que exteriorizan de forma continua una perspectiva de realidad como amenazante y del sí mismo como vulnerable.

La teoría de Beck, considera que los trastornos emocionales ocurren debido a una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de información (Beck, 1987). De manera que cuando sucede la ansiedad, la situación del peligro es percibida por la persona, después de valorar sus capacidades de afrontarla según el valor básico para su supervivencia. En consecuencia, hay un desnivel en la percepción del peligro, donde se da un mayor valor de lo que es real, a las circunstancias, así como se disminuye el valor de sus propias capacidades para enfrentar un problema.

No obstante, cuando todo el proceso de involucramiento emocional o conductual es eliminado por un periodo de tiempo, después de una pérdida o fracaso, como efecto se conserva y preserva la energía, esto es fundamental para la estabilidad en la vida (Sanz, 1993).

Sin embargo, en las personas que desarrollan la sintomatología depresiva, emerge un *sesgo cognitivo* (prejuicios cognitivos), que causan alteración (pérdida o degradación) en el procesamiento de información de los acontecimientos (en efecto ocurre una distorsión, juicio errado, interpretación incoherente o ilógica sobre el fundamento de la información disponible). Estas personas, dan un valor excesivo a los acontecimientos negativos, tienen perspectivas generales, habituales y definitivas. Presentan una tríade negativa (visión negativa en tres fases): *visión negativa del yo, del mundo y del futuro*.

Esta situación causa un aislamiento persistente del entorno, desde el valor adaptativo a la conducta. La perspectiva sesgada (con sesgo) de los sentidos, implica en una distorsión, juicio errado y mala interpretación, incoherente al sentido de la realidad de la información (Sanz, 1993).

En la depresión y en la ansiedad, la teoría de Beck destaca el procesamiento distorsionado o sesgado de la información, como una causa adyacente (no única) de manifestación y sostenimiento del resultado de los síntomas depresivos o ansiosos considerados psicopatológicos; que implican síntomas afectivos (psicológicos), conductuales, motivacionales y fisiológicos, además de factores genéticos hormonales. Determinadas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias y traumas evolutivos, pueden provocar un procesamiento de información deformado o sesgado (Sanz, 1993).

Según Beck (1987), actitudes o creencias sesgadas que están simbolizadas mentalmente, afectan al procesamiento de la información. Opina que “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente perpetuas del conocimiento y de la experiencia anterior” (Beck, 1987).

Beck cree que los esquemas afrontados del procesamiento distorsionado o sesgado de la información, en los individuos depresivos y ansiosos (esquemas disfuncionales depresógenos y ansiógenos), son distintos de los esquemas de las personas normales en su constitución y en el argumento almacenado. En el argumento almacenado (los temas guardados) los esquemas disfuncionales se constituyen por reglas, creencias implícitas o actitudes estables de la persona sobre sí misma y del mundo, que son sesgadas (disfuncional) e incoherentes, normalmente se refieren a los recuerdos importantes del desarrollo y al producto de dichas creencias (Sanz, 1993).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) utilizan expresiones como activo y directivo para enfatizar la terapia cognitiva. Definen la terapia cognitiva como “un enfoque estructurado, activo, directivo y con límite temporal establecida para tratar diversos trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión, ansiedad, fobias, dolor, etc.)”. Se fundamenta en un enunciado teórico subyacente en el que se plantea, que “el afecto y la conducta de un individuo, están sobre todo establecidos, por la forma en que él estructura el mundo. Sus cogniciones (“acontecimientos” verbales o pictóricos al dejar la conciencia), son fundamentados en las actitudes o supuestos (esquemas), desarrollados a partir de experiencias previas” (Caro, 2013).

Beck, Emery y Greenberg (1985), señalan que en la depresión las actitudes y los esquemas cognitivos involucran las situaciones de pérdida, ya en

la ansiedad, lo que implica es la cuestión de la amenaza. Los dos contextos destacan la pérdida y/o la amenaza como eventos reales y potenciales.

2.1.4- Modelo cognitivo-conductual

El modelo cognitivo-conductual, relaciona que la depresión se constituye por conjuntos complejos de pensamientos negativos, acerca de sí mismo o del mundo externo, que entran en acción como resultado de diversas situaciones (Carrasco, 2017).

En el caso de las depresiones, se considera que estas representaciones son consecuencias de una gran cantidad de experiencias aversivas, causadas por procesamientos inconscientes complejos planteados para disociar significados comunes de experiencias repetidas (Brewin, 1996).

Según el enfoque cognitivo-conductual, la comprensión e interpretación de eventos dependen de nuestros esquemas, los cuales establecen los elementos básicos de la personalidad (Zvelc, 2009).

Cuando se activan, las personas interpretan los eventos de acuerdo a la perspectiva de estos esquemas. Tiene por función seleccionar y categorizar la experiencia. Las personas se centran en la información que revalida un esquema y rechazan la información que lo debilita. De manera que, se puede conservar un esquema, aun cuando es equivocado. La cognición a un nivel más profundo, envuelve "esquemas tempranos mal adaptativos", que son estables y duraderos, considerados como creencias incondicionales, implícitas acerca de uno mismo asociadas con el ambiente. En los primeros años de la vida se establecen los "esquemas tempranos mal adaptativos"; ocurre en el proceso de la base de la interacción entre el temperamento del niño y experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y compañeros. Dichos esquemas (tempranos mal adaptativos) se movilizan en ambientes específicos y suelen resultar en distorsiones cognitivas, reacciones emocionales intensas, y comportamiento problemático y depresión. En este enfoque de modelo psicoterapéutico, se considera que existe un compromiso en enfatizar las cogniciones disponibles en la conciencia (Brewin, 1996).

El componente del modelo cognitivo-conductual de la depresión plantea que estresores vitales pueden desordenar los patrones de reforzamiento conductual normales (Davidson, Rieckmann & Lespérance, 2004).

La terapia cognitivo-conductual de la depresión proporciona una base general que puede incorporar diferentes estrategias de tratamiento (Overholser, 2003). Plantea un modelo en etapas, en el que la primera etapa se fundamenta en la evaluación de la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y, la tercera, prevención de recaídas.

2.1.5- Terapia Racional Emotiva (Ellis)

La *Terapia Racional Emotiva* surge de la vida personal de *Albert Ellis*, tras pasar por varios problemas de ámbito físico y emocional.

A partir del año 1932, cuando Ellis en el intento de superar sus problemas emocionales realizó un trabajo sobre sí mismo, por medio de un enfoque filosófico cognitivo, asociado a sensibilización in vivo, con asignación de tareas activo-directivas. Tuvo éxito a través de dicho enfoque y consiguió eliminar sus dificultades para hablar en público y su ansiedad social (Ellis, 1974).

Albert Ellis, psicólogo norteamericano de notoriedad, en el área de las terapias conductuales (TCC) creó la Terapia Racional Emotiva (TRE); en su libro “Razón y emoción en psicoterapia”, en el que destaca las concepciones teóricas y prácticas que originan dicha terapia.

Plantea una teoría dinámica de la personalidad denominada “*teoría ABC*”; donde A (activating stimuli) se relaciona a los estímulos activadores o acontecimientos; B (beliefs) a las creencias (compuestas por emociones y pensamientos); C (consequences) a las consecuencias. Su objetivo con este esquema, es investigar el comportamiento humano de un modo general. En consecuencia, de la lectura cognitiva del esquema reduccionista estímulo–respuesta (E-R), propuesto por el conductismo clásico, para Ellis si toda la evidencia se encuentra B, diseña que “no son los acontecimientos, los que provocan el comportamiento, sino las creencias que sobre ellos tenemos”. Las creencias establecen los pensamientos y emociones, y las emociones se constituyen de pensamientos subyacentes (Landriscini, 2006).

Según Ellis y Bernard (1990), enfatizan como *Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)*, a la técnica de terapia que tiene por objetivo suscitar una mejoría de vida a las personas para lograr la felicidad, tener una vida plena, reducir o eliminar sus problemas emocionales y conductas desadaptadas.

Ellis en 1955, publicó esta técnica como terapia racional, pero más tarde, después de su progreso se la nombró de terapia racional emotiva (TRE); sin embargo, actualmente es destacada como terapia racional emotivo-conductual (TREC) (Ellis & Bernard, 1990).

Albert Ellis, el descubridor de dicha terapia, definió términos específicos como: ideas irracionales, creencias erróneas y poco adecuadas sobre uno mismo y las demás personas (Grieger & Boyd, 1980).

2.1.6- Modelos multidimensionales de Ansiedad y Depresión

Los modelos multidimensionales de depresión y ansiedad se fundamentan en teorías de diversos autores, para conocer mejor estas sintomatologías se considera como primordial enfatizarlos, además comprobar si la ansiedad y depresión se relacionan con el nivel de satisfacción con la vida (en lo que se refiere a la afectividad positiva y negativa) y si influye en la calidad de vida de los adolescentes (Mwenge, 2017).

La afectividad se relaciona con un nivel de consciencia o cognición, que permite a la vida psíquica una señal de agrado o desagrado, de alegría o tristeza, de apacibilidad o angustia. Alude, además al modo en que la persona resulta afectada por varios eventos que suceden en su vida. Los afectos son destacados en tres tipos, que son las emociones, sentimientos y estados de ánimo. Saz (2000), destaca que la afectividad se constituye de modo general de varias características, como la universalidad, subjetividad, polaridad, características diferenciales, reacciones y expresiones.

Según Bleuler (2008) la afectividad es la síntesis de afecto, emoción y sensación de placer y displacer. El grupo del suceder emocional, sentimientos, emociones y pasiones. Es la respuesta emocional y sentimental de una persona a un estímulo o situación dada. De manera que, la afectividad involucra el

comportamiento para alcanzar determinados objetivos e interviene en la personalidad.

Henry Ey divide la afectividad en segmentos independientes que se manifiestan a través de la ansiedad, los estados de ánimo o humor, las emociones, y los sentimientos y pasiones (Ey & Bernard, 1994; Mwenge, 2017).

Por consiguiente, la afectividad influye en la conducta, en la personalidad, en la conciencia y en el estado de ánimo, y como consecuencia influirá también en los pensamientos, la percepción, el comportamiento y modos de vida.

En suma, hay un interés en estudiar las relaciones que suelen existir entre estos distintos tipos de afectos con el trastorno depresivo y ansioso, pues se considera la afectividad negativa como un factor susceptible a los trastornos depresivos (Mwenge, 2017).

Entre los modelos multidimensionales se destacan el Bifactorial de Watson, Clark y Tellegen, el Tripartito de Clark y Watson, y por último, el Cuatripartito de Watson.

2.1.7- Modelo Bifactorial de Afectividad de Watson y Tellegen

Se considera que la afectividad es un tema complejo, pues los afectos comprenden mecanismos fisiológicos, componentes cognitivos, expresiones del comportamiento, condicionantes sociales y culturales. Se señala que existen dos factores importantes en las experiencias emocionales, el *afecto positivo* y el *afecto negativo* (Watson & Clark, 1994). Hay un modelo primordial que enfatiza a estos factores, es el modelo Bidimensional de la estructura básica del afecto, el modelo Bifactorial, por lo tanto, no constituye dos dimensiones que se relacionan de modo negativo, pues son totalmente independientes.

El modelo Bifactorial de Watson, Clark y Tellegen (1988), distingue la ansiedad de la depresión, explica la diferencia entre estos trastornos. Además, hace una correlación entre el afecto positivo y el afecto negativo. Se destaca en este modelo, una relación con los factores que se presentan en las experiencias emocionales, como la *afectividad positiva* y *afectividad negativa*, que pueden ser considerados como estados afectivos con un nivel transitorio, o como estados personales en el ámbito emocional con cierto grado de estabilidad (Sandin,

Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999; Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007).

La afectividad positiva corresponde a una dimensión con el nivel de compromiso agradable con el entorno. Cuando existe un nivel alto se percibe en la persona entusiasmo, energía, mente despierta, sin embargo, si existe un bajo nivel de la afectividad positiva, revela fatiga, cansancio mental y físico. Cuando la persona posee el rasgo de afectividad positiva, se supone que hay una predisposición a sentir emociones positivas, presentando un efecto de modo general de bienestar personal y social (Ambrona & López-Pérez, 2014).

Sin embargo, la afectividad negativa considerada como un factor de distrés subjetivo, comprende diversos estados de ánimo negativos como por ejemplo el miedo, ansiedad, hostilidad y disgusto. Existe una susceptibilidad en las experiencias de emociones negativas que interviene en los procesos cognitivos, además de en el autoconcepto y consecuentemente en la depresión y en la baja satisfacción con la vida (Watson, Clark & Carey, 1988; Watson, Clark & Tellegen, 1985; Ambrona & López-Pérez, 2014).

En principio, se creía que la afectividad positiva y negativa eran factores independientes, no obstante, hay estudios que creen que existe una correspondencia entre ellos (Marshall, Sherborne, Meredith, Camp & Hays, 2003; Davis, Zautra & Smith, 2004). De manera que, la ansiedad se destaca al presentar un nivel alto de activación fisiológica y un alto afecto negativo, sin embargo, el trastorno depresivo se destaca, por presentar un bajo afecto positivo sumado a un alto afecto negativo. El factor en común entre estas dos sintomatologías (ansiedad y depresión) sería la “alta afectividad negativa,” y el factor disímil sería el “bajo afecto positivo” (en particular en el caso de la depresión).

El modelo Bifactorial contribuye para destacar las diferencias entre las sintomatologías ansiedad, depresión y el afecto negativo de un modo general, no específicamente de modo patológico (Finan & Garland, 2015). Dicho modelo, también ha sido validado a través de otras investigaciones incluyendo estudios con diversas poblaciones (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007; Laurent, Catanzaro, Joiner, Rudolph, Potter, Lambert *et al.*, 1999; Ambrona & López-Pérez, 2014; Burgess & Nakamura, 2014).

2.1.8- Modelo Tripartito de ansiedad-depresión de Clark y Watson

El modelo Tripartito de ansiedad-depresión planteado por Clark y Watson (1991), subraya las características de tres factores. El primero es el afecto negativo (o distrés afectivo general) que no es específico de la ansiedad ni de la depresión, pero se destaca un nivel alto en estas dos sintomatologías. En segundo lugar, el bajo afecto positivo (específico en la depresión) y en tercer lugar, la hiperactivación fisiológica (característica propia de la ansiedad).

En la depresión actúan las dos características, tanto el alto afecto negativo, como el bajo afecto positivo (anhedonia), este último mecanismo es más específico para distinguir las sintomatologías de la depresión y de la ansiedad.

El modelo Tripartito postula diferenciar la depresión de la ansiedad y clasificar las manifestaciones de estas sintomatologías en grupos distintos (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Las características del afecto negativo enfatizan el nivel en el que la persona se sitúa delante de diversos estados que corresponden a aversión como: estar angustiado, enojado, temeroso, triste, preocupado, autocrítico, con quejas de salud, insomnio, baja concentración, inquietud, culpabilidad y con susceptibilidad a tener una perspectiva negativa de sí mismo.

Según Clark y Watson (1991), el afecto positivo se destacaría por características de calma, relajación y tranquilidad; por el nivel de energía, actividad, entusiasmo por la vida, relación agradable con el ambiente, seguridad en sí mismo, bienestar, sentimientos de afiliación, dominancia social y aventura. En la ausencia de afecto positivo o anhedonia, se destacaría por fatiga, bajos niveles de confianza y de asertividad, languidez, falta de interés por las cosas, sentimientos de que nada divierte, etc.

La activación fisiológica (síntomas fisiológicos de la ansiedad) es el tercer mecanismo de este modelo. Se destaca por manifestaciones de tensión y activación somática como respiración entrecortada, vértigo o mareos, boca seca, temblores, etc. (Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss & McCormick, 1995).

En suma, la depresión se constituye por un bajo nivel de afecto positivo y un alto grado de afecto negativo; sin embargo, la ansiedad se constituye por altos niveles de afecto negativo y de activación fisiológica.

De manera que la ansiedad es disímil de la depresión por presentar síntomas de hiperactivación fisiológica, y el trastorno depresivo por presentar la existencia de síntomas de anhedonia (bajo afecto positivo). No obstante, el afecto negativo es un factor determinante en ambos tipos de patologías.

Este modelo ayudaría para una intervención clínica no solo para comprender y distinguir las sintomatologías, sino para comprobar la eficacia del tratamiento.

El modelo Tripartito se destaca como un modelo de gran interés por parte de los investigadores en relación a la validez empírica de diversas pruebas y muestras en distintas poblaciones (niños, adolescentes y adultos). Dicho modelo se ha utilizado para validar determinados instrumentos de evaluación y fue valorado a través de instrumentos como el BDI (Beck Depression Inventory de Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) o el BAI (Beck Anxiety Inventory de Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), aparte de construir instrumentos específicos para medir las tres dimensiones (Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock, 1996). El objetivo consiste en diseñar, además de instrumentos que enfatizan áreas comunes de estos trastornos, establecer instrumentos específicos que destaquen o separen los elementos de ansiedad y depresión de modo independiente del factor de afecto negativo.

El modelo Tripartito tiene interés en subrayar, además de las características en común de la sintomatología de la ansiedad y depresión, el grado de comorbilidad entre las dos sintomatologías.

Las investigaciones realizadas por Mineka, Watson y Clark (1998), indican que como media, un 50% de los pacientes que presentan el diagnóstico de trastorno depresivo, también presentan a la vez el diagnóstico de trastorno de ansiedad. De igual modo, más del 50% de los pacientes que padecen determinado trastorno de ansiedad, de la misma manera presentan algún trastorno de sintomatología depresiva. De ahí que, se puede considerar que el índice de comorbilidad, entre las sintomatologías de los trastornos de ansiedad y depresión es alto.

En síntesis, se piensa que el modelo Tripartito contribuyó para acrecentar el modelo Bifactorial (Watson, Clark & Tellegen, 1988), que tenía como fundamento dos dimensiones independientes entre sí (afecto negativo y afecto positivo), con parámetros diferentes en sus relaciones entre la depresión y ansiedad. El modelo Tripartito postulado por Clark y Watson (1991), añade la activación fisiológica como característica de la ansiedad, como una tercera característica.

2.1.9- Modelo Cuatripartito de la depresión de Watson

El modelo Cuatripartito postulado por Watson (2009), tuvo como intención extender el modelo Tripartito comentado anteriormente.

Según el modelo dos elementos cuantitativos deben ser considerados en el análisis de las propiedades de los síntomas, el nivel de especificidad y la magnitud de la varianza de distrés. Estos elementos pueden ser usados para organizar cuatro grupos (es decir, un modelo cuatripartito) que refleja diferentes combinaciones de distrés y de especificidad. Así, el modelo se estructura sobre 4 tipos de síntomas: síntomas de alto distrés con un límite específico, síntomas de alto distrés con un aumento definido, síntomas de bajo distrés y con aumento específico y síntomas de bajo distrés con una especificidad restringida.

Se debe conocer, analizar las propiedades y destacar el grado de especificidad y la dimensión en que varía de modo general el distrés, cuando se destaca el modelo Cuatripartito.

Se percibe que esta perspectiva enfatiza el análisis de las relaciones entre los determinados síntomas de las diversas dimensiones que corresponden a los principales trastornos en el ámbito de los distintos diagnósticos.

Según Watson (2009), este cuarto grupo establece notoriamente una determinada autonomía de los componentes de especificidad y distrés del modelo. De manera que, esto distingue el modelo Cuatripartito del Tripartito. En este último, los síntomas no específicos tienen un fuerte componente de distrés general, de ahí que se verifica que los síntomas que poseen un elemento de distrés relativamente débil, destacan una disminuida o ninguna especificidad. Sin embargo, en la sintomatología de la depresión, estas determinadas sintomatologías desempeñan un papel importante para el diagnóstico diferencial

y la evaluación. Watson (2009) considera que diagnóstico y la evaluación diferencial puede tener una mejor eficacia al dar énfasis a los síntomas específicos comprendidos en los segundos y terceros grupos.

Watson, O'Hara y Stutart (2008) destacan que en el primer grupo los síntomas cargados de distrés causan problemas en el momento del diagnóstico diferencial y para la validez empírica.

Para Watson (2009) en la evaluación de los trastornos del estado de ánimo, es importante destacar los síntomas de bajo distrés y limitada especificidad del cuarto grupo, aunque, por supuesto, en el de los trastornos de ansiedad, los síntomas incluidos en los tres primeros grupos son fundamentales. Watson además de postular su teoría explicativa, tuvo como objetivo destacar la dimensión de las relaciones entre el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, de ahí, su interés en particular, por tres trastornos heterogéneos, como el trastorno del estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y la depresión mayor.

Estos resultados justifican la necesidad de examinar estos trastornos separadamente. En su estudio, los síntomas de disforia están estrechamente relacionados con la depresión. Señalan una mayor correlación con la depresión que con los elementos de ansiedad generalizada. Las dimensiones de los síntomas restantes del trastorno del estrés postraumático, mostraron asociaciones muy similares con la depresión y la ansiedad, destacando todavía poca especificidad.

Existe un amplio consenso de que el trastorno obsesivo-compulsivo es heterogéneo, y contiene al menos cuatro dimensiones de síntomas diferentes (Watson, O'Hara & Stuart, 2008).

De modo general, los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo correlacionan de forma débil a moderada con indicadores de depresión y contienen menor varianza general de distrés (afectividad negativa) que los síntomas del trastorno del estrés postraumático. Dando énfasis a la sintomatología depresiva, dicho autor demuestra que las escalas que valoraron cinco de los criterios diagnósticos del DSM para el episodio depresivo mayor, son esencialmente el estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, alteración psicomotora, falta de valor/culpa y perturbación cognitiva. Para Watson, dichos síntomas poseen un gran mecanismo general de distrés (afectividad negativa).

Tabla 6. **Características principales de los modelos explicativos de Ansiedad y Depresión**

Modelo	Características principales
Rasgo-Estado (Spielberger)	Distingue entre la ansiedad como estado emocional transitorio (A-state), oscilante en el tiempo y la tendencia o rasgo de ansiedad (A-trait), estable.
Cognitivo (Beck)	Destaca la importancia de las modificaciones en el procesamiento de la información en relación con la etiología y mantenimiento de los mecanismos afectivos, fisiológicos y conductuales de los trastornos de ansiedad.
Cognitivo-Conductual	La depresión se constituye por conjuntos complejos de pensamientos negativos, acerca de sí mismo o del mundo externo, que entran en acción como resultado de diversas situaciones.
Bifactorial (Watson y Tellegen)	Se señala que existen dos factores importantes en las experiencias emocionales, el afecto positivo y el afecto negativo.
Tripartito (Clark y Watson)	Destaca tres factores: 1-afecto negativo (no es específico de la ansiedad ni de la depresión). 2-afecto positivo (específico en la depresión). 3-activación fisiológica (característica propia de la ansiedad).
Cuatripartito (Watson)	Según el modelo dos elementos cuantitativos deben ser considerados en el análisis de las propiedades de los síntomas, el nivel de especificidad y la magnitud de la varianza de distrés. Estos elementos cuantitativos pueden ser usados para organizar cuatro grupos (modelo cuatripartito) que reflejan diferentes combinaciones de distrés y de especificidad.

Fuente: Elaboración propia.

2.2- Neurobiología de la ansiedad y depresión

La experimentación con animales viene desarrollándose desde hace muchos años, principalmente en los estudios de la investigación biomédica, que engloban distintos campos como: la fisiología, patología, terapéutica, neurociencias y áreas afines.

2.2.1- Neurobiología de la ansiedad

La ansiedad surge a través de experiencias que derivan de la conducta, de los factores fisiológicos y cognitivos, de manera que dicha sintomatología es consecuencia de una determinada situación específica o estímulo, percibida como una amenaza, aunque en la realidad no lo sea (Cano-Vindel, 1989).

Según Morris, Davis y Hurtchings (1981), las experiencias fisiológicas se constituyen por los aspectos orgánicos caracterizados por la tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, mareos, sudor, dificultad para dormir, etc. Luego las manifestaciones cognitivas emergen de las situaciones que representan peligro, de las expectativas negativas, de las preocupaciones personales y las alteraciones del pensamiento.

En lo que se refiere a los mecanismos conductuales, se establecen por las expresiones faciales, por el estilo de comunicación y desasosiego (Gould, Krane & Greenleaf, 2002).

Cuando existe una alta ansiedad y alteración se producen dificultades en la resolución de problemas y en el rendimiento académico (Cedillo, 2017).

De acuerdo con Carvajal (2005), desde hace 40 años, los estudios neurobiológicos enfatizan en sus investigaciones los trastornos mentales relacionados con los trastornos afectivos. Este hecho aportó una importante contribución, a nivel mundial, al tratamiento terapéutico para los pacientes que padecen de depresión (Carvajal, 2005)

Cano-Vindel y Miguel-Tobal subrayan que se ha dado más énfasis a los estudios o investigaciones sobre el tema de las emociones negativas, más que de las positivas, de ahí que, en el ámbito de las emociones negativas, las más relevantes son los trastornos de ansiedad. Las emociones son reacciones

psicofisiológicas que desarrollan las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo; que se relacionan con peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc.; que dependen de la cultura; esto es, son de carácter universal. Además, originan cambios a nivel afectivo y en la activación conductual-expresiva (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Según Bueno (2017), la vía de información del cuerpo humano, se compone de un sinnúmero de células interconectadas (neuronas). Cada neurona está formada por fibras ramificadas (dendritas y axón), que reciben y transmiten información a distintas neuronas, además de a los músculos o a las glándulas. El cerebro del adulto está constituido por alrededor de unos 85 millones de neuronas; destaca que la dimensión del cerebro no influye en los aspectos de la inteligencia, del aprendizaje y de la memorización. Existe una interconexión entre toda actividad mental y a un determinado patrón de conexiones neurales, cómo: aprendizaje, idea, recuerdo o emoción. Es la corteza la que se encarga de las actividades más complejas que se atribuyen al ser humano. En el área del aprendizaje y educación, se destacan tres zonas importantes: las amígdalas (en que se forman las emociones), el hipocampo (encargado de la memoria) y el tálamo (responsable de la atención) (Bueno, 2017).

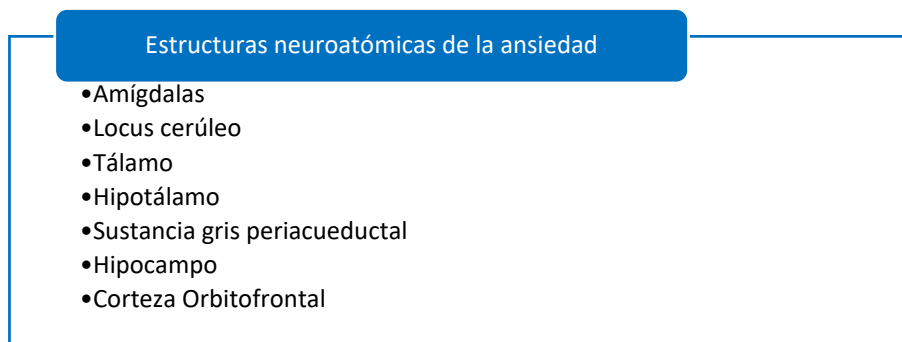
Para la Neurobiología, hay regiones del cerebro que se interconectan de modo anatómico con las emociones, por eso se atribuye que en el cerebro se organiza todo proceso cognitivo y emocional, de manera que se consideran significativos los ensayos desarrollados. El área en que se encuentran las emociones se ubica en el sistema límbico; esta región se compone de intensas estructuras del cerebro, que son: el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo, y otras estructuras que se conectan con el tallo cerebral, bulbo raquídeo (que origina el nervio vago) y establece conexión con varios órganos que están en el tórax y el abdomen, además, el corazón y el intestino. El objetivo de dicho sistema neuronal, es resguardar la vida por medio de respuestas de lucha o huida; en lo que se refiere a la cuestión de la alimentación y la actividad sexual, y que se relacionan al mismo tiempo con emociones de cólera, miedo y amor (Cedillo, 2017).

Las bases neurobiológicas de la ansiedad se constituyen por estructuras anatómicas y mecanismos químicos, que median las emociones; entre ellas está la amígdala, considerada como primordial para esta sintomatología. A

continuación, se describen las estructuras neuroanatómicas de la ansiedad y los mecanismos químicos.

2.2.2- Estructuras neuroanatómicas de la ansiedad

Las estructuras neuroanatómicas implicadas en la ansiedad son 7. Se describen a continuación:



1-Las amígdalas. Son núcleos neuronales con una estructura semejante a la de una almendra, que forman parte del sistema límbico y se relacionan con la emoción. Dicha estructura desempeña un papel importante en la actividad de las emociones, principalmente en lo que se refiere a la ansiedad. Cuando suceden lesiones en la amígdala causan un efecto sedante en el paciente. Sin embargo, ocurrirá una acción contraria, un sentimiento de miedo y confusión (por una estimulación eléctrica de la amígdala), a través de una sedación (Sanders & Shekhar, 1995).

Se sitúa en el lóbulo temporal, constituye y regulariza las reacciones de alarma, de miedo y la ansiedad. Esta estructura ejerce la función de mecanismo de organización, en el cual ajusta la información exteroceptiva e interoceptiva que originan a las respuestas viscerales y conductuales de alarma (Goddard & Charney, 1997).

Los receptores que intervienen en la función de la amígdala son los noradrenérgicos, benzodiazepínicos y 5-HT (hidroxitriptamina). Otras estructuras que también constituyen el sustrato neuronal de la ansiedad son el sistema septo-hipocampal, la sustancia gris periacueductal, los núcleos rufé y el colículo inferior; aparte de la amígdala; el sustrato neuronal de la ansiedad, también se

compone por el sistema septo-hipocampal, la sustancia gris periacueductal, los núcleos rufé y el colículo inferior (Graeff, Viana & Mora, 1997). La estimulación del colículo inferior induce en las reacciones de defensa (alerta), respuesta de congelamiento y respuestas de escape (Lamprea, Cardenas, Vianna, Castillo, Cruz-Morales & Brandão, 2002).

2-Locus cerúleo. Vocablo derivado del latín que significa núcleo celeste (por su color azulado), también denominado Locus coeruleus. Dicho núcleo sintetiza, almacena y libera el neurotransmisor noradrenalina.

El Locus cerúleo es considerado el núcleo primordial en el cerebro por constituirse por norepinefrina. Su localización está próxima al cuarto ventrículo. Está regulado por los receptores GABA benzodiazepínicos y serotoninérgicos con resultado inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), que libera corticotropina, la sustancia P y acetilcolina que son activadoras. Además, absorbe información a través de sistemas reguladores del ambiente interno (información interoceptiva) y externo (información exteroceptiva). La interoceptiva es encaminada por medio de varios núcleos del tallo cerebral (el núcleo paragigantocelular y el núcleo prepositus hipogloso). La exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas). El locus cerúleo envía estímulos a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, que están involucrados en el comportamiento del miedo y la ansiedad (Goddard & Charney, 1997).

3-Tálamo. Se sitúa en el centro del diencefalo y su función es conducir los estímulos ambientales a la corteza. También en momentos de peligro, emite las señales sensoriales para la amígdala, pero si ocurre una lesión en esta estructura, no se destaca la reacción de miedo ante un estímulo acústico (Cedillo, 2017).

El término tálamo procede del griego *thalamus*, que significa “cámara interna”, se localiza en la región diencefálica medial. El tálamo es una estructura de forma oval, par y casi simétrica. Cada tálamo en el ser humano tiene un tamaño de 3 cm de largo (anteroposterior) y 1,5 cm de ancho en amplitud (Perea-Bartolomé y Ladera-Fernández; 2004).

Según Dorsch (2008) el tálamo se conecta con muchas partes del sistema nervioso central, de modo especial con la corteza cerebral, el cerebelo, la médula espinal y el sistema extrapiramidal. Gran parte de las vías nerviosas que van hacia la corteza pasan a través del tálamo, de ahí sea citado como “puerta de la conciencia”, “estación de transbordo” o “modelador de los impulsos” (impulsos que presentan tonalidad afectiva).

Cuando ocurren trastornos en el tálamo surgen problemas de modo especial en relación con la sensibilidad: parestesias, ausencia de psicorreflejos, temblor y otras manifestaciones extrapiramidales. En consecuencia, se destacan trastornos de la sensibilidad al dolor y a la temperatura en el lado opuesto al de la lesión.

4-Hipotálamo. Se sitúa por debajo (hipo) del tálamo, su función se relaciona con la mantención corporal (como comer, beber, a la temperatura y conducta sexual). Además, interviene en el sistema endocrino por intermedio de la hipófisis y tiene relación con las emociones (Myers, 2005).

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral), en la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés (Cedillo, 2017).

5-Sustancia gris periacueductal. Se encuentra alrededor del acueducto, es activado a partir de los núcleos vegetativos hipotalámicos y su función se relaciona con la modulación del dolor y estrés. Dicha sustancia es un componente anatómico y funcional que se encarga de instituir las respuestas activas y pasivas frente a los estímulos internos o externos.

Se le relaciona con la respuesta al miedo, a una situación de peligro inminente (por ej. el ataque de un animal); es remitida por la amígdala, en consecuencia, ocurre un comportamiento defensivo por la sustancia gris periacueductal lateral. Sin embargo, un peligro menos significativo (por ej. el animal circulando), ocasiona un comportamiento de "congelamiento", a través de la sustancia gris periacueductal ventrolateral (Goddard & Charney, 1997).

6-Hipocampo. Se sitúa en los lóbulos temporales. Es una de las estructuras neuronales de mayor importancia en los estudios del cerebro. Ejerce una función que destaca en el cerebro, pues se relaciona con la memoria. Algunos investigadores resaltaron que la memoria a corto plazo se ve afectada cuando existe un daño en el hipocampo (Bird & Burgess, 2008).

La estructura anatómica y funcional del hipocampo se interconecta con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Se constituye por una alta densidad de receptores 5HT-1A. Se cree que ejerce una función importante en la ansiedad, pero puede haber un control a través de los agonistas de estos receptores, como la buspirona (Cedillo, 2017).

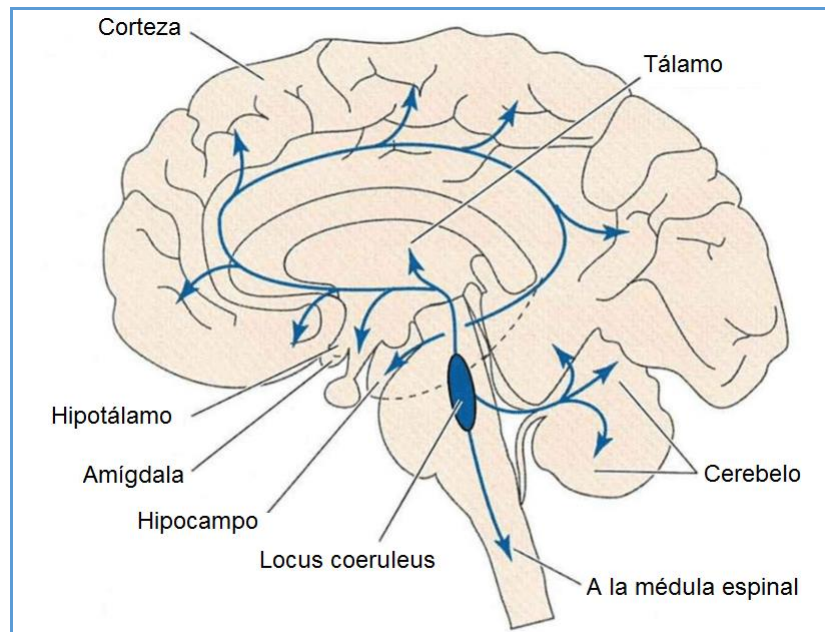
7-Corteza orbitofrontal. Es una estructura de eminente función significativa en el ámbito emocional, por recibir información sensorial y por tener una interconexión con las estructuras límbicas. Participa en la interpretación de dichos eventos, al seleccionar y planear la conducta de respuesta frente a una situación de amenaza, además de administrar su efectividad. De modo que, se plantea su involucramiento en el ámbito emocional, por altas concentraciones de receptores 5HT-2 en dicha área (Cedillo, 2017).

La corteza orbitofrontal está vinculada con el sistema límbico, su papel fundamental es procesar, regular las emociones (positivas-negativas), estados afectivos, además regular el control de la conducta (Damasio, 1998).

Participa de forma muy significativa en la toma de decisiones basadas en la estimación del riesgo-beneficio de las conductas. La región ventro-medial de la corteza orbitofrontal corresponde con la detección de situaciones y condiciones de riesgo, mientras que la región lateral se vincula con el procesamiento de los matices negativo-positivo de las emociones (Bechara, Damasio & Damasio, 2000).

Gómez (2007), destaca tres neurotransmisores implicados en la ansiedad, según estudios de Neurobiología desarrollados con animales con el objetivo de investigar las respuestas al tratamiento de pacientes con ansiedad: la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT) y el ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Figura 3. **Localización de las estructuras neuroanatómicas implicadas en la ansiedad.**



Fuente: Moore y Bloom (1979).

2.2.3- Neurobiología de la depresión

La depresión es un trastorno mental y según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2015) hasta el año 2020, será considerada como la segunda causa de incapacidad (por detrás de las enfermedades cardiovasculares) afectando a millones de personas en el mundo (17-20 % de la población), lo que resulta en grandes pérdidas económicas por incapacidad. Se considera que este trastorno es más frecuente en las mujeres, y es un factor de riesgo para otras patologías, como la cardiopatía isquémica (Weissman, Bland, Canino, Faravelli, Greenwald, Hwu & Joyce, 1996, Nestler, Gould & Manji, 2002).

Los síntomas de la depresión se destacan a través de una significativa alteración de humor que pueden durar de semanas a meses, pérdida de interés, incapacidad en sentir placer, sentimientos de baja auto estima, culpa, déficit cognitivo, pérdidas de apetito, sueño y deseo sexual (Páez, Hernández y Baptista, 2003).

Para investigar el cerebro se han puesto en práctica dos estrategias distintas: los estudios post mortem (documentan/registran determinadas

características de los circuitos cerebrales) y las técnicas de neuroimagen a través del uso de marcadores indirectos de la activación (Drevets, 2001).

Estas técnicas tienen sus restricciones, los estudios post mortem no representan de forma global fases sucesivas en el organismo vivo, mientras que la técnica de neuroimagen para averiguar el aumento o disminución de la actividad de modo específico de determinadas regiones cerebrales, es limitada en lo que se refiere a los mecanismos que están involucrados con los complejos síntomas de la depresión (Phelps & LeDoux, 2005).

Por otra parte, los estudios a través de los modelos animales han contribuido de modo eminente para los avances en la comprensión del trastorno depresivo, además han tenido gran importancia para el desarrollo de los fármacos antidepressivos (Newport, Stowe & Nemeroff, 2002).

La depresión es un trastorno considerado multifactorial que incluye varios factores de riesgo y en el que existen otras causas que influyen en su comprensión, tales como eventos estresantes, anormalidades endocrinas, cáncer, alteraciones del sistema inmune, expresión anormal de diversos genes que están implicados en la respuesta al estrés, el aprendizaje, la plasticidad neuronal y la memoria (Krishnan & Nestler, 2008). En lo que se refiere a los estudios de los factores genéticos involucrados en la depresión, hasta el momento actual no se han encontrado evidencias consistentes que comprueben una asociación específica con dichos factores; se supone que por la compleja heterogeneidad y dificultad de establecer un diagnóstico fidedigno de la sintomatología (Rush, 2007).

Distintas estructuras anatómicas y diversas vías nerviosas pueden estar involucradas en la depresión. Por lo tanto, no hay un circuito neuroatómico determinado, hay diversas regiones cerebrales facultadas para sistematizar las funciones de emotividad, recompensa y ejecución. Las regiones más enfatizadas en los estudios son: la corteza prefrontal (Koenigs, Huey, Calamia, Raymond, Tranel & Grafman, 2008), el hipocampo (Campbell & Macqueen, 2004), la amígdala (Van Eijndhoven, Van Wingen, Van Oijen, Rijpkema, Goraj, Verkes *et al.*, 2008) y el núcleo accumbens (Schlaepfer, Cohen, Frick, Kosel, Brodesser, Axmacher *et al.*, 2008).

Existen varios estudios implicados en análisis post mortem, de neuroimagen y modelos animales, que subrayan de modo específico estos

circuitos, además tiene por objetivo averiguar otras regiones o subregiones implicadas con el desarrollo de dicha sintomatología.

Los circuitos más estudiados para la comprensión de la depresión son la regulación anormal de monoaminas cerebrales (Nutt, 1997), los adrenorreceptores (Stone, Quartermain & Lehmann, 2007), los sistemas dopaminérgicos (Cabib & Puglisi-Allegra, 1996), el eje hipotalámico hipofisario suprarrenal (Mueller & Holsboer, 2006), las citoquinas (Hayley, Poulter, Merali & Anisman, 2005), las neurotrofinas (Duman & Monteggia, 2006) y la neurogénesis (Santarelli, Saxe, Gross, Surget, Battaglia & Dulawa, 2003).

Se considera que presentar una respuesta aumentada o reducida al estrés, puede ser un componente básico en el desarrollo de la depresión (Swaab, Bao & Lucassen, 2005) ya que los factores estresantes inducen a varias respuestas corporales, denominada como Síndrome de Adaptación General (SAG). Este síndrome se establece cuando el organismo intenta adaptarse a las nuevas situaciones generadas por el estrés (Selye, 1998).

Sin embargo, se considera la respuesta al estrés como un proceso normal para el mantenimiento de la estabilidad y/o homeostasis, pero si la respuesta es activada a largo plazo puede implicar consecuencias peligrosas, como la muerte, aumentar el riesgo de la depresión, de la obesidad, enfermedades cardiovasculares, además de diversos trastornos (Dallman, Pecoraro, Akana, La Fleur, Gómez, Houshyar *et al*, 2003; Vitaliano, Scanlan, Zhang, Savage, Hirsch & Siegler, 2002).

La depresión es una sintomatología que engloba diversas áreas y magnitud en la persona que presenta este trastorno. Los síntomas depresivos es una transición en los aspectos de la vida psíquica normal en relación a ciertas emociones, cogniciones y conductas, según su dimensión y continuidad (García-Toro, 2014).

La mente puede ser interpretada como una red compleja de emociones y cogniciones muy interconectadas. Además, esta sintomatología podría ser resultado de la desintegración funcional de la citada red, en consecuencia, del dominio impulsado por cogniciones y emociones negativas, que emanan del proceso de retroalimentación. Dicha desintegración funcional de la persona con la sintomatología depresiva, resultaría del límite de vulnerabilidad mental de los factores que provoquen el estrés (García-Toro y Aguirre, 2007).

Como se ha comentado anteriormente, el cerebro posee su red neuronal de forma muy interconectada, su funcionamiento normal resulta del equilibrio neuroquímico, a través del sistema de la retroalimentación. Se destaca que, en la depresión, ocurre un descontrol en el sistema de retroalimentación, por un déficit de monoaminas cerebrales originando un aumento de glucocorticoides. Este proceso podría tener eficacia, al ser restablecido y volver al equilibrio, con la ayuda de las intervenciones psicofarmacológicas (García-Toro, 2014).

En la depresión, los estudios de neuroimagen funcional aún no están comprobados para su diagnóstico. Los pacientes que padecen de depresión presentan una hipoactivación prefrontal y una sobreactivación límbica; se considera que hay una reciprocidad de condicionamiento en estos mecanismos (Mybreg, 2003).

Han sido desarrolladas varias técnicas y distintos niveles para la neuromodulación cerebral como terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago, estimulación cerebral transcraneal por corriente continua, estimulación cerebral profunda. Todas pueden presentar eficacia en la sintomatología depresiva, proporcionando el equilibrio de la activación cerebral. Se considera que los pacientes que presentan depresiones graves, poseen una estructura cerebral distinta, cuando son comparados con las personas que no presentan este trastorno. No obstante, el hecho de tener alguna secuela en la estructura cerebral del sujeto (por ej. problemas vasculares), puede inducir a la depresión (García-Toro, 2014).

El hipocampo es una de las estructuras más enfatizadas en el proceso de la depresión, presenta en general un tamaño reducido. En consecuencia, las neuronas del hipocampo tienen dificultad en la inhibición de la secreción de glucocorticoides (García-Toro, 2014).

Principales estructuras implicadas en la depresión

La depresión es una de las enfermedades psicológicas más comunes con un potencial significativo de morbilidad y mortalidad. Aunque la fisiopatología subyacente de la depresión no se ha definido claramente, la evidencia preclínica y clínica sugiere alteraciones en la neurotransmisión de serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA) en el sistema nervioso central. Prácticamente todos los antidepresivos actualmente disponibles actúan sobre uno o más de los siguientes mecanismos: inhibición de reabsorción de 5-HT o NE (y DA), antagonismo de receptores 5-HT o NE presinápticos inhibidores o inhibición de la monoaminoxidasa (Moret & Briley, 2011).

La evidencia de la participación de la norepinefrina en la depresión es abundante, y los estudios recientes sobre las vías neuronales y los síntomas destacan el papel específico de la norepinefrina en este trastorno. La norepinefrina juega un papel determinante en el funcionamiento ejecutivo que regula la cognición, la motivación y el intelecto, que son fundamentales en las relaciones sociales. La disfunción social es posiblemente uno de los factores más importantes que afectan la calidad de vida en pacientes deprimidos (Moret & Briley, 2011).

Aunque la serotonina ha sido el neurotransmisor más investigado en la depresión, hay otras líneas que sugieren que la norepinefrina es importante en la fisiopatología y el tratamiento del trastorno depresivo. La manipulación genética que aumenta la neurotransmisión de norepinefrina protege a los animales del comportamiento depresivo inducido por el estrés, mientras que la manipulación química que agota el cerebro de norepinefrina aumenta la susceptibilidad de los pacientes deprimidos recuperados a una recaída depresiva. La actividad de norepinefrina aumentada a través de los agentes terapéuticos son antidepresivos efectivos, que comprueban la evidencia de que actúan simultáneamente en la neurotransmisión de serotonina y norepinefrina (Moret & Briley, 2011).

2.2.4- Los neurotransmisores

Los neurotransmisores son componentes químicos que traspasan los espacios sinápticos entre las neuronas y cuando son liberados por vía de mensaje por la sinapsis, se adhieren a áreas de receptores de la neurona que los absorbe y constituye el impulso neuronal (Myers, 2005).

1-Norepinefrina o Noradrenalina. Ejerce el papel de neurotransmisor (que transmite impulsos nerviosos entre las células cerebrales o neuronas) estimula parte del sistema nervioso simpático, su función es regular algunas actividades involuntarias (el ritmo del corazón, la presión arterial y sudoración, etc. Sus estructuras celulares se sitúan en el locus cerúleo del puente límbico y médula espinal. La noradrenalina es un neurotransmisor que influye en la motivación, el estado de alerta y vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos. Participa en la regulación del sueño, del apetito y de la conducta sexual; también en la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, aprendizaje y memoria (Tellez-Vargas,2000).

En animales, cuando es estimulado el locus cerúleo, responde con el comportamiento de miedo y si ocurre un corte, esta respuesta presentara inhibición o bloqueo (Shiloh, Stryjer, Weizman & Nutt, 2000).

2-Serotonina. Contribuye en el surgimiento de los trastornos de ansiedad, de modo especial en los trastornos de pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, hay evidencias empíricas en relación a los inhibidores de la recaptura de serotonina en dichos trastornos. Todavía no está comprobado la influencia de la serotonina en la ansiedad, no se ha comprobado si es por un déficit o un exceso de dicho neurotransmisor o si es derivado de un cambio en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (5HT 1A, 2A, 2C, 1D que son afines con la ansiedad) (Cedillo, 2017).

La relación entre la serotonina y ansiedad es destacada, en consecuencia, de los efectos terapéuticos cuando son administrados los antidepresivos serotoninérgicos, pues dichos fármacos producen un efecto colateral benéfico sobre la ansiedad (Gómez, 2007).

Gran parte de las neuronas serotoninérgicas se ubican en los núcleos del rafe en el tallo y se propagan en dirección a la corteza, sistema límbico y el hipotálamo.

Hay dos vías distintas relacionadas con la ansiedad con efectos opuestos, la primera es la vía ascendente que se extiende desde los núcleos dorsales del rafe a la amígdala y a la corteza prefrontal, que induce al miedo condicionado y la segunda vía que se extiende desde los núcleos dorsales del rafe hasta la sustancia gris periacueductal, que priva el miedo no condicionado. En la vía ascendente (primera), la serotonina es considerada ansiogénica; hay una hiperactividad serotoninérgica (genera la fobia social). En la segunda vía, la serotonina es considerada como ansiolítica; hay un déficit y genera el trastorno de pánico (Graeff, Viana & Mora, 1997).

En suma, la acción de los inhibidores de la recaptura de serotonina acataría a la importancia que cada vía tiene en los trastornos de ansiedad (Shiloh *et al.*, 2000).

3-Ácido Gamma-aminobutírico (GABA). Es un neurotransmisor inhibitor principal, la insuficiencia de dicho neurotransmisor puede relacionarse a convulsiones, temblores e insomnio (Myres, 2005).

Dicho neurotransmisor posee neuronas extendidas por el Sistema Nervioso Central. Interviene en el estado de excitabilidad en diversas áreas del cerebro. La actividad neuronal esta sistematizada a través del equilibrio entre la actividad excitatoria y la actividad inhibitoria GABAérgica. El GABA se divide en dos receptores, el receptor A y el receptor B. El GABA-A, es un receptor macromolecular postsináptico y se ubica en el área del sistema límbico, cerebelo y corteza. El receptor GABA-B es presináptico, cuando es activado inhibe la liberación de GABA y determinados aminoácidos excitatorios (Cedillo, 2017).

Se ha comprobado la eficacia de las benzodiazepinas en los trastornos de ansiedad, estos fármacos tiene la función de aumentar la actividad del neurotransmisor en el receptor GABA-A (Cedillo, 2008). Sin embargo, una pequeña disminución del sistema GABAérgico, causa excitación, ansiedad, agitación, insomnio y reactividad extrema (Nutt & Malizia, 2001).

Tabla 7. Neurotransmisores y neuromoduladores en sinapsis del SNC.

Neurotransmisores y neuromoduladores en sinapsis del SNC	
Sustancia	Localización
Acetilcolina	Unión mioneural, terminales autonómicas preganglionares, postganglionares de glándulas sudoríparas y sistema vasodilatador muscular, zonas del SNC, algunas amacrinias retinianas.
Aminas	
Dopamina	Células SIF en ganglios simpáticos, estriado, eminencia media, sistema límbico, partes del neocortex, algunas amacrinias retinianas
Noradrenalina	Mayoría de las terminales postganglionares simpáticas, corteza cerebral, hipotálamo, mesencéfalo, cerebelo, médula espinal
Adrenalina	Hipotálamo, tálamo, sustancia gris periacueductal, médula espinal
Serotonina	Hipotálamo, sistema límbico, cerebelo, médula espinal, retina
Histamina	Hipotálamo, otras zonas del SNC
Aminoácidos excitatorios	
Glutamato	Corteza cerebral, mesencéfalo
Aspartato	Corteza cerebral
Aminoácidos inhibitorios	
Glicina	Neuronas inhibitorias en la médula espinal, tronco encefálico, prosencéfalo, retina
GABA	Muy distribuido en las regiones supraespinas del SNC

Fuente: Cardinali, 2007.

2.2.5- El cerebro del adolescente

La adolescencia es una fase de la vida en que ocurren varios cambios hormonales, físicos y de identidad, estos cambios también pueden ser observados a nivel cerebral; sin embargo, se considera que aún no existen investigaciones suficientes sobre el tema de la influencia del cerebro en el desarrollo cognitivo.

La neurociencia trasciende la rama de las ciencias que estudia el sistema nervioso y su relación con la fisiología del organismo; es un área de estudio que tiene por objetivo explicar la conducta en relación con la actividad cerebral. La comunicación con otras disciplinas ha permitido a la Psicología contar con datos científicos que expliquen, por ejemplo, cómo los procesos biológicos están intrínsecamente relacionados con los procesos mentales y la conducta observable (Kandel, Schwartz & Jessell, 2000).

El impacto social e individual de las Neurociencias y sus nuevas tecnologías se extiende mucho más allá del terreno estrictamente médico, actualmente tiene una gran importancia para el desarrollo del sistema educativo, pues el aprendizaje está relacionado con el proceso de remodelación de los circuitos cerebrales. Los métodos educativos deben reforzar los mecanismos neuronales involucrados en el sistema de aprendizaje, con base en estudios científicos, como la capacidad cerebral de almacenar información o para encontrar la mejor forma de estimular las interconexiones neuronales, con el objetivo de lograr el máximo del rendimiento mental (Belmonte & Viana, 2007).

Se considera que actualmente varios sistemas educativos de países más desarrollados ya emplean métodos para fomentar el desarrollo cognitivo involucrado en el sistema de aprendizaje. Durante el desarrollo de las fases de la vida ocurren varios cambios y también a nivel cerebral. A partir del nacimiento el cerebro del bebé produce una gran cantidad de sinapsis neuronales a partir de su aprendizaje y relaciones con el mundo. La Neurociencia destaca que durante el periodo de la infancia se produce la actividad de la poda sináptica y la actividad de recomposición cerebral, o sea las conexiones que son utilizadas con frecuencia son fortalecidas y las que no son utilizadas se eliminan. En la pubertad y la adolescencia también se van a producir cambios importantes, cuando

terminan de madurar distintas áreas del cerebro, como la corteza prefrontal, de ahí que estas fases de poda citadas anteriormente son de gran importancia en la maduración del individuo (Blakemore & Frith, 2005).

Por lo tanto, es importante que los educadores implanten el recurso del aprendizaje cooperativo como método de trabajo en el aula para estimular esta poda en los estudiantes, sean niños o adolescentes. Esto contribuirá para el aprendizaje cooperativo dentro de contextos y culturas distintas; además esta poda contribuirá a estimular las conexiones neuronales, favoreciendo al desarrollo cognitivo del individuo.

Según Johnson y Johnson (2009), el aprendizaje cooperativo es una propuesta innovadora y ha tenido éxitos dentro del ámbito escolar frente a otras propuestas pedagógicas.

En los últimos años, se han desarrollado experimentos científicos que son considerados precursores al desarrollo cerebral y a los procesos cognitivos en la adolescencia. Varios estudios con resonancia magnética (RM) fueron realizados para investigar el desarrollo de la estructura del cerebro durante la infancia y la adolescencia. Esta técnica considerada no invasiva, registra con calidad imágenes del cerebro humano vivo y puede registrar informaciones sobre las causas del pensamiento, sentimiento y comportamiento del ser humano (Blakemore, 2012).

Beatrice Whiting y John Whiting (1975) consideraban que la crisis de los adolescentes sobrevenía de las influencias occidentales, a través de los medios de comunicación (televisión, cine, etc.), o temas relacionados al ámbito escolar. Diversos historiadores enfatizaron que, en el pasado, el periodo de la adolescencia, transcurría de modo tranquilo, como una etapa de evolución para la vida adulta, en que los adolescentes no se aislaban de los adultos, sino que alcanzaban la madurez a través de ellos (Epstein, 2008).

Epstein cree que el término "cerebro inmaduro" del adolescente no corresponde a la realidad, lo atribuye a un mito, ya que, con el paso del tiempo, los genes del individuo sumados a cuestiones de su entorno y de su comportamiento, constituirán su cerebro. Este autor opina que la crisis de los adolescentes en los EE.UU. y otras culturas, puede ser considerada como una "prolongación artificial de la infancia" tras empezar la pubertad. De manera que, si existe alguna característica que pueda tener relación con el cerebro del

adolescente, estas características, son las consecuencias de las influencias sociales y no las determinantes de la crisis (Epstein, 2008).

Según Margaret Mead (1990), no se debe considerar la adolescencia como una fase universal. La antropóloga estadounidense, cita el ejemplo de Samoa (Isla de Tau; EE.UU.), pues en esta cultura los adolescentes no pasaban por ningún periodo de crisis personal, familiar o social. Los resultados de sus estudios comprobaron, que la transición de la infancia a la adolescencia en Samoa, ocurría de manera suave y no era representada por los trastornos emocionales como angustias, ansiedad y confusión destacados en los Estados Unidos (Lozano, 2014).

De modo que, si se pudiera creer que el cerebro del adolescente, fuera considerado el autor de estas crisis o de un fenómeno universal biológico, los adolescentes de todas las culturas pasarían por ella (Epstein, 2008).

De acuerdo con Hall (1904), la adolescencia era considerada un periodo de confusión y tendencias contradictorias de la evolución humana, una fase irracional, sin responsabilidad. Como ya se ha mencionado anteriormente, Él estableció la teoría biológica, que daba énfasis a la “recapitulación”; donde el desarrollo individual (ontogénesis) copiaba el desarrollo evolutivo (filogénesis). La ontogénesis, se refiere al desarrollo del individuo o formación del ser (periodo embrionario) y la filogénesis, determina el desarrollo evolutivo (origen) de las especies. La teoría de Hall alrededor del año 1930 cayó en descrédito, pero muchos psicólogos y personas siguen creyendo en su postulado (Epstein, 2008).

La teoría psicoanalítica de Freud, destaca el desarrollo del adolescente en función de la dinámica psicosexual. Este periodo se relaciona con la etapa genital, que procede de la fase infantil de latencia, y es en esta etapa en la que se finaliza la fase edípica. Para este autor, el objetivo del adolescente es alcanzar la primacía genital por el encuentro definitivo, de la busca no incestuosa del objeto amado (Lozano, 2014).

A partir del siglo XX, se reconoció a la neurona como la unidad fundamental del sistema nervioso, o sea como la pieza básica que constituye el cerebro y los nervios de animales y personas. Santiago Ramón y Cajal, médico español, tuvo su participación en este hallazgo y ganó el Premio Nobel de Fisiología y Medicina, junto a Camillo Golgi, italiano en 1906, por sus estudios sobre la estructura del sistema nervioso (Redolar, 2014).

Hoy en día se considera que el cerebro del adolescente se constituye un ente singular, con gran versatilidad y una creciente instauración de redes neuronales. La plasticidad es una de las características que tiene el cerebro del adolescente, por su capacidad de cambio y adaptación al entorno, gracias a la modificación de las redes de comunicación que conectan entre sí distintas regiones cerebrales y el crecimiento de tales zonas, resulta clave para alcanzar en última instancia el comportamiento adulto; sin embargo, puede ser perjudicial por los cambios del entorno, que dejan a los adolescentes susceptibles a conductas peligrosas (Giedd, 2015).

Hay estudios recientes que subrayan que los comportamientos imprudentes suceden por una divergencia entre la maduración de las redes del sistema límbico, que impele la emociones, y las de la corteza prefrontal responsable del control de los impulsos y del comportamiento juicioso. Los estudios constatan que las neuronas integran información que les llega desde otras, pero solo se activan para transmitirla si la señal aferente supera cierto umbral eléctrico. Al entrar en la adolescencia, la rápida mielinización permite unir y coordinar cada vez más las actividades de un amplio repertorio de tareas cognitivas en diversas partes del cerebro. La mielinización acelera también el procesado de información, pues contribuye a que los axones se recuperen rápidamente tras cada impulso nervioso y queden listos para lanzar otro mensaje. Ello permite multiplicar por 30 la frecuencia con que una neurona puede emitir información (Giedd, 2015).

Los procesos de poda (eliminación) y refuerzo contribuyen para que el cerebro del adolescente se vaya construyendo a medida de las exigencias del entorno.

La sustancia gris aumenta durante la infancia, alcanza un máximo hacia los 10 años comienza su declive en la adolescencia y se mantiene estable en el individuo adulto y hay un pequeño declive en la senectud.

La corteza prefrontal es la última en desarrollarse por completo, esta región es esencial para las funciones ejecutivas, como la capacidad de organización, decisión y planificación, además del control de las emociones.

El cambio más importante en un cerebro adolescente no es el desarrollo de las regiones cerebrales, sino el de las comunicaciones entre grupos de neuronas. La corteza prefrontal constituye una parte fundamental de los circuitos

implicados en la cognición social, esto es, muestra destreza para transitar por complejas relaciones sociales (Giedd, 2015).

La adolescencia se caracteriza pues, por modificaciones en las sustancias gris y blanca que, en conjunto, van transformando las conexiones neuronales mientras va cobrando forma el cerebro adulto. Los adolescentes no carecen de las funciones de la corteza prefrontal; simplemente, no han alcanzado aún toda su plenitud. El sistema límbico, estimulado por las hormonas colabora con los cambios drásticos con la llegada de la pubertad entre los 10 -12 años de edad. Por consiguiente, las hormonas producen cambios a nivel cerebral, especialmente a nivel del sistema límbico. Este sistema regula la emotividad y los sentimientos de gratificación. De ahí que habrá una disminución en la activación del circuito de la recompensa, que ante determinadas conductas producirán menores tasas de liberación de dopamina en el sistema límbico (Giedd, 2015).

El núcleo accumbens, la amígdala y la corteza prefrontal se destacan en el cerebro en la fase de la adolescencia en relación a otros momentos de la vida. Los adolescentes buscaran conductas más arriesgadas, para compensar el sistema dopaminérgico, el núcleo accumbens tiene un elevado número de conexiones dopaminérgicas. El cerebro humano adulto, está formado por unos cien millones de células nerviosas (neuronas), y el cerebro del bebe al nacer ya posee un número similar a este. Sin embargo, durante los tres primeros meses del embarazo, casi todas las neuronas ya están constituidas (Blakemore, 2012).

El cerebro, la parte más extensa del encéfalo, se compone por dos hemisferios acoplados por una masa de sustancia blanca denominada cuerpo calloso. Estos hemisferios se dividen por una hendidura profunda, que es la fisura longitudinal y en esta se proyecta la hoz del cerebro. La corteza que es la capa superficial de cada hemisferio, se constituye por sustancia gris, que contiene los cuerpos celulares y dendritas de las neuronas. La corteza cerebral presenta pliegues (circunvoluciones o giros), que están separados por fisuras o surcos (Snell,2006).

Al comparar varios cerebros de niños y adolescentes y adultos, Huttenlocher (1979) constató que la corteza era distinta en el cerebro de los niños pre-púberes y en el de los adolescentes pos-púberes; además sus estudios comprobaron que hay un gran aumento en la densidad de las sinapsis de la

corteza frontal tras la pubertad y que solo después de la pubertad se inicia la poda sináptica en la corteza frontal. Imágenes cerebrales del estudio de resonancia magnética (RM) ponían en manifiesto un mayor volumen de sustancia gris en las cortezas frontal y parietal en los niños más jóvenes, mientras que, por su parte, el grupo de más edad presentaba en las mismas regiones un volumen superior de sustancia blanca. La pérdida progresiva de sustancia gris y el aumento concomitante de sustancia blanca que se producía durante la infancia y la adolescencia representaba tanto una disminución pos-púber en la densidad sináptica, como un incremento simultáneo en la mielinización axónica. Según las conclusiones de los estudios, la disminución en la densidad de la sustancia gris tras la pubertad se atribuye a la poda sináptica pos-púber que se sitúa en el lóbulo frontal, de ahí que en la pubertad habrá un aumento repentino del número de sinapsis resultando en un exceso de conexiones sinápticas (Blakemore, 2012).

La corteza frontal es el área del cerebro que tiene por función planear acciones, seleccionar respuestas, actúa sobre el control emocional y en la toma de decisiones. A lo largo de la adolescencia se producirá el proceso de maduración y modelación del cerebro, empieza por las partes posteriores del cerebro hacia los lóbulos prefrontales, estos son los últimos en desarrollarse y en los lóbulos temporales, donde se producirá la mayor pérdida de neuronas, considerada la poda neuronal (Logatt, 2009).

El área más desarrollada del cerebro son los lóbulos prefrontales, además de la base de las capacidades ejecutivas, que nos consienten atender y desarrollar un plan.

Como los adolescentes suelen sobrevalorar el riesgo, la adrenalina es liberada en niveles demasiado altos, ya que el cerebro está deseoso por experiencias nuevas, inusitadas, e imprevistas. Fisiológicamente en la adolescencia, el cerebro tiene una mayor sensibilidad a la dopamina, un neurotransmisor que moviliza los circuitos de gratificación y en la toma de decisiones. Esto explica la facilidad que los jóvenes tienen para la rapidez de aprendizaje, además de sus respuestas intensas delante de situaciones de victorias y derrotas (Logatt, 2009).

En principio los estudios realizados con cerebros post mortem, verificaron cambios significativos en la corteza prefrontal tras la pubertad, al ser comparados

con las diferencias de esta área en lo que se refiere a los cerebros de los niños, adolescentes y adultos (Huttenlocher, 1979).

A través de la resonancia magnética se comprobó la veracidad de los resultados, cuando destacaba un desarrollo o maduración tardía de determinadas áreas cerebrales, o sea la corteza prefrontal, que no predomina antes que se llegue al periodo de la adultez temprana (Giedd, Blumenthal, Jeffries, Castellanos, Liu, Zijdenbos *et al.*, 1999).

La corteza prefrontal ejerce un importante papel en la función ejecutiva del individuo y en la autorregulación de la conducta entre otros procesos de desarrollo cerebral, como también en la conducta de asunción de riesgos. Se opina que durante la adolescencia existe un desequilibrio entre el circuito prefrontal cognitivo y el circuito motivacional mesolímbico, como resultado de sus distintas fases de maduración (Oliva, 2007).

La adolescencia representa una edad crítica para la aparición de distintas enfermedades mentales, entre ellas, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, depresión, anorexia o bulimia, psicosis y drogadicción (Epstein, 2008).

Entender la singularidad del cerebro del adolescente y la rapidez de sus modificaciones serviría para que las familias, la sociedad y los propios jóvenes gestionasen mejor los riesgos y aprovecharan las oportunidades que esa edad ofrece.

Se considera que muchos estudiosos del área científica tienen interés en saber sobre el desarrollo del cerebro femenino y masculino. Algunas investigaciones destacan temas que se refieren a las características entre los sexos que son innatas, cultural, genético o adquirido. Por lo tanto, se carece de estudios rigurosos sobre este tema.

Sin embargo, la Neurociencia contradice en relación a la cuestión de que el hombre y la mujer sean intercambiables, comunes, simétricos o iguales.

Algunos estudios destacan que existen estrategias distintas para procesar las mismas actividades en el cerebro femenino y masculino. Annette Milnik y otros neurocientíficos de la Universidad de Basilea (Suiza) realizaron resonancia magnética del cerebro de 696 sujetos, comprobaron que imágenes que contenían un tema emocional negativo provocaban más actividad en los circuitos neuronales de las mujeres. Ante situaciones de amenaza, la corteza prefrontal en el cerebro de las mujeres detiene las riendas de la amígdala para prescindir

una reacción impulsiva, controlar los sentimientos y ayudar a la persona a tomar una decisión razonada; mientras en los hombres, existe una conexión entre ambas zonas que es mayor que en las mujeres, lo que indica que ellos responden con una visión más analítica al afrontar emociones negativas (Spalek, Fastenrath, Ackermann, Auschra, Coynel, Frey *et al.*, 2015).

La influencia de los cromosomas sexuales y de las hormonas, hace que las áreas cerebrales maduren de forma distinta, debido a los diferentes ritmos de producción de las hormonas en las gónadas femeninas y masculinas. El cromosoma X está formado por genes que codifican los factores cerebrales, en especial los que están involucrados en la codificación que regula el desarrollo pre-natal. El cromosoma Y se forma por los genes que determinan el programa de la masculinización del organismo y del cerebro, anteriormente a que los genes del par XX empiecen el programa de feminización. De ahí que, desde recién nacidos, los niños presentan un tamaño total del cerebro y de la cantidad de materia gris y materia blanca más desarrollado que estas mismas sustancias en las niñas (López, 2007).

Por consiguiente, se considera que las diferencias cognitivas entre hombres y mujeres son mínimas e insignificantes. Las diferencias morfológicas, fisiológicas y de expresión afectiva y rendimiento cognitivo entre hombres y mujeres son preeminentes como en todos los mamíferos.

Esto también es efectivo para el cerebro, órgano en que se sustancian los habituales conflictos de géneros (sexos). Actualmente la participación de las mujeres en todas las áreas de actividades profesionales o laborales han sido magníficas.

En suma, dentro del contexto cognitivo entre hombres y mujeres en el ámbito competitivo, se destaca el dilema de la génesis natural del sistema nervioso disímil, delante de las cuestiones del entorno que se relacionan con los roles sociales o contexto cultural sobre la perspectiva del género, o sea la sociedad sigue el estigma en que existe una profesión adecuada para los hombres y otra para las mujeres.

2.2.6- ¿Por qué tiene importancia el género SEXO?

Se estima que el género tiene una importancia fundamental para comprender la enfermedad mental.

La Oficina de Investigación sobre la Salud de la Mujer en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos solicitó al Instituto de Medicina que realizara un estudio dedicado a la salud de la mujer y aclarar el estado del conocimiento sobre las diferencias relacionadas con el género. Según Woods, Lawson y Setlow (1998), investigadores del Instituto de Medicina, el género influye en todo un contexto psicopatológico, desde la prevalencia de los trastornos mentales, la forma de expresión de los síntomas hasta la respuesta de los pacientes al tratamiento. Como ejemplo, se ha comprobado que las mujeres son dos veces más susceptibles que los hombres, en sufrir depresión.

Además, los factores ambientales pueden influir más en las mujeres que en los hombres en el desarrollo de las enfermedades (Narrow, Kuhl & Regier, 2009).

Muchos estudios están enfatizando con mayor frecuencia diferencias neurobiológicas entre hombres y mujeres, diferencias éstas, que interaccionan en su complejidad con los factores socioculturales, en lo que corresponde a las causas de la enfermedad mental. El Instituto de Medicina, incentiva a los investigadores para que introduzcan el sexo y el género en sus estudios, pues es necesario un mayor número de investigaciones para que se aclare la compleja relación entre el género y psicopatología (Grant y Weissman, 2009).

Factores importantes en el estudio de género:

- Ampliar investigaciones sobre las diferencias sexuales respecto a la organización y la función del cerebro.
- Destacar las diferencias y similitudes sexuales en los trastornos que afectan ambos sexos.
- Apoyo e incentivo a realización estudios adicionales de investigación acerca de diferencias de sexo.

▪Reducción de la discriminación fundamentada en las diferencias de sexo identificadas.

Se considera que en todo el mundo la depresión es la causa principal de discapacidad en las mujeres. El porcentaje de mujeres que padecen de un trastorno depresivo es casi el doble que el de los hombres (12 y 6,6%, respectivamente). Las contribuciones de los factores biológicos, psicosociales y sociales varían en cada individuo y en las diferentes fases del ciclo vital, sin embargo, la interacción entre los acontecimientos vitales y estresantes y la depresión a la aparición de la enfermedad es compleja (Narrow *et al.*, 2009).

En lo que se refiere a Neurobiología, los estudios de diferencias de sexo han sido escasos de un modo general, se considera que hay pruebas de que existen diferencias en las distintas especies de vertebrados entre ambos sexos en relación a anatomía cerebral, diferenciación celular, densidad sináptica, neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales (Cooke, Hegstrom, Villeneuve & Breedlove, 1998).

Además, se han evidenciado diferencias entre ambos sexos respecto a la fisiología y la fisiopatología de otros sistemas corporales, estas discrepancias podrían influir en las causas y el curso de los trastornos mentales (Narrow *et al.*, 2009).

2.3- Factores de riesgo

2.3.1- Factores genéticos y ambientales

Los factores genéticos añadidos por las interacciones con el medio, podrán influir en la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad. A través de estudios familiares se investigará la estructura genética de una patología, donde será necesario la confirmación de la existencia del aumento familiar del trastorno. La comprobación de estos factores se hará efectiva mediante estudios en gemelos y de adopción; siendo determinada por estudios de segregación y revalidada en los estudios moleculares con marcadores genéticos (Sandín, 1997).

Sin embargo, no se ha establecido si la transmisión de los trastornos de ansiedad es de origen genético, o si procede de características propias del niño. Los factores genéticos están presentes en algunos trastornos, por ejemplo, el trastorno de pánico (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Por lo tanto, estudios realizados sobre la influencia de los factores que producen el trastorno de ansiedad por separación (TAS), sugieren que las características familiares pueden representar un dato de importancia en su etiología (Sandín, 1997).

Según Last, Hersen, Kazdin, Francis y Grubb (1987), comprobaron que las madres de los hijos con TAS o hiperansiedad (trastorno de ansiedad generalizada), presentaban considerables niveles de prevalencia vital (83%) y actual (57%) de trastornos de ansiedad, que eran comparados con el índice de prevalencia de las madres del grupo de control (40% y 20% para las dos prevalencias mencionadas anteriormente). Como resultado sugiere una relación elevada entre la salud de las madres (si sufren o no trastorno de ansiedad) y si presentan o no el TAS en el hijo.

Por consiguiente, el riesgo de que los hijos sufran TAS puede aumentar debido a diversos factores familiares, o sea, si los padres (en particular la madre) sufren o han padecido algún trastorno de ansiedad (en concreto el trastorno de pánico), depresivo, o ansiedad de separación durante la infancia, constituyen importantes factores de riesgo para los hijos. Se constató que existe un elemento

característico de vulnerabilidad en la etiología del TAS, que puede transmitirse familiarmente.

Respecto a las fobias específicas son consideradas las que tienen un menor índice de carga hereditaria en relación a otros trastornos de ansiedad, todavía no se niega la posibilidad de existir factores genéticos, ya que, en algunos miedos patológicos, se constata poca o nula influencia ambiental. En general las fobias específicas suelen darse en determinadas familias (Sandín, 1990).

La fobia social se origina y mantiene, a través de procesos de aprendizaje del tipo condicionamiento pavloviano, pero también está relacionada con formas indirectas de transmisión (información paterna para la socialización) y aprendizaje. También es importante considerar aspectos constitucionales o características personales, como respuesta de factores hereditarios y familiares.

Los pacientes adultos con fobia social, suelen presentarse como personas excesivamente tímidas y con baja autoestima en la primera etapa de la niñez (La Greca & Stone, 1993).

La personalidad de evitación o trastorno de evitación es otro factor importante. El comportamiento de evitación que antecede al trastorno de personalidad de evitación, se presenta en la niñez en forma de temor, vergüenza, timidez y aislamiento ante personas extrañas o situaciones nuevas (APA, 1994).

La inhibición conductual y la timidez, pueden ser de origen parcialmente hereditaria. A través de estudios con adultos, podría concluirse que la fobia social se origina en un 58% como resultado de experiencias directas de condicionamiento (por ejemplo, pasar por una experiencia social estresante o humillante, experiencias sustitutas y transmisión de información). Cerca del 30% no identifica el origen de la fobia social, pudiendo existir relación entre la timidez e inhibición conductual de la infancia y la fobia social que surge a partir de la adolescencia (Sandín y Chorot, 1995).

Existe una enorme controversia en relación a la naturaleza y etiología del trastorno de pánico. Algunos autores destacan que el pánico sólo es un trastorno de naturaleza esencialmente biológica y genética (Klein, 1981; Sheelen, 1982).

Sin embargo, en la actualidad no existe acuerdo entre los distintos puntos de vista (biológicos y psicológicos). Dentro de las interpretaciones y

aproximaciones teóricas, existen teorías de tipo neurobiológico (Charney, Woods, Goodman & Henninger, 1987), de condicionamiento pavloviano (Wolpe & Rowan, 1988) o psicofisiológicas (Ehlers & Mergraf, 1989) y cognitivas (Clark, 1986).

El trastorno de pánico ha sido considerado como un trastorno metabólico de naturaleza genética, quizá por su manifestación espontánea, predominio de componentes biológicos con baja respuesta a tratamientos farmacológicos (por ejemplo, a los antidepresivos tricíclicos), en relación a otros trastornos de ansiedad. De acuerdo con investigaciones realizadas con adultos, los familiares de primer grado de los individuos con trastorno de pánico, tienen una gran probabilidad, entre cuatro y siete veces más, de desarrollar trastorno de pánico. A través de estudios con niños y adolescentes con trastorno de pánico, se destacó que la madre podría representar el principal transmisor familiar. Las respuestas de estudios con gemelos y con familias, constató una posible contribución genética a este trastorno (APA, 1994).

La etiología del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), considerada como trastorno residual y con menor grado de especificidad, se considera como la peor conocida entre los trastornos de ansiedad (Sandín, 1997).

Según Barlow (1988), el TAG surge a partir de una interacción entre la aprensión ansiosa (estructura cognitivo-afectiva difusa), el estrés (por ejemplo, inducido por sucesos vitales) y la expectativa de incontabilidad. La reacción del individuo a los sucesos vitales está acompañada de efecto negativo y sensación de que estos son impredecibles e incontrolables.

Estudios que proceden de orientación cognitiva han sugerido que la causa del TAG podría estar en alteraciones en el procesamiento de la información (Sandín, 1997).

Borkovec (1994) sugirió una teoría relacionada con la etiología del TAG. Explica el origen del TAG desde los mecanismos de la preocupación (fenómeno central del trastorno). Además, intenta ofrecer primero una explicación causal sobre los orígenes de la propia preocupación. Los pacientes con TAG, suelen referir haber padecido experiencias tempranas que sugieren un apego con sus madres (por ejemplo, experiencias de rechazo, inseguridad o miedo a perder la madre).

En relación a la etiopatogenia del TAG, según Borkovec, es evidente que otros posibles factores familiares (a parte de los implicados en las relaciones tempranas de apego) y constitucionales (rasgo de ansiedad, etc.) podrían estar implicados en el origen del TAG.

De acuerdo con APA (1994), los estudios sobre la transmisión familiar del TAG son inconsistentes (Sandín, 1997).

2.3.2- Factores biológicos

Los factores biológicos son considerados de importancia en la predisposición para los trastornos de ansiedad, especialmente en el trastorno de pánico, pues algunos autores consideran que sólo el pánico integra un trastorno de naturaleza propiamente biológica y genética.

Así pues, la ansiedad patológica es estudiada a través de aspectos psicofisiológicos que resaltan la hiperfunción de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, o sea, la hiperfunción noradrenérgica (Vallejo y Gastó, 2000). Por otra parte, se suscita la posibilidad de una alteración del sistema GABA en la etiología de la ansiedad.

Además, Edison (1990) sugiere que una perturbación en el balance del mecanismo de neurotransmisión serotoninérgico está relacionado con el origen de los trastornos depresivos y de los de ansiedad (disfunción que afecta a la interacción entre los mecanismos de transmisión catecolaminérgico y serotoninérgico) (Vallejo y Gastó, 2000).

Hipótesis noradrenérgica (Actividad periférica del sistema nervioso simpático). Los investigadores James y Lange, verificaron que para obtener un aumento de la excitación del sistema nervioso autónomo en los pacientes que padecen de ansiedad, debería existir una hiperactividad simpática; un incremento de la actividad catecolaminérgica. Por consiguiente, los estados de ansiedad o las respuestas de excitación al estrés suceden por una elevación de la actividad autónoma simpática, que es percibida a través de datos de la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, la conductancia cutánea, el flujo sanguíneo y la frecuencia respiratoria entre otros factores (Redmond, 1979).

Además, ciertos estudios comprobaron que, en pacientes con trastorno de pánico, los agonistas β -adrenérgicos y los antagonistas α_2 -adrenérgicos (yohimbina) tienen la posibilidad de provocar crisis de angustia corrientes y graves. En suma, se constata que existe una elevación de la actividad noradrenérgica durante los trastornos de ansiedad en determinadas situaciones a nivel experimental y terapéutico.

Hipótesis serotoninérgica. Diversos estudios comprobaron la eficacia de 100 antidepressivos inhibidores de serotonina (ISRS) en el tratamiento del trastorno de ansiedad, pues la serotonina influye en el origen de esta patología. Además, constataron que la crisis de ansiedad ocurre por una caída de la actividad serotoninérgica, disminuyendo los mecanismos inhibitorios del Sistema Nervioso Central (SNC), que son dependientes de este neurotransmisor.

Por consiguiente, se verificó que además de los inhibidores de serotonina, otras drogas efectivas en el tratamiento de la crisis de ansiedad, como imipramina, clorimipramina e inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), aumentan la actividad serotoninérgica (Ballenger, 1986).

En definitiva, los datos indican que puede existir un daño en la síntesis de serotonina o una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos, e incluso una hipersensibilidad de los autorreceptores 5HT_{1A} (receptor para la serotonina). Así pues, se confirmó que la acción de la serotonina en el origen de los trastornos de ansiedad, aunque clara, es compleja.

Hipótesis GABAérgica. El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es considerado un neurotransmisor de carácter inhibitorio. El receptor que se encuentra en la membrana neuronal, posee un canal aniónico para el cloro, y cuando se une el GABA con el receptor, penetran los iones cloro y produce una despolarización que inhibe la neurona.

Por tanto, se estima que es el sistema inhibitor más importante del Sistema Nervioso Central (Hoehn-Saric, 1982), pues la neurotransmisión mediada por el GABA, representa el 50% de las sinapsis inhibitorias cerebrales (Guidotti, Konkel, Ebstein, Corda, Wise, Krutzsch *et al.*, 1982).

Además, se comprobó que las benzodiazepinas aliviaban la ansiedad contribuyendo con el GABA en la apertura del canal de cloro de modo más rápido

y manteniéndolo abierto más tiempo, produciendo una hiperpolarización de la célula y disminuyendo su acción. La representación del complejo GABA-benzodiacepina en los trastornos de ansiedad, debe ser comprendida a través de su interrelación con otros sistemas de transmisión, específicamente con la serotonina (hay núcleos de rafe que contienen GABA y serotonina en conjunto) (Belin, Nanopoulos, Didier, Aguera, Steinbusch, Verhofstad, Maitre & Pujol, 1983).

La alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA a través de un agonista benzodiacepínico (flumazenil), puede causar ansiedad y crisis de pánico en pacientes, sin embargo, no actuó como ansiogénico en sujetos normales, pues las crisis inducidas no eran semejantes en síntomas en relación a las espontáneas (Vallejo y Gastó, 2000).

Se considera que existe un movimiento análogo al receptor a lo largo del espectro hacia la extremidad, el del agonismo inverso. Así pues, por parte de los pacientes existiría menos sensibilidad a las benzodiacepinas y más al flumazenil (Roy-Byrne, Dager, Cowley, Vitaliano & Dunner, 1989).

Otras sustancias y neurotransmisores que inducen crisis de ansiedad. La crisis de ansiedad también puede ser producida en menor proporción por una serie de sustancias o neurotransmisores.

La dopamina ejerce alguna influencia en el origen de los trastornos de ansiedad, así pues, los pacientes en los que había aumentado el ácido homovanílico (un metabolito de dopamina), presentaban mayor índice en el nivel de ansiedad – estado de Spielberg.

Se verificó que los pacientes con crisis de ansiedad presentaban una respuesta de hormona estimulante del tiroides (TSH) y prolactina (PRL) a la tirotrópina (TRH) disminuida, lo que podía sugerir un aumento de la dopamina hipofisaria.

Además, la adenosina se relacionaba con el consumo de cafeína y la ansiedad en sujetos normales (Boulenger, Marangos, Patel, Uhde & Post, 1984; Charney, Henninger & Jatlow, 1985).

Por lo tanto, se constató que los mecanismos encargados de los efectos ansiogénicos de la cafeína podrían ser la inhibición de la fosfodiesterasa (débil a las dosis ansiogénicas). El receptor de adenosina y otras purinas, funcionan

como neuromoduladores (regulan múltiples sistemas neuronales), inhibiendo la transmisión sináptica y liberación de neurotransmisores como acetilcolina y noradrenalina, además sirve como intermediario para la cafeína que genera la ansiedad (Charney *et al.*, 1985).

Los sistemas peptidérgicos que se encuentran presentes en las vías neuronales de los sistemas emocionales subcorticales, están situados particularmente en el núcleo central de la amígdala, así pues, las sustancias encontradas son: galamina, metencefalina, sustancia P, corticotropina (CRF), neurotensina, somatostatina y dinorfina (Gray & Magnuson, 1987).

Algunos péptidos producen sistemas relacionados con el miedo, como la corticotropina (CRF) y otros como opiáceos y oxitocina también reprimen el sistema productor de miedo; mientras tanto, otras sustancias como la hormona adrenocorticotropa (ACTH), la corticotropina (CRF) y la hormona melanotropa (α -MSH), fomentan estados ansiosos y conductas autonómicas y somáticas (Díez y Sánchez, 2000). Por esta razón se supone que todos estos péptidos están envueltos en el origen de los trastornos de ansiedad.

Las hormonas que pertenecen al eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y al eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo, contribuyen al estrés y ansiedad. Por lo tanto, no se detecta la acción hipófiso-adrenal durante la ansiedad inducida por lactato, por CO₂, por bicarbonato o por colecistoquinina (CCK); o en la crisis de angustia en ambiente natural (Abelson, Nesse & Vinik, 1994; Charney & Woods, 1989).

2.3.3- Factores socioculturales

Los ambientes sociales desfavorables, como grandes adversidades, cuestiones económicas, condiciones de vida, tipo de educación y sistema de valores, colaboran a una inseguridad crónica que puede fomentar el desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Por consiguiente, acontecimientos vitales estresantes, como determinados miedos que empiezan por algún hecho aterrador (una tormenta, terrorismo, etc.), más aún el aspecto cognitivo, o sea, la explicación de una experiencia alarmante, contribuirá al desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Además, los estilos parentales, donde la sobreprotección que muchas veces refleja la propia ansiedad de los padres va a estimular la ansiedad de separación, pues contribuye al aumento en la inseguridad en el niño haciéndolo sentirse indefenso y sin condiciones para enfrentarse a situaciones difíciles. También miedos transmitidos por los padres, por mecanismos identificativos.

En definitiva, algunos rasgos o características de personalidad como los de dependencia, inhibición, introversión, ansiedad social y baja autoestima, pueden ser encontrados en trastornos de ansiedad como trastorno de pánico, fóbicos y otros (Díez y Sánchez, 2000).

Así pues, los niños inhibidos, tímidos poseen una mayor predisposición a fomentar trastornos de ansiedad en el futuro.

Se considera que los estratos socioeconómicos más bajos, son factores de riesgo importantes en el índice de depresión, ya que se supone que hay una relación entre el bajo nivel socioeconómico asociada al mayor riesgo de depresión. Gran parte de los estudios creen que, el bajo estatus socioeconómico es un factor considerado más como causa que como consecuencia de la depresión (Miech, Caspi, Wright, & Silva, 1999; Dohrenwend & Schwartz, 1995), pero otros autores opinan que existe una dinámica interrelacionada (Kessler, Foster & Saunders, 1995).

La mayoría de los estudios que apoyan como importante la cuestión de la "causalidad", se fundamentan en la teoría de estrés, pues creen que una mayor exposición a los factores considerados estresores sociales, en una población de estatus socioeconómico bajo, causan mayor índice de la depresión (García-Toro, 2014).

En un estudio realizado en España para examinar las diferencias en la sintomatología depresiva de los preadolescentes en función de la estructura familiar y de la conflictividad interparental percibida, se concluyó que los niños con padres divorciados presentaban de forma significativa mayores niveles de sintomatología depresiva, específicamente mayores niveles de autoestima negativa. En la muestra estudiada predominaba una estructura familiar caracterizada por progenitores casados (83%) y baja conflictividad interparental (88%). Los resultados indicaron que los niños cuyos progenitores estaban divorciados presentaban peor autoestima que los que tenían padres casados, y aquellos que percibían una alta conflictividad entre sus padres mostraban

mayores niveles de disforia (Orgilés, Samper, Fernández-Martínez y Espada, 2017).

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que ofrezcan mayores ingresos. Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo (Hoyos-Zuloaga, Lemos-Hoyos y Torres, 2012).

Factores estresores como la extrema pobreza o indigencia también ha aumentado significativamente, con lo que hay hogares que ni siquiera logran cubrir sus necesidades elementales. La religión estuvo presente en la mayoría de los adolescentes encuestados, esto se podría tomar como un factor de protección a la hora de tener depresión. No tener una creencia religiosa se considera como una variable que suele influir en la depresión (Ossa, Sánchez, Mejía y Bareño, 2016).

El consumo de sustancias entre los adolescentes encuestados es en este orden en el que más consumen: alcohol, cigarrillo y marihuana, con una diferencia significativa en cuanto al consumo de alcohol. Dicho resultado es más elevado cuando es comparado con otros estudios sobre depresión en adolescentes (Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof, 2012).

CAPÍTULO 3. REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

*“Nunca desalientes a alguien que progresa,
sin importar lo lento que vaya”.*

(Platón)

3.1- Procedimiento y fuentes de la búsqueda

El objetivo principal de este apartado es realizar una revisión que permita examinar las investigaciones existentes en el ámbito de la ansiedad y la depresión en los adolescentes españoles y brasileños. El presente apartado sirve concretamente para orientar nuestro estudio, ampliando el horizonte, y estableciendo la necesidad y la relevancia de la investigación. Nos permite también tener una mirada sinóptica sobre las clases de estudios ya efectuados, qué tipo de participantes han formado parte en las investigaciones, cómo se han recolectado los datos, en qué lugares se han llevado a cabo los distintos estudios, y finalmente qué diseños se han utilizado y desde qué óptica y perspectiva se ha abordado el análisis.

Se ha realizado la búsqueda en las bases de datos más importantes en el área de psicología y medicina. Las bases de datos consultadas son PubMed, SciELO, Dialnet, CSIC-ISOC-Psicología y LILACS. El periodo de tiempo estudiado ha sido los últimos 10 años (2008-2018).

PubMed es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica, ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

SciELO es un proyecto de biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información de Ciencias de la Salud.

Dialnet es un portal de difusión de la producción científica hispana especializado en humanidades y ciencias sociales.

Las bases de datos bibliográficas ISOC del CSIC (Centro Superior de Investigaciones Científicas) contienen la producción científica publicada en España desde los años 70. Recogen fundamentalmente artículos de revistas científicas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías.

LILACS es el índice más importante de la literatura científica y técnica en Salud de América Latina y de Caribe. Desde hace 31 años contribuye al aumento de la visibilidad, del acceso y de la calidad de la información en la Región.

Las palabras claves de búsqueda son: “ansiedad, depresión, adolescentes, Brasil, España”. Utilizamos los términos tanto en español como en inglés. Estos vocablos nos permitirán llevar a cabo la exploración a través de varias bases de datos.

En la base de datos PubMed, con el tópico *anxiety*, juntándolo con el término *adolescents*, los resultados son 22786 artículos. Empleando *anxiety, adolescents, Brazil*, hay 512 investigaciones. Pero si se combinan *anxiety, depression, adolescents, Brazil, Spain*, sólo se hallan 13 artículos de revistas científicas, publicados entre el periodo 2008-2018. Ninguno de los artículos encontrados presenta una comparación de adolescentes españoles y brasileños.

En la base de datos SciELO, con el tópico *anxiety*, juntándolo con el término *adolescents*, hay 246 resultados encontrados. En Dialnet, 436 resultados, en ISOC hay 165 y el LILACS hay 22579. Si se combinan *anxiety, depression, adolescents, Brazil, Spain*, no se hallan artículos de revistas científicas en ninguna de las 4 bases de datos.

Por eso pensamos que nuestro estudio se sitúa en esta dinámica de poner el foco sobre un tema tan importante, pero poco abordado por la mayoría de los investigadores y profesionales de la salud mental.

Tabla 8. **Búsqueda de palabras clave en las Bases de Datos**

Palabras clave	PubMed	SciELO	Dialnet	ISOC	LILACS
anxiety adolescents	22786	246	436	165	22579
anxiety adolescents Brazil	512	18	8	2	182
anxiety adolescents Spain	681	3	43	7	142
depression adolescents Brazil	637	26	3	2	372
depression adolescents Spain	682	4	31	3	221
anxiety depression adolescents Brazil	260	6	2	1	103
anxiety depression adolescents Spain	328	2	16	3	65
anxiety depression adolescents Brazil Spain	13	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

3.2- Estudios con adolescentes brasileños y españoles

A continuación, se realiza una selección de estudios con adolescentes brasileños, españoles y latinoamericanos.

Tabla 9. Resumen de artículos sobre ansiedad y depresión en adolescentes de Brasil, España y otros países.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Mallmann, Lisboa y Calza	2018 Brasil	Participaron 273 adolescentes con una media de 15 años habitantes de Río Grande del Sur. Instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos, la escala Revised Cyberbullying Inventory y el Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus.	El 58 % de los adolescentes presenta alguna categoría de agresión. Los promedios de las estrategias de afrontamiento de autocontrol, soporte social y escape-huida fueron significativamente mayores para las víctimas que para los no involucrados.
Silva, Giordani y Dell'Aglio	2017 Brasil	Se estudiaron las relaciones entre satisfacción de vida, con la familia y con las amistades y religiosidad en una muestra de 420 adolescentes. Eran estudiantes de escuelas públicas de Porto Alegre, con una media de edad de 15 años. Se empleó un cuestionario de datos sociodemográficos, la Escala Multidimensional de Satisfacción de Vida y la Escala de Afectos Positivos y Negativos para Adolescentes.	Los adolescentes que siguen una religión tuvieron más satisfacción de vida, bienestar subjetivo, satisfacción con la familia y con las amistades con diferencias significativas. Religiosidad y satisfacción con relaciones interpersonales son factores que pueden actuar de forma positiva y aumentar la percepción del test de bienestar subjetivo (BES).
Grolli, Wagner y Dalbosco	2017 Brasil	El objetivo del estudio fue averiguar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en adolescentes en fase final de la enseñanza media en una escuela pública brasileña del estado de Río Grande del Sur. La muestra fue de 70 adolescentes, en la franja de edades entre 16 -19, que contestaron al Inventario de Depresión de Beck (BDI) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	Se registró una mayor tasa de síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres en comparación con los hombres. En relación al turno de estudio, los resultados subrayaron que hay diferencia significativa, ya que los estudiantes que están en el turno de la noche, presentan más síntomas depresivos y de ansiedad en relación a los que estudian en el turno diurno.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Campos, Del Prette y Del Prette	2014 Brasil	Se investigaron las variables susceptibles a los factores de riesgo o protección de la depresión en adolescencia. Se estudió el poder predictivo de un modelo que contiene dichas variables. La muestra fue de 642 adolescentes, promedio de 13 años. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes (IHS-A-Del-Prette), el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y el Criterio Brasil (CCEB).	La frecuencia de las habilidades de empatía y autocontrol, así como edad de 12 años se destacaron como factores de protección; la dificultad en las habilidades de educación y el sexo femenino se subrayaron como factores de riesgo.
Dobriansyj	2013 Brasil	Se estudió la relación entre las prácticas educativas parentales, estilos parentales (permisivos, autoritarios, indulgentes y negligentes) y depresión de adolescentes brasileños. Muestra de 1200 estudiantes de entre 12 y 18 años. Se emplearon tres escalas diferentes: Escalas de calidad de interacción familiar (Weber y otros, 2009), Escalas de exigencia y receptividad (Lamborn et al., 1991) y Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992).	Los resultados presentaron evidencias notables entre las prácticas educativas parentales negativas, especialmente la baja participación y el clima marital negativo y los signos de depresión. Además, se observó que la puntuación baja de depresión se relaciona con las prácticas parentales positivas e interacción familiar.
Castellá, Saforcada, Tonon, Rodríguez, Mozobancyk y Bedin	2012 Brasil y Argentina	Se compararon los niveles de bienestar subjetivo de adolescentes brasileños y argentinos. La muestra fue de 640 adolescentes de ambos sexos con edades entre los 12 y 16 años, siendo el 46,3% argentinos y el 53,7% brasileños. Se han utilizado tres escalas: el Personal Wellbeing Index (PWI), la Satisfaction with Life Scale (SWLS) y la Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS).	Los resultados muestran promedios del PWI y de la BMSLSS más elevados entre los adolescentes argentinos que entre los brasileños, siendo semejantes los de la escala de satisfacción con la vida (SWLS). Los resultados del sexo masculino son superiores a los del sexo femenino. Los resultados indican que el país donde se vive influye significativamente en el nivel de bienestar subjetivo de los adolescentes (Diener, 1994).

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Soares y Martins	2010 Brasil	Se investigó la ansiedad de los estudiantes en las escuelas privadas en una provincia de Brasil en el examen de ingreso. Muestra de 124 estudiantes de la escuela secundaria (66 mujeres y 58 hombres). Los estudiantes respondieron a un cuestionario socio-demográfico y al Inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado (IDATE/STAI).	Se encontraron diferencias significativas en relación con el género. Se encontró un mayor nivel de ansiedad - estado en el primer año de las mujeres en comparación con los hombres del primer año. El mismo resultado se encontró con respecto a la ansiedad-rasgo. Las mujeres de primer año son más ansiosas que los hombres del primer año.
Jatobá y Bastos	2007 Brasil	Se estudió el índice de depresión y ansiedad en una muestra de 243 alumnos, de niveles básicos y medios de 11 escuelas de Recife (Pernambuco). Los alumnos tenían edades entre 14 y 16 años. Se utilizaron las escalas de Hamilton (grado de depresión y ansiedad) y escala de Fitzpatrick (cuestionario sociodemográfico).	El índice de los síntomas depresivos y de ansiedad encontrados fueron de 60% y 20%. Se evidencia una mayor relación entre los síntomas depresivos en el sexo femenino, además asociados a religiones distintas al cristianismo.
Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros, Fernández-Zabala y Revuelta	2016 España	Investigaron asociaciones del bienestar subjetivo con resiliencia, autoconcepto y apoyo social, destacando variables predictoras del bienestar subjetivo. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de satisfacción con la vida (Diener, Emmon, Larsen, Griffin, 1985), la Escala de balance afectivo (Bradburn, 1969), la Escala de resiliencia de Connor y Davidson (2003), el Cuestionario de autoconcepto multidimensional (Fernández-Zabala et al., 2015) y la Escala de apoyo familiar (González y Landero, 2014). Muestra de 1250 adolescentes del País Vasco de 12 a 15 años (49% chicos y 51% chicas).	Los resultados destacaron la existencia de relaciones entre bienestar subjetivo y las variables resiliencia, autoconcepto y apoyo social. Para los adolescentes los componentes más determinantes de la felicidad son la resiliencia y el autoconcepto. El apoyo de la familia y del círculo de amistades determina el bienestar subjetivo. El apoyo familiar es percibido como predictor de la satisfacción con la vida y el apoyo de los iguales como predictor del afecto positivo. Bajo nivel de autoconcepto y de apoyo familiar son predictores de afecto negativo.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Garaigordobil	2015 España	El estudio analizó los cambios con la edad sobre el tema Ciberbullying. La muestra se constituyó por 3026 participantes del País Vasco de 12 a 18 años. El instrumento administrado fue el Test Ciberbullying para evaluar la frecuencia de 15 conductas sufridas, realizadas y observadas durante el último año, y permite obtener 4 indicadores psicométricos: victimización, agresión, observación, victimización-agresiva.	Los resultados evidenciaron: 1) similar porcentaje de víctimas de 12 a 18 años en las 15 conductas; 2) aumento de agresores a medida que aumenta la edad en 5 conductas; 3) incremento de observadores con la edad en 12 conductas y 4) aumento con la edad en la media de conductas de ciberbullying que los agresores realizan, y que los testigos ven. El estudio proporciona información sobre la significativa prevalencia del ciberbullying durante la adolescencia y juventud.
García-Batista, Cano-Vindel y Herrera-Martínez	2014 España y República Dominicana	Se compararon episodios de ansiedad entre estudiantes de medicina dominicanos y españoles. Muestra de 160 estudiantes de ambos países, 40 mujeres y 40 hombres en cada grupo, con 18 años. El criterio de inclusión empleado fue no haber sido diagnosticados por algún trastorno de ansiedad. Instrumento de medición - el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA.	Los datos fueron analizados mediante un ANOVA de dos factores (sexo y nacionalidad). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo para el sistema de respuesta cognitivo, fisiológico y nivel general de ansiedad. No se hallaron diferencias significativas por nacionalidad entre ambos grupos.
Casas, Fernández-Artamendi, Montserrat, Bravo, Bertran y Del Valle	2013 España	Comparación del bienestar subjetivo durante la adolescencia, a partir de dos muestras de Asturias y de Cataluña de adolescentes entre 15 y 18 años. 1433 son de Cataluña y 1086 de Asturias. Se usan como indicadores psicosociales de bienestar tres escalas: La SWLS de Diener, Emmons, Larsen y Smith (1985), escala libre de contexto, el PWI de Cummins, Eckersley, van Pallant, Vugt y Misajon (2003), que evalúa el bienestar personal por ámbitos, y una escala de satisfacción global con la vida (Overall Life Satisfaction = OLS).	Los adolescentes entre 15 y 18 años de las dos comunidades autónomas estudiadas muestran niveles de bienestar subjetivo muy alto, evaluado con cualquiera de las tres escalas utilizadas (PWI, SWLS, OLS). Los valores medios de la SWLS son inferiores de forma clara a los de las otras dos escalas. Los resultados son más altos para Asturias que para Cataluña. En el caso del PWI los resultados de Asturias (M= 79.25) rozan el límite superior normativo esperado para poblaciones de los países occidentales que, según Cummins y Cahil (2000), estaría en 80 sobre 100.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Martínez-Monteagudo, García-Fernández e Inglés	2013 España	Muestra de 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad. Se aplicó el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), el Inventario de Ansiedad-Estado- Rasgo (STAI y STAIC) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI).	Los resultados analizados a través del coeficiente de correlación de Pearson, muestran correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y respuestas de ansiedad escolar con Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión. La mayoría de factores situacionales y sistemas de respuesta de ansiedad escolar son predictores significativos de la Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.
Delgado, Inglés y García-Fernández	2013 España	Este estudio analiza las relaciones entre ansiedad social y las dimensiones del autoconcepto en una muestra de 2022 estudiantes españoles de 12 a 16 años. El 51.1% de la muestra fueron varones La ansiedad social fue evaluada a través del Social Phobia and AnxietyInventory (SPAI) y el autoconcepto mediante el Self-Description Questionnaire (SDQ-II).	Los análisis de regresión revelan que los adolescentes con ansiedad social presentan mayor probabilidad de percibir negativamente sus relaciones con compañeros de distinto sexo y de tener una autoestima baja. Los estudiantes con ansiedad social muestran mayor probabilidad de percibir de forma negativa la relación con iguales del mismo sexo, de considerarse peores estudiantes, menos atractivos y atléticos y de ser emocionalmente más inestables que los estudiantes sin ansiedad social.
Collado-Mateo, Díaz-Morales, Escribano y Delgado	2013 España	Estudiar la relación entre la matutinidad-vespertinidad y la Ansiedad-Rasgo en adolescentes. La muestra estaba formada por 638 adolescentes de 12 a 14 años. Se midió la matutinidad-vespertinidad mediante la Escala de Matutinidad-Vespertinidad para Niños, MESC (Carskadon, Vieira y Acebo, 1993) y la Ansiedad-Rasgo mediante el Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo para niños, STAIC (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1973; Spielberger, Edwards y Lushene, 1990).	Los resultados indicaron que las chicas eran más vespertinas, que la vespertinidad aumentaba con la edad y una relación negativa entre matutinidad y Ansiedad-Rasgo. Aquellos adolescentes más vespertinos obtuvieron una mayor Ansiedad-Rasgo, posiblemente debido a un mayor desajuste entre los ritmos biológicos y sociales (horarios escolares matutinos).

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez Mármol y Rodríguez Dorantes	2012 España	Muestra de 117 alumnos de 3 Centros de Enseñanza Secundaria de la Región de Murcia. 48 varones y 69 mujeres, con edades que oscilaban entre los 15 y 19 años. Se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Actividad Física Habitual para Adolescentes (IAFHA), en una muestra de estudiantes españoles de bachillerato.	Desde la perspectiva de las Instituciones Promotoras de Salud (IPS), los resultados del presente trabajo sugieren la importancia de promocionar una actividad física regular en niveles preuniversitarios, de manera que los adolescentes adquieran lo más pronto posible hábitos de vida saludables, antes de su incorporación a la vida universitaria.
Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban	2010 España	La muestra se compuso de 2543 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de 12 a 17 años. La muestra con alta ansiedad social estuvo formada por 317 estudiantes (120 chicos y 197 chicas). Instrumentos: Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Fobia and Anxiety Inventory, SPAI; Turner et al., 1989).	Las chicas presentaron puntuaciones más altas en la subescala de Fobia Social y en todos sus factores, excepto en Evitación y Escape. El análisis de las puntuaciones factoriales en la muestra de alta ansiedad reveló que los chicos evitan y escapan de las situaciones sociales significativamente más que las chicas. No se hallaron diferencias de edad en ninguno de los factores para ninguna de las dos muestras.
Martínez-Hernández y Muñoz-García	2010 España	Se analizaron los modelos explicativos o percepciones profanas de los adolescentes sobre la depresión, la tristeza y sus factores asociados. Muestra de 49 estudiantes (de edad entre 15 y 16 años) de Barcelona. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, entrevistas de dominios culturales y grupos focales. Se empleó el análisis de contenido y de redes semánticas para los datos cualitativos obtenidos y el análisis de frecuencia, de consenso cultural y el escalado multidimensional para los datos cuantitativos.	Los adolescentes utilizan sus propias nosologías para definir sus estados de ánimo como «rallado», «burchado», «chof» o «deprimido». Estas categorías se organizan entre un polo pasivo (sentirse triste o solo, por ejemplo) y otro activo (i.e., «estar enfadado»). Las expresiones del malestar depresivo son detectadas entre los iguales por la gestualidad (i.e., «el rostro», «la mirada») y el comportamiento (i.e., aislamiento social), pero sólo de forma marginal por el bajo rendimiento académico. Las causas de la depresión se vinculan con los conflictos en las relaciones interpersonales con iguales y adultos.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Ferrel, Vélez y Ferrel	2014 Colombia	Muestra de 629 estudiantes (140 estudiantes del Grado 10°, clasificados como de bajo rendimiento académico). El 51% eran varones y el 49% mujeres, con edades de 14 a 19 años, Media de 16 años. Se les aplicó la Escala de Zung para Depresión (Self-Rating Depression Scale, SDS; Zung, 1965); y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989).	Se hallaron altos niveles de depresión (86%); baja autoestima (51%) en estos estudiantes. Se concluye que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan como son los altos niveles de depresión y baja autoestima. Esto exige implementar estrategias de intervención psicológicas e interdisciplinarias para favorecer su óptimo aprendizaje y adecuada socialización.
Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán y Granados	2011 Colombia	Estudio con 538 estudiantes. Se identificaron las variables socio-demográficas: edad, sexo, seguridad social y centro educativo de procedencia (público, privado, oficial o urbano). Se aplicaron las escalas CDI y SCARED.	Se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5% de la población estudiada de los cuales presentó síntomas de ansiedad (28,3%), síntomas depresivos (3,3%) y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión (8,9%). Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres vs 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo.
Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof	2012 México	Participaron 2292 adolescentes de 15 a 19 años de edad (54% mujeres y 46% hombres). Se utilizó la versión revisada en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín (SV).	Los resultados indican que 15,6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D-R) y que el 80,4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza	2012 México	Estudio con una muestra de 100 adolescentes de ambos sexos, originarios del municipio de Chilmahuacán, Estado de México. Se aplicó un cuestionario de datos generales, el Inventario de Detección de Recursos Familiares, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Hamilton.	Se encontró correlación significativa negativa entre resiliencia, depresión y ansiedad, y correlación significativa positiva entre depresión y ansiedad. La puntuación de resiliencia familiar, depresión y ansiedad, mostraron una diferencia significativa entre hombres y mujeres. La resiliencia puede ser un factor de protección para los adolescentes en situación de pobreza.
González, Rovella, Barbenza y Rausch	2011 Argentina	Estudio donde se contrasta el modelo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Dugas & Robichaud, 2007). Se consideran cuatro procesos relacionados con el mismo: intolerancia a la incertidumbre, orientación negativa al problema, evitación cognitiva y metacreencias. Muestra de 102 adolescentes entre 14 y 19 años (edad media 16). El 61,8% eran mujeres y el 38,2% varones.	Los resultados señalan que los cuatro procesos están altamente relacionados con el TAG y menos con la tendencia a la preocupación. En relación a las diferencias entre los y las adolescentes nuestros datos confirman parcialmente resultados previos, en el sentido de una mayor puntuación de las adolescentes en la tendencia a la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada.
Czernik, Dabski, Canteros y Almirón	2006 Argentina	Se analizaron variables demográficas. Se aplicó el Inventario de Ansiedad-Estado Rasgo y Inventario de Depresión de Beck. Muestra de 38 alumnos de 15-18 años.	Se obtuvieron prevalencias de ansiedad (11%) y depresión (25%). La comorbilidad para ambas patologías fue del 27,78%. La frecuencia de sintomatología depresiva fue coincidente con resultados obtenidos en nueve países del Caribe, mientras que la de ansiedad resultó elevada comparada con una encuesta de Buenos Aires. Las diferencias entre sexo, no resultaron significativas.
Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo	2010 Uruguay	Muestra de 600 estudiantes de 11 a 17 años de nivel socio-económico medio-bajo de un colegio público del Montevideo suburbano, el Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs) tomado de la traducción y validación españolas y factorizado y validado en Uruguay.	La prevalencia de la depresión alcanzó un 15% de la muestra. Con respecto al género, se confirmaron puntuaciones más altas en las chicas en la Puntuación Global. La depresión evoluciona dependiendo del género y aumenta significativamente con la edad.

Autor/es	Año / País	Métodos	Resultados
Caetano, Amado, Martins, Veiga, Freire y Ribeiro	2017 Portugal	Estudio de Cyberbullying en Portugal. Se aplicó un cuestionario a una muestra de 3525 adolescentes de 6º, 8º y 11º nivel de escolaridad para comprender la incidencia del fenómeno y los procesos asociados, (motivos percibidos).	Los motivos más frecuentes por los que desempeñan el papel de agresividad están relacionados con el juego, la diversión y la evasión del aburrimiento. Los que se identifican como víctimas atribuyen a sus agresores motivos de afiliación, hedonistas y de poder, con énfasis particular, por orden decreciente, para la envidia, la diversión, la inmadurez, los celos, la falta de respeto, la ausencia de afecto y los sentimientos de superioridad.
Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby y Sallee	2007 Otros países	Este estudio compara y contrasta la presentación clínica del Trastorno de Ansiedad Social (SAD) entre niños (edades 7-12) y adolescentes (edades 13-17). Muestra total de 150 participantes. 74 niños y 76 adolescentes.	Los resultados indican que la presentación de los síntomas de los niños y adolescentes con Trastorno de Ansiedad Social primaria comparten características básicas. Los niños tienden a presentar un patrón más amplio de psicopatología general, mientras que los adolescentes tienen un patrón más generalizado de disfunción social.

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos.

3.3- Principales conclusiones de la revisión de estudios con adolescentes brasileños y españoles

Para comentar los artículos seleccionados los hemos agrupado en 5 temas que son: *ciberbullying*; *bienestar subjetivo y satisfacción con la vida*; *ansiedad*; *depresión y ansiedad y depresión*.

Respecto al *ciberbullying*, Mallmann, Lisboa y Calza (2018), realizaron un estudio en el que participaron 273 adolescentes brasileños. Los resultados del estudio indicaron que el 58% de los adolescentes se incluían en alguna clase de agresión. Por otra parte, Garaigordobil (2015), realizó un estudio sobre los cambios con la edad en *ciberbullying* en una muestra de 3026 adolescentes españoles de 12 a 18 años; la principal conclusión fue el aumento con la edad en la media de conductas de *ciberbullying*.

En Portugal, Caetano, Amado, Martins, Veiga, Freire y Ribeiro (2017) realizaron un estudio de *ciberbullying* con 3525 adolescentes. Las víctimas de *ciberbullying*, suponen a sus agresores motivos de afiliación, hedonismo, la envidia, la diversión, la inmadurez, los celos, la falta de respeto, la falta de afecto y los sentimientos de superioridad.

En cuanto al tema de *satisfacción con la vida*, Silva, Giordani y Dell'Aglio (2017) realizaron un estudio con 420 estudiantes brasileños, con una edad media de 15 años. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en los adolescentes que mencionaron tener religión; tuvieron más satisfacción de la vida, bienestar subjetivo, satisfacción con la familia y con las amistades.

Castellá, Saforcada, Tonon, Rodríguez, Mozobancyk y Bedin (2012) realizaron un estudio con 640 adolescentes de ambos sexos, con edades entre los 12 y 16 años, siendo el 46.3% argentinos y el 53.7% brasileños. Utilizaron como instrumentos en el estudio tres escalas: la PWI (Personal Wellbeing Index), la SWLS (Satisfacción with Life Scale) y la BMSLSS (Brief Multidimensional Student's Life Satisfacction with Life Scale). Los resultados sobre la *Satisfacción con la vida*, en dichas escalas, puntuaron más altos para los adolescentes argentinos en comparación con los brasileños. En lo que se refiere al sexo, no

se enfatizan diferencias significativas sobre la *satisfacción con la vida*; sin embargo, para las variables *país y edad*; sí que hay diferencias significativas. Se supone que el país en que se vive, influye de modo considerable en el bienestar subjetivo del adolescente, según subrayan otros estudios de autores como Diener (1994), Veenhoven (1996) y Casas, Figuer, González y Coenders (2004).

Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros, Fernández-Zabala y Revuelta (2016) realizaron un estudio con una muestra de 1250 adolescentes españoles de 12 a 15 años (49% chicos y 51% chicas). Los resultados confirmaron la existencia de relaciones entre *Bienestar subjetivo* y las variables *resiliencia, autoconcepto y apoyo social*. En lo que se refiere al sexo los resultados no fueron significativos; pero se destaca que los chicos presentan una mayor puntuación en *resiliencia, autoconcepto, apoyo de las amistades, satisfacción con la vida*, en relación al *afecto positivo*; mientras que las chicas presentan puntuaciones más altas en las variables de *apoyo familiar* y del *afecto negativo*.

Casas, Fernández-Artamendi, Montserrat, Bravo, Bertran y Del Valle (2013) realizaron un estudio sobre *Bienestar Subjetivo* con dos muestras de adolescentes de 15 a 18 años de Asturias (1086) y de Cataluña (1433). Utilizaron principalmente tres escalas como indicadores psicosociales y una escala de libre contexto. Las escalas fueron: SWLS-Satisfaction with Life Scale (Diener, Emons, Larsen & Smith, 1985); la PWI-Personal Well-Being Index (Cummins, Eckersley, van Pallant, Vugt & Misajon, 2003); la OLS - Overall Life Satisfaction (Cummins & Cahil, 2000) y la Escala de ítem único de Fordyce (1988). Los resultados muestran niveles de *Bienestar Subjetivo* muy alto, con más evidencia para Asturias que para Cataluña. En lo que se refiere a la *edad*, el *PWI presenta relación inversa*, baja para la muestra de Cataluña. En relación al *sexo*, en la *muestra asturiana*, los chicos se destacan con puntuaciones más altas. La OLS no presenta resultado significativo en ambas muestras en el sexo y ni edad. La SWLS, enfatiza una relación significativa en la edad en Asturias, pero no en Cataluña y en el sexo el resultado no es significativo en ambas las muestras. Según los autores, se supone que los jóvenes asturianos presentan una puntuación más alta en relación al bienestar personal y en el nivel general; se puede atribuir como un factor favorable, que en Asturias el ámbito de vida para el bienestar personal, corresponde a los logros en la vida y la seguridad, no

obstante, en Cataluña también se puede atribuir lo mismo, pero de forma contraria.

Batista y Oliveira, en 2005, desarrollaron un estudio para destacar los síntomas de *ansiedad* más frecuentes en los adolescentes brasileños en una ciudad de la provincia de Sao Paulo. La muestra fue de 511 estudiantes de ambos sexos, con edad entre 14 -18 años, de escuelas públicas y privadas de la enseñanza básica, media y profesional (técnica). El instrumento utilizado fue una prueba piloto con base en el CIE-10 y el DSM-IV, que posteriormente originó la escala de ansiedad para adolescentes (Batista y Oliveira, 2005). Los resultados destacan diferencias significativas en relación al sexo masculino y femenino. Los síntomas más frecuentes en el sexo masculino son temblor, insomnio y taquicardia (síntomas físicos) y miedo, preocupación, y aburrimiento (síntomas emocionales). En el sexo femenino, los síntomas que aparecen son transpiración (síntoma físico) y miedo, impaciencia y sentimiento de incapacidad (síntomas emocionales). En ambos sexos se presentaron síntomas de ansiedad en referencia a las expectativas futuras.

En España, Delgado, Inglés y García-Fernández (2013) realizaron un estudio sobre la relación entre la ansiedad social y el autoconcepto en una muestra de 2022 estudiantes españoles de entre 12 y 16 años. Los adolescentes con ansiedad social, muestran mayor susceptibilidad de considerarse peores estudiantes, menos atractivos y atléticos y de ser emocionalmente más inestables que los estudiantes sin ansiedad social. En relación al sexo, los varones presentan valores significativos en dos de cuatro dimensiones. En las mujeres, la ansiedad social se relaciona a una menor posibilidad de obtención de un autoconcepto en varias dimensiones. Se destaca la inclusión del sexo y curso como variables importantes para medir la relación entre ansiedad social y autoconceptos académicos característicos.

García-Batista, Cano-Vindel y Herrera-Martínez (2014) compararon manifestaciones de ansiedad entre estudiantes de medicina dominicanos y españoles. La muestra fue de 160 estudiantes de ambos países, grupos de 40 mujeres y 40 hombres con edad de 18 años. El instrumento utilizado fue el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Se encontraron diferencias significativas por sexo para el nivel general de ansiedad, ya que el

grupo de las mujeres presentaron un índice de ansiedad más alto en comparación con el grupo de hombres. No se destacaron entre ambos grupos diferencias significativas por nacionalidad (española y dominicana).

Otros autores también subrayan en sus estudios, que las mujeres presentan niveles de ansiedad más elevados que los hombres. Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas (2008), enfatizan que hay una probabilidad mayor de que las mujeres sufran de ansiedad en relación a los hombres.

También en España, Collado-Mateo, Díaz-Morales, Escribano y Delgado (2013) estudiaron la relación entre matutinidad-vespertinidad y ansiedad-rasgo en una muestra de 638 adolescentes de 12 a 14 años. Los resultados indicaron que las chicas eran más vespertinas, que con la edad aumentaba la vespertinidad, también encontraron una relación negativa entre Ansiedad-Rasgo y matutinidad. La Ansiedad-Rasgo fue superior en los adolescentes más vespertinos. Se supone que puede ser consecuencia de un mayor desajuste entre los ritmos biológicos y sociales (horario escolar matutino). En relación al sexo, los chicos presentaron una mayor matutinidad en comparación con las chicas, la matutinidad disminuyó según aumentaba la edad 12-14 años, los de 12 años presentaban una puntuación mayor en matutinidad en relación a los de edad superior. No se consideró como significativo el efecto de interacción sexo-edad. Según el resultado estadístico del análisis de la varianza (ANOVA), los chicos presentaron una puntuación promedio en Ansiedad-Rasgo menor que las chicas. Además, los adolescentes matutinos presentaron una puntuación menor en Ansiedad-Rasgo que los intermedios y los vespertinos. No se consideraron significativos los efectos de interacción entre el sexo y la edad, el sexo y el cronotipo, la edad y el cronotipo y el sexo, la edad y el cronotipo. En suma, la relación entre la Ansiedad-Rasgo y la matutinidad-vespertinidad, a través de los datos estadísticos de la correlación de Pearson, mostró la presencia de una mayor Ansiedad-Rasgo según disminuía la matutinidad, de igual forma en los chicos y en las chicas.

Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez-Mármol y Rodríguez-Dorantes (2012), realizaron un estudio en España con muestra inicial de 130 alumnos de tres Centros de Enseñanza Secundaria y Bachillerato de Murcia, pero la muestra final fue reducida y se constituyó de 117 alumnos de Murcia (48 varones y 69 mujeres), con edades entre los 15 y 19 años. Se utilizaron tres instrumentos:

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), Cuestionario de Ansiedad-Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) e Inventario de Actividad Física Habitual para Adolescentes (IAFHA). Estos instrumentos miden la actividad física realizada por el sujeto. Se distinguen distintos tipos de actividad física: actividad física deportiva, actividad física escolar, actividad física de ocio y tiempo libre y actividad física total. Los resultados de este estudio sobre salud psicológica y nivel de actividad física en adolescentes muestran que, en relación a la ansiedad-rasgo y el nivel de actividad física escolar, comprueba que existe una asociación negativa significativa. De modo que los niveles de ansiedad-rasgo serán más bajos cuando hay una mayor actividad física realizada en el entorno escolar. Además, se destaca que no existe una relación estadística significativa de la actividad física escolar asociada con los índices de ansiedad-estado y depresión. En relación al sexo, se destaca que hay más práctica deportiva en el sexo masculino. Por lo tanto, los resultados del presente trabajo sugieren la importancia de promocionar una actividad física regular en niveles preuniversitarios, de manera que los adolescentes adquieran lo más tempranamente posible hábitos de vida saludables.

Por otra parte, Soares y Martins (2010) realizaron un estudio de ansiedad en una muestra de 124 estudiantes brasileños de la escuela secundaria (66 mujeres y 58 hombres), siendo 69 alumnos del primer año y 55 del tercer año. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Sociodemográfico y el Inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado (STAI - IDATE-BR). Se destacó una diferencia significativa en relación al sexo. Se encontró un mayor nivel de ansiedad-estado en mujeres del primer año respecto de los hombres. Además, el mismo resultado se presentó en relación a la ansiedad-rasgo, las mujeres del primer año se destacaron como más ansiosas que los hombres del mismo periodo.

También en España, Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban (2010) estudiaron la ansiedad social en una muestra de 2543 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de 12 a 17 años. La muestra con alta ansiedad social fue constituida por 317 estudiantes (120 chicos y 197 chicas). Las chicas en la muestra general presentaron puntuaciones más altas en la subescala de Fobia Social, en casi todos sus factores. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la edad. Según análisis

estadísticos en la muestra de alta ansiedad, destacó que los chicos comparados con las chicas evitan y huyen más de las situaciones sociales de modo más evidente que las chicas. De manera que los resultados indican que las chicas presentan índices más altos y significativos en ansiedad social que los chicos.

No obstante, algunos estudios que han hallado diferencias significativas, coinciden en enfatizar que el rango de edad de los 13 a los 15 años es una fase en que surgen los mayores niveles de ansiedad. Es una etapa que suele envolver diversos factores como el cambio del colegio al instituto, que conlleva a una etapa de adaptación a un nuevo contexto, como la necesidad de hacer nuevas amistades, además de un aumento de la importancia que significa la interacción con personas del sexo opuesto (Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby & Sallee, 2007).

En Argentina, se realizó un estudio del trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de 102 adolescentes de entre 14 y 19 años. Se consideraron cuatro procesos relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada: intolerancia a la incertidumbre, orientación negativa al problema, evitación cognitiva y metacreencias. Los resultados señalaron que los cuatro procesos están altamente relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada (González-Rodríguez, Rovella, Barbenza y Rausch, 2011).

En cuanto a los estudios sobre la *depresión*, Campos, Del Prette y Del Prette (2014) investigaron los factores de riesgo de la depresión en una muestra de 642 adolescentes brasileños (edad media 13 años). Algunas habilidades sociales y variables sociodemográficas se identificaron como factores de riesgo/protección que pueden indicar depresión en adolescentes, pero no se ha definido cuáles son las clases de habilidades sociales y las variables sociodemográficas.

Otro estudio realizado en Brasil por Dobriansyj (2013) en una muestra de 1200 estudiantes de entre 12 y 18 años, reveló relaciones sólidas entre las prácticas educativas parentales negativas (baja participación y clima marital negativo) y los signos de depresión. Se observó que la puntuación baja de depresión se relaciona con las prácticas parentales positivas e interacción familiar.

En España, Martínez-Hernández y Muñoz-García (2010) analizaron los modelos explicativos o percepciones profanas de los adolescentes sobre la depresión, la tristeza y sus factores asociados en una muestra de 49 estudiantes (de edad entre 15 y 16 años). Los adolescentes, para definir sus estados de ánimo, usan expresiones como «rallado», «burchado», «chof» o «deprimido». Entre los jóvenes se detectan signos de depresión por el comportamiento o los gestos, también por el bajo rendimiento académico. Las causas de la depresión se asocian con los conflictos en las relaciones con otros jóvenes y adultos.

En Colombia, en un estudio con una muestra de 629 estudiantes (entre 14 y 19 años) se hallaron altos niveles de depresión (86%) y baja autoestima (51%). El estudio concluyó que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentaban factores psicológicos negativos (altos niveles de depresión y baja autoestima) (Ferrel, Vélez y Ferrel, 2014)

En México, Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof (2012) realizaron un estudio sobre los síntomas de la depresión en una muestra de 2292 adolescentes de entre 15 y 19 años. Los resultados indicaron que el 15% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión y que 80% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales. Además, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres.

En Uruguay, Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo (2010) en una muestra de 600 estudiantes de 11 a 17 años, destacaron que la prevalencia de la depresión alcanzó un 15% de la muestra. Con respecto al género, se obtuvieron puntuaciones más altas en las chicas. Según estos autores, la depresión evoluciona dependiendo del género y aumenta significativamente con la edad (destaca un incremento en la población femenina posterior a los 12 años).

El *tema conjunto de ansiedad y depresión* ha sido estudiado por Grolli, Wagner y Dalbosco (2017). Realizaron un estudio con una muestra de 70 adolescentes brasileños de 16 a 19 años. Observaron que los alumnos de la

muestra que estudiaban en el turno de noche presentaban más síntomas depresivos y de ansiedad que los que estudiaban en turno diurno.

También en Brasil, Jatobá y Bastos (2007) realizaron un muestreo en 243 alumnos con edades comprendidas entre 14 y 16 años para medir los grados de depresión y ansiedad. Las prevalencias de síntomas depresivos y de ansiedad fueron de 60% y 20%, respectivamente.

Martínez-Monteagudo, García-Fernández e Inglés (2013) realizaron un estudio con 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad. Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y respuestas de ansiedad escolar con ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión.

En Colombia, Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán y Granados (2011) realizaron un estudio con 538 estudiantes. Se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada; de los cuales el 28,3 % presentó síntomas de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente el 3,3 % y síntomas tanto de ansiedad como de depresión el 8,9 %. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres.

Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza (2012) realizaron un estudio con 100 adolescentes mexicanos de ambos sexos. Se encontró correlación significativa negativa entre resiliencia, depresión y ansiedad, y correlación significativa positiva entre depresión y ansiedad. Los resultados muestran un mayor grado de resiliencia en los varones en comparación con las mujeres. Las mujeres obtuvieron una mayor puntuación en sus niveles de depresión y ansiedad en comparación con los varones.

En un estudio realizado en Argentina con una muestra de 38 alumnos de 15-18 años, se obtuvieron prevalencias de ansiedad y depresión del 11% y 25% respectivamente. La comorbilidad para la ansiedad y depresión fue del 28%. Se detectó una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y comorbilidad en los varones, aunque las diferencias entre sexo no fueron estadísticamente significativas (Czernik, Dabski, Canteros y Almirón, 2006).

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO, DISEÑO Y METODOLOGÍA

*“El descubrimiento no consiste en buscar nuevos paisajes,
sino en mirar con nuevos ojos”.*

(Marcel Proust)

En este capítulo se plantea la metodología con los objetivos del estudio, hipótesis, variables, procedimiento y diseño de la investigación. Además, se estudian los criterios de inclusión/exclusión y criterios éticos, procedimiento para la recogida de datos y limitaciones del estudio. También se incluye una descripción de los instrumentos utilizados (cuestionarios) y el análisis estadístico a través del estudio empírico.

4.1- Objetivos del Estudio

Objetivo General del Estudio

El tema de interés de nuestra investigación da énfasis al ámbito de las sintomatologías en los adolescentes, específicamente ansiedad y depresión.

Se pretende destacar el índice de estos síntomas, en esta población, a través de un estudio comparativo; además, se busca identificar los factores de riesgo a que están susceptibles los adolescentes y el grado de comorbilidad.

Objetivos Específicos, en función de las variables o factores

Objetivo específico 1. Estudiar si las variables biológicas (sexo y edad) y sociales (clase social, país) se relacionan con la ansiedad y depresión.

Objetivo específico 2. Estudiar la comorbilidad de la depresión y ansiedad.

4.2- Hipótesis

Algunas de las hipótesis se formulan de forma confirmatoria (según los estudios previos se plantean predicciones) y otras son exploratorias (en forma de preguntas, ya que no hay suficientes estudios consistentes sobre la misma).

Hipótesis 1. El sexo está asociado con el nivel de ansiedad de los adolescentes: se predice que el nivel de ansiedad será significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes.

Hipótesis 2. El sexo está asociado con el nivel de depresión de los adolescentes, de tal forma que se espera que el nivel de depresión será significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes.

Hipótesis 3. La edad está asociada con el grado de ansiedad y depresión de los adolescentes. Se espera que tanto el grado de ansiedad como el de depresión aumenten con la edad.

Hipótesis 4. Relaciona el nivel de escolarización y el grado de ansiedad y depresión de los adolescentes. Nos preguntamos si hay diferencias entre los alumnos que cursan el nivel 4ª ESO en España (equivalente a 1º Secundaria en Brasil), y el curso siguiente (1º Bachillerato en España, 2º Secundaria en Brasil).

Hipótesis 5. Nos preguntamos si hay diferencias en ansiedad y depresión según la clase social.

Hipótesis 6. Estudio de posibles interacciones entre las variables sexo, país, clase socioeconómica y edad como factores asociados a ansiedad y depresión.

Hipótesis 7. Nos preguntamos si hay diferencias en ansiedad y depresión según el país.

Hipótesis 8. Relación entre ansiedad y depresión. Se espera encontrar relación directa entre los niveles de ansiedad y depresión. También se espera que haya comorbilidad en ansiedad y depresión.

4.3- Variables presentes en las hipótesis

Variables Independientes (VI) o Factores predictores

Se puede agrupar en dos tipos, dependiendo si son constitutivas de las personas (internas) o externas. Toman parte del estudio como predictoras, o asociadas a las variables ansiedad y depresión.

Factores biológicos: sexo y edad.

Factores ambientales/sociales/culturales: clase socioeconómica y país

El nivel de escolarización es un factor que en parte está relacionada con la edad (casi todos los alumnos de un curso son de la misma edad), y también

con cuestiones ambientales (no es lo mismo estar en un curso que en otro, especialmente dentro del mismo nivel educativo: primer o último curso).

Variables Dependientes (VD) o de Respuesta

Niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión.

4.4- Procedimiento y Diseño de la Investigación

Se diseñó la investigación como un estudio descriptivo, transversal, comparativo y cuantitativo. Para ello se realizó una recogida de cuestionarios en una muestra de estudiantes de Brasil y España.

Previamente se llevó a cabo un estudio piloto en Brasil con el objeto de conocer si había alguna dificultad en la recogida de datos (se realizó con 12 alumnos). En España no se realizó porque ya existe suficiente evidencia de que los cuestionarios utilizados son comprendidos por los estudiantes.

El estudio es descriptivo porque recoge los datos de las variables, y no hay manipulación de ninguna de ellas por parte del investigador (propio de las investigaciones experimentales).

Es transversal, ya que se compara a los sujetos de las diferentes edades en un mismo momento, por lo que no se puede diferenciar el efecto cohorte.

Es cuantitativo, ya que la información recogida con los cuestionarios se puede codificar numéricamente ya que las opciones de respuesta son limitadas y conocidas, a diferencia del material cualitativo.

La recogida de datos fue realizada por un periodo de un año y dos meses (septiembre del 2014 hasta noviembre del 2015).

4.5- Muestra

La muestra de datos se recogió en Recife, provincia de Pernambuco, ciudad situada en el noreste de Brasil y en la provincia de Salamanca ubicada en la Comunidad Autónoma de Castilla y León (España).

Pernambuco es una provincia (con un total de población de 9,34 millones habitantes), su capital es Recife, está ubicada en la costa del océano atlántico del noreste de Brasil. La región metropolitana de Recife (RMR), es considerada

la quinta ciudad más poblada, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, en el Censo del año 2010 constaba de 1.537.704 habitantes. En 2015 su población era aproximadamente de casi cuatro millones de habitantes. Brasil consta de una población estimada de 204.450.649 habitantes (IBGE, 2015).

Salamanca es una provincia de España, cuya capital tiene el mismo nombre (Salamanca), está situada en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística en el año 2014, su población era de 148.042 habitantes. Es la tercera ciudad más poblada de la Comunidad, tras las ciudades de Valladolid y León, cuya área funcional alcanza los 203.999 ciudadanos. España tiene una población estimada de 46.439.864 habitantes (INE, 2015).

Selección de la muestra

La selección de la muestra, fue por un muestreo no probabilístico incidental. Los centros públicos (escuelas/institutos) en los que estaban matriculados los adolescentes, fueron elegidos a través del listado de la Secretaria de Educación de Pernambuco y de la Consejería Provincial de Educación de Salamanca; además por sus similitudes estructurales (número significativo de estudiantes, diversidad socioeconómica, socio-demográfica).

En Recife, Pernambuco / Brasil participaron doce escuelas públicas, nueve regulares, que están bajo la jurisdicción de la Secretaria Executiva de Educación y tres subvencionadas por universidades públicas/privadas, sin embargo, en Salamanca / España solo participaron cuatro institutos públicos.

Se observa una considerable diferencia entre el número de las escuelas/institutos participantes del estudio en Brasil, en comparación con España. Se estima que en Recife/Brasil, fue más difícil obtener la participación de los adolescentes, tanto por la no autorización de sus responsables, solicitada por medio de cartas de Consentimiento Informado (C.I.), como por la precaución por la divulgación de la identidad de sus hijos y por propia voluntad del estudiante.

Se supone que este hecho tiene relación con la cuestión del estigma o prejuicio, en lo que se refiere a los temas del área de salud mental y/o psicológica

en Brasil. Se percibe que este pensamiento ocurre principalmente en las personas de nivel socioeconómico bajo.

En las escuelas públicas regulares de enseñanza media en Recife, Pernambuco / BR, hay adolescentes de nivel socioeconómico que varía del bajo al medio, sin embargo, en las escuelas públicas que son subvencionadas por Universidades Públicas, estatales o privadas, hay adolescentes de todos los niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto); pues son estas las escuelas/institutos considerados de mejor nivel de enseñanza y que se pueden equiparar a los centros privados. Para ser admitido en estas escuelas los estudiantes tiene que pasar por una prueba de selección, con una media de entrada de siete.

Gran parte de las escuelas públicas regulares seleccionadas en este estudio están ubicadas en áreas de niveles socioeconómicos bajos, es decir, en poblaciones con baja renta económica, los padres tienen ayuda del gobierno y reciben una “bolsa escuela” (“una beca” a través de una ayuda financiera para matricular a sus hijos en las escuelas).

4.5.1- Criterios de inclusión/exclusión y criterios éticos

Criterios de inclusión

Participaron en el estudio los adolescentes que están entre el rango de edad de los 13-17 años, matriculados a partir del noveno año de la ESO hasta el tercer año del bachillerato, de los centros públicos de enseñanza media.

Debían tener como país de nacimiento Brasil y España, encontrarse viviendo en el lugar en el momento del estudio, además los adolescentes debían presentar la Carta de Consentimiento Informado (C.I.) y Asentimiento autorizados.

Criterios de exclusión

Los adolescentes diagnosticados como alumnos con necesidades educativas especiales (por ejemplo, con síndrome de Down).

Los estudiantes que no presentaron el permiso de sus responsables a través de Carta de Consentimiento Informado (C.I.) y Asentimiento, antes o en el día de la aplicación de los cuestionarios.

Criterios éticos

Fue solicitada autorización al Comité Ético de ambos Países, Comité de Ética de la Universidad de Pernambuco (CEP), Comité Ético del Hospital de la Universidad de Salamanca (HUSA), a la Secretaría de Educación, a la Dirección Provincial de Educación de Salamanca, directores de las escuelas y padres. Además, los alumnos que participaron en la investigación fueron informados previamente sobre el proyecto y tuvieron el libre arbitrio en dar su participación.

Por cuestiones deontológicas no se citará los nombres de los centros públicos (escuelas/institutos) que fueron representados por un nombre ficticio (a través de letras del alfabeto o número).

Por orientación del Comité Ético en Brasil y por los técnicos de la Secretaria de Educación de Pernambuco, en los cuestionarios no deberían figurar ítems que pudiera influenciar a los examinandos adolescentes de modo negativo o que fuera interpretado como de riesgo. En consecuencia, en el ítem de número nueve del cuestionario (Inventario de Depresión Infantil, CDI), se cambió el verbo “morir” por “vivir”.

Composición de la muestra

La selección de muestra inicial propuesta por el estudio era de 300 adolescentes de cada país, pero la muestra real fue compuesta por un total 447 adolescentes de ambos Países (Brasil y España). En Brasil participaron 256 adolescentes y la muestra final se delimitó en 221 adolescentes. La participación de los adolescentes españoles fue de 235 adolescentes, pero la muestra final se concretó en 226 adolescentes.

El rango de edad de los participantes fue de los 13 a los 18 años, pero sólo serán considerados los test de los adolescentes de hasta los 17 años. La muestra se centró en los estudiantes del 9º año (ESO), 1º, 2º y 3º de enseñanza media.

4.5.2- Muestra: limitaciones del estudio

Se considera que hubo varias limitaciones prácticas que afectaron a la recolección de los datos en esta investigación, por lo tanto, estas limitaciones pueden ser estimadas como variables intervinientes, pero fueron controladas para que no causaran fuentes de sesgo y error en el estudio.

- Algunas escuelas que habían sido seleccionadas y autorizadas por la Secretaria de Educación en Recife y Consejería de Educación en Salamanca, desistieron de participar en la investigación tras la visita y entrega del proyecto al director, director adjunto u orientador pedagógico.
- Director y director adjunto, orientador pedagógico, psicólogo no estaban de acuerdo con la participación de la escuela en el proyecto.
- Profesores que tras enterarse del proyecto aconsejaron a los directores no participar.
- Padres que no autorizaron la participación de sus hijos en el proyecto.
- No aceptación por los responsables del menor del modelo de Cartas de Consentimiento Informado (C.I.) proporcionado por el Comité de Ética de Brasil que solicitaba identificación de documentos personales de los padres y del menor.
- Estudiantes que no querían participar por estigma a la salud mental e influenciaban a los que querían participar del proyecto.
- Inspectores de la Consejería de Educación que no estaban de acuerdo con el proyecto.

Fueron tomadas las medidas adecuadas para minimizar los sesgos y para que no intervinieran en el estudio.

Se cree que estos factores se relacionan con la cuestión del *estigma* o de *la representación social de la depresión* y todo lo que se refiere a la salud mental del individuo. Se percibe que estos hechos han sido más evidentes en Brasil que en España. Se puede comprobar esta situación, quizás por la mayor cantidad de escuelas que participaron en Brasil que en España y por el tiempo de duración o administración del proyecto en ambos Países.

Se considera la depresión como una patología desencadenada por alteraciones químicas oriundas de los neurotransmisores (sustancias que propagan los impulsos nerviosos entre las células), además se estima que hay influencia en esta sintomatología de otros factores como los psicológicos y sociales (Ribeiro, 2011).

Según el DSM-5 los síntomas presentados como resultado del cuadro neuroquímico son: aislamiento, falta de interés, desmotivación, sentimientos de miedo, de desamparo y vacío (APA, 2014).

Para Moscovici (2003), las Representaciones Sociales, resultan de la conducta humana, elaboradas en respuesta a la interacción sujeto-objeto social, donde los individuos edifican una realidad propia que determina sus comportamientos y los transmite a la sociedad.

Los adolescentes simbolizaron la Representación Social de la Depresión, como equivalente a los sentimientos de “dolor, resentimiento, infelicidad, odio, muerte, desánimo, angustia, aislamiento social y llanto” (Aragão *et. al.*, 2009).

4.5.3- Procedimiento para la recogida de los datos en la muestra

En el momento anterior al inicio del estudio, se solicitó autorización a los Comités éticos de ambos países, a la Consejería de Educación de Valladolid (Directora General de Innovación Educativa), a la Secretaría Ejecutiva de Educación de Pernambuco, donde se dejó el proyecto de investigación para su evaluación.

Tras obtener la autorización formal a través de cartas por estas Instituciones públicas para la recogida de los datos, se consultó el listado de los centros públicos de enseñanza media de los Países involucrados para los primeros contactos con los directores de los centros públicos (escuelas / institutos).

Una vez autorizada y con el permiso de los directores de los centros, estos se responsabilizaban de presentar el investigador al equipo de orientación pedagógica (jefe de estudios, orientador pedagógico o psicólogo o tutores), para planear el día y hora de las visitas para la exposición del proyecto a los estudiantes.

En general, la exposición del proyecto era planificada en las horas de tutoría concedidas por un profesor, por lo tanto, cuando esto no era posible, se programaba tras el intervalo de las clases.

Cuando el investigador presentaba el proyecto en los institutos y escuelas públicas a los estudiantes, iba a las clases acompañado por un técnico del equipo de orientación pedagógica del centro.

El material utilizado en la presentación del proyecto fue un panel (banner) ilustrado con un resumen del proyecto, equipo multimedia, un listado de participación y cartas de Consentimiento Informado (C.I.).

En el momento siguiente a la presentación, se identificó a los estudiantes que tenían interés en prestar su colaboración como voluntarios, se pasó un listado de participación en cada aula, para que se rellenara con la edad, sexo y fecha de nacimiento, pues el estudio era anónimo, además se entregó la Carta de Consentimiento Informado (C.I.) para obtener la autorización de los padres.

La administración de los cuestionarios fue planeada para después de que los estudiantes entregaran las cartas de Consentimiento Informado autorizadas por sus responsables legales.

Los cuestionarios eran administrados en horarios programados anteriormente, en grupos con una media de 25 estudiantes por clase.

El investigador, antes de la administración de los cuestionarios, entregaba las instrucciones sobre cómo se debería contestar y cómo rellenar los datos personales, como: centro escolar, edad, fecha de nacimiento, sexo, etc.

Las instrucciones dadas, eran las que venían en la portada de cada cuestionario de modo resumido y evidente, para que no quedaran dudas. Se pidió a los estudiantes que señalaran las respuestas con una **x** en cada cuestión, pero si acaso se equivocaran, señalaran la que quisieran con una **x** y además dibujaran un círculo alrededor de la cuestión deseada para que fuera percibido por el examinador y en caso de alguna duda se podría pedir que se repitiera otra vez.

Después de entregadas las instrucciones de cada cuestionario, que deberían ser rellenados siguiendo la secuencia del cuadernillo (socioeconómico, STAI, CDI), se autorizó el inicio del uso de los instrumentos y se comunicó el tiempo en que deberían ser realizados (total de todos los instrumentos, 35

minutos) así como el modo en que los cuestionarios deberían ser rellenados por cada estudiante y en silencio.

Los instrumentos utilizados eran tres: un **cuestionario socioeconómico** para identificar la posición social a través de la profesión de los padres, nivel de estudios, basado en la escala social de Hollingshead y Redlich (1958), el cuestionario **STAI** (inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002), el cuestionario **CDI** (inventario de depresión infantil, Kovacs, 1992; vs. adaptada, Del Barrio y Carrasco, 2004).

Una vez terminada la administración de los instrumentos, el investigador recogía los cuestionarios de cada estudiante, agradecía la participación y colaboración e informaba que después de la conclusión de la investigación los resultados serían comunicados a los centros públicos (escuelas/institutos).

4.6- Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1992; vs. adaptada, Del Barrio y Carrasco, 2004), el cuestionario STAI (Inventario de Ansiedad-Estado Rasgo) (Spielberger *et al.*, 2002) y un cuestionario de la situación socioeconómica, basado en la escala de obtención de clase social de Hollingshead (Hollingshead & Redlich, 1958).

El CDI es en general aplicable a los niños y adolescentes de la franja de edad de los 7-15 años, pero se puede expandir hasta los 17 años, de ahí que sólo evaluaremos los cuestionarios de los adolescentes hasta esta franja de edad, pues esta es la edad en general de los que terminan la enseñanza media.

Se utiliza el criterio como indicador de depresión aquellos casos cuyas puntuaciones sean igual o superior a 19 en el test CDI (Children's Depression Inventory, Kovacs, 1992; vs. española Del Barrio y Carrasco, 2004), y se toma como criterio de alta ansiedad aquellos casos que se sitúan por encima del percentil 75 (Martínez-Monteagudo *et al.*, 2013).

4.6.1- Cuestionario Socioeconómico

El cuestionario socioeconómico empleado en nuestra investigación tiene por base la *teoría* postulada por Hollingshead y Redlich (1958), dichos autores utilizaron como fundamento esta escala de posición social. Para medir la importancia del factor socioeconómico asociado con las clases y estratificación social, otros autores como Myers y Straus (1989) también respaldaron esta hipótesis (Nunes, 2010, Del Barrio y Carrasco, 2004).

Hollingshead, inició su investigación y escribió varios artículos en el área de ecología humana y desarrolló su tesis sobre el proceso ecológico e institucional en 34 comunidades de Nebraska (Myers y Straus, 1989). En 1940 su interés se centró en las cuestiones relacionadas con los temas de estratificación social.

En sus estudios de post-doctorado en la Universidad de Chicago, empezó a desarrollar una investigación referente a los adolescentes de Elmtown. La hipótesis de su estudio era la siguiente: *“el comportamiento de los adolescentes tenía una relación funcional a la posición que sus padres ocupan en la estructura social de la comunidad”* (Hollingshead, 1949).

Años después retomó el proyecto y justificó la hipótesis diseñada, relacionando el comportamiento de los adolescentes y la posición de las familias en la estructura social. Los autores Myers y Straus (1989), evaluaron el resultado de su hipótesis con la siguiente observación:

“Contribuyeron de modo significativo para la teoría sociológica de la estratificación social, pero tuvieron también importantes implicaciones para las políticas sociales. En las conclusiones de “Elmstown’s youth”, Hollingshead señaló el conflicto entre el sistema de clases y los ideales de América oficial, incorporados en la Declaración de la Independencia, en la Constitución y del credo americano. Según la perspectiva actual, el libro fue de gran valor para los educadores y ciencias sociales”. (Myers y Straus, 1989, p. 3)

Hollingshead y Redlich, de 1952 a 1957, escribieron diversos artículos y muchos de ellos fueron expuestos en reuniones científicas y publicados en varios periódicos, cuyos temas eran estratificación y movilidad social, tratamiento de

enfermedades mentales, etc., en Connecticut, en la Ciudad de New Haven (Nunes, 2010).

Los autores Hollingshead y Redlich realizaron un cuidadoso estudio empírico sobre temas que eran considerados como negativos, o como prejuicios en la sociedad norteamericana. Dichos autores destacaron el hecho de que los psiquiatras y los científicos sociales, habían desarrollado sus teorías de forma independiente, sin el interés de correlacionar el tema de los estudios sobre las clases sociales (Hollingshead & Redlich, 1958).

Fournier (2003), opinó sobre el estudio de la clase social en relación con la salud mental:

“Debemos, realmente, siempre reconstruir el contexto, la superficie social” sobre la cual reacciona el individuo, en una pluralidad de campos, a cada momento” Acercándose a esas ideas, este artículo sitúa la trayectoria de Hollingshead y Redlich y sus contribuciones para la sociología médica/salud, especialmente en lo que se refiere a la investigación sobre clase social.” (Fournier, 2003, p.6).

Para Hollingshead la estratificación social se fundamenta en tres hipótesis:

- (1) que la estratificación existía en la comunidad.
- (2) que el estado de los individuos estaba determinado principalmente por algunas características culturales aceptadas por la comunidad.
- (3) que ítems simbólicos de status podían ser graduados y combinados por el uso de procedimientos estadísticos, de modo que un investigador pudiera rápida y significativamente estratificar a la población.

Estas hipótesis establecieron la base para la creación del índice de posición social (*Index of Social Position*, ISP). Las variables para la construcción de este índice son: lugar de residencia, profesión del jefe de familia y nivel de escolaridad del jefe de la familia (Nunes, 2010).

Hollingshead (1971) subraya los orígenes de las escalas y explica que, para residencia, las puntuaciones varían de 1 a 6 y para la ocupación y la educación, de 1 a 7. Para computar el índice de posición social, se establecieron factores de 5, 6 y 9, basados en una ecuación de regresión múltiple. Cuando se

calcularon las puntuaciones, cada familia fue comparada en un continuo establecido para cada clase.

En suma, Hollingshead creó la estructura de clases de la comunidad como se destaca a continuación (Nunes, 2010):

- **Clase I:** compuesta por los líderes en la administración e industria y profesionales de la comunidad, con las altas rentas; hombres con graduación universitaria completa y mujeres poseen educación secundaria variable (entre uno y cuatro años); son familias tradicionales de descendencia primaria, dominan clubes privados y se caracterizan como "socialmente responsables de sus miembros y por el bienestar de la comunidad". Incluyen al 2,7% de las familias.

- **Clase II:** constituida por familias cuyos miembros poseen educación secundaria, muchas veces superior; los hombres desempeñan posiciones administrativas y en general corresponden a profesiones subordinadas a nivel más bajo; se originan de familias ricas, su dinero proviene de fortuna adquirida por herencia. Esta clase está formada por el 9,8% de las familias.

- **Clase III:** este estrato se constituye por pequeños propietarios, empleados, obreros cualificados; en estas familias los hijos en general estudian en colegios técnicos y, también pueden estudiar en universidades; sus viviendas se ubican en buenas áreas residenciales. El nivel de los clubes que frecuentan es más bajo que los que frecuentan las clases I y II. En esta clase existe una insatisfacción vital por ambos sexos con relación a sus situaciones actuales, presentándose poco optimismo sobre el futuro. Este grupo representa el 18,9% de las familias.

- **Clase IV:** está formada por obreros semi-cualificados, que apenas estudiaron a la escuela primaria; sienten que su situación económica les causa inseguridad, presentan un nivel bajo de estudios. Aunque sus condiciones de vida no les dan una satisfacción plena; en lo que se refiere a su familia, los hijos muestran insatisfacción con sus condiciones de vida, pues no están vinculados a clubes. Sus actividades de ocio suelen ser ver la televisión, escuchar la radio, ir al cine o pasear; en general los hombres responsables de la familia están afiliados a sindicatos; sus viviendas se ubican en áreas de menor valor. El estrato de dichas las familias representan el 48,4%.

- **Clase V:** se constituye por obreros no cualificados, gran parte concluyó la escuela primaria; sus viviendas se localizan en áreas de menor valor, muchas veces en cortijos; posee una vida social restringida a la familia, con relación a los vecinos, así como a la calle y también a las agencias sociales de la comunidad. Hay una insatisfacción o resentimiento por parte de los adultos respecto al modo del tratamiento recibido por los patrones y demás miembros de la comunidad. Este estrato se constituye por el 20,2% de las familias.

En relación con esta Tesis, se utilizó el cuestionario socioeconómico, basado de cierto modo en la teoría de Hollinshead y Redlich (1958), pero se utilizó la puntuación de la escala de siguiendo los estudios desarrollados por Del Barrio y Carrasco (2004), quienes utilizaron la obtención de la Clase Social de Hollingshead, a través de la posición social y del rango de puntuación.

Para la corrección de la escala del cuestionario socioeconómico, la *posición social* varía del número 1 al 5 (1,2,3,4,5) y el *rango de puntuación*, corresponde a cada número de la *posición social*, por ejemplo: el número 1 está dentro del rango (11-17), el 2 (18-27), el 3 (28-43), el 4 (44-60) y el 5 (61-77). Este hecho ocurre en España y en Brasil, las clases sociales en general se clasifican en cinco niveles que son:

Posición Social	Rango de Puntuación
1-(A) Alta	11-17
2-(B) Media Alta	18-27
3-(C) Media	28-43 (ejemplo 37)
4-(D) Media Baja	44-60
5-(E) Baja	61-77

Fuente: Elaboración propia.

En Brasil existen diversos criterios, pero se considera, en general, cinco clasificaciones de *estatus socioeconómico* en la sociedad: clase alta, clase media alta, clase media, clase baja y clase más baja (Beeghley, 2004; Kamakura & Mazzon, 2013).

Esta escala clasificó la profesión de los padres y su nivel de estudios con una puntuación de valor uno (1) hasta el valor siete (7), sólo se puntúa el

resultado del jefe de la familia (padre). Si el adolescente tiene una familia monoparental, es decir, no tiene padre y quien mantiene la familia es la madre, será considerado el resultado de la madre.

Para la obtención de la clase social de Hollingshead en relación a la profesión del padre, se multiplica la puntuación obtenida del padre por siete (7), (por ejemplo, si la puntuación ha sido tres (3) (ejemplo $3 \times 7 = 21$) y en relación a lo que se refiere al nivel de los estudios del padre, se multiplica por cuatro (4), (ejemplo $4 \times 4 = 16$). De ahí que, sumadas ambas puntuaciones se obtiene el resultado (ejemplo $21 + 16 = 37$). Con este resultado se busca dentro de los rangos de puntuación, la posición social (ejemplo $37 =$ posición social 3).

Las instrucciones del cuestionario socioeconómico (estatus social de la familia), fueron dadas por el evaluador después de que los estudiantes rellenaran los datos de identificación de la portada del ejemplar. Estos datos son: el número del ejemplar que corresponde al alumno, el nombre del centro escolar, la edad, la fecha de nacimiento, el sexo y la nacionalidad. El estudiante no es identificado por el nombre y sí por un número.

El evaluador entrega las instrucciones explicando de forma resumida como se hace el cuestionario:

“Abajo encontrarás un listado de posibles profesiones que se identifican con las de sus padres. Debes señalar la profesión que corresponda a tu padre con una x dentro del cuadro y la profesión de tu madre de igual forma. Después señala el nivel de estudios de tus padres de igual forma, dibujando una x dentro del cuadrado. Solo puedes señalar una opción por cada uno”.

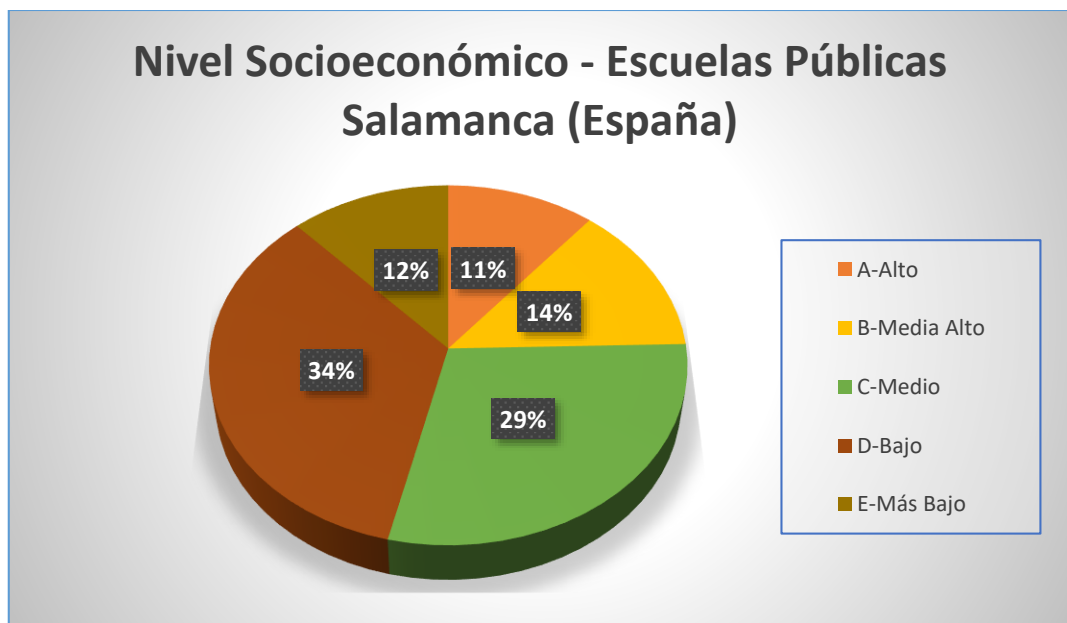
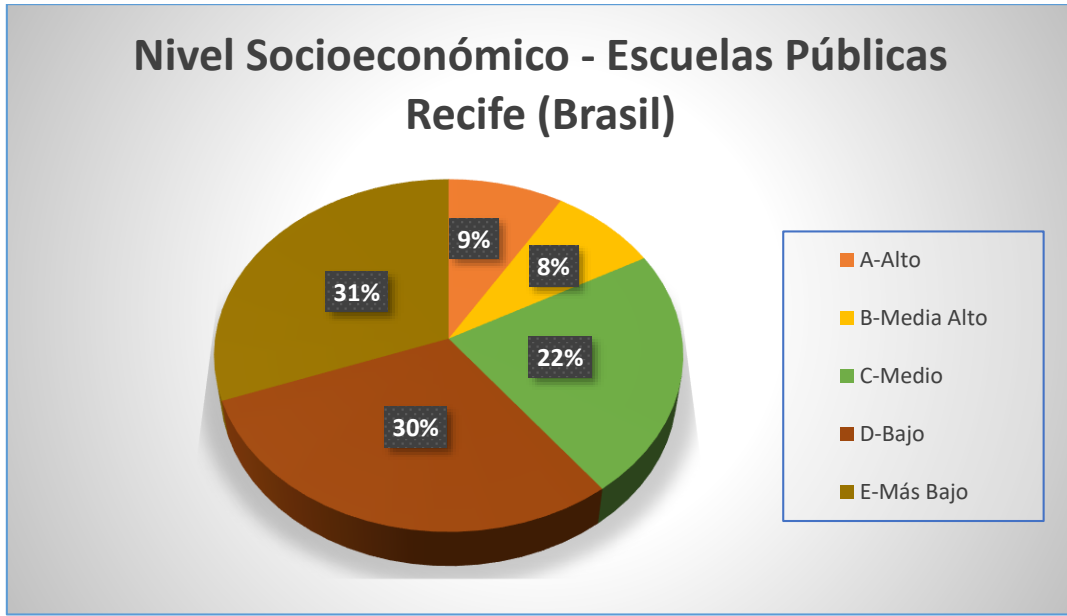
En suma, uno de los objetivos del estudio fue identificar si el nivel socioeconómico o estatus social de las familias de los adolescentes de las escuelas/institutos públicos de Brasil y España, influye en la sintomatología de ansiedad y depresión de los jóvenes. Por esta razón, basándose en el estudio de Hollingshead y Redlich (1958), ha sido seleccionado dicho instrumento para esta investigación.

La estratificación social (estatus socioeconómico), es considerada de gran importancia en la sociedad y para varias áreas de estudios.

A través del nivel socioeconómico se puede destacar como las personas se adaptan a los desafíos de la vida (área de la salud, educación, empleo, etc.) y como disfrutaban de las ocasiones que la vida les ofrece.

A continuación, se muestran los porcentajes, según el nivel socioeconómico de los alumnos participantes en nuestra investigación, tanto en las escuelas de Recife (Brasil) como de Salamanca (España).

Gráfico 6. **Porcentajes según el nivel socioeconómico de los alumnos participantes, tanto en las escuelas de Recife (Brasil) como de Salamanca.**



4.6.2- Test STAI

El Cuestionario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAI), fue elaborado por Spielberger por primera vez en el año de 1966.

Además, otros autores como Spencer (1968) y Levit (1967) también hicieron sus adaptaciones, pero su publicación definitiva fue en 1970, California, U.S.A.

La adaptación española fue publicada por Spielberger, Gorsuch y Lushene, por primera vez en 1982. En nuestro estudio se ha empleado la versión adaptada de 2002.

Este instrumento (STAI) tiene como objetivo medir dos conceptos independientes de la sintomatología de la ansiedad, por esto lo hemos seleccionado como instrumento para formar parte de nuestro estudio. Es considerado un cuestionario de autoevaluación que dispone de escalas separadas; que evalúa la ansiedad como **estado** (E) y como **rasgo** (R). El STAI fue ideado tanto para ser administrado en adultos normales, adolescentes, como en pacientes de grupos heterogéneos.

En el STAI, se establece como criterio de alta ansiedad para aquellos casos que se sitúan por encima del percentil 75 (Martínez-Monteagudo et al., 2013).

Se clasifica la Ansiedad-Estado (A/E) como un estado o condición emocional transitorio del ser humano, que es caracterizado por presencia de sentimientos subjetivos, que son percibidos de modo consciente, de tensión y aprensión, proporcionados por una hiperactividad del sistema nervioso, pudiendo variar en tiempo e intensidad.

La Ansiedad-Rasgo (A/R) indica una relativa y constante propensión ansiosa, que afecta de manera diferente a los individuos, en su predisposición a percibir las situaciones como amenazadoras y a aumentar, consecuentemente, su Ansiedad-Estado.

De ahí que, la Ansiedad-Estado es una manifestación que ocurre en un determinado momento con grado de intensidad referente a un proceso o reacción empírica, mientras que la Ansiedad-Rasgo, indica diferencias de fuerza en una disposición latente para exteriorizar un determinado tipo de reacción.

Los individuos con Ansiedad-Rasgo positiva perciben más situaciones amenazadoras que los individuos con Ansiedad-Rasgo negativa; por consiguiente, los individuos con Ansiedad-Rasgo positiva están más predispuestos a responder con un aumento de Ansiedad-Estado en situaciones de relaciones interpersonales que conlleven alguna amenaza de la autoestima (presentarse a una tarea difícil o novedosa). Se estima que esto pueda tener alguna relación con experiencias pasadas de la vida del individuo.

La versión del cuestionario STAI consta de un total de 40 ítems. Es un instrumento de autoevaluación, la primera parte consta de 20 ítems que se refieren a la Ansiedad-Estado y en la segunda parte también consta de 20 ítems que se relacionan con la Ansiedad-Rasgo.

Cada ítem, que está representado con el número cero (0) y hasta el número tres (3), contiene la siguiente calificación: 0= Nada; 1= Algo; 2= Bastante; 3= Mucho.

En la primera parte (primera hoja), que corresponde a la Ansiedad-Estado, el estudiante tendrá que señalar una **X** en el ítem (puntuación de 0 a 3) de cada frase que mejor represente cómo se siente ahora mismo, en este momento.

En la segunda parte (segunda hoja), que corresponde a la Ansiedad-Rasgo, el estudiante tendrá que señalar una **X** en el ítem de puntuación de 0 a 3 (0= Casi Nunca; 1= A veces; 2= A menudo; 3= Casi siempre), que indique mejor cómo se siente en general, habitualmente, en la mayoría de las ocasiones.

Solo señala una única respuesta en cada frase. Si se equivoca, señala la que quiere y dibuja un círculo alrededor de ella, para que se pueda identificar su preferencia.

El tiempo de duración de administración del cuestionario es de 15 minutos. Ejemplo: 1. Me siento calmado (0 = nada; 1 = Algo; 2 = Bastante; 3 = Mucho).

Para la obtención de las puntuaciones (corrección) del STAI se utiliza la escala directa y escala inversa, se entremezclaron estos elementos para evitar el efecto de aquiescencia en las contestaciones de examinando.

De ahí que en la primera parte del cuestionario Ansiedad-Estado, existen diez (10) ítems de escala directa y otros diez (10) de escala invertida, sin embargo, en la segunda parte del cuestionario Ansiedad-Rasgo, sólo se incluyeron siete (7) ítems, pues no había suficiente número de elementos satisfactorios.

Se consideran como elementos de la escala invertida de cada parte del STAI los citados a seguir:

A/E: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

A/R: 21, 26, 27, 30, 33, 36, y 39.

El cuestionario STAI viene acompañado de una plantilla transparente para facilitar la corrección y puntuación. Se coloca la columna izquierda de la plantilla de la parte Ansiedad-Estado (+) sobre las respuestas y se cuenta los puntos que el examinando señaló.

Se cuentan los puntos y se traslada al recuadro de la parte superior derecha señalado por A/E ($PD = 30 + _ =$; A/R , $PD= 21+ _ =$), después con la plantilla puesta hacia la izquierda en la segunda columna, que corresponde a la respuesta del examinando, aún en la primera parte A/E (-), se contarán los puntos del examinando y se trasladan al recuadro superior detrás del signo (-). Con esta puntuación se hace la operación sumando ($30 + _ =$) y se consigue el resultado de la puntuación directa del STAI Ansiedad-Estado (A/E).

En la segunda parte, segunda hoja del ejemplar, se obtiene la puntuación directa del STAI Ansiedad-Rasgo (A/R). Del mismo modo, se utilizan las columnas de la plantilla (A/R+ y A/R-), los valores encontrados son trasladados al recuadro superior y se hace la operación ($21+ _ =$), obteniendo el resultado de la puntuación directa del STAI Ansiedad-Rasgo (A/R).

4.6.3- Test CDI

Se utilizó el inventario de depresión infantil (Children's Depression Inventory, Kovacs, M., 1992; vs. española Del Barrio y Carrasco, 2004), cuya administración del instrumento fue realizada por la propia investigadora.

Este cuestionario tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, por lo tanto, es uno de los objetivos de este estudio, motivo por el cual hemos seleccionado este instrumento.

Puede ser administrado en individuos con edades comprendidas entre los 7 y 17 años (de los siete a los diecisiete años) a través de auto- evaluación. La duración de aplicación oscila entre 10-15 minutos.

Este instrumento consta de 27 ítems que son distribuidos dentro de las categorías de los síntomas afectivos, cognitivos y comportamentales.

Se establece como indicador de depresión aquellos casos cuyas puntuaciones sean iguales o superiores a 19 en el test CDI (Children's Depression Inventory, Kovacs, M., 1992; vs. española Del Barrio y Carrasco, 2004).

El punto de corte (percentil=90) establecido por la autora (Kovacs), según baremos americanos, está en la actualidad en una puntuación directa de 20 (la misma autora ha utilizado el punto de corte 19 en numerosos trabajos. En otros estudios realizados con niños y adolescentes el punto de corte se ha reducido a 19 y en algunos estudios a 17 (Figueras, 2006).

Se seleccionó este cuestionario para la investigación por la facilidad de administración en la colecta de datos, por ser utilizado por varios autores en muchos países y por detectar, de un modo general, los síntomas depresivos.

El Children's Depression Inventory (CDI) fue desarrollado en 1977 por Kovacs y Beck, su objetivo era crear un cuestionario para la población infantil a partir de la perspectiva de la teoría de depresión de Beck. Por esta razón fue creado a partir del Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1967). La primera edición del CDI surgió en 1975 con 20 ítems de la escala adulta.

Actualmente el CDI sigue con una estructura semejante al del BDI, pero con un total de 27 ítems, por ser un inventario primario, fue reconocido como un instrumento para medir la sintomatología depresiva, con base en una perspectiva teórica cognitiva y psicológica, para la comparación de datos entre distintos países.

La versión del CDI contiene 27 ítems distribuidos en tres frases.

Los datos contestados dan a conocer el nivel de depresión del niño o adolescente en dos escalas, una de disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y una de autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.).

Para referirse a la segunda escala se utilizará el término autoestima. El sentido de la escala es inverso, por consiguiente, un resultado de puntuación alta, significa una autoestima débil y un resultado de puntuación baja, indica un nivel elevado de autoestima (Kovacs, 1997, Del Barrio y Carrasco, 2004).

Ejemplo de los ítems:

- 1) Estoy triste de vez en cuando.
- 2) Estoy triste muchas veces.
- 3) Estoy triste siempre.

Las instrucciones del cuestionario fueron dadas por el evaluador después de que los estudiantes hubieran rellenado los datos de identificación de la portada del ejemplar. Estos datos son: el número del ejemplar que corresponde al alumno, el nombre del centro escolar, la edad, la fecha de nacimiento, el sexo y la nacionalidad.

El estudiante no es identificado por el nombre y sí por un número.

El evaluador da las instrucciones explicando de forma resumida cómo se hace, por ejemplo: Obs.: *en ningún caso usar la palabra depresión.*

“Tú tienes diferentes sentimientos e ideas que se encuentran en este cuestionario reunidas en grupos de tres frases. En cada grupo de frases debes señalar con una **x** la opción que mejor describa cómo te has sentido durante las **“dos últimas semanas”, o sea, cómo te has sentido últimamente.**

Cuando hayas terminado pasas al grupo de frases de la cuestión siguiente. No existen frases correctas o incorrectas, debes señalar simplemente la frase que mejor describa **“cómo te has sentido últimamente”**. **Después el evaluador dará el ejemplo que está en la portada:**

- Leo libros frecuentemente
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

El evaluador destaca que, si alguien señala la frase que no es la que le gustaría señalar, busca la opción deseada, la señala con una **X** y dibuja un círculo alrededor de la **X** de esta opción.

Tras esta explicación el evaluador solicita que el estudiante pase a la página siguiente y empiece el cuestionario. Afirma que si hay alguna duda se puede preguntar al evaluador.

Para la obtención de las puntuaciones (corrección) del CDI se utiliza la escala de 0 a 2 puntos:

Escala	Intensidad/Frecuencia
0	Menor
1	Media
2	Mayor

Ejemplo: Soy malo siempre 2; Soy malo muchas veces 1; Soy malo algunas veces 0.

Para la corrección se suman las puntuaciones de los ítems que constituyen las escalas.

El CDI acompaña formato para autocorrección debajo de la hoja (escala **A**= auto-estima y escala **D**= disforia) que se contrasta con las respuestas del examinando y, así, se obtiene la puntuación. Se suman los puntos de la escala D y se traslada a la puntuación de la casilla PD, después se suman los puntos de la escala A y se traslada a la puntuación de la casilla PD. Después se traslada la puntuación de $D + A = _$ y se obtiene la puntuación del total de depresión. Por último, se consultan los baremos de las PD en las diferentes puntuaciones.

El valor del punto de corte más utilizado en varias poblaciones, tanto española como extranjera corresponde a 19 (diecinueve). El punto de corte determina la especificidad y la sensibilidad de la prueba (cuando se considera una puntuación como patológica) (Del Barrio, 1997).

De este modo, la puntuación de percentil 90 indica existencia de sintomatología depresiva en el examinando, por lo tanto, se considera el grado de existencia de esta sintomatología como severo a partir del percentil 96.

Se representa el grado de la sintomatología en tablas de baremos como: sin síntomas de depresión, sintomatología leve y sintomatología severa.

En lo que se refiere a la autoestima, si la escala que evalúa la autoestima es negativa o indica falta de autoestima, siendo el valor elevado, será relevante a nivel clínico.

4.7- Análisis estadístico

Para el contraste de las hipótesis, así como de las preguntas de investigación se realizaron las pruebas específicas según los tipos de variables incluidas en el análisis. Así para el contraste entre dos grupos (sexo, nivel de estudios y país) se calculó la t de Student y su alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney para el caso de no homogeneidad de las varianzas; la prueba ANOVA (análisis de la varianza) cuando se comparaban más de dos grupos (clase socioeconómica) así como para el estudio de las posibles interacciones entre los factores (edad, sexo, país y nivel socioeconómico), y la correlación de Pearson para el estudio de la relación entre la variable continua edad y las de objeto de estudio. La prueba de Levene se calculó para comprobar la homogeneidad de las varianzas. Para el cálculo de estos estadísticos se empleó el programa estadístico SPSS v. 24 (Statistical Package for Social Sciences).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

*“Nuestros sueños pueden transformarse en realidad
si los deseamos tanto como para ir tras ellos”.*

(Walt Disney)

En este capítulo se presenta los resultados en función de las hipótesis planteadas.

Hipótesis 1. El sexo está asociado con el nivel de ansiedad de los adolescentes: se predice que el nivel de ansiedad será significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes.

En primer lugar, se estudió si había homogeneidad de las varianzas entre ambas muestras (hombres y mujeres) en las variables objeto de estudio (Ansiedad-Rasgo y Estado). La prueba de Levene resultó ser significativa ($p < 0,01$) en ambos casos, por lo que no puede asumir dicha homogeneidad. Se observa que en ambos casos hay más variabilidad en las mujeres que en los hombres.

Debido a este resultado se estudió la diferencia entre ambos grupos con la prueba t de Student corregida, así como la prueba alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 10. Prueba t de Student para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.

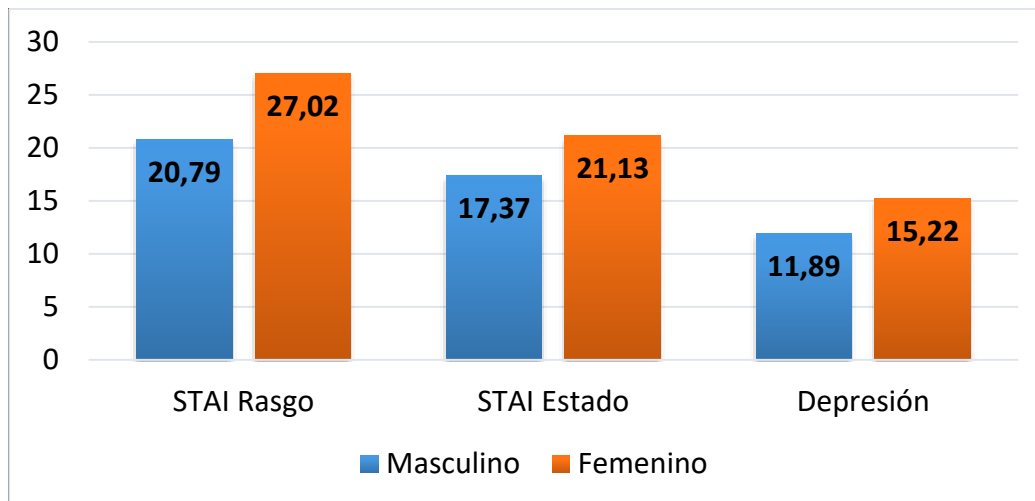
GroupStatistics					
	Sexo	N	Media	D.T.	Std. Error Mean
STAI Rasgo	Masculino	142	20,79	8,770	0,736
	Femenino	305	27,02	11,443	0,655
STAI Estado	Masculino	142	17,37	9,427	0,791
	Femenino	305	21,13	11,135	0,638

Tabla 11. Prueba alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		Test U Mann-Whitney
	F	Sig.	Sig. (2-tailed)	Std. Error Difference	Sig. (2-tailed)
STAI					
Rasgo	17,125	<0,001	<0,001	0,985	<0,001
Estado	7,893	0,005	<0,001	1,016	0,001

Con el contraste realizado tanto con la prueba t de Student como con la U de Mann-Whitney, se observa que hay diferencias significativas ($p < 0,01$) en ambas variables, siendo las mujeres las que presentan puntuaciones medias más altas en ansiedad. Así las mujeres presentan medias más altas que los hombres, tanto en Ansiedad-Rasgo (mujeres: 27,02; hombres: 20,79) como en Ansiedad-Estado (mujeres: 21,13; hombres: 17,37).

Gráfico 7. Medias según sexo en Ansiedad y Depresión (toda la muestra: Brasil y España)



Los resultados confirman la hipótesis de partida, ya que las chicas muestran más ansiedad (tanto de Rasgo como de Estado) que los chicos.

Hipótesis 2. El sexo está asociado con el nivel de depresión de los adolescentes, de tal forma que se espera que el nivel de depresión será significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes. Al igual que en el caso anterior, no se puede asumir la homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene: $p < 0,05$), por lo que además de la prueba t de Student corregida se realizó el contraste con la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 12. Prueba t de Student para la depresión.

Group Statistics					
	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Depresión	Masculino	142	11,89	5,863	0,492
	Femenino	305	15,22	8,263	0,473

Ambas pruebas (t de Student y U de Mann-Whitney) resultaron ser significativas ($p < 0,01$), siendo el grupo de mujeres que muestra una puntuación media (15,22) superior que la de los hombres (11,89).

Tabla 13. Pruebas t de Student y U de Mann-Whitney para la depresión.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		Test U Mann-Whitney
	F	Sig.	Sig. (2-tailed)	Std. Error Difference	Sig. (2-tailed)
Depresión	13,599	<0,001	<0,001	0,771	<0,001

Los resultados confirman la hipótesis de partida, ya que las chicas muestran más depresión que los chicos.

Hipótesis 3. La edad está asociada con el grado de ansiedad y depresión de los adolescentes. Se espera que tanto el grado de ansiedad como el de depresión aumenten con la edad.

Para estudiar dicha relación se calcula el índice de correlación de Pearson.

Tabla 14. Índice de correlación de Pearson para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.

Correlaciones		STAI Rasgo	STAI Estado	Depresión
Edad	Correlación de Pearson	-0,023	0,034	-0,055
	Sig. (bilateral)	0,621	0,468	0,244
	N	447	447	447

Los análisis no muestran una correlación entre edad y las variables objeto de estudio (Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión). Así, en el rango de edad de estudio (14 y 17 años) no se observa cambio significativo entre dichas edades.

La hipótesis de partida no se cumple, ya que no se encuentra ninguna relación lineal positiva entre la edad ni con la Ansiedad, ni con la Depresión.

Hipótesis 4. Relaciona el nivel de escolarización y el grado de ansiedad y depresión de los adolescentes. Nos preguntamos si hay diferencias entre los alumnos que cursan el nivel 4ª ESO en España (equivalente a 1º Secundaria en Brasil), y el curso siguiente (1º Bachillerato en España, 2º Secundaria en Brasil).

Tabla 15. Medias y Desviaciones para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.

Estadísticas de grupo				
	Estudios			
	4º ESO (1º Sec. Brasil)		1º Bach. (2º Sec. Brasil)	
	Media	Desviación	Media	Desviación
STAI Rasgo	25,10	11,228	25,00	10,938
STAI Estado	20,17	11,007	19,77	10,595
Depresión	14,56	7,753	13,88	7,722

Tabla 16. **Prueba de Levene para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.**

Prueba de muestras independientes					
Se asumen varianzas iguales					
	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
STAI Rasgo	0,128	0,720	0,092	445	0,926
STAI Estado	0,246	0,620	0,383	445	0,702
Depresión	0,099	0,753	0,919	445	0,358

En relación al nivel de estudio, la prueba t de Student no muestra diferencias significativas ($p > 0,05$) en ninguna de las variables estudiadas, por lo tanto, no se observan cambios significativos ni en Ansiedad-Rasgo, ni en Ansiedad-Estado, ni en Depresión entre los estudiantes del 4^a de ESO (equivalente a 1^o Secundaria en Brasil), y los del curso posterior (1^o Bachillerato en España, 2^o Secundaria en Brasil).

Hipótesis 5. Nos preguntamos si hay diferencias en ansiedad y depresión según la clase social.

5.1. Estudio de las posibles diferencias en Ansiedad según la clase social.

Para el estudio de las posibles diferencias se calculó el ANOVA para cada variable objeto de estudio (Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado), tomando como factor el nivel socioeconómico. Previamente se comprobó que la homogeneidad de las varianzas con la prueba de Levene.

Las pruebas de ANOVA no resultaron ser significativas ($p > 0,05$), por lo que no se puede afirmar que las diferencias observadas en las muestras sean significativas (sig: 0,229 para Ansiedad-Rasgo; 0,869 para Ansiedad-Estado).

Es oportuno señalar que, aunque las diferencias no sean significativas, los datos apuntan a que son las dos clases extremas (Alta y Pobre) las que presentan más nivel de Ansiedad-Rasgo.

Tabla 17. **Medias y desviaciones para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado según la clase social.**

Descriptivos					
	N	STAI Rasgo		STAI Estado	
		Media	Desviación	Media	Desviación
A-Alta	43	27,67	12,021	20,91	12,288
B-Media Alta	59	24,27	10,039	19,37	10,216
C-Media	108	24,99	11,163	19,49	11,182
D-Baja	144	23,82	10,992	19,70	10,256
E-Pobre	93	26,26	11,034	20,72	10,747
Total	447	25,04	11,045	19,94	10,755

Tabla 18. **Estadístico de Levene para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.**

Prueba de homogeneidad de varianzas		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
STAI Rasgo	Se basa en la media	0,822	4	442	0,511
	Se basa en la mediana	0,844	4	442	0,498
STAI Estado	Se basa en la media	0,799	4	442	0,526
	Se basa en la mediana	0,585	4	442	0,674

Tabla 19. **ANOVA para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.**

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
STAI Rasgo	Entre grupos	686,070	4	171,517	1,411	0,229
	Dentro de grupos	53727,206	442	121,555		
	Total	54413,275	446			
STAI Estado	Entre grupos	145,812	4	36,453	0,313	0,869
	Dentro de grupos	51441,306	442	116,383		
	Total	51587,119	446			

5.2. Nos preguntamos si hay diferencias en Depresión según la clase social.

Los estadísticos descriptivos apuntan que es la clase Alta (A) la que más presentan una puntuación media más elevada en depresión. Ahora bien, la significación de la ANOVA (sig: 0,224 > p: 0,05) indica que dichas diferencias no pueden ser consideradas estadísticamente significativas, por lo que hay que mantener la hipótesis de la no diferencia en Depresión entre los diferentes niveles socioeconómicos.

Tabla 20. Medias y desviaciones para la Depresión según la clase social.

Descriptivos-Depresión					
	N	Media	Desviación	95% del intervalo de confianza para la media	
				Límite inferior	Límite superior
A-Alta	43	16,21	9,799	13,19	19,23
B-Media Alta	59	13,93	8,102	11,82	16,04
C-Media	108	13,69	7,997	12,17	15,22
D-Baja	144	13,46	7,225	12,27	14,65
E-Pobre	93	14,98	6,747	13,59	16,37
Total	447	14,16	7,734	13,44	14,88

Tabla 21. Estadístico de Levene para la Depresión.

Prueba de homogeneidad de varianzas- Depresión					
		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Depresión	Se basa en la media	2,129	4	442	0,076
	Se basa en la mediana	1,519	4	442	0,196

Tabla 22. **ANOVA para la Depresión.**

ANOVA-Depresión					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	340,254	4	85,063	1,428	0,224
Dentro de grupos	26335,469	442	59,583		
Total	26675,723	446			

Hipótesis 6. Estudio de posibles interacciones entre las variables sexo, país, clase socioeconómica y edad como factores asociados a ansiedad y depresión. Se realizaron diferentes pruebas de ANOVA para estudiar las posibles interacciones entre todas las posibles combinaciones por pares de variables, así como por grupos de tres variables.

Los resultados muestran que no se observa ninguna interacción significativa ($p < 0,01$), en relación con los factores señalados (sexo, país, clase socioeconómica y edad) y las variables objeto de estudio (Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión).

Gráfico 8. **Medias en Ansiedad y Depresión según Sexo y País: estudio**

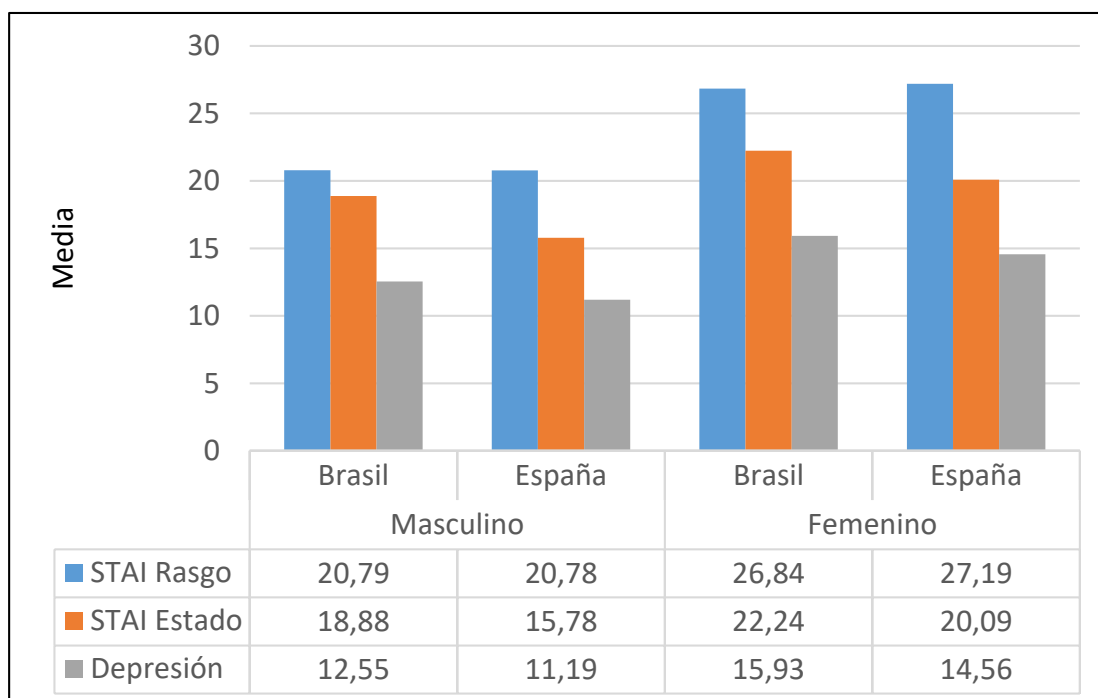


Tabla 23. Pruebas de efectos inter-sujetos para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.

Pruebas de efectos inter-sujetos			
Origen	STAI Rasgo Sig.	STAI Estado Sig.	CDI Sig.
Sexo	0,001**	0,032*	0,007**
Nacionalidad	0,388	0,387	0,341
Estudios	0,778	0,961	0,612
Edad	0,678	0,185	0,153
Nivel Socioeconómico	0,683	0,958	0,595
Sexo * Nacionalidad	0,655	0,423	0,446
Sexo * Estudios	0,659	0,869	0,997
Sexo * Edad	0,661	0,512	0,994
Sexo * Nivel Socioeconómico	0,555	0,903	0,160
Nacionalidad * Estudios	0,346	0,489	0,686
Nacionalidad * Edad	0,639	0,604	0,853
Nacionalidad * Nivel Socioeconómico	0,791	0,895	0,210
Estudios * Edad	0,814	0,484	0,622
Estudios * Nivel Socioeconómico	0,370	0,952	0,986
Edad * Nivel Socioeconómico	0,222	0,562	0,667
Sexo * Nacionalidad * Estudios	0,461	0,919	0,654
Sexo * Nacionalidad * Edad	0,795	0,980	0,587
Sexo * Nacionalidad * Nivel Socioeconómico	0,450	0,979	0,419
Sexo * Estudios * Edad	0,128	0,418	0,662
Sexo * Estudios * Nivel Socioeconómico	0,466	0,906	0,586
Sexo * Edad * Nivel Socioeconómico	0,624	0,916	0,952
Nacionalidad * Estudios * Edad	0,035*	0,046*	0,141
Nacionalidad * Estudios * Nivel Socioeconómico	0,642	0,223	0,557
Nacionalidad * Edad * Nivel Socioeconómico	0,303	0,284	0,339
Estudios * Edad * Nivel Socioeconómico	0,063	0,146	0,603

*** sig <0,001; ** sig <0,01; * sig<0,05.

El estudio de las significaciones de las interacciones con la prueba ANOVA muestra que tan sólo hay una posible interacción y triple entre Nacionalidad, Estudios y Edad, en relación a las variables Ansiedad-Rasgo (sig: 0,035) y Ansiedad Estado (sig: 0,046) aunque ésta no es significativa para un p-valor de 0,01. Por otro lado, en la tabla 22 (Pruebas de efectos inter-sujetos) se corrobora lo visto en las anteriores hipótesis, y es que sólo el factor sexo marca diferencias significativas (entre hombres y mujeres) y además las establece en las tres variables objeto de estudio (Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión).

Hipótesis 7. Nos preguntamos si hay diferencias en ansiedad y depresión según el país.

Se realizó la prueba t de Student (y su alternativa no paramétrica para el caso de no homogeneidad de las varianzas) y se observa que no hay diferencias significativas ($p < 0,05$) ni en Ansiedad-Rasgo ni en Depresión. Sí se puede considerar que hay diferencias significativas en Ansiedad-Estado (sig: $0,038 < p < 0,05$), siendo Brasil el país que presenta una puntuación media superior (21,12) que la de España (18,78).

Tabla 24. **Pruebas de contraste para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión**

Estadísticas de grupo				Pruebas de Contraste		
		Media	D.T.	Levene	Prueba t	U de Mann-Whitney
STAI Rasgo	Brasil	24,83	11,65	0,022	0,695	0,614
	España	25,24	10,45			
STAI Estado	Brasil	21,12	11,55	0,005	0,021	0,038
	España	18,78	9,81			
Depresión	Brasil	14,80	8,19	0,047	0,083	0,160
	España	13,53	7,23			

Hipótesis 8. Se espera encontrar relación directa entre los niveles de ansiedad y depresión. También se espera que haya comorbilidad en ansiedad y depresión.

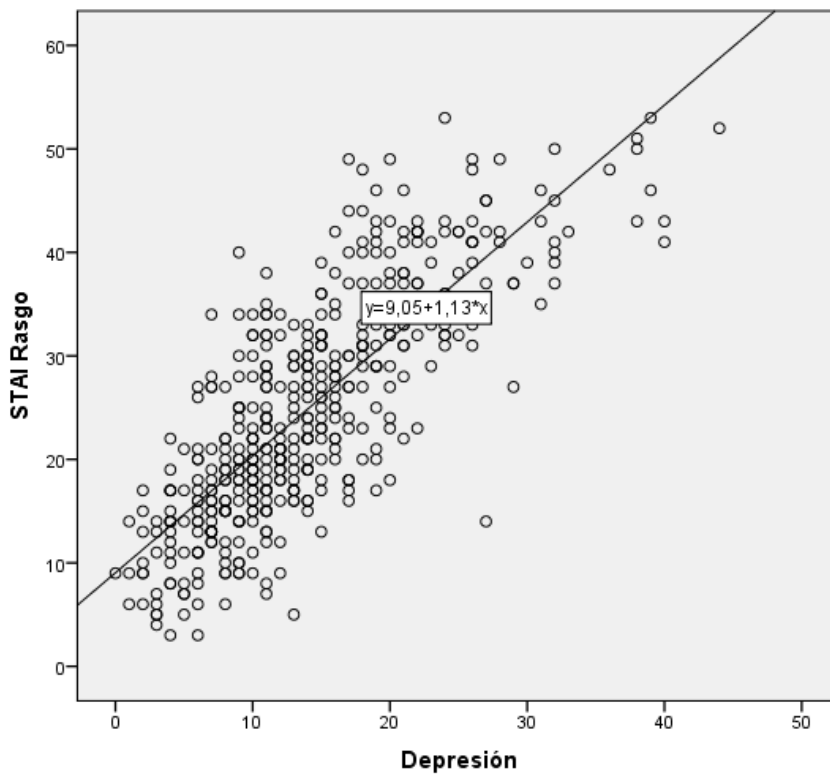
8.1. Análisis de correlaciones. Se espera que haya correlación entre Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.

Tabla 256. **Coefficiente de correlación de Pearson para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.**

		STAI Rasgo (A-R)	STAI Estado (A-E)
Depresión (CDI)	Pearson Correlation	0,791**	0,689**
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001
STAI Rasgo (A-R)	Pearson Correlation		0,721**
	Sig. (2-tailed)		<,001

En los tres casos se observan correlaciones significativas ($p < 0,001$). Las correlaciones obtenidas son muy fuertes y positivas (0,79 entre CDI-AR; 0,72 entre A-R y A-E; 0,69 entre CDI y A-E), lo cual indica que en la medida en que aumentan los valores en una variable, también aumentan en las otras, así los casos con altas puntuaciones en Depresión tienden a presentar también altas puntuaciones en Ansiedad-Rasgo y Estado, y en la medida en que las puntuaciones en Depresión son más bajas, también tienden a disminuir en Ansiedad-Rasgo y Estado.

Gráfico 9. **Correlación STAI Rasgo con la Depresión.**



8.2. Comorbilidad de Ansiedad y Depresión. Para el estudio de la comorbilidad se toma como indicador de depresión aquellos casos cuyas puntuaciones sean igual o superior a 19 en el test CDI (Children's Depression Inventory, Kovacs, M., 1992; vs. española Del Barrio y Carrasco, 2004), y se toma como criterio de alta ansiedad, aquellos casos que se sitúan por encima del percentil 75 (Martínez-Monteaugudo *et al.*, 2013), que tomando como grupos de referencia sexo y país quedarían establecidos así los puntos de corte:

	Varón-Brasil	Varón-España	Mujer-Brasil	Mujer-España
STAI-Rasgo	>29	>27	>37	>34
STAI-Estado	>23	>21	>32	>25
CDI	>18	>18	>18	>18

Así, tomados dichos baremos, los casos clasificados con depresión serían los siguientes:

(% presencia)	Varón-Brasil	Varón-España	Mujer-Brasil	Mujer-España
CDI-Depresión	(19,2%)	(10,1%)	(34,7%)	(26,6%)

La comorbilidad observada, es la siguiente, según las diferentes combinaciones:

Depresión y Ansiedad-Rasgo. Un 16,6% de la muestra total presenta dicha comorbilidad, siendo las mujeres el grupo que más la presenta (19,7%; varones: 9,9%).

Depresión y Ansiedad-Estado. Un 13,6% de la muestra total presenta dicha comorbilidad, siendo las mujeres el grupo que más la presenta (16,4%; varones: 7,7%).

Ansiedad-Rasgo y Estado. Un 15,4% de la muestra total presenta dicha comorbilidad. Los varones presentan algo más de comorbilidad (17,6%) que las mujeres (14,4%).

Depresión, Ansiedad-Rasgo y Estado. Un 10,7% de la muestra total presenta dicha comorbilidad, siendo las mujeres el grupo que más la presenta (12,8%; varones: 6,3%).

Tabla 26. **Tabla de Comorbilidad para Brasil y España y según el sexo.**

	Sexo	Depresión-AR	Depresión-AE	AR-AE	Depresión-AR-AE
Brasil	Varón	12,3%	9,6%	17,8%	8,2%
	Mujer	20,4%	18,4%	14,3%	13,6%
	Total	17,7%	15,5%	15,5%	11,8%
España	Varón	7,2%	5,8%	17,4%	4,3%
	Mujer	19,0%	14,6%	14,6%	12,0%
	Total	15,4%	11,9%	15,4%	9,7%
Total	Varón	9,9%	7,7%	17,6%	6,3%
	Mujer	19,7%	16,4%	14,4%	12,8%
	Total	16,6%	13,6%	15,4%	10,7%

De estos resultados, se deduce que, en general, hay mucha comorbilidad, y especialmente en el grupo de las mujeres. La variable país no se muestra casi relevante, aunque en Brasil existe mayor prevalencia en ansiedad y depresión que en España, de modo especial en el sexo femenino.

Estos resultados sostienen la hipótesis de partida de presencia de comorbilidad entre Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo y Depresión.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

*“Vencer no es competir con otros,
Sino derrotar a nuestros enemigos interiores”.*

(Roberto Shinyashiki)

6.1- Discusión de los resultados

Nuestros resultados confirman la hipótesis de partida de que el sexo está asociado con el nivel de ansiedad de los adolescentes. El nivel de ansiedad encontrado fue significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes. Estos resultados coinciden con los obtenidos por García-Batista *et al.* (2014) que compararon manifestaciones de ansiedad entre estudiantes de medicina dominicanos y españoles y encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo para el nivel general de ansiedad. En su estudio, García-Batista *et al.* concluyeron que el grupo de mujeres mostró niveles de ansiedad más altos que el grupo de hombres.

El sexo está asociado con el nivel de depresión de los adolescentes, nuestros resultados confirmaron que el nivel de depresión fue significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes. Estos mismos resultados fueron obtenidos por Soares y Martins (2010), que realizaron un estudio de ansiedad en una muestra de 124 estudiantes brasileños de la escuela secundaria (66 mujeres y 58 hombres). Encontraron un mayor nivel de ansiedad-estado en el primer año de las mujeres en comparación con los hombres del 1er año.

También, en México, Veytia *et al.* (2012) realizaron un estudio sobre los síntomas de la depresión en una muestra de 2292 adolescentes de entre 15 y 19 años. Hallaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres. Estos resultados coinciden nuestro estudio, en el cual, el nivel de depresión en el grupo de mujeres muestra una puntuación media (15,22) superior a la de los hombres (11,89).

En Uruguay, Cajigas-Segredo *et al.* (2010) en una muestra de 600 estudiantes de 11 a 17 años destacaron que la prevalencia de la depresión alcanzó un 15% de la muestra. Con respecto al género, se confirmaron puntuaciones más altas en las chicas.

Se estudió la relación de la edad con el grado de ansiedad y depresión de los adolescentes. Se esperaba que tanto el grado de ansiedad como el de depresión aumentasen con la edad. La hipótesis de partida no se cumplió, ya que no se encontró ninguna relación lineal positiva entre la edad ni con la ansiedad, ni con la depresión. En España, Inglés *et al.* (2010) estudiaron la ansiedad social en una muestra de 2543 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de 12 a 17 años (120 chicos y 197 chicas) y no hallaron diferencias significativas en cuanto a la edad, al igual que en nuestro estudio. También en España, Cajigas-Segredo *et al.* (2010) en una muestra de 600 estudiantes de 11 a 17 años destacaron que la prevalencia de la depresión evoluciona dependiendo del género y aumenta significativamente con la edad (destaca un incremento en la población femenina posterior a los 12 años).

Se relacionó el nivel de escolarización y el grado de ansiedad y depresión de los adolescentes. No se observaron cambios significativos ni en ansiedad-rasgo, ni en ansiedad-estado, ni en depresión entre los estudiantes del 4^a de ESO (equivalente a 1^o Secundaria en Brasil), y los del curso posterior (1^o Bachillerato en España, 2^o Secundaria en Brasil). No obstante, algunos estudios que han hallado diferencias significativas coinciden en señalar el rango de edad de los 13 a los 15 años como el período donde aparecen los mayores niveles de ansiedad. Estos mayores niveles pueden atribuirse a que este período suele marcar en muchos casos el cambio del colegio al instituto, con el consiguiente proceso de adaptación a un nuevo contexto, a la necesidad de establecer un nuevo grupo de amigos, así como un incremento de la relevancia del papel que representa la interacción con personas del sexo opuesto (Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby & Sallee, 2007).

En nuestro estudio, se buscaron diferencias en ansiedad y depresión según la clase social. No se puede afirmar que las diferencias observadas en las muestras sean significativas. Aunque las diferencias no sean significativas, los datos apuntan a que son las dos clases extremas (alta y pobre) las que presentan más nivel de ansiedad-rasgo. En nuestro estudio realizado en Brasil, se puede destacar que gran parte de las escuelas que participaron en la investigación se ubicaban en barrios de nivel socioeconómico bajo.

En el presente estudio no se ha encontrado relación entre nivel socioeconómico y ansiedad ni depresión, este resultado **difiere** del de García-Toro

(2014) que señala la existencia de un alto índice de depresión en la clase de bajo nivel social. Diversas investigaciones consideran que el bajo nivel socioeconómico corresponde más como la causa que como la consecuencia de la sintomatología depresiva (Miech *et al.*, 1998; Dohrenwend *et al.*, 1992).

Algunos estudios desarrollados subrayan que la pobreza puede influir en el índice de la depresión, pues se relaciona con factores sociales como el desempleo, bajo nivel de escolaridad, baja condiciones de vivienda y alimentación (Cunha, Bastos y del Duca, 2012).

También se buscaron diferencias en la Depresión según la clase social. Los estadísticos descriptivos de nuestro estudio apuntaron que la clase Alta (A) presenta una puntuación media más elevada en depresión. Ahora bien, las diferencias no pueden ser consideradas estadísticamente significativas, por lo que hay que mantener la hipótesis de la no diferencia en depresión entre los diferentes niveles socioeconómicos. Estos resultados son similares a los que fueron obtenidos por Dobriansy (2013) en una muestra de 1200 estudiantes brasileños de entre 12 y 18 años. El estudio reveló relaciones sólidas entre las prácticas educativas parentales negativas (baja participación y clima marital negativo) y los signos de depresión, mientras que se observó que la puntuación baja de depresión se relaciona con las relaciones parentales positivas y la interacción familiar.

En cuanto al estudio de posibles interacciones entre las variables sexo, país, clase socioeconómica y edad como factores asociados a ansiedad y depresión, los resultados muestran que no se observa ninguna interacción significativa en relación con los factores señalados (sexo, país, clase socioeconómica y edad) y las variables objeto de estudio (ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión). Sin embargo, Martínez-Monteagudo *et al.* (2013) realizaron un estudio con 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad, los resultados mostraron correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y las respuestas de ansiedad escolar con ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión.

En nuestro estudio, sólo el factor sexo marca diferencias significativas (entre hombres y mujeres) y además las establece en las tres variables objeto de estudio (ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión).

Nos preguntamos si hay diferencias en ansiedad y depresión según el país. No hay diferencias significativas ni en ansiedad-rasgo ni en depresión. Sí se puede considerar que hay diferencias significativas en ansiedad-estado siendo Brasil el país que presenta una puntuación media superior a la de España.

En España, García-Batista *et al.* (2014) compararon manifestaciones de ansiedad entre estudiantes de medicina dominicanos y españoles. La muestra fue de 160 estudiantes de ambos países, 40 mujeres y 40 hombres en cada grupo, todos con una edad de 18 años. Al igual que en nuestro estudio, no se hallaron diferencias significativas por nacionalidad entre ambos grupos.

Se encontraron correlaciones significativas entre la comorbilidad en ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión. Las correlaciones obtenidas son muy fuertes y positivas, lo cual indica que en la medida en que aumentan los valores en una variable, también aumentan en las otras, así los casos con altas puntuaciones en depresión tienden a presentar también altas puntuaciones en ansiedad-rasgo y estado.

Para el estudio de la comorbilidad se toma como indicador de depresión aquellos casos cuyas puntuaciones sean igual o superior a 19 en el test CDI y se toma como criterio de alta ansiedad aquellos casos que se sitúan por encima del percentil 75 (Martínez-Monteagudo *et al.*, 2013).

Los resultados, indican que, en general, hay mucha comorbilidad, y especialmente en el grupo de las mujeres. La variable país no se muestra casi relevante. Por tanto, se confirma la presencia de comorbilidad entre ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión.

Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza (2012) realizaron un estudio con 100 adolescentes mexicanos de ambos sexos. Se encontró correlación significativa negativa entre resiliencia, depresión y ansiedad, y correlación significativa positiva entre depresión y ansiedad.

También Czernik *et al.* (2006) realizaron un estudio en Argentina con una muestra de 38 alumnos de 15-18 años. encontraron correlación significativa positiva entre depresión y ansiedad.

6.2- Conclusiones del estudio

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que:

-El sexo está asociado con el nivel de ansiedad y depresión de los adolescentes. El nivel de ansiedad y depresión encontrado ha sido significativamente mayor en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes. Por tanto, se comprueban las hipótesis de partida 1 y 2.

-No se encontró ninguna relación lineal positiva entre la edad ni con la ansiedad ni con la depresión. Por tanto, no se ha comprobado la hipótesis 3, en la que se esperaba que tanto el grado de ansiedad como el de depresión aumentasen con la edad.

-Las hipótesis 4 y 5 buscaban relacionar el grado de ansiedad y depresión con el nivel de escolarización y la clase social. Pues bien, no se observaron cambios significativos ni en ansiedad-rasgo, ni en ansiedad-estado, ni en depresión entre los estudiantes según la edad (14 a 18 años), ni nivel académico, ni nivel socioeconómico. Si bien la clase alta presenta una puntuación media más elevada en depresión, las diferencias no pueden ser consideradas estadísticamente significativas.

-En la hipótesis 6 se buscaban posibles interacciones entre las variables sexo, país, clase socioeconómica y edad como factores asociados a la ansiedad y depresión, mientras que en la hipótesis 7 se buscaban diferencias en la ansiedad y depresión según el país. Con los resultados del estudio se concluye que no hay diferencias significativas ni en ansiedad-rasgo ni en depresión según el país, aunque sí se puede considerar que hay diferencias significativas en ansiedad-estado siendo Brasil el país que presenta una puntuación media superior a la de España.

-Por último, la hipótesis 8 buscaba la relación entre la ansiedad y la depresión. Se esperaba encontrar relación directa entre los niveles de ansiedad y depresión. Los resultados del estudio lo confirman, existe relación significativa entre ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión. También se esperaba comorbilidad en la ansiedad y la depresión. De nuestros resultados, se deduce que, en general, hay mucha comorbilidad, y especialmente en el grupo de las mujeres. La variable país no se muestra casi relevante. Estos resultados sostienen la hipótesis de partida de presencia de comorbilidad entre ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión

6.3- Perspectivas futuras

Se plantea que se desarrollen otros estudios que contribuyan a los avances de las investigaciones de la ansiedad y depresión en los adolescentes, dentro del ámbito de la educación en la enseñanza media/secundaria. Otros factores a incluir en próximas investigaciones serían los que suelen estar involucrados en dichas sintomatologías, tales como el acoso escolar (la violencia entre iguales y a los profesores), el bajo rendimiento académico y el abandono escolar. Estos estudios podrían incluir los resultados académicos de programas o informes internacionales, tales como el programa PISA (Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes). Estas investigaciones ayudarían en una mejora en el nivel de la educación de ambos países y a que los adolescentes presentaran un mejor desarrollo cognitivo-emocional y en la calidad de vida.

Se debe estimular la creatividad de los adolescentes, por parte de los educadores, desarrollando propuestas que incrementen y favorezcan a un mejor rendimiento académico y el fortalecimiento de las prácticas docentes, además debe existir mayor inversión por parte del gobierno y de los responsables del área de educación para las escuelas o institutos públicos.

Es importante desarrollar estudios que cuestionen y destaquen los temas de las dinámicas internas en el ámbito de educación de los centros públicos de la enseñanza media, diseñando planes para la ejecución y el desarrollo

asociados con los sistemas internos, con el objetivo de obtener una mejor calidad de educación en la enseñanza media de estos jóvenes.

En consecuencia, se puede identificar y destacar los elementos que están impidiendo el desarrollo cognitivo-emocional y rendimiento académico de los jóvenes de la enseñanza media, de los institutos públicos, lo que permite la identificación de propuestas que compensen a las que están vigentes en dicha área, y se incrementen otras de modelo innovador.

Se deben fomentar programas de intervención que puedan disminuir estas patologías de ansiedad y depresión en los jóvenes, tales como crear estrategias de afrontamiento para el tratamiento y la prevención de la ansiedad (estrés) en el ámbito académico, reduciendo el abandono escolar, las fobias y la depresión.

Se supone que es importante desarrollar un diagnóstico sobre las oportunidades y las dificultades de la enseñanza media, que involucren a los jóvenes, para que se produzcan avances fidedignos.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio creemos que es significativo estudiar la validez de la historia clínica, tal hecho ayudará en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión en el adolescente.

Además, es necesario desarrollar y ampliar los estudios epidemiológicos para verificar el nivel de ansiedad y depresión en los jóvenes, según la edad, el sexo y los factores socioculturales para una futura intervención.

Consideramos prioritario continuar investigando los factores de riesgo a los que son más susceptibles la ansiedad y depresión en los adolescentes, y que se relacionan con la historia familiar, factores ambientales y situaciones que causan estrés, para que se puedan trabajar a través de estrategias de afrontamiento y para aumentar el nivel de autoestima, un factor preponderante en dichas patologías.

Fomentar programas de intervención con los adolescentes y los padres dentro del entorno escolar, como talleres creativos a través de la música, artes y otros que estimulen el área de las habilidades sociales y el desarrollo emocional. El objetivo sería plantear dichos talleres para los adolescentes de las escuelas/institutos, para disminuir y prevenir la sintomatología de la ansiedad y depresión.

Estos talleres podrían facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el movimiento, la expresión, la organización y satisfacer las necesidades físicas, sociales y cognitivo-emocionales.

Un ejemplo serían los talleres con música, ya que influye directamente en el cerebro emocional. Su trabajo, y reflexión permite al joven, un mejor conocimiento de sí mismo y de su cuerpo, de modo que puede lograr una mejor integración social e interpersonal. En consecuencia, estos talleres facilitarán una mejor calidad de vida. Autores como Williams, Berthelsen, Nicholson, Walker y Abad (2012), opinan que existe una asociación entre la música y el cerebro, de modo que es importante estimular las áreas rítmicas del cerebro para que se produzcan buenas respuestas motoras, de los reflejos y del lenguaje. Se han realizado estudios experimentales que han evidenciado que la música produce diferentes efectos neurofisiológicos según las emociones estimuladas (Peretz, Gagnon y Bouchard, 1998), de manera que se destaca que la amígdala está involucrada de modo continuo, sin depender de la emoción inducida (Gosselin, Peretz, Johnsen & Adolphs, 2007 en Orozco, 2016).

Los estímulos musicales recuerdan un conjunto de emociones precisas, una respuesta emocional determinada y fidedigna en los oyentes y otros una respuesta básica más asociada a las emociones (Flores-Gutiérrez y Díaz, 2009; Soria-Urios, Duque y García-Moreno, 2011).

El proceso de oír y escuchar debe estar de acuerdo con el espectro audible entre los 20 y 20.000 hercios (Hz), para quien no tenga pérdida auditiva (audición "normal") hasta dentro de los 18 años. Se considera que la capacidad auditiva de la persona disminuye de manera progresiva, a medida que las frecuencias medias y altas no son percibidas con la misma precisión. El proceso de escucha o audible se modifica a partir de los 40 años y 60 años y disminuye la audición de las personas por encima de los 15.000 hercios, ya que ocurre un anquilosamiento de las células ciliadas del oído interno. Es importante destacar la intensidad de los sonidos, pues no debe ser ni muy baja y tampoco muy elevada, ya que una intensidad superior a los 120 decibelios de modo prolongado, (entre 110-120 decibelios, que es denominado de umbral tóxico), puede inducir lesiones en el oído interno (Drösser, 2012; Jordana, 2008).

Una canción es activada por dos regiones cerebrales; la corteza motora suplementaria izquierda (facilita tocar, tararear la canción mentalmente) y el

sulcus temporal superior (región que la activación reaviva la evocación de los recuerdos musicales) (Peretz, Gosselin, Belin, Zatorre, Plailly & Tillmann, 2009).

El cerebelo es una estructura cerebral, que está directamente conectado con la amígdala (que participa en los recuerdos emotivos) y con el lóbulo frontal (implicado en la planificación y el control de los impulsos, involucrado también en la regulación emocional (Levitin & Menon, 2003; Levitin, 2011).

Se supone que antes del nacimiento, el bebé ya tiene la capacidad de oír música y recordarla más tarde (un año después), según los estudiosos dicha experiencia musical prenatal es archivada en la memoria, y más tarde recordada cuando ocurre una reactivación de las mismas conexiones neuronales activadas en el momento primario de las escuchas. Según los estudios desarrollados por la doctora Alexandra Lamont, comprobaron que los bebés que escuchaban continuamente el mismo tema en los últimos tres meses de gestación, tenían la capacidad de recordarlo tras un año de su nacimiento (Lamont, 2008).

Diversos estudios comprobaron los beneficios, de la música, que van desde las músicas clásicas de Mozart hasta la teoría postulada por Don Campbell (2001), sobre *“El efecto Mozart”*, en el cual dicho autor proponía que la música no sólo es capaz de aliviar el alma, sino de curar el cuerpo. Su postulado permitirá a padres y educadores entender mejor su importancia para la evolución, el desarrollo intelectual y físico y el despertar de la creatividad en los niños y jóvenes.

En suma, este no es un trabajo que presente el final de una línea de investigación, sino que se suma a muchos otros previos que abordan la ansiedad y depresión en la adolescencia, y que constata la necesidad de continuar investigando en una orientación multidisciplinar: cerebro-neurología, psicología (desarrollo emocional), educación, sociología y psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelson, J.L., Nesse, R.M. & Vinik, A. (1994). Pentagastrin infusions in patients with panic disorder II. Neuroendocrinology. *Biological Psychiatry Journal*, 36(2), 84-96. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(94\)91188-6](https://doi.org/10.1016/0006-3223(94)91188-6)
- Abella, V. y Bárcena, C. (2014). PEN, Modelo de los Cinco Factores y Problemas de Conducta en la Adolescencia. *Acción Psicológica*, 11(1), 55-68. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13867>
- Aberastury A. y Knobel, M. (1999). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Adams, G. R., Dyk, P. & Bennion, L. D. (1990). Parent-adolescent relationships and identity formation. In B. K. Barber & B. C. Rollins (Eds.) *Parent-adolescent relationships* (pp. 1-16). Lanham, MD, England: University Press of America.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G. y Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Akiskal, H.S. (1995). Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. *Advances Biochemical Psychopharmacology*, 49, 99-112.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Ambrona, T. & López-Pérez, B. (2014). A Longitudinal Analysis of the Relationship between Positive and Negative Affect and Health. *Psychology*, 5, 859-863. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.58097>
- American Psychiatric Association – APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th edition, rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5th. edition). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

- Aragão, T. A., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F. y Castanha, A. R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 395-405. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200009>
- Araujo, G.C. (2001). Estado, política educacional e direito à educação no Brasil: "o problema maior é o de estudar". *Educar em Revista*, 27(39), 279-292. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/15800>.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 5, 317-326.
- Assis, S. G. y Avanci, J. Q. (2004). *Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio Janeiro: Editora Fiocruz.Criança, Mulher e Saúde collection.
- Bahls, S.-C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal Pediatria (Rio Janeiro)* 78(5), 359-366. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000500004>
- Ballenger, J. C. (1986). Pharmacotherapy of the panic disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 47(Suppl), 27-32.
- Barber, M. y Mourshed, M. (2008). *Cómo hicieron los sistemas educativos con mejor desempeño del mundo para alcanzar sus objetivos*. Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe.PREAL. Santiago de Chile: McKinsey and Company.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barr, N. (2012). *Economics of the welfare state*, 5ª ed. Oxford: University Press.
- Batista, M.A. y Oliveira, S.M. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Bechara, A., Damasio, H. & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307. <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T. & Greenberg, M.S., (1989). Depression versus Anxiety: A test of the content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 9-13.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beeghly, L. (2004). *The structure of social stratification in the United States*. Boston: Pearson, Allyn & Bacon.
- Belin, M.F., Nanopoulos, D., Didier, M., Aguera, M., Steinbusch, H., Verhofstad, A., Maitre, M. & Pujol, J.F. (1983). Immunohistochemical evidence for the presence of gamma-aminobutyric acid and serotonin in one nerve cell. A study on the raphe nuclei of the rat using antibodies to glutamate decarboxylase and serotonin. *Brain Res.* 275, 329-339. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(83\)90994-0](https://doi.org/10.1016/0006-8993(83)90994-0)
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1997). *Manual de Psicopatología* (v. 2). Madrid: McGraw-Hill / Interamericana.
- Belmonte, C. & Viana, F. (2007). Nociceptor Responses. En: Larry R. Squire (Ed.). *New Encyclopedia of Neuroscience*. Oxford, UK: Elsevier.
- Berger, S. K. y Thompson A. R. (1997). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, S.A.
- Bednar, R., Wells, G. & Peterson, R. (1989). *Self-Esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bird, C.M. & Burgess, N. (2008). The hippocampus and memory: insights from spatial processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 182–194.
- Blakemore, S. J. (2012). Imaging brain development: the adolescent brain. *Neuroimage*, 61(2), 397-406. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.11.080>
- Blakemore, S. J. & Frith, U. (2005). The learning brain: lessons for education: a précis. *Developmental science*, 8(6), 459-471. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2005.00434.x>
- Bleuler, E. (2008). *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. Triacastela.

- Bolger, N. & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.890>
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspective on theory, assessment and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Boulenger, J.P., Marangos, P.J., Patel, J., Uhde, T.W. & Post, R.M. (1984). Central adenosine receptors: possible involvement in the chronic effects of caffeine. *Psychopharmacology Bulletin*, 20(3), 431-435.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical Foundations of Cognitive-Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33-57. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33>
- Brock, C. y Schwartzman, S. (2005). *Os desafios da educação no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-86.
- Brooks, R. y Goldstein, S. (2010). *El poder de la resiliencia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Buendía, J. (2004). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- Bueno, D. (2017). *Neurociencias para educadores*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Burgess, A. M. & Nakamura, B. J. (2014). An Evaluation of the Two-Factor Model of Emotion: Clinical Moderators Within a Large, Multi-Ethnic Sample of Youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 124-135.
- Cabib, S. & Puglisi-Allegra, S. (1996). Stress, depression and the mesolimbic dopamine system. *Psychopharmacology* 128(4), 331-342. <https://doi.org/10.1007/s002130050142>
- Caetano, A.P., Amado, J., Martins, M.J., Veiga, A.M., Freire, I. & Ribeiro, M.T. (2017). *Cyberbullying: motives of aggression from the perspective of young Portuguese*. *Educ. Soc. Campinas*, 38(141), 1017-1034. <https://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302017139852>

- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M. y Ugo, M.C. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 149-163.
- Campbell, D. (2001). *El Efecto Mozart para niños*. Barcelona: Urano.
- Campbell, S. & Macqueen, G. (2004). The role of the hippocampus in the pathophysiology of major depression. *Journal Psychiatry Neuroscience*, 29(6), 417-426.
- Campos, J. R., Del Prette, A. y Del Prette, Z. A. P. (2014). Depressão na adolescência: Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-428.
- Cano-Vindel, A. (1989). Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad. Madrid: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Cardinali, D.P. (2007). Neurociencia aplicada: sus fundamentos. Madrid: Ed. Panamericana.
- Carlson, N. (1996). *Introducción a la Psicología Fisiológica*. México: Prentice-Hall.
- Caro, I. (2013). Lo Cognitivo en Psicoterapias Cognitivas: una Reflexion Critica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69.
- Carrasco, A.E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Carskadon, M. A., Vieira, C. & Acebo, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep*, 16, 258-262. <https://doi.org/10.1093/sleep/16.3.258>
- Carvajal, C. (2005). Estrés y depresión: una mirada desde la clínica a la Neurobiología. *Revista Médica de la Clínica Condes*, 16(4), 210-219.
- Casas, F., Fernández-Artamendi, S, Montserrat, C., Bravo, A., Bertran, I. y Del Valle, J.F. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29(1), 148-158. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145471>
- Casas, F., Figuer, C., González, M. & Coenders, G. (2004). Satisfaction with life domains and salient values for future. Data from children and their parents in

- five different countries. In Wolfgang Glatzer (Ed.): *Challenges for quality of life in the contemporary world: advances in quality-of-life studies, theory and research*. Dordrecht (Netherlands): Springer-Verlag.
- Castellá, J., Saforcada, E., Tonon, G., Rodríguez, L., Mozobancyk, S. y Bedin, L. (2012). Bienestar subjetivo de los adolescentes: un estudio comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosocial Intervention*, 21, 273-280.
- Castillo, G. (2001). *Los adolescentes y sus problemas* (7ª ed.). Barañain: Eunsa.
- Castro, J.A.D. (1998). *O fundo de manutenção e desenvolvimento do ensino e valorização do magistério (fundef) e seu impacto no financiamento do ensino fundamental.* In Texto Para Discussão, 1-46. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York, NY: Ronald Press.
- Cedillo, I. B. (2008). *Efecto del contexto en el desarrollo de tolerancia y tolerancia cruzada a los efectos ansiolíticos del diazepam y midazolam*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala.
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la Neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
- Charney, D.S., Henninger, G.R. & Jatlow, P.I. (1985). Increased anxiogenic effects of caffeine in panic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 233-243. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790260027003>
- Charney, D.S., Woods, S.W., Goodman, W.K. & Henninger, G.R. (1987). Serotonin function in anxiety. II. Effects of the serotonin agonist m-CPP in panic disorder patients and healthy subjects. *Psychopharmacology*, 92, 14-24.
- Charney, D. S. & Woods, S. W. (1989). Benzodiazepine treatment of panic disorder: A comparison of alprazolam and lorazepam. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 50(11), 418-423.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Collado-Mateo, M.J., Díaz-Morales, J.F., Escribano, C. y Delgado, P. (2013). Matutinidad-vespertinidad y Ansiedad-Rasgo en adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 90-93. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.138821>

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Cooke, B., Hegstrom, C.D., Villeneuve, L.S. & Breedlove, S.M. (1998). Sexual differentiation of the vertebrate brain: Principles and mechanisms. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 19(4), 323-362. <https://doi.org/10.1006/frne.1998.0171>
- Connor, K. M. & Davidson, J. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
- Costa, M. y Morales, J.M. (2001). La prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. Una aproximación conceptual integral. *Intervención Psicosocial*, 10, 221-239.
- Costa, A. C. G. D. y Vieira, M. A. (2000). *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht.
- Cummins, R.A. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Cummins, R.A., Eckersley, R., van Pallant, J., Vugt, J. & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective well-being: The Australian Unity Well-being Index. *Social Indicators Research*, 64, 159-190.
- Cunha, R.V., Bastos, G.A. & del Duca, G.F. (2012). Prevalence of depression and associated factors in a low income community of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira Epidemiologia* 15, 346-354.
- Czernik, G.E., Dabski, M.F., Canteros, J.D. y Almirón, L.M. (2006). Ansiedad, Depresión y Comorbilidad en Adolescentes de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 162, 1-4.
- Dallman, M.F., Pecoraro, N., Akana, S.F., La Fleur, S.E., Gomez, F., Houshyar H., Bell, M.E., Bhatnagar, S., Laugero, K.D. & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: a new view of “comfort food”. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA (PNAS)* 100(20), 11696-11701. <https://doi.org/10.1073/pnas.1934666100>
- Davidson, K., Rieckmann, N. & Lespérance, F. (2004). Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 165-173. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000116716.19848.65>.

- Davis, M. C., Zautra, A. J., & Smith, B. W. (2004). Chronic Pain, Stress, and the Dynamics of Affective Differentiation. *Journal of Personality*, 72, 1136-1160. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00293.x>
- Dekovic, M., Wissink, I. B. & Meijer, A. M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behaviour: comparison of four ethnic groups. *Journal of adolescence*, 27(5), 497-514. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.06.010>
- Del Barrio, M.V. (1997). *Depresión infantil: Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, M.V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30(2-3), 81-90.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. Madrid: TEA.
- Delgado, A. O. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 25(3), 239-254.
- Delgado, B., Inglés, C. y García-Fernández, J. (2013). Social Anxiety and Self-Concept in Adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1), 179-195. <http://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.6411>
- Diener, E. (2004). El bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial*, 3(8), 67-113.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. http://dx.doi.org/10.1207//s1532775jpa4901_13
- Diez, C. y Sánchez, L. (2000). Trastornos médicos. En: Vallejo, J., Gastó, C. (Eds). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Dobriansyj, L.N. (2013). Estilos e práticas parentais e sinais de depressão em adolescentes brasileiros. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 217-225.
- Dohrenwend, B.P. & Schwartz, S. (1995). Socioeconomic status and psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 8, 138-141.
- Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología* 4(1), 69-76.
- Domínguez, N. J. M. (2009). *La enseñanza en la escuela moderna de Francisco Ferrer y Guardia: Barcelona (1901-1906)*. Barcelona: Editorial Gran Vía.

- Dorsch, F. (2008). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Editorial Herder.
- Drevets, W.C. (2001). Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Current Opinion in Neurobiology*; 11, 240-249. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00203-8](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00203-8)
- Drösser, C. (2012). *La seducción de la música. Los secretos de nuestro instinto musical*. Barcelona: Planeta.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D. & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.
- Duman, R.S. & Monteggia, L.M. (2006). A neurotrophic model for stress related mood disorders. *Biological Psychiatry*, 59, 1116-27. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.013>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Ellis, A. (1974). *Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la terapia racional emotiva (TRE)? En A. Ellis y M. Bernard (Eds.). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva* (pp. 19-48). Bilbao: Desclée de Browerr.
- Epstein, R. (2008). El mito del cerebro adolescente. *Mente y cerebro*, 38, 22-29.
- Escera, C. (2004). Aproximación histórica y conceptual a la Neurociencia Cognitiva. *Cognitiva*, 16(2), 141-61.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990). Ley núm. 8069 por la que se establece el estatuto del niño y del adolescente, y se dictan otras disposiciones. *Diário Oficial Brasil*, 1990-07-16, núm. 135, págs. 13563-13577.
- Estes W. K. & Skinner B. F. (1941) Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400. <http://dx.doi.org/10.1037/h0062283>
- Eurydice España – REDIE (Red Europea de Investigación en Educación) (2009). *Educación y Atención a la Primera Infancia en Europa: un medio para reducir*

- las desigualdades sociales y culturales. Comisión Europea.
<http://doi.org/10.2797/11753>
- Ey, H. y Bernard, P. (1994). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ed Masson.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1968). A theory of the incubation of anxiety/fear responses. *Behavior Research and Therapy*, 6, 309–321. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(68\)90064-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(68)90064-8)
- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*, 23, 455-468.
- Fernández-Zabala, A., Goñi, E., Rodríguez-Fernández, A. y Goñi, A. (2015). Un nuevo cuestionario en castellano con escalas de las dimensiones del autoconcepto. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(2), 149–159.
- Ferrel, F., Vélez J. y Ferrel, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista Encuentros*, 12(2), 35-47. <http://dx.doi.org/10.15665/re.v12i2.268>
- Finan, P. H. & Garlan, P. L. (2015). The Role of Positive Affect in Pain and Its Treatment. *Clinical Journal of Pain*, (X), 177-187. <http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000092>
- Flores-Gutiérrez, E. y Díaz, J. L. (2009). La respuesta emocional a la música: Atribución de términos de la emoción a segmentos musicales. *Salud mental*, 32(1), 21-34.
- Frankl, V.E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Freire, P. (1983). Conscientização e alfabetização: uma nova visão do processo. In: Favero, O. (Ed.). *Cultura popular, educação popular: memória dos anos 60*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. (1946). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Imán.
- Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1974). *Artigos sobre metapsicologia. Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Garaigordobil, M. (2015). Cyberbullying en adolescentes y jóvenes del País Vasco: Cambios con la edad. *Anales de Psicología*, 31(3), 1069-1076. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.179151>

- García-Batista, Z., Cano-Vindel, A. y Herrera-Martínez, S. (2014). Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles. *Escritos de Psicología*, 7(3), 25-32. <http://doi.org/10.5231/psy.writ.2014.1310>.
- García-Toro, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. Madrid: Editorial Síntesis.
- García-Toro, M. & Aguirre, I. (2007). Biopsychosocial model in Depression revisited. *Medical Hypotheses*, 68(3), 683-691. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.02.049>
- Giedd, J.N. (2015). La Plasticidad del Cerebro Adolescente. *Revista Investigación y Ciencia*, 467, 14-19.
- Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A.C. & Rapoport, J.L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861–863.
- Goddard, A. & Charney, D. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 58(suppl 2), 4-11.
- Goffman, E. (2006). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Gómez, B.G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. *Informes Psicológicos*, 9, 101–119.
- González, C. E., Ángel, E. y Avendaño, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 5(1), 59-72.
- González, M. y Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1469–1480. [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70387-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70387-4)
- González-Rodríguez, M., Rovella, A., Barbenza, C. y Rausch, L. (2011). Tendencia a la Preocupación y Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes: contribución diferencial de los procesos cognitivos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(32), 123-142.

- Goodyer, I. M. & Sharp, C. (2005). Childhood depression. In B. Hopkins, R. G. Barr, G. F. Michel, P. Rochat (Eds.), *The cambridge encyclopedia of child development* (pp. 420–423). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gosselin, N., Peretz, I., Johnsen, E. & Adolphs, R. (2007). Amygdala damage impairs emotion recognition from music. *Neuropsychologia*, *45*, 236-244. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.07.012>
- Gould, D., Krane, V. & Greenleaf, G.C. (2002). Arousal anxiety and sport behavior. En T. Horn (Ed.) *Advances In Sport Psychology*. (2ª Edition) (pp. 207-241). Champaign (Illinois): Human Kinetics.
- Graeff, G.F., Viana, B.M. & Mora, O.P. (1997). Dual role of 5-HT in defense and anxiety. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *21*, 791-799. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(96\)00059-0](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(96)00059-0)
- Grant, B.F. y Weissman, M.M. (2009). Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.) *Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la Edad y el Género en el Diagnóstico Psiquiátrico*. Madrid: Elsevier Masson.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, T.S. & Magnuson, D.J. (1987). Neuropeptide neuronal efferents from the bed nucleus of the stria terminalis and central amygdaloid nucleus to the dorsal vagal complex in the rat. *Journal of Comparative Neurology*, *262*(3), 365-374. <https://doi.org/10.1002/cne.902620304>
- Grieger, R. & Boyd, J. (1980). *Rational emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Grolli, V., Wagner, M.F. y Dalbosco, S.N.P. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista Psicologia da IMED*, *9*(1), 87-103. <https://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123>
- Grossman, E. (1998). La adolescencia cruzando los siglos. *Adolescencia Latinoamericana* *1*, 68-74.
- Guidotti, A., Konkel, D. R., Ebstein, B., Corda, M. G., Wise, B. C., Kruttsch, H., Meek, J. L. & Costa, E. (1982). Isolation, characterization and purification to homogeneity of a rat brain protein (GABA-modulin). *Proceedings of the Nationall Academy of Sciences USA (PANAS)*, *79*(19), 6084-6088. <https://doi.org/10.1073/pnas.79.19.6084>

- Gutiérrez, M.G., Peña, L., Santiuste de Pablos, M., García-Ruipérez, D., Ochotorena, M.M., San Eustaquio, F. y Cánovas, M. (2008). Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE 10 y DSM IV. *Atlas VPM, 5*, 220-222.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence its psychology and its relations to physiology, antropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Sidney: Appleton.
- Hayley, S., Poulter, M.O., Merali, Z. & Anisman, H. (2005). The pathogenesis of clinical depression: stressor- and cytokine-induced alterations of neuroplasticity. *Neuroscience* 135, 659-678.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.03.051>
- Herrera-Gutiérrez, E., Brocal-Pérez, D., Sánchez-Mármol, D. y Rodríguez-Dorantes, J. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12*(2), 31-37.
- Hollingshead, A.B. (1949). *Elmtown's youth: the impact of social classes on adolescents*. New York: John Wiley & Sons.
- Hollingshead, A.B. (1971). The indiscriminate state of social class movement. *Social Forces, Chapel Hill, 49*(4), 563-567.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness: a community study*. New York: John Wiley & Sons.
- Hoehn-Saric, R. (1982). Neurotransmitters and anxiety. *Archives General Psychiatry, 39*(6), 735-742.
<http://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290060075015>
- Hoyos-Zuloaga, E., Lemos-Hoyos, M. y Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research, 5*(1), 109-121.
<http://hdl.handle.net/10495/6864>
- Huebner, E.S. (1997). Best practices in assessment and intervention with children with low self-esteem. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.). *Best practices in school psychology* (pp. 831-839). Washington, DC: Association of School Psychologists.
- Hurlock, E. B. (1980). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Inglés, C.J., Piqueras, J.A., García-Fernández, J.M., García-López, L.J., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema, 22*(3), 376-381.

- Inhelder, B. y Piaget, J. (1985). De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Barcelona: Paidós.
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2012). Séries Estatísticas Retrospectivas, 1970; IBGE, Estatísticas da Educação Nacional, 1960-1971. www.ibge.gov.br
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2015). Estatísticas populacionais. www.ibge.gov.br.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (2016). <http://portal.inep.gov.br/>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). La Península Ibérica en cifras. http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.html.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt and Company.
- James, W. (1950). *The Principles of Psychology*, 2 volumes in 1. New York: Dover Publications.
- Jatobá, J. V. N. y Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300003>.
- Johnson, D.W. & Johnson, R.T. (2009). An Educational Psychology Success Story: Social Interdependence Theory and Cooperative Learning. *Educational Researcher*, 38, 365-379. <https://doi.org/10.3102/0013189X09339057>
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J.A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 27-34. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.1996.3807>
- Jordana, M. (2008). La contribución de la música en la estimulación de procesos de adquisición del lenguaje. *Eufonía Didáctica de la Música*, 43, 49-62.
- Kamakura, W.A. & Mazzon, J.A. (2013). Socioeconomic status and consumption in an emerging economy. *International Journal of Research in Marketing*, 30(1), 4-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2011.12.001>
- Kandel, E. R., Schwartz, J. & Jessell, T.M. (2000). *Principles of neural science*. 4 ed. New York: McGraw-Hill.

- Kessler, R.C., Foster, C.L. & Saunders, W.B. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, 1: educational attainment. *American Journal Psychiatry* 152, 1026–1032.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M.J., He, J.P., Koretz, D., McLaughlin, K.A., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Merikangas, K.R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69(4):372-380.
- Koenigs, M., Huey, E.D., Calamia, M., Raymond, V., Tranel, D. & Grafman, J. (2008). Distinct regions of prefrontal cortex mediate resistance and vulnerability to depression. *Journal of Neuroscience*, 28(47), 12341-12348. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2324-08.2008>
- Kolsinski, M.C. (2000). *O processo de implementação de políticas sociais descentralizadas: O estudo do fundef. Dissertação de mestrado*, Universidade de Campinas. Campinas.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI). Manual*. Toronto: Multi Health Systems, Inc.
- Krishnan, V. & Nestler, E.J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455, 894-902.
- La Greca, A.M. & Stone, W.L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor Structure and Concurrent Validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17-27. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_2
- Lambert, S. F., McCreary, B. T., Joiner, T. E., Schmidt, N. B. & Lalongo, N. S. (2004). Structure of anxiety and depression in urban youth: an examination of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 904–908. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.904>
- Lamborn, S.D., Mounts, N.S., Steinberg, L. & Dornbusch, S.M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lamont, A. (2008). Young children's musical worlds: Musical engagement in 3.5-year-olds. *Journal of early childhood research* 6(3), 247-261 <https://doi.org/10.1177/1476718X08094449>

- Lamprea, M.R., Cardenas, F.P., Vianna, D.M., Castillo, V.M., Cruz-Morales, S.E. & Brandão, M.L. (2002). The distribution of fosimmunoreactivity in rat brain following freezing and escape responses elicited by electrical stimulation of the inferior colliculus. *Brain Research*, 950, 186-194.
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de Salud Mental*, 25, 126–129.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G. & Grubb, H. J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580–1583. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.144.12.1580>
- Laurent, J., Catanzaro, S., Joiner, T., Rudolph, K., Potter, K., Lambert, S., Osborne L. & Gathright, T. (1999). A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment*, 11, 326-328. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.326>
- Lerner, R. M. & Overton, W. F. (2008). Exemplifying the integrations of the relational developmental system: Synthesizing theory, research, and application to promote positive development and social justice. *Journal of Adolescent Research*, 23, 245-255. <https://doi.org/10.1177/0743558408314385>
- Levitin, D. (2011). *Tu cerebro y la música. El estudio de una obsesión humana*. Barcelona: RBA Libros.
- Levitin, D. & Menon, V. (2003). Musical structure is processed in “language” areas of the brain: a possible role for Brodmann area 47 in temporal coherence. *NeuroImage*, 20, 2142-2152. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.08.016>
- Logatt, C. (2009). Las etapas del aprendizaje. *Suma Psicológica*, 16(1), 65-83.
- López, N. (2007). *Cerebro de Mujer y Cerebro de Varón*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Ultima década*, 22(40), 11-36. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>
- MacKinnon, D. F. & Hoehn-Saric, R. (2003). Is there a common etiology for depression and anxiety?. In K. Siegfried, A. Johan & J. M. Sitse (Eds.), *Handbook of depression and anxiety* (pp. 111- 125). New York: CRC Press.
- Mallmann, C. L., Lisboa, C. S. M. & Calza, T. Z. (2018). Cyberbullying e estratégias de coping em adolescentes do sul do Brasil. *Acta colombiana de Psicología*, 21(1), 13-22. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2018.21.1.2>

- Martínez-Hernández, A. y Muñoz-García, A. (2010). Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud mental*, 33, 145-152.
- Martínez-Monteagudo, M., García-Fernández, J. e Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.
- Marshall, G., Sherbourne, C., Meredith, L., Camp, P. & Hays, R. (2003). The tripartite model of anxiety and depression: symptom structure in depressive and hypertensive patient groups. *Journal of Personality Assessment*, 80, 139-153. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8002_03
- Mead, M. (1995). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós.
- Mecca, A. M., Smelser, N. J. & Vasconcellos, J. (1989). *The social importance of self-esteem*. California: University of California Press.
- Medrano, J. (2014). DSM-5, un año después. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400001>
- Miech, R.A., Caspi, A., Wright, B.R. & Silva, P.A. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131.
- Mineka, S., Watson, D. & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 377-412. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.377>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2015). Acompanhe as informações sobre o programa bolsa família (http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF_2015.pdf)
- Ministerio de Educação do Brasil (1998). Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas. Examen Nacional de Enseñanza Media.
- Ministerio de Educação do Brasil, Secretaria de Educação (2009). Organización y Estructura de la Formación Docente en Iberoamérica. www.oei.es/historico/quipu/brasil/informe_docentes.pdf

- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008). El desarrollo de la educación en España. Informe CIDE. http://www.ibe.unesco.org/National_Reports/ICE_2008/spain_NR08_sp.pdf
- Moliner, M. (1999). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Monat, A., Averill, J.R. & Lazarus, R.S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 237-253. <http://dx.doi.org/10.1037/h0033297>
- Moore, R.Y. & Bloom, F.E. (1979). Central Catecholamine Neuron Systems: Anatomy and Physiology of the Norepinephrine and Epinephrine Systems. *Annual Review of Neuroscience*, 2(1), 113-168.
- Moret, C. & Briley, M. (2011). The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(Suppl 1), 9-13. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19619>
- Morris, L. W., Davis, M. A. & Hutchings, C. H. (1981). Cognitive and Emotional Components of Anxiety: Literature Review and a Revised Worry-Emotionality Scale. *Journal of Educational Psychology*, 73, 541-555. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.73.4.541>
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Mruk, C. (1999). *Self Esteem: Research, theory, and practice* (2nd Ed.). New York: Springer.
- Mueller, M.B. & Holsboer, F. (2006). Mice with mutations in the HPA system as models for symptoms of depression. *Biological Psychiatry*, 59, 1104-15. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.008>
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Mwenge, J.P. (2017). *Depresión, afectividad y satisfacción con la vida. Estudio con adolescentes de Camerún*. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Myers, D. (2005). *Psicología social*. México: McGraw Hill – Interamericana.
- Myers, J.K. & Straus, R. (1989). A sociological profile of August B. Hollingshead. *Sociological Inquiry*, Malden, 59(1), 1-6. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1989.tb01076.x>

- Narrow, W. E., Kuhl, E.A. & Regier, D.A. (2009). DSM-V perspectives on disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 88-89. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00222.x>
- Nemiah, J. (1987). La concepción psicodinámica de la ansiedad. En: Vallejo, J., Gastó, C. (Ed.) (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Nestler, E.J., Gould, E. & Manji, H. (2002). Preclinical models: status of basic research in depression. *Biological Psychiatry*, 52, 503-28. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01405-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01405-1)
- Newport, D.J., Stowe, Z.N. & Nemeroff, C.B. (2002). Parental depression: animal models of an adverse life event. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1265-1283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1265>
- Nunes, E.D. (2010). Hollingshead e Redlich: a pesquisa sobre classe social e doença mental cinquenta anos depois. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17(1), 125-140. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000100008>
- Nutt, D.J. (1997). Noradrenaline in depression: half a century of progress. *Journal of Psychopharmacology*, 11(4 suppl), S3.
- Nutt, D.J. & Malizia, A.L. (2001). New insights into the role of the GABA_A benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 390-396. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.390>
- Orden ESD/1742/2008, de 17 de junio (BOE), en la modalidad de Educación a Distancia. <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/estudiantes/educacion-infantil.html>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2006). *Assessing Scientific, Reading and Mathematical Literacy. A Framework for PISA*.
- Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) (1971). *Breve evolução histórica do sistema educacional*. www.oei.es/quipu/Brasil/historia.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra http://www.who.int/whr2001/2001/main/sp/pdf/chap2_sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Adolescents: Health risks and solutions*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Atlas de Salud Mental 2014. Resumen de orientación*. Ginebra. http://www.who.int/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/
- Orgilés, M., Samper, M. D., Fernández-Martínez, I. y Espada, J. P. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 129-134. URI: <http://hdl.handle.net/11181/5338>
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*, 25(3), 239-254.
- Oliveira, M. C. S. L. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 427-436. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200022>
- Orozco, M.T. (2016). *Psicología y música: estudio empírico sobre la relación entre música, variables psicológicas y hábitos de escucha*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Ortiz de Orruño, J. M. (1998). *Historia y Sistema Educativo*. Madrid: Marcial Pons, Ediciones.
- Ospina, F.C., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de salud pública*, 13(6), 908-920. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000600004>.
- Ossa, A., Sánchez, A., Mejía, C. y Bareño, J. (2016). Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *CES Salud Pública, Norteamérica*, 7(1), 37-48. <http://dx.doi.org/10.21615/cessp.7.1.4>
- Overholser, J. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment of Depression: A Three-Stage Model to Guide Treatment Planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 231-239. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80035-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80035-4)
- Páez, X., Hernández, L. y Baptista, T. (2003). Avances en la terapéutica molecular de la depresión. *Revista de Neurología*, 37(5), 459-470.
- Perea-Bartolomé, M.V. y Ladera-Fernández, V. (2004). El tálamo: aspectos neurofuncionales. *Revista de Neurología*, 38(7), 687-93.

- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia* (Coleção Passo a Passo, Vol. 22). Rio Janeiro: Jorge Zahar.
- Peretz, I., Gagnon, L. & Bouchard, B. (1998). Music and emotion: perceptual determinants, immediacy, and isolation after brain damage. *Cognition*, 68, 111-141. [https://doi.org/10.1016/S0010-0277\(98\)00043-2](https://doi.org/10.1016/S0010-0277(98)00043-2)
- Peretz, I., Gosselin, N., Belin, P., Zatorre, R.J., Plailly, J. & Tillmann, B. (2009) Music lexical networks. The cortical organization of music recognition. The neurosciences and music III –disorders_ and plasticity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 256-265. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04557.x>
- Phelps, E.A. & LeDoux, J.E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron* 48, 175–187.
- Queiroz, A. M. N. P. de (2012). Educação e inclusão social das crianças e dos adolescentes. Ensaio: *Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 20(74), 113-134. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-40362012000100007>
- Rabello, E. T. (2001). Personalidade: estrutura, dinâmica e formação – um recorte eriksoniano. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- RAE (Real Academia Española) (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. 23.^a edición. Madrid: Espasa Libros, S. L. U.
- Ramírez-Osorio, P. y Hernández-Mendoza, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad adolescentes en situación de pobreza. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(2), 63-70.
- Ramos, A.J. Vázquez-Barquero, J.L. y Herrera, S. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*, 11(1), 24-35.
- Rao, P.A., Beidel, D.C., Turner, S.M., Ammerman, T., Crosby, L.E. & Sallee, F.R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.015>
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. & Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.

- Ratier, R. (2008). O Caminho para a qualidade. Nova Escola. Edição 020. <http://revistaescola.abril.com.br/planejamento-e-avaliacao/avaliacao/caminho-qualidade-425291.shtml>.
- Redmond, J.D.E. (1979). New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety. In: Fann, W. E., Karacan, I., Pokorny, A. D. and Williams, R. L. (Ed.). *Phenomenology and treatment of anxiety* (pp. 153-203). New York: Spectrum.
- Redolar, D. (2014). *Neurociencia cognitiva*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Ribeiro, A. C. (2011). Repensando a experiência urbana da América Latina: questões, conceitos e valores. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez, F. J., Cardoso-Pereira, B. V. y Barroso, J. M. (2004). La década del cerebro (1990-2000): algunas aportaciones. *Revista Española de Neuropsicología*, 6(3-4), 131-170. <http://hdl.handle.net/11441/51153>
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. y Revuelta, I. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23, 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.002>
- Rogers, C.R. y Kinget, M.G. (1967). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Barcelona: Alfaguara.
- Rojas, E. (1995). *La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Temas de hoy.
- Romanelli, O. D. O. (2007). *História da Educação no Brasil (1930/1973)*; prefácio do Prof. Francisco Iglésias. 31ª. ed. Petrópolis, Rio Janeiro: Editora Vozes.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Roy-Byrne, P. P., Dager, S. R., Cowley, O. S., Vitaliano, P. & Dunner, D. (1989). Relapse and rebound following discontinuation of benzodiazepine treatment of panic attacks, alprazolam versus diazepam. *American Journal Psychiatry*, 146, 860-865.
- Ruiz, A.M. y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la Adolescencia. En: AEPap (Ed.). *Curso de actualización pediátrica*. Madrid: Exlibris Ediciones.

- Rush, A. J. (2007). The varied clinical presentations of major depression disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl.8), 4-10.
- Sadek, N. y Nemeroff, C. (2000). Actualización en Neurobiología de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64, 462–484.
- Sanders, S.K. & Shekhar, A. (1995). Regulation of anxiety by GABAA receptors in the rat amygdala. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 52(4), 701–706. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(95\)00153-N](https://doi.org/10.1016/0091-3057(95)00153-N)
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1997). *Manual de psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill / Interamericana.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M. A., y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Santarelli, L., Saxe, M., Gross, C., Surget, A., Battaglia, F. & Dulawa, S. (2003). Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science* 301, 805-809. <http://doi.org/10.1126/science.1083328>
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescência* (8ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9, 133-170.
- Saz, A.I. (2000). *Diccionario de psicología*. Madrid: Libro-Hobby-Club.
- Schlaepfer, T.E., Cohen, M.X., Frick, C., Kosel, M., Brodessa, D., Axmacher, N., Joe, A.Y., Kreft, M., Lenartz, D. & Sturm, V. (2008). Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology*, 33(2), 368-77.
- Schultheisz, T. S. D. V. y Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48. <http://dx.doi.org/10.17921/2176-9524.2013v5n1p%25p>

- Sefarty, M.E., Zavala, G., Masaútis, E.A. y Foglia, V.L. (2001). *Trastornos de Ansiedad en adolescentes (versión electrónica)*. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina.
- Selye, H. (1998). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 10(2), 230-231. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a>
- Senna, S. R. C. M. y Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108.
- Serrano, V. (2005). *Nihilismo y modernidad. Dialéctica de la antillustración*. Barcelona: Plaza y Valdés.
- Shiloh, R., Stryker, R., Weizman, A. & Nutt, D. J. (2000). *Atlas of psychiatric pharmacotherapy*. London: CRC Press Book.
- Sierra, R. (1984). *Ciencias sociales. Epistemología, lógica y metodología*, 1º ed., Madrid: Paraninfo.
- Silva, D.G., Giordani, J. P. y Dell'Aglio, D.D. (2017). Relações entre satisfação com a vida, com a família e com as amizades e religiosidade na adolescência. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8(1), 38-54.
- Snell, R. (2006). *Neuroanatomía Clínica*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Soares, A. B. y Martins, J. S. R. (2010). Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(45), 57-62. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100008>
- Soria-Urios, G., Duque, P. y García-Moreno, J.M. (2011). Música y cerebro: fundamentos neurocientíficos y trastornos musicales. *Revista Neurología*, 52, 45-55.
- Spalek, K., Fastenrath, M., Ackermann, S., Auschra, B., Coyne, D., Frey, J., Gschwind, L., Hartmann, F., Van Der Maarel, N., Papassotiropoulos, A., Quervain, D. & Milnik, A. (2015). Sex-dependent dissociation between emotional appraisal and memory: a large-scale behavioral and fMRI study. *Journal of Neuroscience* 35(3), 920-935. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2384-14.2015>
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.). *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press.

- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2002). *Cuestionario de Ansiedad-Estado/Rasgo (STAI)*. Adaptación española de N. Seisdedos. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C.D., Agudelo, D., Carretero-Dios, H., Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2004). Análisis de ítems de la versión experimental castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Anal Modif Cond*, 30, 495-535.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. & Worden, T. V. (1984). Anxiety disorders. En: Turner, S.M., Hersen. M. (eds.). *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley.
- Sprinthall, N. A. y Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stone, E, Quartermain, D, Lin, Y. & Lehmann, M. (2007). Central alpha-1-adrenergic system in behavioral activity and depression. *Biochem Pharmacol*, 73, 1063-1075. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2006.10.001>
- Swaab, D.F., Bao, A.M. & Lucassen, P.J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews*, 4, 141-94. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2005.03.003>
- Tandon, P.N. (2000). The decade of the brain: a brief review. *Neurology India*, 48(3), 199-207.
- Tellez-Vargas, J. (2000). La noradrenalina: Su rol en la depresión. *Revista colombiana de psiquiatría*, vol. XXIX(1), 59-73.
- Thomas, A. E. & Grimes, J. E. (2002). *Best practices in school psychology IV*, Vols. 1-2. Bethesda: National Association of School Psychologists.
- Toro, J. (1986). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Barcelona: A. Tobeña Editorial.
- Turner, S.M., Beidel, D., Dancu, C.V. & Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

- Van Eijndhoven, P., Van Wingen, G., Van Oijen, K., Rijpkema, M., Goraj, B., Verkes, R.J., Oude, V., Fernández, G., Buitelaar, J. & Tendolkar, I. (2008). Amygdala volume marks the acute state in the early course of depression. *Biological Psychiatry*, 65(9), 812-18. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.027>
- Veiga, D. (2000). Notas para una agenda de investigación sobre procesos emergentes en la sociedad urbana. In: Ribeiro, A. C. (Org.). *Repensando a experiência urbana da América Latina: questões, conceitos e valores*. Buenos Aires: CLACSO.
- Veytia, M., González-Arratia, N.I., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Vieira, L. F., Vieira, J. L. L., de Cássia Ferraz, C. y de Oliveira, L. P. (2010). Análise do autoconceito de atletas de voleibol de rendimento. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 24(3), 315-322. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092010000300002>
- Vitaliano, P.P., Scanlan, J.M., Zhang, J., Savage, M.V., Hirsch, I.B. & Siegler, I.C. (2002). A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosom Med.* 64(3), 418-435.
- Volpi, F. (2007). *El nihilismo*. Madrid: Siruela.
- Waltenberg, F.D. (2015). Educação / Education. In: IBGE (Org.). *Brasil em números / Brazil in figures*. (pp. 131-152). Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>
- Watson, D. & Clark, L. A. (1994). Introduction to the special issue on personality and psychopathology. *Journal Abnormal Psychology*, 103, 3-5. <https://doi.org/10.1037/h0092429>
- Watson, D., Clark, L.A. & Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their Relations to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect - The PANAS scales. *Journal of*

- personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070.
<https://doi.org/10.2307/2137092>.
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E. & McCormick, R.A (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Watson, D., O'Hara, M.W. & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 282-288.
<https://doi.org/10.1002/da.20496>
- Weber, L.N.D., Salvador, A.P.V. & Brandenburg, O. (2009). Escalas de Qualidade na Interação Familiar. In L. Weber & M. Dessen (Ed.), *Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise dos dados*. Curitiba: Juruá.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G. & Joyce, P.R. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*; 276(4), 293-299.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1996.03540040037030>
- Williams, K., Berthelsen, D., Nicholson, J. M., Walker, S. & Abad, V. (2012). The effectiveness of a short-term group music therapy intervention for parents who have a child with a disability. *Journal of Music Therapy*, 49(1), 23-44.
<https://doi.org/10.1093/jmt/49.1.23>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Woods, N.F., Lawson, C.E. & Setlow, V.P. (1998). *Gender Differences in Susceptibility to Environmental Factors: A Priority Assessment*. Institute of Medicine, Committee on Gender Differences in Susceptibility to Environmental Factors. Washington DC: National Academic Press.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. y Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31, 189-196.

Zung, W. (1965). Una escala de depresión auto-calificación. *Archivos Generales Psiquiatría* 12, 63-70. http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale.pdf

Zvelc, G. (2009). Between Self and Others: Relational Schemas as an Integrating Construct in Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*; 39(1), 22-38. <https://doi.org/10.1177/036215370903900104>

LISTA DE ABREVIATURAS

- ANOVA: Análisis de la varianza (ANalysis Of VAriance)
- BAI: Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory)
- BDI: Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory)
- BMSLSS: Breve escala multidimensional de satisfacción de vida de los estudiantes (Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale)
- CI: Consentimiento Informado
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud
- CRF: Corticotrofina
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría)
- ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema de créditos utilizado por las universidades europeas para convalidar asignaturas)
- EEOOII: Escuelas Oficiales de Idiomas
- EJA: Educación de Jóvenes y Adultos (Brasil)
- ENEM: Examen Nacional de Enseñanza Media (Brasil)
- EGB: Educación General Básica
- ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria
- FP: Formación Profesional
- FUNDEF: Fondo de Manutención y Desenvolvimiento de Enseñanza Fundamental
- GHRF: Factor liberador de hormona de crecimiento
- IBGE: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
- INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- ISP: Index of Social Position (Índice de Posición Social)
- ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad
- LDB: Ley de las Directrices y Bases de la Educación Nacional (Brasil)
- LGE: Ley General de Educación
- LOE: Ley Orgánica de Enseñanza
- LOGSE: Ley Orgánica General del Sistema Educativo
- MEC: Ministerio de Educación y Cultura

NE: Norepinefrina
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEI: Organización de Estados Iberoamericanos
OMS: Organización Mundial de la Salud
PBF: Programa Bolsa Familia (Brasil)
PIB: Producto Interior Bruto
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios / Encuesta Nacional por Muestra de Domicílios
PISA: Programa Internacional de Evaluación Comparada
PWI: Índice de Bienestar Personal (Personal Wellbeing Index)
RS: Representación Social de la Depresión
SAEB: Sistema de Evaluación para la Enseñanza Básica
SAG: Síndrome de Adaptación General
STAI: State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo)
SWLS: Satisfacción con la escala de vida (Satisfaction with Life Scale)
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada
TAS: Trastorno de ansiedad por separación
TCC: Terapias conductuales
TRE: Terapia Racional Emotiva
TREC: Terapia Racional Emotivo-Conductual
TRH: Tirotrófina
VD: Variable Dependiente
VI: Variable Independiente

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1. Estructura del Sistema Educativo Brasileño.....	20
Figura 2. Estructura del Sistema Educativo Español.....	36
Figura 3. Localización de las estructuras neuroanatómicas implicadas en la ansiedad.	89

GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de los jóvenes de 15 a 20 años de edad en la enseñanza de Brasil (2002/2012).....	22
Gráfico 2. Proporción de personas de 15 a 17 años de edad que frecuentan la enseñanza media, la fundamental y que no asisten. Brasil -2002/2012.....	23
Gráfico 3. Evolución de la tasa de analfabetismo en Brasil por regiones en los años 2012-2013.....	25
Gráfico 4. Frecuencia de los trastornos de ansiedad en los adolescentes.....	57
Gráfico 5. Prevalencia de trastornos.....	59
Gráfico 6. Porcentajes según el nivel socioeconómico de los alumnos participantes en las escuelas de Recife (Brasil) y de Salamanca.....	152
Gráfico 7. Medias según sexo en Ansiedad y Depresión (toda la muestra: Brasil y España).....	168
Gráfico 8. Medias en Ansiedad y Depresión según Sexo y País: estudio.....	174
Gráfico 9. Correlación STAI Rasgo con la Depresión.....	178

TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características (DSM-5), según APA (2014).	51
Tabla 2. Clasificación de los trastornos de depresión y sus características (DSM-5) según APA (2014).	54
Tabla 3. Prevalencia de los trastornos	59
Tabla 4. Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad (en porcentajes).....	60
Tabla 5. Prevalencia de los trastornos más comunes según género (en porcentajes).....	60

Tabla 6. Características principales de los modelos explicativos de Ansiedad y Depresión	82
Tabla 7. Neurotransmisores y neuromoduladores en sinapsis del SNC.	96
Tabla 8. Búsqueda de palabras clave en las Bases de Datos	121
Tabla 9. Resumen de artículos sobre ansiedad y depresión en adolescentes de Brasil, España y otros países.	122
Tabla 10. Prueba t de Student para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.....	167
Tabla 11. Prueba alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.	168
Tabla 12. Prueba t de Student para la depresión.	169
Tabla 13. Pruebas t de Student y U de Mann-Whitney para la depresión.....	169
Tabla 14. Índice de correlación de Pearson para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.	170
Tabla 15. Medias y Desviaciones para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.	170
Tabla 16. Prueba de Levene para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.....	171
Tabla 17. Medias y desviaciones para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado según la clase social.....	172
Tabla 18. Estadístico de Levene para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.	172
Tabla 19. ANOVA para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.	172
Tabla 20. Medias y desviaciones para la Depresión según la clase social.	173
Tabla 21. Estadístico de Levene para la Depresión.	173
Tabla 22. ANOVA para la Depresión.....	174
Tabla 23. Pruebas de efectos inter-sujetos para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.	175
Tabla 24. Pruebas de contraste para Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y Depresión.....	176
Tabla 25. Coeficiente de correlación de Pearson para Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.....	177
Tabla 26. Tabla de Comorbilidad para Brasil y España y según el sexo.	179

ANEXOS

LOCALIZACIÓN DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO EN PERNAMBUCO-BRASIL



LOCALIZACIÓN DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO EN SALAMANCA – ESPAÑA



BANNER/ PAINEL

“ ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES BRASILEÑOS DE LA ENSEÑANZA MEDIA: COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN ESPAÑOLA ”



DOCTORANDA
HELOISA PEREIRA DE MELO
E-mail: hepereira2014@gmail.com
DIRECTORES
Prof. Dr. ÁNGEL LUIS MONTEJO
E-mail: amontejo@usal.es
Prof. Dr. ANTONIO P. URDANIZ
E-mail: perurdan@ono.com
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA - ES

Objetivos

. Se espera que este estudio identifique el índice de las respectivas sintomatologías en los adolescentes de ambos Países; los posibles factores de riesgo ; estimule el desarrollo cognitivo-emocional; mejore la calidad de vida de los jóvenes

Metodología

. Los participantes están entre el rango de edad de los 13 - 17 años;
. Por cuestiones éticas, el estudio es anónimo y voluntario;
. Fue aprobado por los Comités de Éticas de ambos Países;
. Los instrumentos utilizados (cuestionario, test)
. Se solicitará permiso a los padres; carta de C.I

Resultados

. Se estima que los resultados puedan contribuir en la prevención y posible intervención de las respectivas sintomatologías, por los especialistas de salud, educadores, padres y para los avances científicos

CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO

Edad (padre / madre):

Sexo: M/F

Edad del hijo/a

Sexo de su hijo/a (M/F):

Fecha de nacimiento de su hijo/a:

Centro escolar:

Abajo encontrarán una lista de posibles profesiones entre las cuales deberán marcar aquella con la que se identifiquen.

SITUACIÓN FAMILIAR

PROFESIÓN DE LOS PADRES	PADRE	MADRE
Grandes ejecutivos, propietarios de grandes empresas, Profesionales liberales (presidente de banco, economista, ingeniero, arquitecto, veterinario, abogado, médico, dentista, profesor universitario, etc...)	1	1
Directores comerciales, propietarios de microempresas y profesionales menores (profesor de enseñanzas medias)	2	2
Personal administrativo, pequeños comerciantes (representante de ventas, secretaria particular, corredor de seguros, pequeño comercio: panadería, perfumería, floristería, restaurante, accesorios de automóviles, tienda de decoración, etc...)	3	3
Vendedores (vendedores de grandes o pequeñas tiendas)	4	4
Trabajador especializado (panadero, carpintero, electricista, cartero, mecánico de automóviles, etc...)	5	5
Maquinista y trabajador semi-especializado (sector de la metalurgia, soldador, montador, conductor de taxi, conductor de autobuses, ...)	6	6
Trabajador no cualificado (portero, asistente, mozo de carga, ama de casa)	7	7

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES	PADRE	MADRE
Post-graduación	1	1
Licenciatura	2	2
Licenciatura incompleta	3	3
Enseñanza media / Formación Profesional	4	4
Enseñanza media / F.P. incompletos	5	5
Educación Primaria	6	6
Educación Primaria incompleta	7	7

CUESTIONARIO STAI

STAI

AUTOEVALUACIÓN (E/R)

A/E PD=30+ __

A/R PD=21+ __

STAI N°
CENTRO ESCOLAR:
EDAD:
SEXO: MASCULINO (M):
NACIONALIDAD:

CURSO:
FECHA DE
NACIMIENTO:
FEMENINO (F):
SERIE:

INSTRUCCIONES

PRIMERA PARTE (A-E)

FRASES DE 1 A 20

En la primera parte del test, encontrarás frases utilizadas para describir cómo te sientes.

Lee cada frase y marca la puntuación de 0 a 3 con una única respuesta, la que mejor describa cómo te sientes AHORA MISMO, en este momento. No existen respuestas buenas o malas. No tardes mucho en responder a cada frase, responde señalando la opción que mejor describa cómo te sientes AHORA MISMO.

		NADA	POCO	SUFICIENTE	MUCHO
1	Me siento tranquilo.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento a gusto.	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento cómodo.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy inquieto.	0	1	2	3
14	Me siento muy oprimido.	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento molesto e inquieto.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3

Comprueba si has respondido a cada frase con una sola respuesta.

Ahora, gira la hoja y lee las instrucciones antes de empezar a responder a las frases.

SEGUNDA PARTE (A-R)

FRASES DE 21 A 40

A continuación, encontrarás unas frases que se utilizan frecuentemente para que te describas a ti mismo. Lee cada frase y marca la puntuación de 0 a 3 que mejor describa cómo te sientes normalmente, en la mayoría de las ocasiones. No existen respuestas buenas o malas. No tardes mucho en responder cada frase y responde marcando la opción que mejor describa cómo te sientes habitualmente.

		CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otras personas.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por tardar en decidirme.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que se acumulan las dificultades y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo excesivamente por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Acostumbro a tomarme todo muy en serio.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a problemas y dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
37	Surgen y me molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto las desilusiones que no puedo olvidarlas.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso en problemas y preocupaciones actuales me pongo tenso y nervioso.	0	1	2	3

Comprueba si has respondido a cada frase con una sola respuesta.

Autor: Spielberg, C.D.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.)

Spielberger, C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (2002), TEA Ediciones, Madrid.

Copyright internacional en todos los países de acuerdo con la Convención de Berna y convenciones bilaterales y universales.

CUESTIONARIO CDI

CDI N.:

CENTRO ESCOLAR:

CURSO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO: MASCULINO (M)

FEMENINO (F)

NACIONALIDAD:

APLICACIÓN:

CDI

INSTRUCCIONES:

Tú tienes diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se encuentran estos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo de frases debes marcar con una **X** la **opción que mejor describa** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Cuando hayas terminado de responder a un grupo de frases, debes pasar al grupo siguiente.

No existen frases correctas o incorrectas. Simplemente debes señalar la frase que mejor describa **CÓMO TE HAS SENTIDO ÚLTIMAMENTE**.

Por ejemplo:

30	X	Leo libros frecuentemente
		Leo libros de vez en cuando
		Nunca leo libros

Pasa a la página siguiente y comienza tu test.

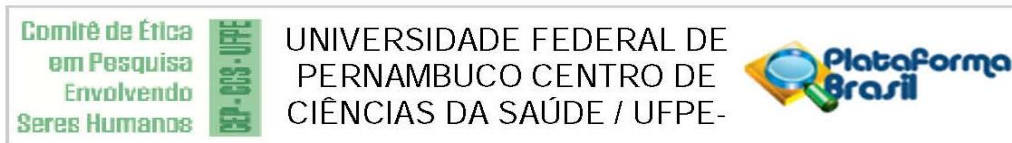
Autora: Maria Kovaks - Copyright elementos © 1982 by Maria Kovaks.
Copyright© 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.
Del Barrio, V., Carrasco, O.M.A, (2004); TEA Ediciones, Madrid.
Copyright internacional en todos los países de acuerdo con la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.

1	Estoy triste de vez en cuando.
	Estoy triste muchas veces.
	Estoy siempre triste.
2	Las cosas nunca van a salir bien para mí.
	No tengo seguridad de que las cosas me vayan a salir bien.
	Las cosas me van a salir bien.
3	Hago la mayoría de las cosas bien.
	Hago mal muchas cosas.
	Hago todo mal.
4	Muchas cosas me divierten.
	Algunas cosas me divierten.
	Nada me divierte.
5	Soy malo/mala siempre.
	Soy malo/mala muchas veces.
	Soy malo/mala algunas veces.
6	A veces pienso que me pueden suceder cosas malas.
	Me preocupa que me sucedan cosas malas.
	Estoy seguro/a de que me van a ocurrir cosas terribles.
7	Yo me odio.
	No me gusta mi manera de ser.
	Me gusta mi manera de ser.
8	Todo lo malo que me pasa es culpa mía.
	Muchas cosas malas que me pasan son culpa mía.
	Generalmente no es culpa mía cuando me suceden cosas malas.
9	Nunca he pensado en suicidarme.
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
	Me quiero suicidar.
10	Siento ganas de llorar todos los días.
	Siento ganas de llorar muchas veces.
	Siento ganas de llorar de vez en cuando.
11	Las cosas siempre me preocupan.
	Las cosas me preocupan muchas veces.
	Las cosas me preocupan de vez en cuando.
12	Me gusta estar con otras personas.
	Generalmente no me gusta estar con personas.
	No quiero estar nunca con personas.
13	No consigo decidirme.
	Me cuesta decidirme.
	Me decido fácilmente.
14	Tengo buen aspecto físico.
	Existen algunas cosas de mi aspecto físico que no me gustan.
	Soy feo /a.
15	Siempre tengo dificultades en hacer las tareas escolares.
	Muchas veces tengo dificultades en hacer las tareas escolares.
	No tengo dificultades en hacer las tareas escolares.

16	Todas las noches tardo en dormirme.
	Muchas veces tardo en dormirme.
	Duermo muy bien.
17	Me siento cansado/a de vez en cuando.
	Me siento cansado/a casi siempre.
	Estoy siempre cansado/a.
18	Generalmente no tengo ganas de comer.
	A veces no siento ganas de comer.
	Como muy bien.
19	El dolor y las enfermedades me preocupan.
	El dolor y las enfermedades me preocupan muchas veces.
	El dolor y las enfermedades me preocupan siempre.
20	Nunca me siento solo/a.
	Me siento solo/a muchas veces.
	Siempre me siento solo/a.
21	En el colegio nunca me divierto.
	En el colegio me divierto de vez en cuando.
	En el colegio me divierto muchas veces.
22	Tengo muchos amigos.
	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
	No tengo amigos.
23	Mi rendimiento escolar es bueno.
	Mi rendimiento escolar no es tan bueno como antes.
	Mi rendimiento escolar es pésimo.
24	Nunca seré tan bueno como otros compañeros.
	Si quiero puedo ser tan bueno como otros compañeros.
	Soy tan bueno como otros compañeros.
25	Nadie me quiere.
	No tengo la seguridad de que alguien me quiera.
	Tengo la seguridad de que alguien me quiere.
26	Generalmente hago lo que me dicen.
	Muchas veces no hago lo que me dicen.
	Nunca hago lo que me dicen.
27	Me llevo bien con las personas.
	Discuto muchas veces con otras personas.
	De vez en cuando discuto con otras personas.

Fin del test. Si has terminado antes de tiempo, repasa tus respuestas.

COMITÉ DE ÉTICA DE BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ansiedad y depresión en adolescentes brasileños de la enseñanza media: comparación con la población española

Pesquisador: Heloisa Maria Pereira de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29073314.0.0000.5208

Instituição Proponente: UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: CARTAS AUTORIZAÇÃO GESTORES ESCOLAS BRASIL

Justificativa: Bom dia, envio em anexo documento atual autorização de aplicação pesquisa para

Data do Envio: 22/09/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 803.491

Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação da Notificação:

Indicado no relatório inicial.

Objetivo da Notificação:

Indicado no relatório inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado no relatório inicial.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Indicado no relatório inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo solicitado foi anexada, sendo a carta de anuência da Secretaria Executiva de

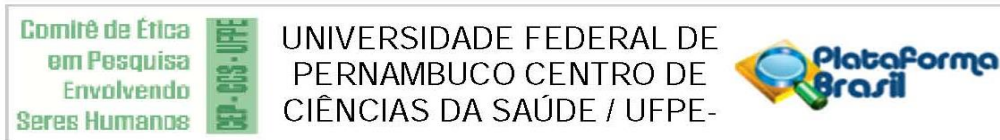
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 803.491

Desenvolvimento Educacional assinada pelo assessor da Secretaria.

Recomendações:

Recomenda-se, mais uma vez, que o título do projeto deve ser em Português, conforme dito na carta de anuência, podendo ser incluído o título em Espanhol, com parenteses;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado com recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 24 de Setembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

COMITÉ ÉTICO DE SALAMANCA

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**
Paseo de San Vicente, 58-182
37007 Salamanca
Comité Ético de Investigación Clínica
Teléfono: 923 29 15 15



E-mail: comite.etico.husa@saludcastillayleon.es

**EL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DEL AREA DE SALUD DE
SALAMANCA,**

INFORMA:

Que el Proyecto de Investigación presentado por D.^a HELOISA M.^a PEREIRA DE MELO,

Titulado:

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES BRASILEÑOS DE LA
ENSEÑANZA MEDIA: COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN ESPAÑOLA”.**

Que presenta como Investigadora responsable para la realización del PROYECTO DE TESIS DOCTORAL, SE AJUSTA A LAS NORMAS ÉTICAS Y DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA, establecidas para tales estudios.

Y para que conste lo firma en Salamanca con fecha 11 de abril de 2014

EL SECRETARIO



Fdo.: D. Ignacio Dávila González

AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN PARA LA APLICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS



Con fecha 24 de abril de 2014, tiene entrada en la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Salamanca escrito de Dña. Heloisa Maria Pereira de Melo, psicóloga y doctoranda matriculada en la Universidad de Salamanca, cuyo proyecto de tesis doctoral se titula *“Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de la enseñanza media: comparación con la población española”*. En virtud de dicho escrito solicita autorización para aplicar los test CDI (Inventario de Depresión Infantil, Kovacs, M., 1992), STAI (Inventario de ansiedad estado-rasgo, Spielberg C.D., 2002) y el Formulario (cuestionario) Socioeconómico basado en el cuestionario Hollingshead, 1958) en los siguientes centros docentes de Salamanca: I.E.S. Francisco Salinas, I.E.S. Mateo Hernández, I.E.S. Martínez Uribarri, I.E.S. Fernando de Rojas, e I.E.S. Lucía Medrano.

Examinado en este Centro Directivo el cuestionario remitido por la interesada, se entiende adecuado al objeto y fines de la investigación, por lo que se considera en principio procedente conceder la solicitud formulada para su realización. No obstante, atendiendo al objeto de la misma, se condiciona dicha autorización al estricto cumplimiento por parte de la solicitante, tanto en la preparación como en la publicación de su estudio, de la vigente normativa española de protección de datos personales.

Por todo ello, con los condicionantes expuestos, se autoriza a Dña. Heloisa Maria Pereira de Melo a la aplicación de un cuestionario en los centros docentes de Salamanca anteriormente enumerados, dentro del marco de su proyecto de tesis doctoral *“Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de la enseñanza media: comparación con la población española”*, siempre que no interfiera en el normal funcionamiento de los centros educativos y obtenga de sus respectivos Directores la correspondiente autorización para el desarrollo de su trabajo.

Se recuerda finalmente la obligación por parte de la investigadora de remitir a esta Dirección General los resultados de su trabajo de investigación.

Valladolid, 11 de Julio de 2014

LA DIRECTORA GENERAL DE INNOVACIÓN EDUCATIVA
Y FORMACIÓN DEL PROFESORADO

HELOISA MARIA PEREIRA DE MELO
C/ Rúa, 35 escalera 3 1º puerta 2
37008 SALAMANCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CI - PADRES

(PARA EL RESPONSABLE - TUTOR DEL MENOR DE 18 AÑOS)

Solicitamos su autorización para invitar a su hijo(a), (o el menor de edad que esté bajo su responsabilidad/tutela) para participar como voluntario (a) , en la investigación " Ansiedad y la depresión en los adolescentes brasileños de la enseñanza media : comparación con la población española " . Este estudio es de la responsabilidad de la alumna de postgrado Heloisa M. Pereira de Melo, psicóloga , CRP 02-5000, doctoranda de la Universidad de Salamanca, España correo electrónico: hepereira2014@gmail.

Este documento se llama el Consentimiento Informado (Término de Consentimiento Libre e Informado) y puede contener algunos ítems que usted no se aclare. Si acaso haya alguna duda, entre en contacto con la doctorando por email: hepereira2014@gmail.com . Caso acepte que el menor que esté bajo su responsabilidad participe de este estudio, coloque su nombre completo, firme o rubrique el documento. Ele esta en dos vías- una es suya y la otra del investigador responsable. La participación es voluntaria, anónima, confidencial, no será divulgado el nombre del menor, ni del colegio, instituto ni los datos del responsable. Usted tiene el derecho de denegar el consentimiento de la participación del menor a cualquier momento, sin perjuicio legal. Este estudio tiene por objetivo identificar el índice de las sintomatologías ansiedad y depresión, además de los posibles factores de riesgo, a que son vulnerables los adolescentes de los colegios o institutos de la enseñanza pública secundaria de Brasil, Recife-PE y España –Salamanca. Actualmente se observan muchas situaciones comunes a estas sintomatologías en esta población. Por esto, esperamos que los resultados puedan beneficiar los jóvenes en su desarrollo cognitivo-emocional, además que sirvan como base para una posible prevención, intervención a través de los especialistas de la salud, de los educadores y de los padres. Lo adolescentes que participaran del estudio están en el rango de edad de los 13 - 17 años , responderán a dos test y un cuestionario socioeconómico (Basado en el cuestionario de clase social de Hollingshead y Redlich). Los test y cuestionarios utilizados son el CDI(Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, M., 1992, Del Barrio , Carrasco, 2004) y STAI (Spielberg, 2002. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo.Se considera el uso de los test y cuestionarios seguros, pues no se estima la probabilidad de riesgo. Caso ocurra alguna situación que considere como riesgo, usted puede comunicarnos por correo electrónico. Los cuestionarios y test son todos para contestar las opciones con un . Confiamos que los resultados de este estudio puedan traer beneficios para el bien estar físico-emocional del menor que está bajo su responsabilidad, proporcionando una mejor calidad de vida y en su desarrollo cognitivo-emocional. Por cuestiones éticas y para preservar el anonimato de su hijo (a), la participación en el estudio es anónima, nadie ajeno a la investigación accederá a los datos, que son privados. La publicación de los resultados del estudio constará en la elaboración/defensa de la tesis doctoral o de publicación científica o en eventos del área de salud. Todos los datos colectados en este estudio (test y cuestionarios) serán guardados en archivos, durante el período en que dure la investigación, bajo la responsabilidad del doctorando y de sus directores, en la dirección o citada anteriormente, por un período máximo de hasta cinco años. Los responsables legales y/o los estudiantes no ha que pagar nada por su participación, pues los test se aplicaran en el momento en que su hijo (a) / menor esté en el colegio, instituto, en horarios establecidos por los directores de la institución. Después de la conclusión de la investigación, daremos los resultados a las

escuelas, institutos, a los alumnos y a los responsables. Este documento pasó por la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos HUSA del Hospital Universitario de Salamanca y del Comité de Ética CEP de la Institución UFPE (Universidad Federal de Pernambuco, Recife- PE, BRASIL. Cualquier Duda pueden entrar en contacto con la dirección: e-mail: comité.etico.husa@saludcastillayleon.es y e-mail: cepccs@ufpe.br.

Fdo. Del Investigador(a)doctoranda

CONSENTIMIENTO DEL RESPONSABLE PARA LA PARTICIPACION DEL MENOR VOLUNTÁRIO

Yo, _____
responsable por _____, autorizo su participación en el estudio citado anteriormente, como voluntario (a). Fui debidamente informado (a) y esclarecido (a) por el (la) investigador (a) sobre el estudio, los procesos desarrollados, además de los eventuales riesgos y beneficios decurrentes de la participación del menor. Me ha sido comunicado que puedo desistir de mi consentimiento a cualquier momento, sin que esto resulte en a cualquier penalización para mí o para el menor bajo mi responsabilidad.

Ciudad ,

Fecha

Firma del responsable:

TÉRMINO DE ASENTIMIENTO LIBRE EXPLICADO (TALE) – MENOR

(PARA EL MENOR DE EDAD 12 a 18 AÑOS – Resolución 466/12)

OBS: Este documento no dispensa Carta de C.I que debe ser firmado por el responsable o tutor del menor.

Te invitamos para participar como voluntario (a) del estudio: “Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de la enseñanza media: comparación con la población española”, caso tengas la autorización de tus padres o responsable. Este estudio es de la responsabilidad de la alumna de postgrado Heloisa M. Pereira de Melo, psicóloga , CRP 02-5000, doctoranda de la Universidad de Salamanca, España, correo electrónico: hepereira2014@gmail.com y heloisaa@usal.es.

Este documento se llama Término de Asentimiento Libre Explicado e puede contener algunos ítems que tú no te aclaras o entiendas. Si acaso haya alguna duda, entre en contacto con la doctoranda por el email- hepereira2014@gmail.com y heloisaa@usal.es y puede preguntar a la persona que está aplicando el estudio, para comprender el proceso. La investigación es voluntaria y anónima, tú eres libre para participar o no. Después de leer las informaciones de este documento, caso acepte en participar del estudio, rellene con su nombre y firme o ponga una rúbrica abajo en las dos vías. Una de ellas es la tuya y la otra es del investigador responsable. Caso no concorde en participar, no pasa nada , eres libre, el estudio es voluntario.. Para participar de este estudio, el responsable deberá autorizar y firmar el Término de Consentimiento Libre Explicado, además, él puede vetar este consentimiento o interrumpir tu participación al momento que quiera.

Este estudio pretende identificar el índice de ansiedad y depresión y los posibles factores de riesgo a que son vulnerables los adolescentes de las escuelas, colegios, institutos de la enseñanza media pública de Brasil (Recife) y España (Salamanca); pues actualmente se destacan muchas situaciones que se relacionan a estas sintomatologías. Por lo tanto, esperamos que los resultados beneficie a los jóvenes en su desarrollo cognitivo - emocional y sirvan como base para una posible prevención/intervención por los especialistas del área de salud, los educadores y los padres. Los adolescentes que participarán del estudio están en el rango de edad del 13 a 17 años, contestaran dos test y un cuestionario socioeconómico (Basado en el cuestionario de clase social de Hollingshead y Redlich). Los test utilizados son el CDI (Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, M.,1992, Del Barrio , Carrasco, 2004) y STAI (Spielberg, 2002. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo. Se Considera el uso de los test y cuestionario seguros, pues no vemos la probabilidad de riesgo. Caso ocurra algún hecho que considere como riesgo, tu puedes contactar con nosotros por los correos electrónicos citados anteriormente. Estimamos que los beneficios que resulten de este estudio traigan ventajas para su bien- estar físico y psicológico. Esperamos que esta pesquisa, venga a contribuir para su rendimiento académico y en su calidad de vida.

Por cuestiones éticas, este estudio es anónimo, no daremos información a nadie de su participación, haya sigilo. Los resultados de este estudio serán publicados de modo anónimo para la elaboración /defensa de la tesis doctoral o publicación científica o eventos del área de salud (Los datos colectados en este estudio (test y cuestionarios), serán guardados en archivos,

durante el período de duración del estudio, un máximo de cinco años), bajo la responsabilidad de la investigadora citada anteriormente y de sus directores, en la dirección referida arriba. Tú y tus padres (o responsables) no pagarán nada para tu participación en este estudio, tú harás el test y cuestionarios en el momento en que estés en el colegio, instituto, en horarios establecidos por los directores.

Este documento fue aprobado por el Comité de Ética HUSA, del Hospital de la Universidad de Salamanca, España. Tfno. (0034- 923291515) e-mail comité.etico.husa@saludcastillayleon.es. Además, por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFPE (Universidad Federal de Pernambuco, Recife- PE) Caso haya duda entrar en contacto con Tel.: (005581) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br

Fdo. Del investigador (a)

ASSENTIMIENTO DEL MENOR DE EDAD EN PARTICIPAR COMO VOLUNTARIO (a rellenado por el menor de edad).

Yo, _____, abajo firmado, estoy de acuerdo en participar del estudio citado anteriormente, como voluntario (a). Fui informado (a) y esclarecido (a) por la investigadora (a) sobre el estudio, lo que se hará, además de los posibles riesgos y beneficios que puedan suceder con mi participación. Fue garantizado que puedo desistir de participar a cualquier momento del estudio sin perjuicio.

Ciudad – fecha

Firma del menor:
