

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN ÁREA CLÍNICA

**"DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DE TERCER CURSO
BÁSICO DE UN COLEGIO PRIVADO DE CARRETERA A EL SALVADOR."**

TESIS DE GRADO

ANA LUCÍA CÁCERES CASTRO

CARNET 20089-02

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN ÁREA CLÍNICA

**"DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DE TERCER CURSO
BÁSICO DE UN COLEGIO PRIVADO DE CARRETERA A EL SALVADOR."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
ANA LUCÍA CÁCERES CASTRO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CON ÉNFASIS EN ÁREA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. LILIAN IRENE PINTO GUERRA DE MENDOZA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

Guatemala, 30 de noviembre de 2009

Señores
Consejo Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Presente

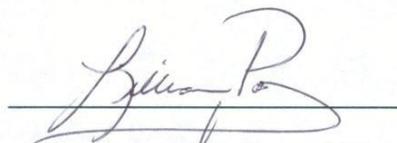
Respetables Señores:

Cordialmente me dirijo a Ustedes para hacer de su consideración el trabajo final de tesis de la alumna ANA LUCÍA CÁCERES CASTRO quien se identifica con carné 20089-02, para optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica. He revisado el trabajo y considero que reúne las características requeridas en una investigación científica.

Solicito se asigne al profesional correspondiente para realizar la revisión final del documento.

Agradeciendo su atención a la presente, se suscribe de ustedes,

Atentamente,



Lillian Irene Pinto Guerra M.A.



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANA LUCÍA CÁCERES CASTRO, Carnet 20089-02 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN ÁREA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 053-2010 de fecha 22 de enero de 2010, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DE TERCER CURSO BÁSICO DE UN COLEGIO PRIVADO DE CARRETERA A EL SALVADOR."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CON ÉNFASIS EN ÁREA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 6 días del mes de agosto del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

ÍNDICE

I.	Introducción.....	9
II.	Planteamiento del Problema	
	2.1 Objetivo General	21
	2.2 Objetivos Específicos	21
	2.3 Elementos de Estudio.....	22
	2.4 Definición de los Elementos de Estudio	22
	2.5 Alcances y Límites	23
	2.6 Aporte.....	24
III.	Método	
	3.1 Sujetos	25
	3.2 Instrumentos	25
	3.3 Procedimiento.....	26
	3.4 Diseño de Investigación y Metodología Estadística	27
IV.	Presentación y Análisis de Resultados	28
V.	Discusión	42
VI.	Conclusiones	48
VII.	Recomendaciones	50
VIII.	Referencias	51
IX.	Anexo.....	55

RESUMEN

La siguiente investigación describe síntomas depresivos en 69 adolescentes de Tercer Curso Básico de un colegio privado en Carretera a El Salvador, de ambos sexos, entre las edades de 15 a 17 años de edad. Esta es una investigación descriptiva, cuyo objetivo fue describir los síntomas depresivos que presentan los adolescentes sujetos de estudio, qué síntomas se dan con más frecuencia y la diferenciación según el sexo. Para medir dichos síntomas se utilizó la Escala Autoaplicada de Zung para la Depresión.

Los resultados evidenciaron que en todos los ítemes hubo por lo menos un estudiante que reflejó el síntoma evaluado; que el síntoma menos experimentado por los sujetos de estudio fue bajo la afirmación, “Creo que sería mejor para los demás si muriera”, con el 92% de las respuestas en “Muy pocas veces”; que el síntoma más notorio se reflejó en la afirmación “Encuentro fácil tomar decisiones”, con el 16% en la opción “Casi siempre”; que las mujeres se inclinaron más por el síntoma del estado emocional y cognitivo, mientras que los hombres lo hicieron por el síntoma psicomotor.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión, como problema de salud en la adolescencia, ha adquirido una creciente importancia debido al aumento en las tasas de suicidio en varios países. Asimismo, el incremento de otros problemas emocionales y conductuales, como el consumo de drogas y alcohol, el embarazo precoz y el fracaso escolar, entre otros, pueden estar relacionados con una sintomatología depresiva. Por esta razón, es importante desarrollar estudios que permitan conocer la situación de los adolescentes guatemaltecos en cuanto a este trastorno.

Rutter (1986) observó que varios autores en sus revisiones notaron que la incidencia de depresión es baja para niños pequeños, pero que aumenta a uno en cinco durante la adolescencia. Reportó además, que 40% de los adolescentes expresan sentimientos de tristeza, y 41% muestran síntomas y afecto deprimido no disfuncional.

La asociación entre depresión y edad no es muy clara, ya que se han reportado picos en la incidencia para rangos de edades muy distintos (Lewinsohn, Duncan, Stanton y Hauztinger, 1986). La edad de inicio puede también estar relacionada con la presencia de otros trastornos mentales, y se cree que la depresión que inicia a una edad joven tiene un pronóstico más pobre que la que empieza tarde (Sorensen, Rutter y Aneshensel, 1991).

Debido a que tienen un período de riesgo más prolongado, las personas mayores deberían tener tasas de prevalencia de depresión más altas que las de los jóvenes, manteniendo todo los factores constantes. Sin embargo, Sorensen, Rutter y Aneshensel (1991) hallaron que los episodios depresivos son más frecuentes durante la juventud y la edad adulta temprana. Estos investigadores, en un estudio transversal por paneles con adultos de 18 a 97 años, 46.6% hispanicos, encontraron que 25% de las personas que reportaron depresión en algún momento de su vida, la tuvieron por primera vez durante la niñez o adolescencia. En este estudio hubo más reportes de episodios severos, que de episodios recientes a estas edades. No obstante, los peores episodios fueron reportados en la adultez. La edad de inicio, empero, no estuvo relacionada con número, tipo y severidad de los síntomas, no con la probabilidad de recurrencia.

Bemporad y Lee (1988) notaron que al inicio de la adolescencia, los síntomas clínicos del trastorno depresivo realmente se parecen a los del adulto, y pueden superar la melancolía de la madurez, en la profundidad de la desesperación, la desesperanza, la propensión al suicidio y la ansiedad y agitación que los acompañan.

Como lo señalan Strasburger y Brown (1991), la depresión es tanto un síntoma como una enfermedad, lo que explica la dificultad para entenderla o investigar su prevalencia. Durante la adolescencia, una variedad de síntomas depresivos son comunes, pero la depresión clínica como tal no lo es, de ahí la importancia de un buen diagnóstico por parte del psicoterapeuta o psiquiatra.

Uno de los modelos teóricos que mayor influencia ha tenido en la explicación de la depresión es el modelo cognitivo de Beck, quien inició una serie de trabajos con la idea de validar la tesis psicoanalítica sobre el trastorno depresivo. Según Beck (1976), ésta se basa en la explicación de una historia temprana de desamparo, que desarrolla en la persona sentimientos de hostilidad hacia aquellas figuras significativas que lo abandonaron de manera real o simbólica. La hostilidad hacia estos objetos es reprimida, por ser inaceptable, volviéndose hacia sí misma; así, la depresión no sería más que hostilidad dirigida hacia uno mismo, expresada como “necesidad de sufrimiento”.

La investigación empírica de Beck no respaldaba la tesis de que los pacientes tuvieran necesidad de sufrir, por el contrario, los resultados señalaban que éstos más bien evitaban conductas que pudieran generar rechazo o desaprobación y sus verbalizaciones expresaban una visión negativa de sí mismos y de su vida. Así, Beck (1976) afirma que las personas deprimidas poseen esquemas distorsionados de la realidad, que fácilmente se activan ante sucesos estresantes. Estos esquemas, al orientar y canalizar la percepción de la realidad, generan una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, y producen emociones indeseables.

Continuando con Beck (1976), éste adjudica las causas de la depresión a las ideas, pensamientos, y creencias específicas que se tienen sobre el mundo y sobre sí mismo. Se asume que los síntomas depresivos son consecuencia de un estado emocional alterado y éste, a su vez, tiene su origen en una serie de cogniciones peculiares, debiendo además

existir un elemento estresante que active las cogniciones depresivas latentes, de lo contrario no se produce la depresión. Así, ni las cogniciones depresivas ni el estrés por sí solo pueden provocar una reacción depresiva.

Detrás de la depresión ocurre una serie de pensamientos disfuncionales o pensamientos negativos sobre sí mismo y el futuro, que Beck (1976) denominó la triada cognitiva de la depresión. Además, existen factores fisiológicos que desempeñan también una función muy importante en la etiología de las depresiones, aparte del rol que ejerce la conducta y el ambiente como iniciadores y reforzadores de ésta. Sin embargo, el factor cognitivo siempre está presente.

Ahora, girando más en relación al término depresión en sí, Wicks-Nelson e Israel (1997) afirman que en el uso diario la depresión se entiende como un estado de ánimo generalizado de infelicidad y que esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia también es característica de la definición que se le da en la clínica. Asimismo, las descripciones de niños y adolescentes depresivos sugieren pérdida de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones biológicas y síntomas somáticos entre otros elementos.

Los hechos de la depresión según la OMS son los siguientes: la depresión es común; está entre las causas primordiales de discapacidad mundialmente; puede ser seguramente diagnosticada en intervenciones primarias; menos del 25% de los afectados por la depresión tienen acceso a un tratamiento efectivo (Organización Mundial de la Salud, 2004). Así, las estadísticas varían, pero cuando los signos y síntomas se utilizan para hacer el diagnóstico, como se hizo en un estudio citado por Kaplan, Hong y Weinhold (1984), del 13 al 28% de los adolescentes tenían una depresión media, 7% depresión moderada y un 1.3% depresión severa.

La información proporcionada por una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de América (1984) indica que los desórdenes depresivos son experimentados por el 6 al 10% de la población a lo largo de la vida. La depresión, más que un desorden del estado del ánimo, afecta todas las áreas del funcionamiento humano, incluyendo los campos conductuales, somáticos, emocionales y cognitivos. Lo más

importante es que los desórdenes depresivos constituyen siempre una amenaza potencial para la vida si no son identificados y tratados.

Las dos últimas décadas han sido testigos de un creciente interés, de parte de los clínicos e investigadores, en el examen de la depresión en adultos y adolescentes. A esto, le siguió un amplio periodo durante el cual la depresión en adolescentes fue vista como no existente, oculta o expresada en sintomatologías bastantes diferentes a las de los adultos. Esta última perspectiva fue expresada principalmente a través de los constructos equivalentes a la depresión (Cytryn y McKnew, 1972), en los cuales se presumió que la depresión se manifestaba mediante comportamientos como la agresión, hiperactividad y delincuencia. Actualmente, se considera que la depresión se manifiesta en la adolescencia y en la adultez bajo los mismos síntomas, tal como lo señala la Asociación Psiquiátrica Americana (1980).

En cuanto al cuadro clínico depresivo en el adolescente, Chávez (1998) expone que la sintomatología depresiva puede acompañarse de negativismo, oposicionismo y conducta antisocial, o bien por uso de alcohol y/o sustancias que ocurre en el 17% de los casos, malestar interior, mal humor, irritabilidad, agresividad, falta de cooperación en las actividades domésticas, malfuncionamiento y abandono escolar, deseo de dejar el hogar, descuido personal, falta de higiene y apariencia descuidada, así como una gran hipersensibilidad al rechazo. Pueden presentar sintomatología psicótica, la cual al igual que en la depresión infantil es congruente con el estado de ánimo. Así mismo, el diagnóstico de la depresión debe realizarse en función a la presencia de síntomas específicos, según los que más se presentan, en orden de frecuencia: disminución de la energía y de la concentración, falta de apetito, dificultades para conciliar el sueño, disminución en el interés en las actividades habituales, preocupación excesiva, nerviosismo, enlentecimiento psicomotor e indecisión, insomnio, ideación suicida, llanto e irritabilidad y pesimismo.

Es importante no visualizar la sintomatología de la depresión como un aspecto normal del desarrollo adolescente. Los síntomas depresivos no son equivalentes a los conceptos difusos de las alteraciones adolescentes. La depresión en adolescentes constituye un desorden psicológico que si no es tratado puede persistir por meses o años, y en su forma más severa puede tener consecuencias amenazadoras para la vida. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, TR, (2002) considera la misma sintomatología en el

denominado episodio depresivo mayor, al cual describe como un periodo de a menos dos semanas en el que se da un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes este estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. La persona también debe experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o autoculpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Entre los factores de riesgo para la depresión, la historia familiar es de suma importancia para alguien ya sea con un desorden psiquiátrico o depresión. En estudios realizados a familiares de adolescentes con depresión bipolar, resultó que el 35% de los padres o madres y el 77% de los demás familiares sufrían también de depresión y que el riesgo de este trastorno en un adolescente era del 27% si uno de los padres sufría de depresión mayor y de un 74% si ambos la presentaban (Strasburger y Brown, 1991).

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, (DSM-IV, TR, 2002), un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista. La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad; de la misma forma, en los niños y adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta

forma de presentación debe diferenciarse de cualquier otro patrón de conducta que pueda presentar un adolescente, (DSM–IV, TR, 2002).

Cuando se habla de depresión, (DSM–IV, TR, 2002), hay una pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor escala, dependiendo del caso. Las personas pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de haber perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, son los familiares los que notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, (DSM–IV, TR, 2002), el apetito disminuye e incluso los sujetos se fuerzan para comer. Otros, pueden tener más apetito, con especial apetencia por ciertas comidas. Cuando las alteraciones del apetito son graves, puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso de la consecución del peso apropiado.

La alteración del sueño, asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor, es el insomnio, (DSM–IV, TR, 2002), Éste, se puede manifestar de diferentes formas, despertarse durante la noche y tener problemas para volver a conciliar el sueño, despertarse demasiado pronto y no poder volver a dormirse, o bien, problemas para dormir cuando se va a la cama. Menos frecuente, los sujetos se quejan de exceso de sueño, hipersomnia. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la cual las personas buscan tratamiento psicológico o médico.

Los cambios psicomotores incluyen agitación o aletargamiento, (DSM–IV, TR, 2002). Ambas manifestaciones deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. A su vez, es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. La persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo le requiere un gran esfuerzo. Por lo mismo, puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas rutinarias.

El sentimiento de inutilidad o de culpa, asociada un episodio mayor, puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor, preocupaciones o el culpares

constantemente por pequeños errores pasados, (DSM–IV, TR, 2002). Se suele malinterpretar los acontecimientos cotidianos, tomándolos como prueba de sus defectos personales, y tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones incluso delirantes. Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera dentro de este criterio.

Muchas personas refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, (DSM–IV, TR, 2002). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia. Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente adultos mayores, el episodio depresivo mayor puede ser la presencia inicial de una demencia irreversible. En los niños y adolescentes, la caída repentina de los resultados en las notas académicas puede ser reflejo de la falta de concentración.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriera, hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio, (DSM–IV, TR, 2002). Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

Las actuales clasificaciones de la depresión utilizan un enfoque taxonómico para diferenciar los subtipos de la depresión, basados en un conjunto de síntomas, empleando tanto criterios

de inclusión como de exclusión. Actualmente, el principal sistema para la clasificación de los desórdenes afectivos en niños, adolescentes y adultos es el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM–IV, TR, 2002). Su amplia aceptación profesional de la taxonomía ha brindado un criterio formal común para el diagnóstico de la depresión en adolescentes. Otro sistema de clasificación es la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP, 2004), la cual se basa en el CIE-10, pero adaptada a la población latinoamericana. En esta investigación se hará referencia a los criterios utilizados en el DSM–IV, TR (2002), ya que las pruebas realizadas son fundamentadas en el mismo.

De acuerdo con las definiciones del DSM–IV, TR (2002), los desórdenes depresivos se ubican en las categorías de desórdenes afectivos. Estos desórdenes incluyen alta depresión, desórdenes bipolares, ciclotímicos y distímicos. Los desórdenes son diferenciados por un conglomerado de síntomas, edad de inicio y duración del síntoma. Un punto importante para el estudio de la depresión en los adolescentes es la distinción entre los desórdenes distímicos y la depresión alta. El primero es menos severo en términos de síntomas de distrés, pero típicamente es de mayor duración que la alta depresión y puede ser especialmente de mayor relevancia para el estudio de la depresión en las poblaciones de adolescentes escolares. El resultado está basado en un estudio de Reynolds & Bartell (1984), que utiliza evaluaciones repetidas de grupos depresivos y no depresivos de adolescentes cada seis semanas, durante un año académico. Los resultados sugieren que hay adolescentes que permanecen deprimidos por extensos periodos de tiempo. En un estudio longitudinal realizado por Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, Pollock y Finkelstein (1985), se demostró que los desórdenes distímicos constituyen un problema real y de larga duración para algunos niños y adolescentes.

Son varios los estudios que enfatizan la necesidad de los especialistas de salud mental, de la evaluación de los síntomas depresivos en los adolescentes (Albert & Beck, 1975; Reynolds, 1983; Reynolds & Coats, 1986; Yanchyshyn & Robbins, 1983). Se ha creado una diversidad de instrumentos para la evaluación de los estados depresivos, sobre todo en adultos, tanto con fines clínicos como de investigación, pero esto no ha sucedido con la evaluación de niños y jóvenes. Además, muchas pruebas no están aún validadas para los países latinoamericanos. Sin embargo, se han realizado varios estudios sobre depresión en adolescentes.

En Estados Unidos y Nueva Zelandia, los índices de depresión mayor en prepúberes, han sido de 1.9% y 1.8% respectivamente (Kashani, McGee, Clarkson, 1983). En Suecia, Larsson & Melin (1992) utilizaron el inventario de Kovacs, encontrándose una prevalencia de depresión del 10%. No se hallaron diferencias por región ni por edad, pero sí por sexo: las mujeres presentaron más síntomas depresivos que los varones. En Egipto, Abou Nazel, Fahny, Younis, Seif el-Din, Abdel Fatah, Mokhtar y Ayoub (1991) aplicaron el inventario de depresión para niños (IDN) a una muestra de 1561 estudiantes y se detectó una prevalencia del 10.25%, con una correlación muy alta entre los puntajes indicadores de depresión en los niños y sus madres.

Las investigaciones epidemiológicas sobre la sintomatología depresiva sugieren que la depresión es un serio problema de salud mental entre los adolescentes. Usando los puntajes de corte de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds y del inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erlbaugh, 1961), se constató que del 12% al 18% de los adolescentes se encuentran en un nivel clínico de sintomatología depresiva (Reynolds, 1983). Sin embargo, esto no es una evidencia de un diagnóstico formal depresivo, pero sugiere que un nivel significativo de adolescentes tiene presencia de síntomas depresivos.

En cuanto a la incidencia según el sexo, también se han realizado estudios; en Perú, Egoavil (2002) comparó el nivel de depresión entre hombres y mujeres. La [muestra](#) estuvo conformada por 92 alumnos, hombres y mujeres del quinto año de secundaria, de 15 a 17 años de edad, de un Colegio Nacional del Distrito de Los Olivos en Perú. El tipo de [muestreo](#) fue intencional, utilizando la [Escala](#) de Automedición de la depresión de Zung. Los resultados obtenidos indicaron que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En Costa Rica, el Instituto de Investigaciones Psicológicas (1996) realizó un estudio con jóvenes costarricenses entre 15 y 25 años; se utilizó un cuestionario adaptado de del inventario de Beck para la evaluación de la depresión. Se reportaron niveles bajos de depresión y se señaló que hubo puntajes ligeramente altos en dos de las dimensiones de la depresión, la expresión de la ira y la percepción de problemas físicos.

Según Ugarriza y Escurra (2002), aunque las personas cercanas al adolescente no identifican las manifestaciones depresivas, suicidas o situaciones vivenciales precipitantes de estos problemas, los especialistas refieren que todos los jóvenes en esta condición viven crisis emocionales ante las cuales se sienten impotentes. Existe un perfil del joven con problemas depresivos, el cual se caracteriza por una historia de psicopatología pasada y reciente, que puede incluir consumo de drogas, trastornos de ansiedad, conductas problemáticas y padecimientos somáticos, intentos de suicidio previos, actitud pesimista, autorreproche constante por los fracasos, imagen corporal negativa, baja autoestima, exagerada dependencia de otros, excesiva autocrítica, pobres mecanismos de defensa, escaso apoyo social de amigos y familiares y mayor probabilidad de consumo de tabaco en comparación con sus pares no deprimidos.

La presencia de desórdenes distímicos en adolescentes ha sido notada por Friedman, Clarkin, Corn, Aronoff, Hurt y Murphy (1982), quienes los vieron como un serio desorden en adolescentes y que los podrían llevar a una depresión mayor. Estos y otros estudios (Robins, Alessi, Cook, Poznanski, y Yanchyshyn, 1982) sugieren que niveles significativos de depresión están presentes entre los adolescentes, lo que apoya la necesidad de la evaluación de estos desórdenes.

En Guatemala, Berganza y Aguilar (1992) realizaron un estudio con 339 adolescentes de 15 años, utilizando la escala de depresión para niños del Center for Epidemiological Studies, se halló que el 35.1% de los entrevistados tenía depresión y se encontró diferencias significativas según el sexo. A su vez, Schloesser, K. (1992) realizó un estudio comparativo y correlacional titulado *“Estilo Atribucional y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos”*, en el cual corroboró las conclusiones hechas por Berganza y Aguilar (1992), utilizando la misma muestra. En dicha investigación, se utilizaron siete distintos cuestionarios, los cuales medían las áreas de autoestima, depresión, estilos atribucionales, factor machismo, ideas irracionales, identidad nacional, motivación de logro y sentido de vida. Finalmente, encontró un porcentaje estadísticamente equivalente que el de de Berganza y Aguilar (1992).

Es importante notar que en Guatemala, al igual que en otros países, las mujeres son quienes tienden a presentar tasas de depresión más altas que los hombres de su edad. Posiblemente, este resultado podría estar relacionado según Berganza, Aguilar, Urdiales y Kriete (1987), y Berganza, Peyré y Aguilar (1989) al hecho de que las adolescentes mujeres cuentan con un número más limitado de medios socialmente aceptados para canalizar los impulsos agresivos y sexuales en nuestra sociedad. Pudiéndose predecir que los factores sociales que precipitan y mantienen el síndrome depresivo en adolescentes también es distinto para mujeres que para hombres (Aguilar, de Eduardo y Berganza, 1996).

Los resultados de la investigación acerca de Autoestima y depresión hecha por Aguilar, de Eduardo y Berganza, (1996) sugieren que la autoestima baja o negativa es uno de los elementos centrales en la estructura de la personalidad depresiva, por lo que se debe tener en cuenta que su identificación a temprana edad puede ayudar a prevenir desórdenes depresivos en la edad adulta. Así mismo, la autoestima parece ser un factor predisponente en el desarrollo de la depresión y un predictor de la misma, en estudiantes adolescentes, como ha sido repetidamente señalado en investigaciones realizadas en otros países.

Dávila, H. (1993) realizó una investigación sobre autoestima y depresión con 910 adolescentes guatemaltecos de tercer curso básico con un promedio de 15 años y 3 meses. En dicho estudio, se aplicó una batería de siete cuestionarios que logró determinar que el 27.76% de los evaluados presentaban una depresión mayor, sin determinarse una diferencia significativa según el sexo.

Muchos autores han realizado estudios en donde relacionan la aparición de depresión en los adolescentes con otros factores. González, C. (2004) realizó un estudio titulado *“Estudio Comparativo de los Niveles de Depresión en Estudiantes de Diversificado de Establecimientos Privados, Región Metropolitana de Guatemala que Practican y No Practican Ejercicio Físico”*. Se aplicó la subescala de depresión del MMPI (Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota) y una encuesta para saber las horas de ejercicio practicadas a 292 estudiantes entre 15 y 19 años de edad. Finalmente, se concluyó que el 43% de los que no hacían ejercicio mostraban una depresión mayor, mientras que únicamente el 17% de los que realizaban actividades físicas sí mostraban criterios para un diagnóstico. En general, hubo una mayor incidencia en las mujeres.

Por su parte, De la Cruz, A. (1998) midió los niveles de depresión presentes en adolescentes post aborto entre 14 y 19 años de edad que se presentaban con complicaciones a hospitales públicos de la Ciudad de Guatemala. Aplicó el test CES-DC-M para determinar la depresión y el AE de autoestima, concluyendo que de las 90 mujeres estudiadas, la mayoría presentaba un diagnóstico depresivo.

Cuando se hace un diagnóstico sobre depresión en adolescentes, no se puede obviar todo aquello que circunda al joven y que puede provocar de cierta forma, un cuadro clínico. López, K. (2009) realizó una investigación con una muestra de 106 niños y adolescentes entre 8 y 16 años en la Escuela de Autogestión Comunitaria San José las Delicias, Retalhuleu, en donde determinó la relación entre depresión de los estudiantes y la emigración de sus padres. Determinó que dicho factor si provocó un diagnóstico depresivo en los sujetos de estudio.

En la misma línea, Díaz, C. (2007) hizo una investigación con 100 jóvenes entre 12 17 años de edad, de los cuales el 50% tenían padres alcohólicos, en los Instituto Dr. Werne Ovalle López e Instituto Experimental Gabriela Arriola Porres. Al aplicar un cuestionario de depresión para niños se comprobó la hipótesis de que los hijos de padres alcohólicos tienen mayor probabilidad de mostrar un diagnóstico depresivo.

Los datos nacionales e internacionales presentados anteriormente sugieren que la depresión en niños y adolescentes es un problema frecuente que necesita ser evaluado. Por lo tanto, en este trabajo de investigación se determinarán los síntomas depresivos que muestran un grupo de adolescentes y su prevalencia según el sexo. Se hace notar que no se dará un diagnóstico, sino más bien, se evaluará la presencia de síntomas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que afecta a niños, adolescentes y adultos. Los criterios diagnósticos son los mismos para cada grupo, pero los síntomas se presentan de diferentes formas, según las habilidades psíquicas que se hayan adquirido. Así, muchos niños y adolescentes presentan síntomas de irritabilidad, mientras que los adultos muestran una profunda tristeza.

En Guatemala se han realizado diversas investigaciones referentes a la depresión y su diagnóstico. Sin embargo, hay muy poca información sobre los síntomas depresivos que presentan los adolescentes. Para poder hacer proyectos de prevención es totalmente necesario conocer la prevalencia y frecuencia de estos síntomas, independientemente del diagnóstico depresivo por sí solo. Por lo mismo, surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los síntomas depresivos presentes en los adolescentes de un colegio privado de Carretera a El Salvador?

2.1 Objetivo General

Describir los síntomas depresivos que presentan los adolescentes de Tercer Curso Básico de un colegio privado en Carretera a El Salvador en el Departamento de Guatemala.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Evaluar la presencia de síntomas depresivos en los adolescentes de Tercer Curso Básico de un colegio privado en Carretera a El Salvador en el Departamento de Guatemala.

2.2.2 Establecer la frecuencia con la que se da cada síntoma depresivo en los adolescentes de Tercer Curso Básico de un colegio privado en Carretera a El Salvador en el Departamento de Guatemala.

2.2.3 Identificar el síntoma depresivo que se da con mayor frecuencia en los adolescentes de Tercer Curso Básico de un colegio privado en Carretera a El Salvador en el Departamento de Guatemala.

2.2.4 Establecer las diferencias en la aparición de síntomas según el sexo de los adolescentes evaluados.

2.3 Elementos de Estudio

Síntomas depresivos según la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (1965).

2.4 Definición de los Elementos de Estudio

Según la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (1965), los síntomas se agrupan de la siguiente forma:

2.4.1 Síntomas somáticos: se refieren a todas las manifestaciones físicas, tales como dolor de cabeza, fatiga, así como cambios en los hábitos alimenticios o de sueño.

Afirmaciones: Por la mañana me siento mejor que por las tardes.

Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.

Ahora tengo tanto apetito como antes.

Creo que estoy adelgazando.

Estoy estreñado.

Me canso por cualquier cosa.

Hago las cosas con la misma facilidad que antes.

Me siento más irritable que habitualmente.

2.4.2 Síntomas cognitivos: son aquellos que afectan la memoria, el lenguaje, el juicio y otros procesos de pensamiento; a su vez distorsionan las ideas que se tienen de sí mismo, de otros y del entorno; así, la persona manifiesta una serie de pensamientos irracionales.

Afirmaciones: Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.
Mi cabeza está tan despejada como antes.
Tengo esperanza y confío en el futuro.
Encuentro fácil tomar decisiones.
Me creo útil y necesario para la gente.
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.
Creo que sería mejor para los demás si muriera.
Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.

2.4.3 Síntomas referentes al estado del ánimo: son las emociones generalizadas y persistentes que influyen en la percepción del mundo; en la depresión, las emociones comunes son la tristeza, desesperanza, frustración, entre otras.

Afirmaciones: Me siento triste y deprimido.
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.

2.4.4 Síntomas psicomotores: se manifiestan en la relación que existe entre la mente y la capacidad de realizar ciertos movimientos; en los trastornos depresivos se dan dos extremos, el aletargamiento o la presencia de intranquilidad excesiva.

Afirmaciones: Tengo palpitaciones.
Me siento agitado e intranquilo, no puedo estar quieto.

2.5 Alcances y Límites

La presente investigación logrará describir los síntomas depresivos presentes en los alumnos de tercer curso básico de un colegio en Carretera a El Salvador. Estos síntomas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV, TR. Aún así, no se establece si los alumnos están o no deprimidos, ya que los resultados fueron manejados grupalmente y no de forma individual.

En cuanto a las limitaciones, se puede mencionar que la prueba se pasó únicamente una vez, así que no se puede determinar la prevalencia de ciertos síntomas. Además, no se contó con más información de cada uno de los sujetos. Por lo mismo, los resultados sólo se pudieron analizar por ítem, respondiendo a los objetivos planteados.

Además, no se dio un diagnóstico que verificara si los adolescentes padecen o no depresión, simplemente se hizo referencia a los síntomas que los mismos muestran.

2.6 Aporte

Dada la crisis que se está viviendo actualmente, así como la constante influencia de los medios de comunicación, los adolescentes están cada vez más confundidos y con menos dirección en sus vidas. Es por esto que es de suma importancia la realización de estudios que determinen la existencia y prevalencia de síntomas depresivos en los adolescentes.

Este trabajo de investigación se realizó con jóvenes de un colegio privado y puede ser una muestra de lo que muchos otros adolescentes guatemaltecos están viviendo. Además, el departamento de orientación de dicho establecimiento, así como de otros, pueden tener la iniciativa de programas de acción y prevención.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Las características generales de los sujetos son: adolescentes guatemaltecos, de ambos sexos entre 15 y 17 años de edad, estudiantes de tercer curso básico de un colegio privado de Carretera a El Salvador.

Hay un total de 69 adolescentes, de los cuales 33 son hombres y 36 mujeres. Las edades y el sexo de los sujetos se muestran en la siguiente tabla:

		Sexo	
		Hombres	Mujeres
Edades*	15 años	17	27
	16 años	14	8
	17 años	2	1

* El dato de la edad fue tomado en mayo de 2009.

3.2 Instrumento

3.2.1 Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (ZDS):

La ZDS es un cuestionario autoaplicado desarrollado por Zung en 1965, derivado en cierto modo de la Escala de Depresión de Hamilton, ya que de igual manera da mayor peso al componente somático conductual del trastorno depresivo. La escala está formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando la escala de Lickert de 4 puntos, desde 1 (*muy pocas veces*) hasta 4 (*casi siempre*). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”, en otras se hace referencia a “su situación actual”, o a la semana previa.

Para su interpretación, la escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En cuanto a la fiabilidad de las pruebas, los índices son altos, 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice A de Cronbach entre 0,79 y 0,92, 6,20.

3.3 Procedimiento

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación, se realizaron los siguientes pasos:

- ✓ Se realizó una búsqueda de la base teórica.
- ✓ Se buscó un grupo de estudio con el cual se pudiera llevar a cabo la investigación.
- ✓ Se buscó el instrumento ideal para el grupo elegido y la información requerida.
- ✓ Se aplicó la escala de depresión de Zung.
- ✓ Se tabularon los datos según las respuestas de la escala de depresión de Zung.
- ✓ Se analizaron los resultados y se contrastaron con el resto de la investigación, llevando a cabo la discusión según los datos obtenidos.
- ✓ Se elaboró el informe final con las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.4 Diseño de Investigación y Metodología Estadística

El diseño de investigación que se implementó es de tipo descriptivo, que según Achaerandio (1995), se define como aquella investigación de una sola variable; y que simplemente afirma hechos, fenómenos, características de personas, grupos, etc.

La metodología estadística que se utilizó en esta investigación es de tipo descriptiva. Para el análisis de los resultados se emplearon porcentajes, que como afirma Ritchey (2002), es una forma de expresar un [número](#) como una fracción de 100, que significa de cada 100. Estos porcentajes fueron luego representados de una forma gráfica.

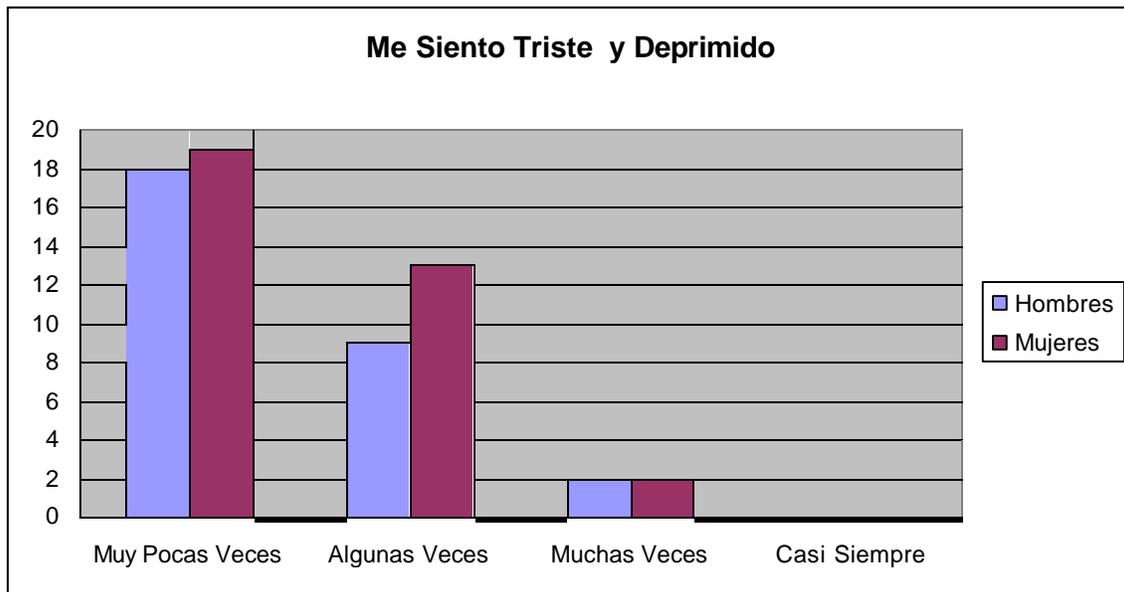
IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung contestada por los sujetos de estudio. Los ítemes se numeran del 1 al 20 en forma vertical en la primera columna, indicando el número de alumnos, según edad y sexo, que contestó cada una de las cuatro opciones.

	Muy Pocas Veces			Algunas Veces			Muchas Veces			Casi Siempre														
	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres												
	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17												
1	10	8	0	14	5	0	5	2	2	10	2	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0		
2	9	5	1	12	3	1	6	4	0	11	4	0	0	1	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0
3	15	10	2	14	3	0	1	2	0	7	1	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
4	3	5	0	17	5	1	6	4	1	5	1	0	4	2	0	1	2	0	3	0	1	3	0	0
5	2	2	1	7	3	0	6	3	0	9	1	1	5	2	0	4	0	0	3	4	1	6	3	0
6	2	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	5	2	0	14	10	2	19	4	1
7	7	4	0	16	3	1	8	6	0	5	3	0	1	1	1	4	1	0	0	0	1	1	1	0
8	16	6	0	21	4	1	0	5	2	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9	9	4	0	19	7	0	7	3	0	3	1	0	1	4	0	2	0	1	0	0	2	2	0	0
10	11	3	1	10	5	0	2	4	0	11	3	0	2	3	0	4	0	1	1	1	1	1	0	0
11	3	2	0	8	0	1	7	4	2	11	3	0	4	4	0	3	2	0	2	1	0	4	3	0
12	2	0	0	2	0	1	4	1	0	8	1	0	7	7	2	7	2	0	3	3	0	9	5	0
13	3	4	0	4	3	1	6	5	1	12	3	0	3	1	0	6	0	0	4	1	1	4	2	0
14	3	0	0	4	0	0	1	1	0	1	1	0	1	4	2	7	1	0	11	6	0	14	6	1
15	6	3	1	5	1	0	6	5	1	13	4	1	2	1	0	2	0	0	2	2	0	6	2	0
16	2	1	0	4	1	0	3	5	2	12	3	1	7	4	0	7	2	0	4	1	0	3	2	0
17	1	1	0	1	0	0	3	2	1	5	0	1	2	5	1	13	5	0	10	3	1	7	3	0
18	2	0	1	0	0	0	0	1	0	4	0	0	2	1	0	11	1	0	11	8	1	11	5	1
19	15	10	1	25	7	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	0	1	1	2	0	4	4	1	6	1	0	4	6	0	14	3	0	7	1	0	5	2	1

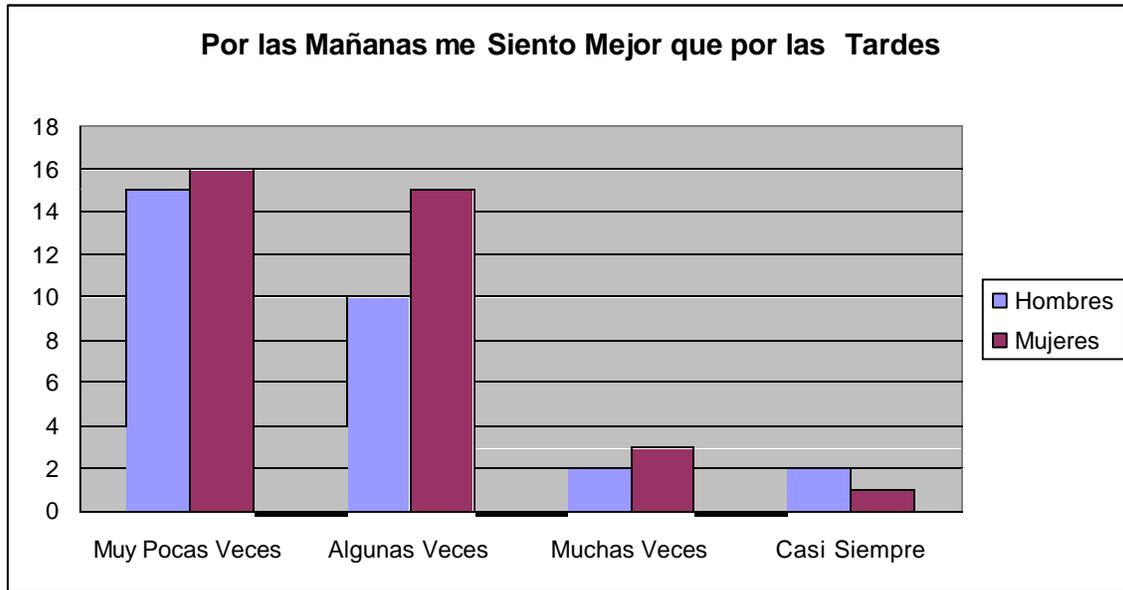
Es de suma importancia hacer un análisis de los resultados por ítem. Por lo mismo, se presenta una gráfica de barras para cada una de las preguntas, indicando el número de alumnos que contestó cada una de las cuatro opciones. Además, se hace una diferenciación entre las respuestas de los hombres y las mujeres. Brevemente, sigue a las gráficas una sucinta interpretación de las mismas.

Ítem 1.



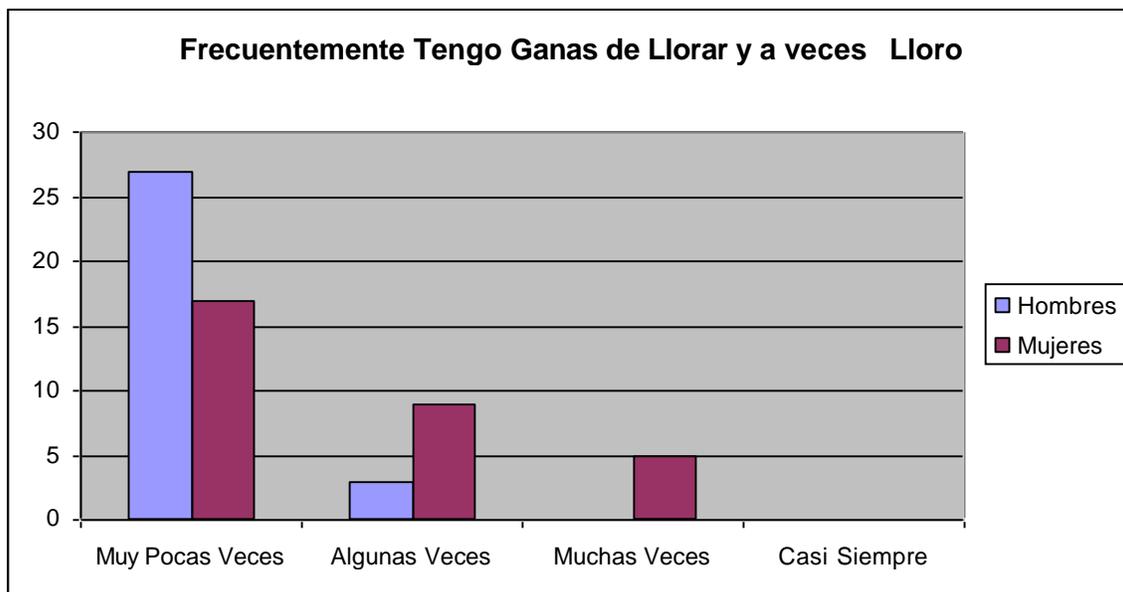
En la gráfica se observa la presencia de este síntoma, pero no con mucha frecuencia. Hay una tendencia más marcada en las mujeres a experimentar este tipo de emoción. No existe la frecuencia más alta.

Ítem 2.



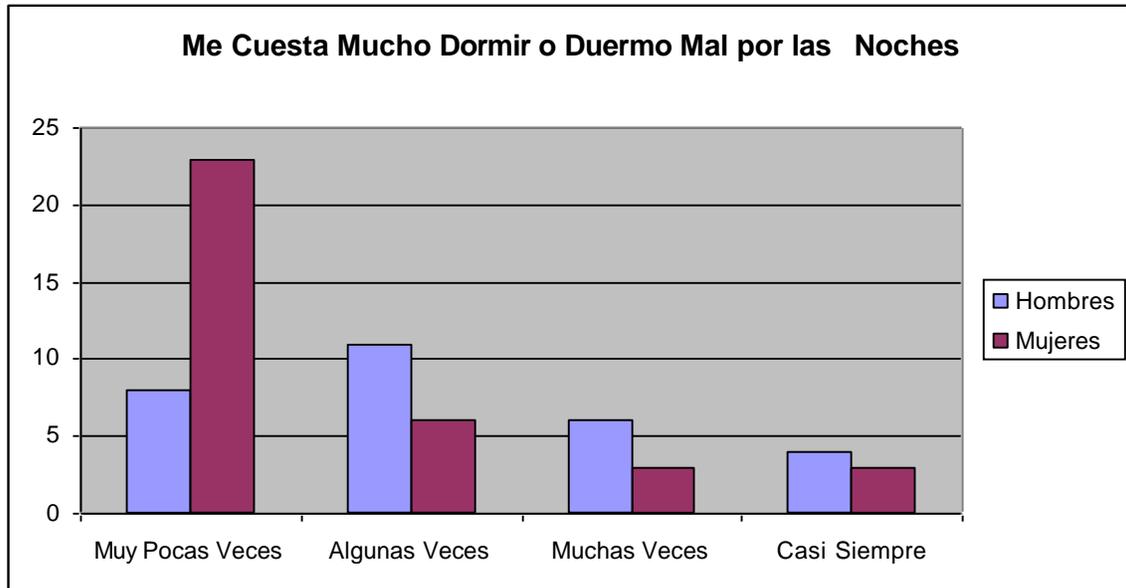
Existe un indicador de la presencia de este síntoma en algunos de los sujetos, además es claro que la mayoría han advertido esta sensación en ocasiones. No hay una diferencia significativa por sexo.

Ítem 3.



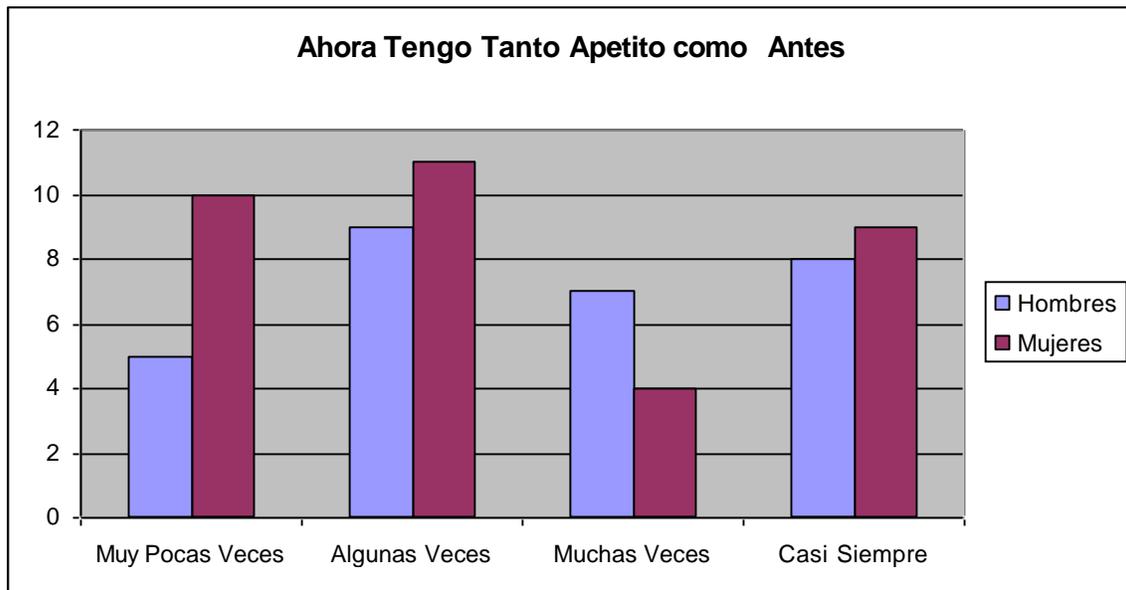
Hay una clara evidencia de la prevalencia de este síntoma en las mujeres, siendo muy pocos los hombres que lo marcaron como ocasionalmente. Aún así, nadie lo marcó con el puntaje 4.

Ítem 4.



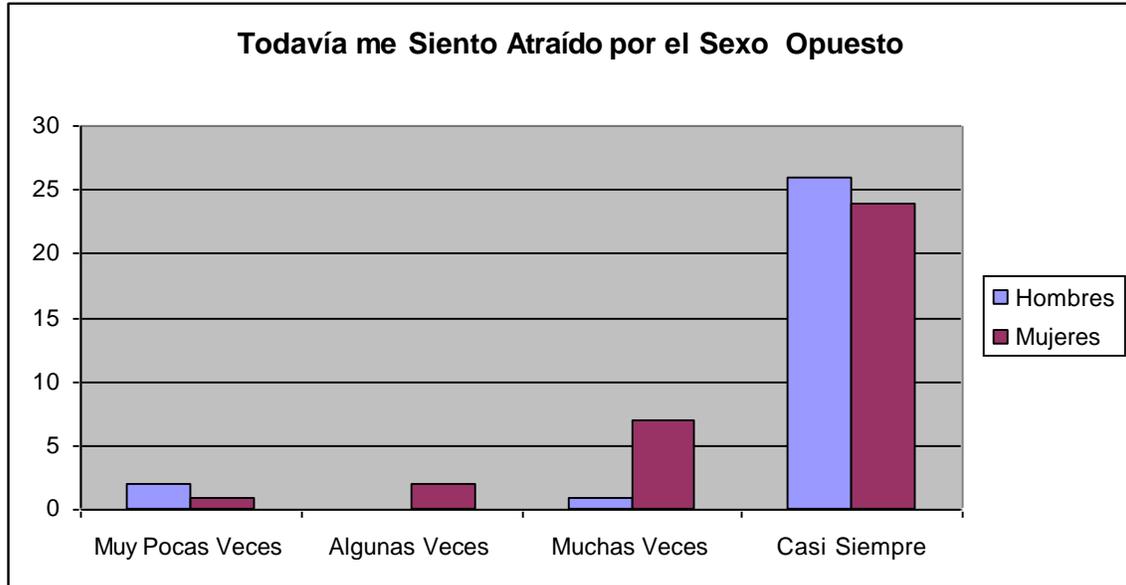
En este ítem, hay más prevalencia del sexo masculino a experimentar problemas de sueño. Al mismo tiempo, están dispersas las respuestas en las cuatro opciones. En cuanto al sexo femenino, existe el síntoma, pero no con la misma frecuencia, prevaleciendo “muy pocas veces”.

Ítem 5.



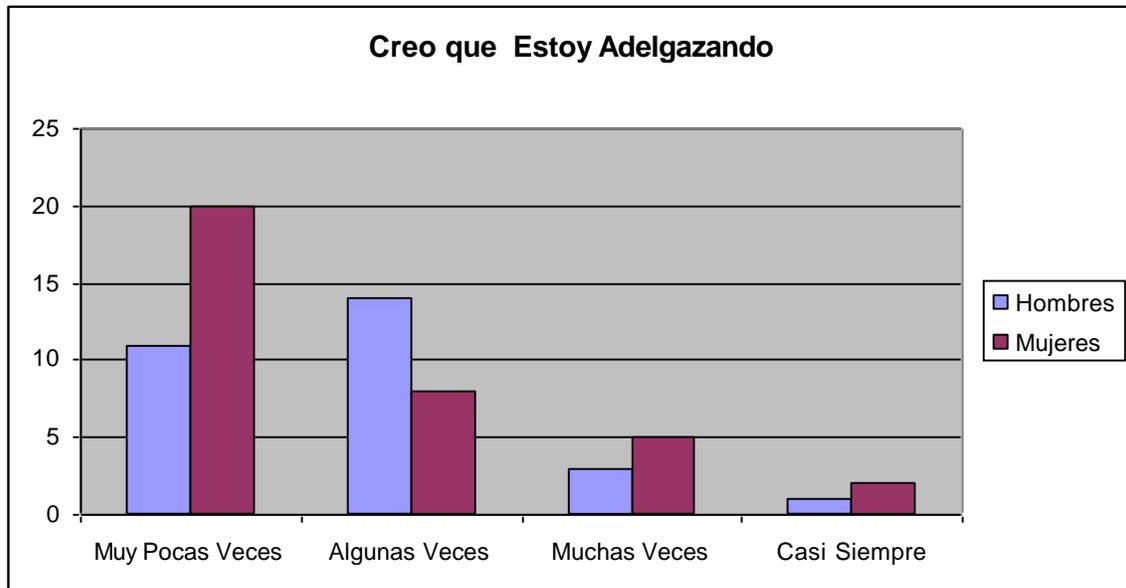
Los resultados de este ítem se ven dispersos en toda la tabla, apareciendo así casi igual cantidad de alumnos en cada una de las opciones. No obstante, se ve que es un síntoma más marcado en el sexo femenino.

Ítem 6.



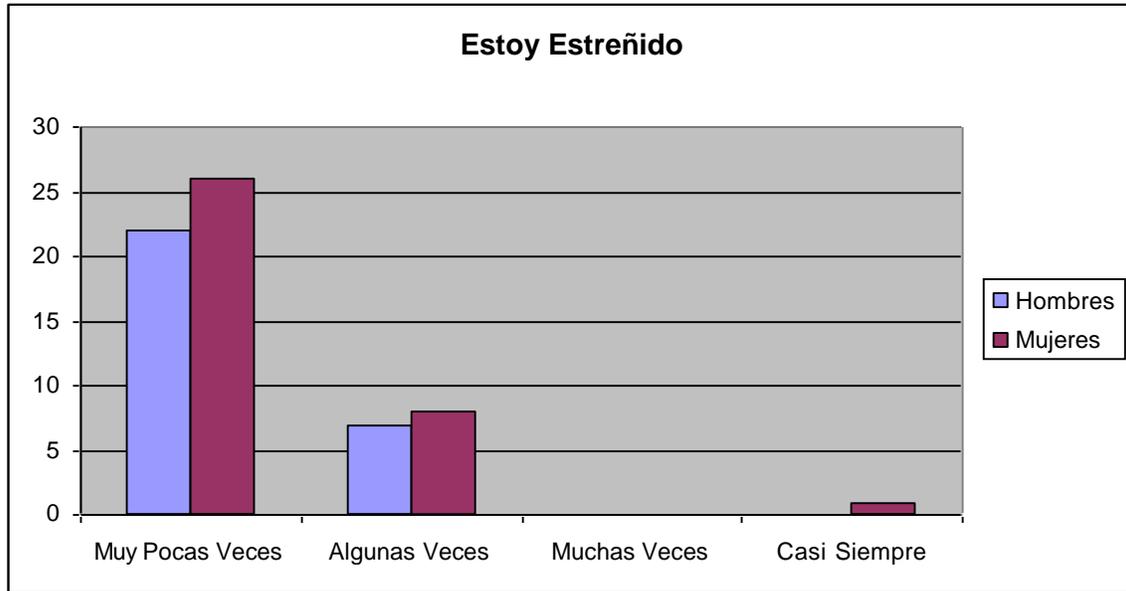
La presencia de este síntoma es casi nula en el sexo masculino. Aparece muy poco en el sexo femenino, pero la gran mayoría no lo experimenta.

Ítem 7.



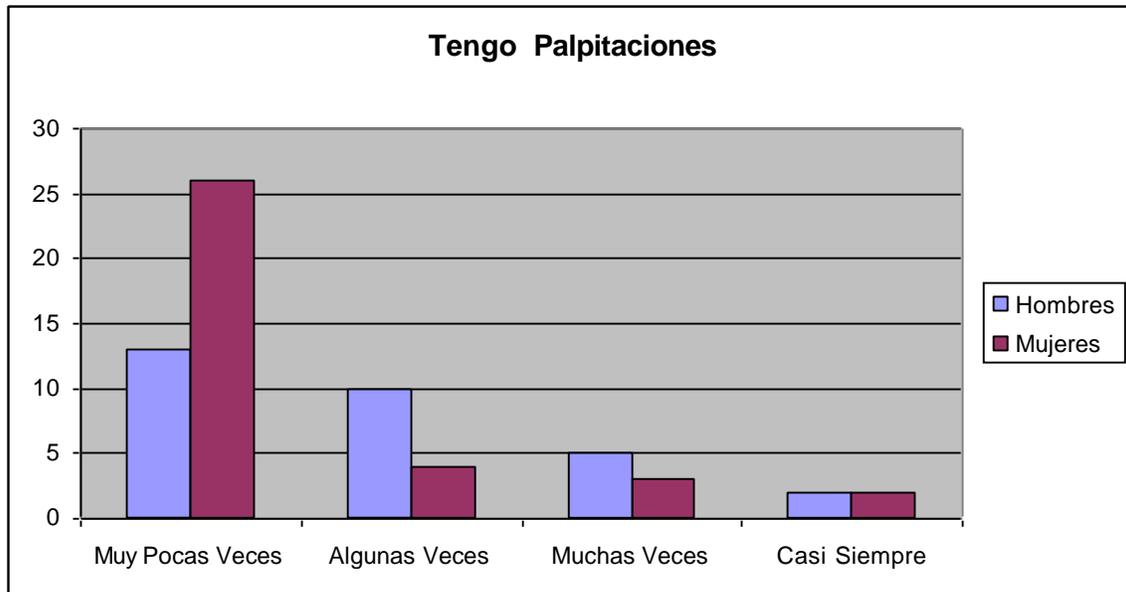
Los resultados se encuentran concentrados en las opciones 1 y 2, aún así, también hay presencia en las opciones 3 y 4, pero en una minoría. No hay indicios de mayor diferenciación entre sexos.

Ítem 8.



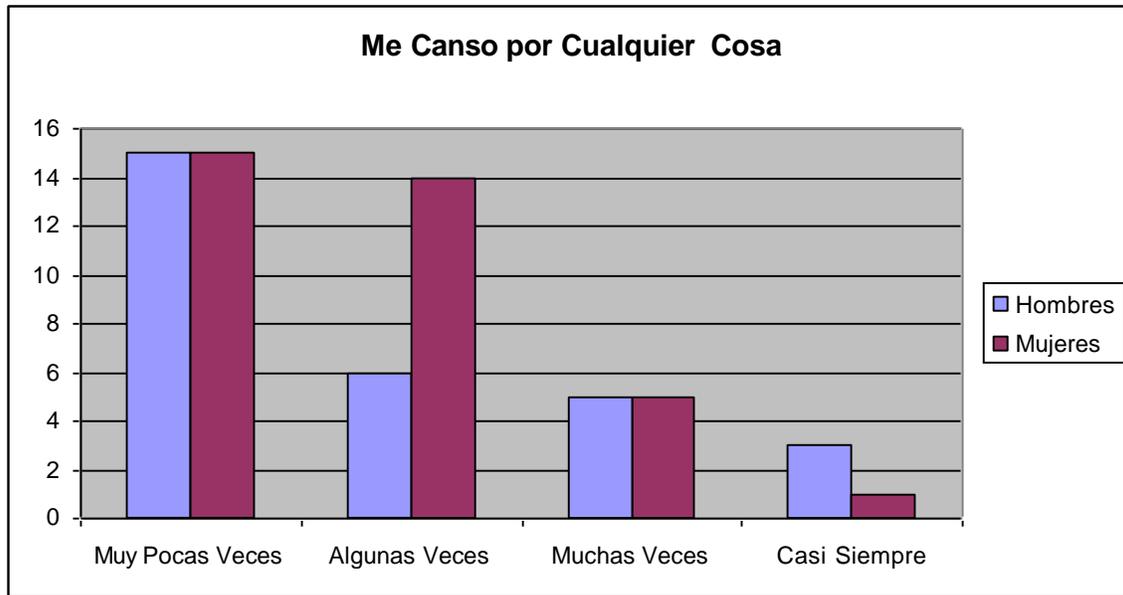
Es clara la ausencia de este síntoma en ambos sexos. Algunos alumnos han experimentado la condición, pero ocasionalmente.

Ítem 9.



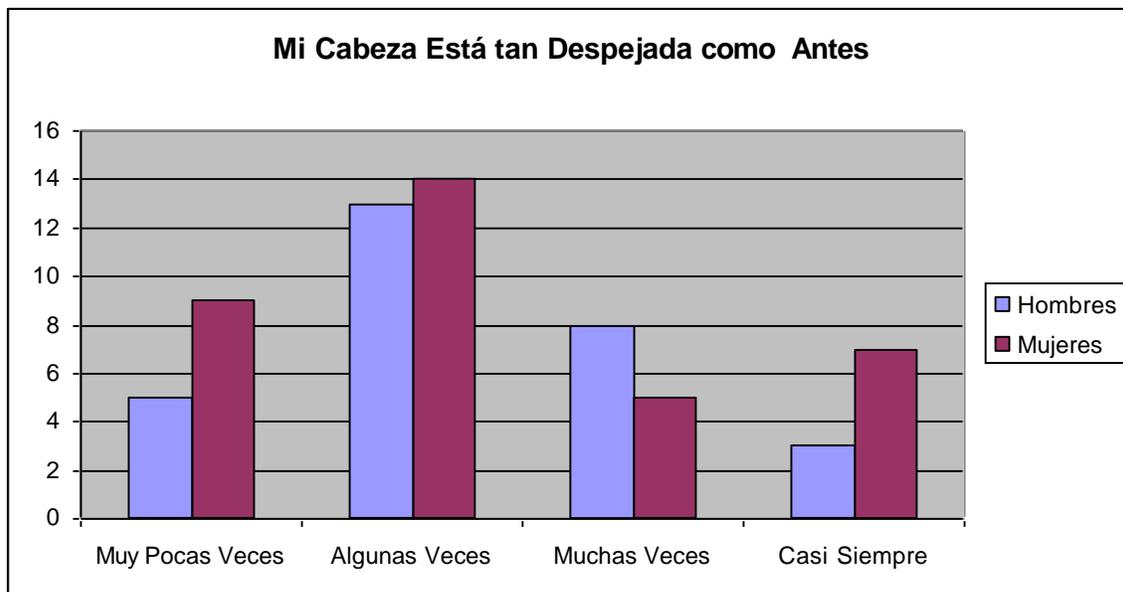
Es mínima la presencia de este síntoma en los sujetos de estudio. Sin embargo, hay mayor incidencia del síntoma somático en el sexo masculino.

Ítem 10.



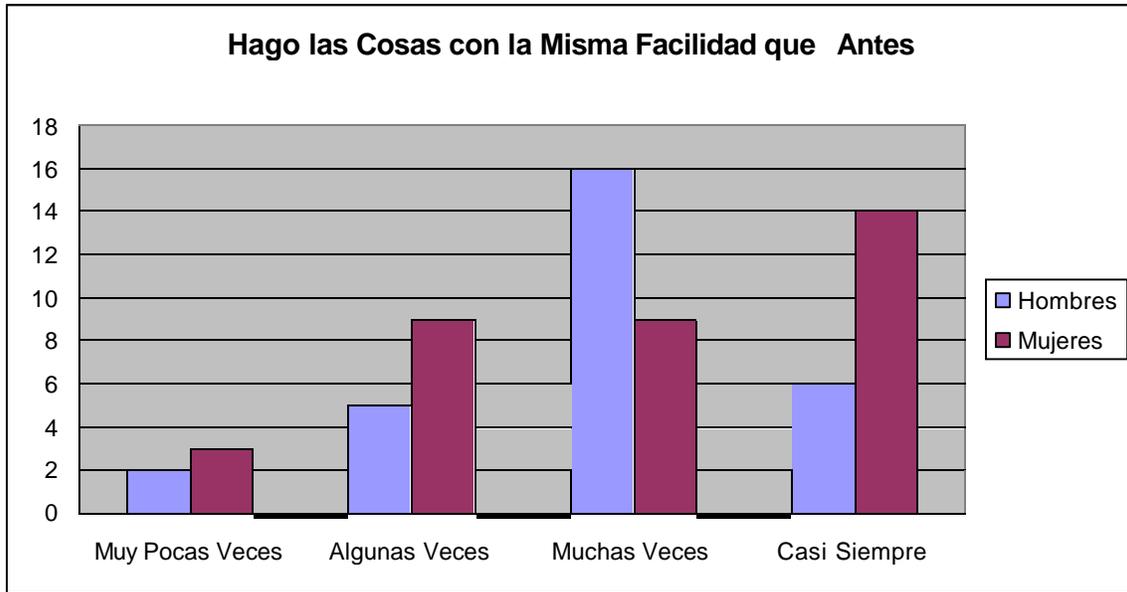
Hay una clara presencia del síntoma, no siendo significativa la diferencia entre los dos sexos.

Ítem 11.



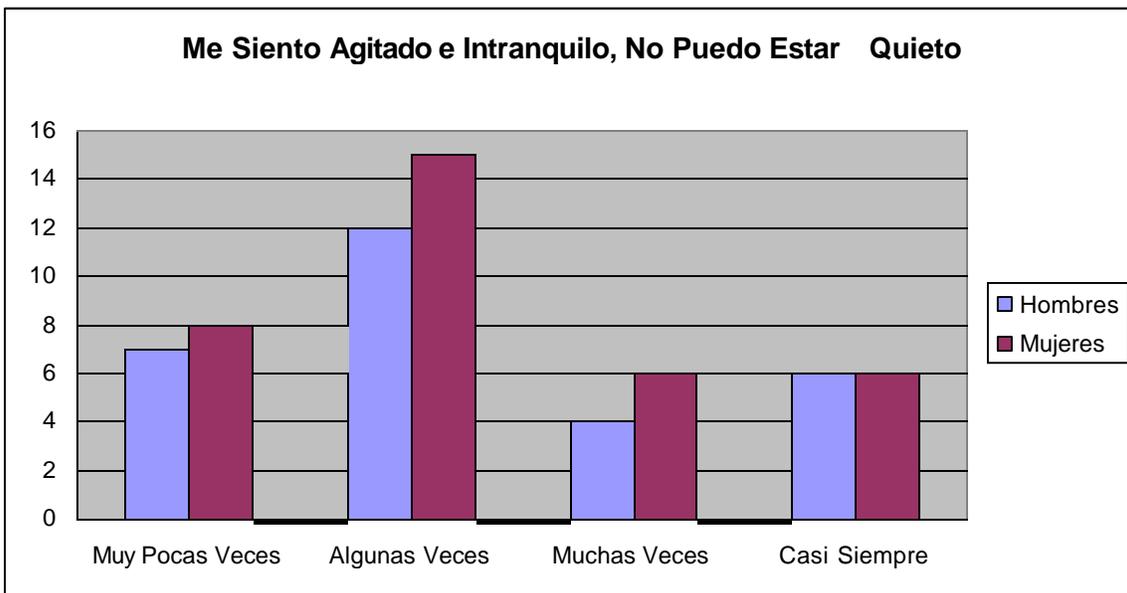
En este síntoma, la frecuencia se ve más orientada a algunas y muchas veces para ambos sexos. Aún así, hay un poco más de incidencia del síntoma en el sexo femenino.

Ítem 12.



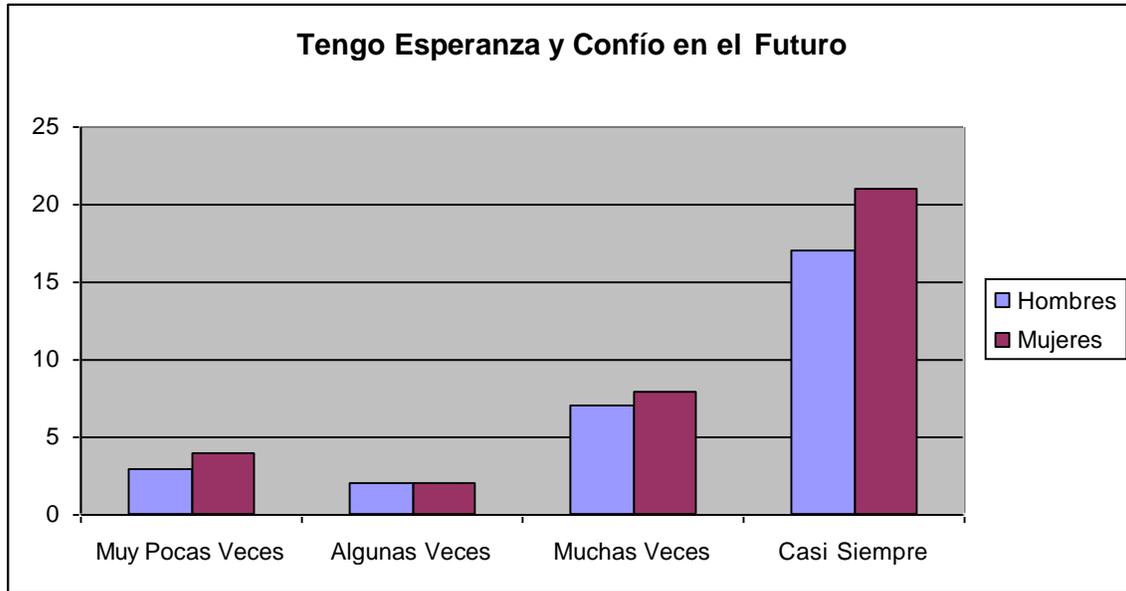
El síntoma está presente en ambos sexos, pero con mayor incidencia para el sexo masculino.

Ítem 13.



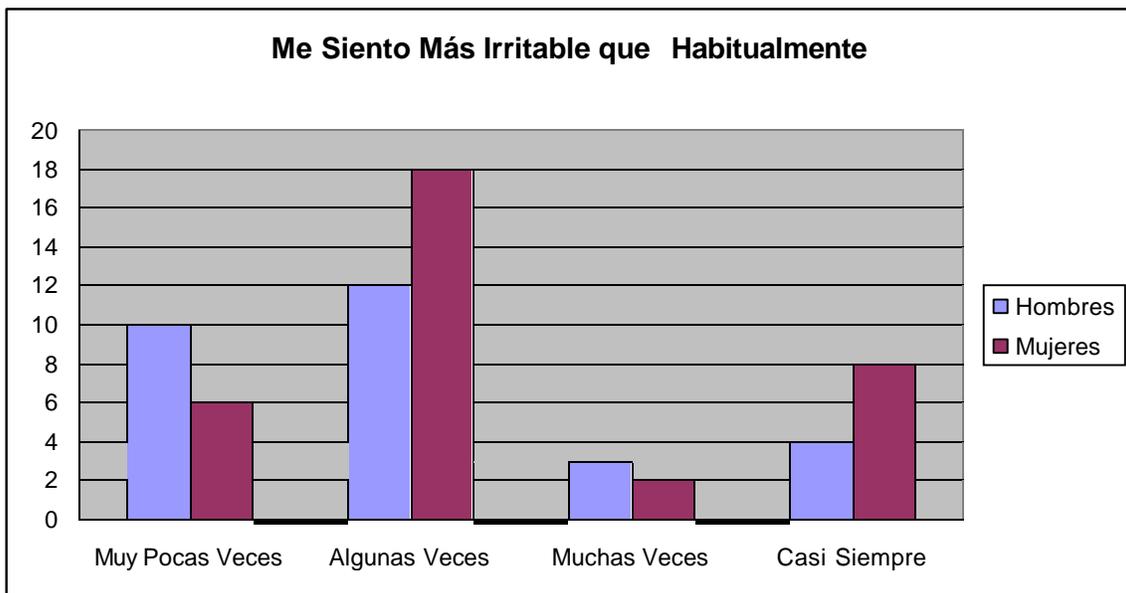
Este síntoma psicomotor está elevado en ambos sexos, mostrando la misma cantidad de ambos sexos en la cuarta opción. El resto de las respuestas se encuentran dispersas básicamente en los dos puntajes medios.

Ítem 14.



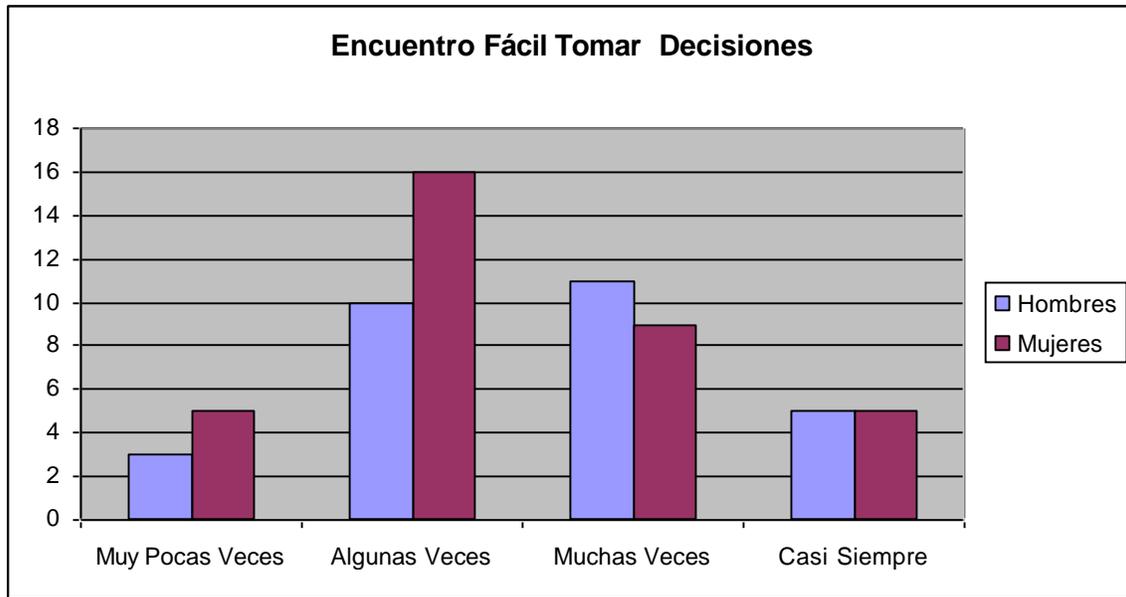
Es baja la inclinación de los sujetos a este síntoma, sin embargo, sí hay presencia del mismo tanto en el sexo masculino como en el femenino.

Ítem 15.



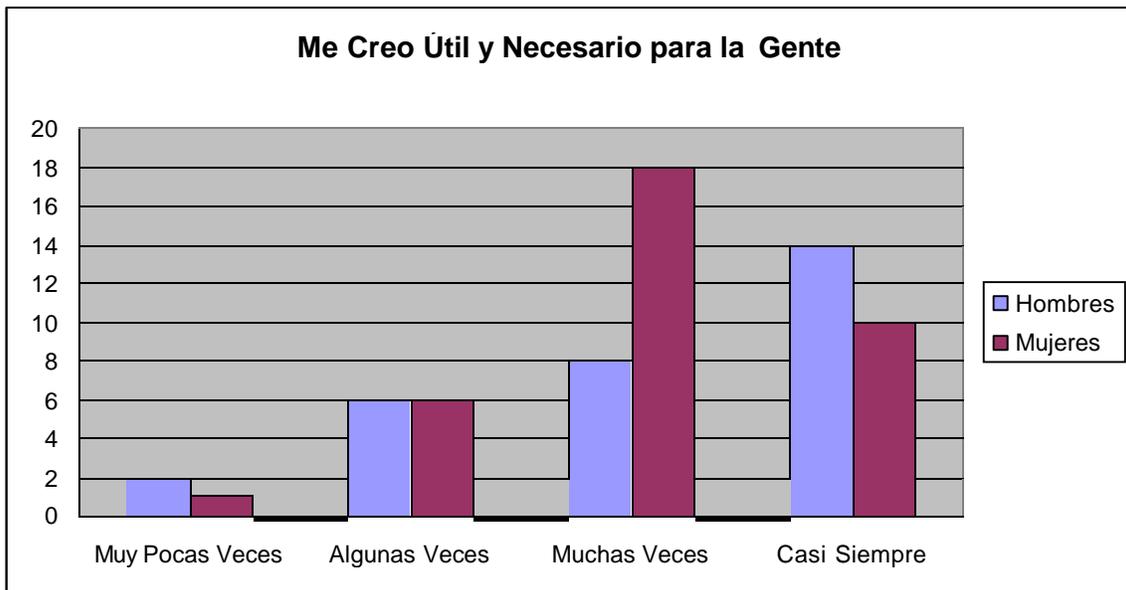
Existe una prevalencia del síntoma en los puntajes medios, tanto para el sexo masculino como para el femenino. Aún así, hay mayor incidencia de irritabilidad en el sexo femenino.

Ítem 16.



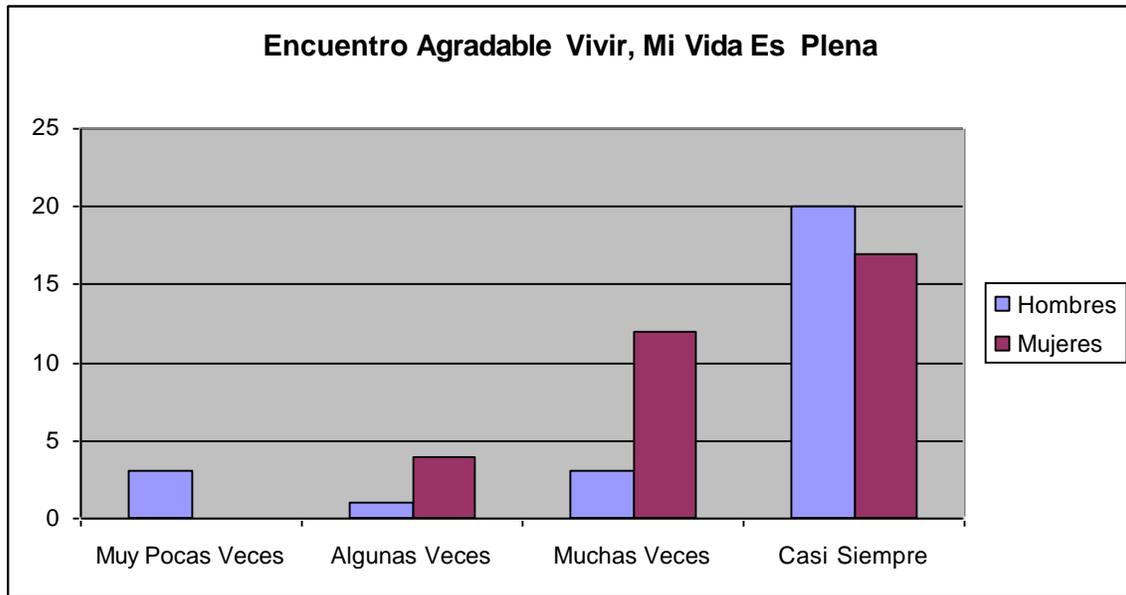
La mayor parte de los sujetos se encuentran en los puntajes medio, sin importar el sexo. Este es uno de los síntomas con mayor incidencia.

Ítem 17.



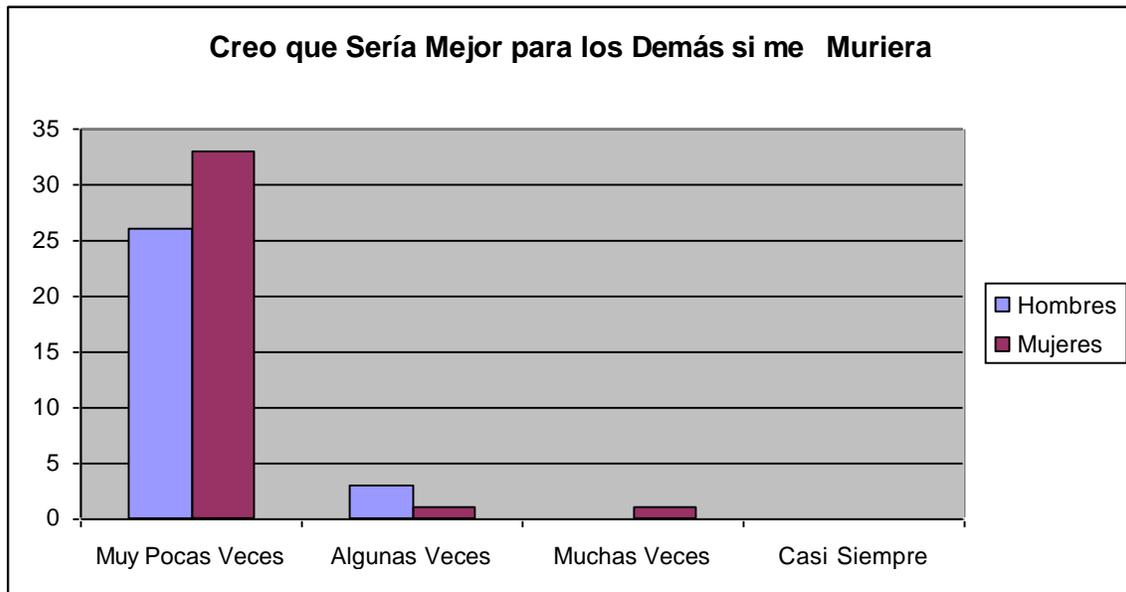
En este ítem, el sexo femenino se inclina más a sentirse útil y necesitado; mientras que el sexo masculino se muestra más disperso en sus resultados.

Ítem 18.



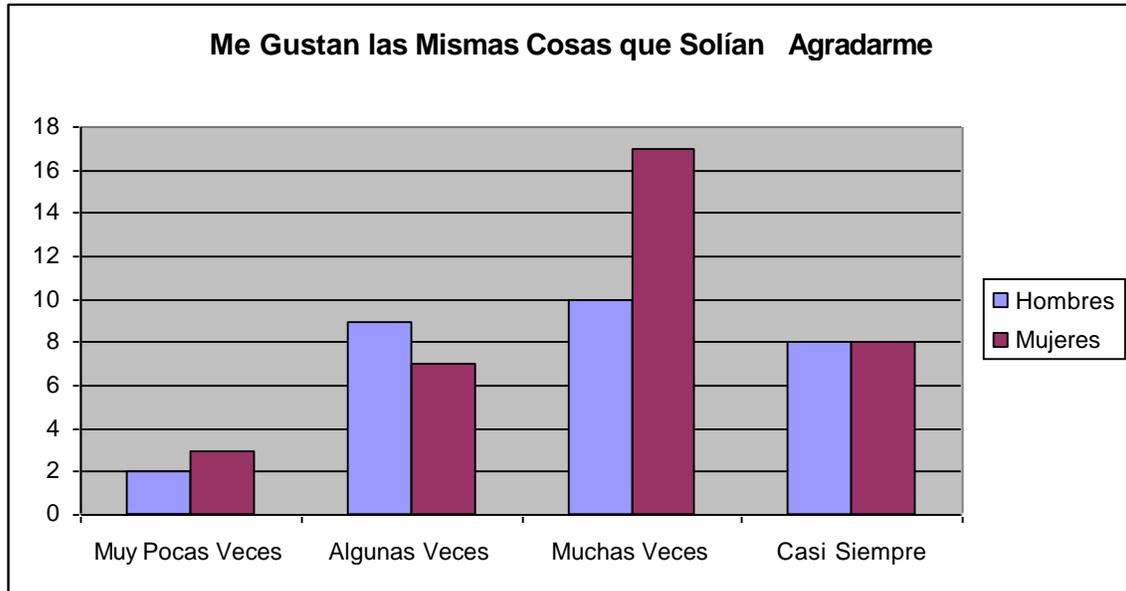
El sexo masculino muestra menos agradable vivir y una vida plena que el sexo femenino. Incluso, el sexo femenino no tiene ninguna de sus integrantes en muy pocas veces, mientras que hay varios del sexo masculino.

Ítem 19.



Este síntoma es muy poco evidente en ambos sexos.

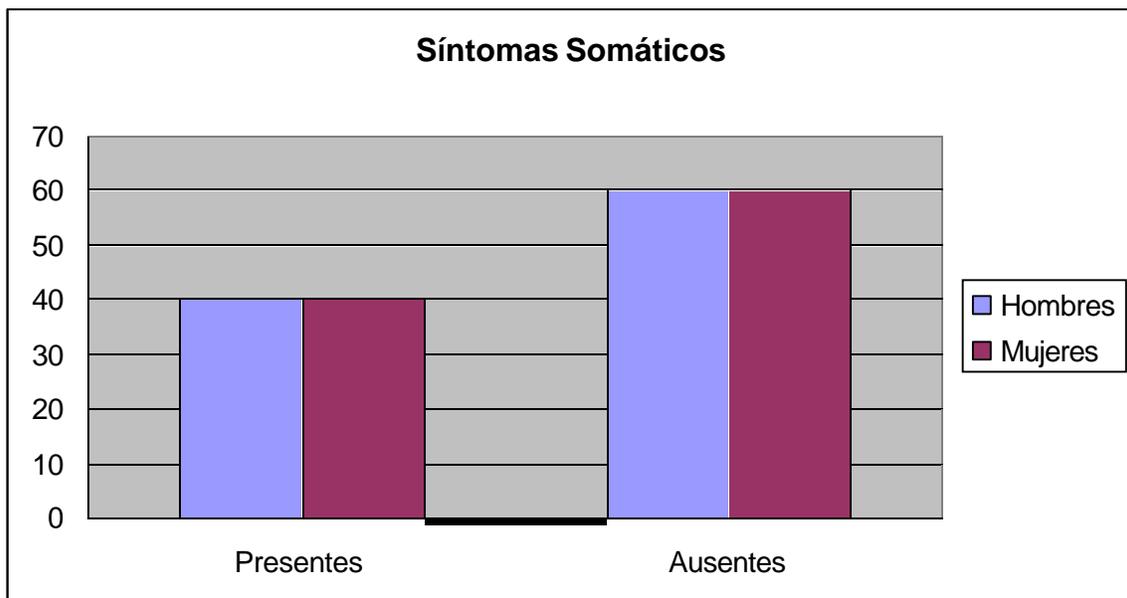
Ítem 20.



En este síntoma se ve claramente una inclinación a los puntos medios. Además, existe incidencia en ambos sexos.

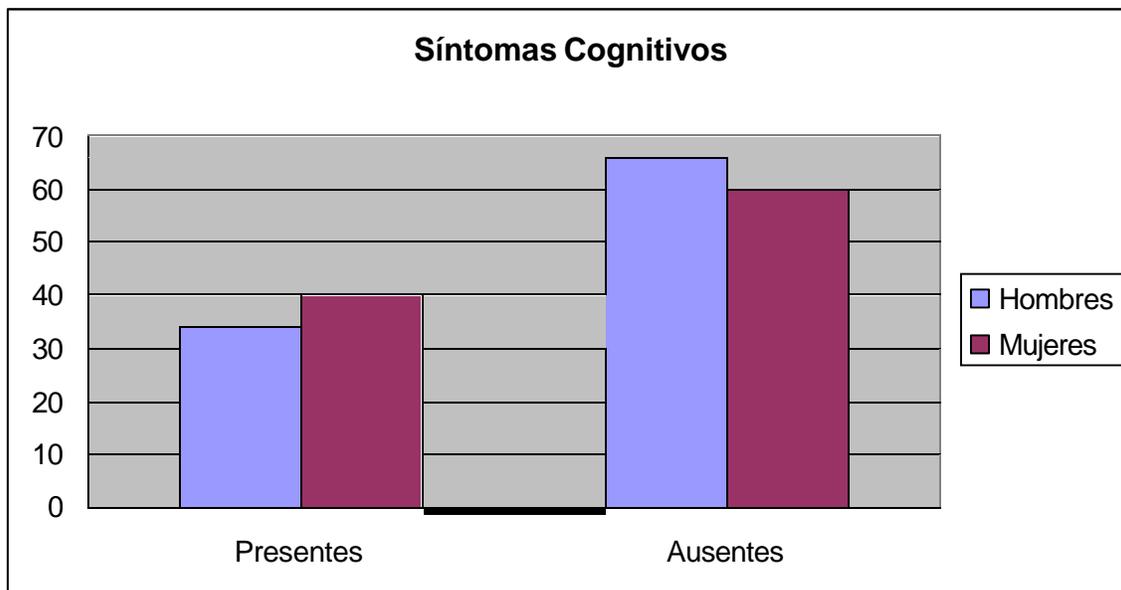
Después de haber realizado un análisis por ítem, es necesario a su vez, visualizar los síntomas según la división hecha por Zung (1965) en el cuestionario. Así, se puede observar en la gráfica A, que casi 40% de los jóvenes presentan síntomas somáticos, sin existir diferencia por sexo, pero sí siendo éste un número alarmante.

Gráfica A.



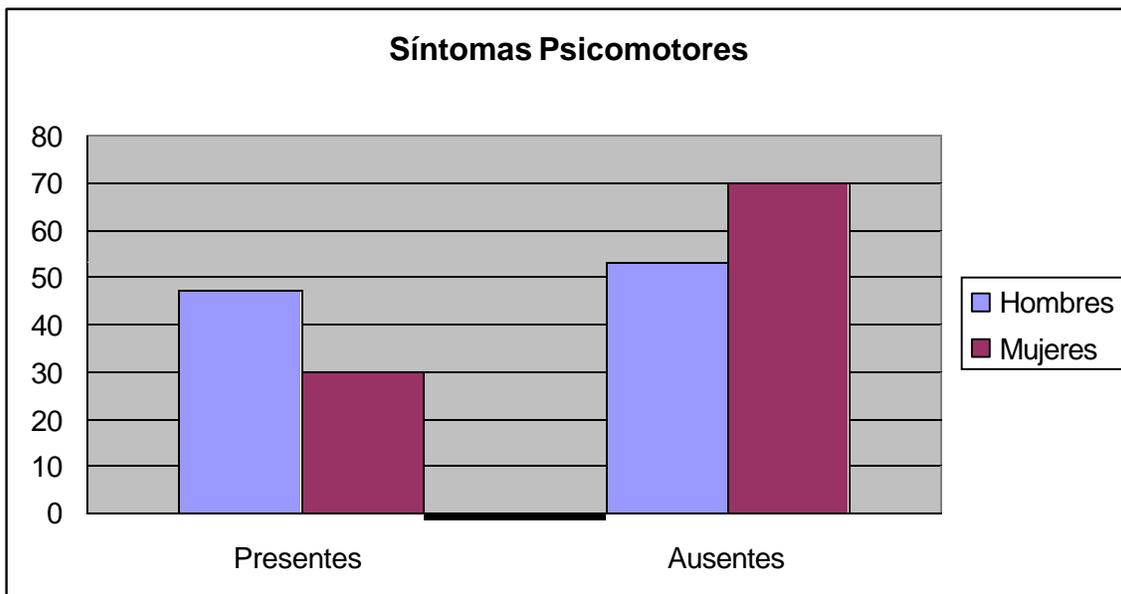
En la gráfica B, se puede observar que es mayor la presencia de síntomas cognitivos en las mujeres que en los hombres, con un 40% y 34% respectivamente.

Gráfica B.



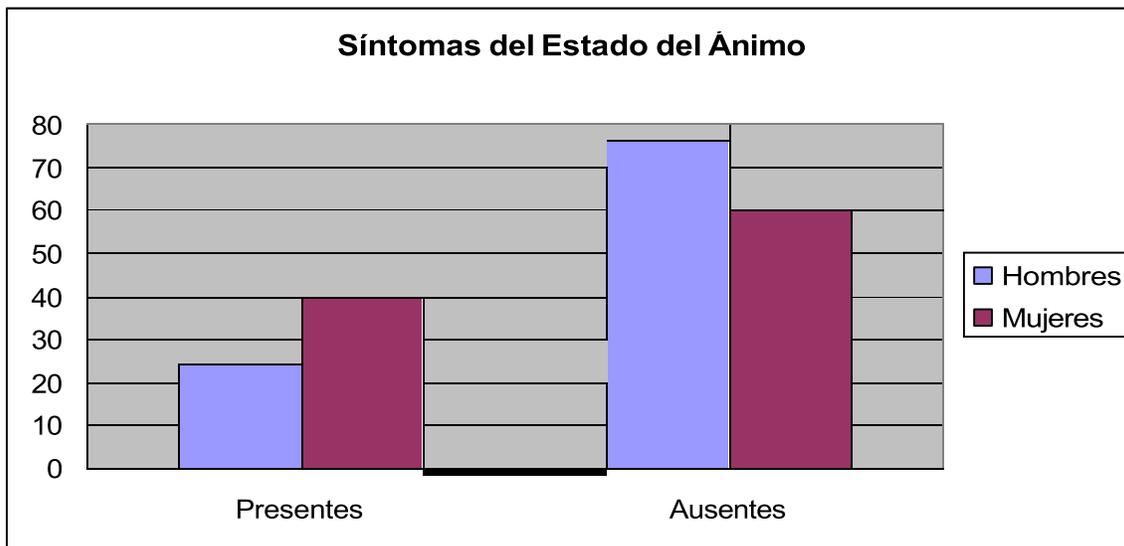
En cuanto a los síntomas psicomotores, en la gráfica C, es evidente una mayor prevalencia en el sexo masculino. 48% de los hombres muestran intranquilidad, mientras que únicamente 39% de las mujeres presentan el mismo síntoma.

Gráfica C.



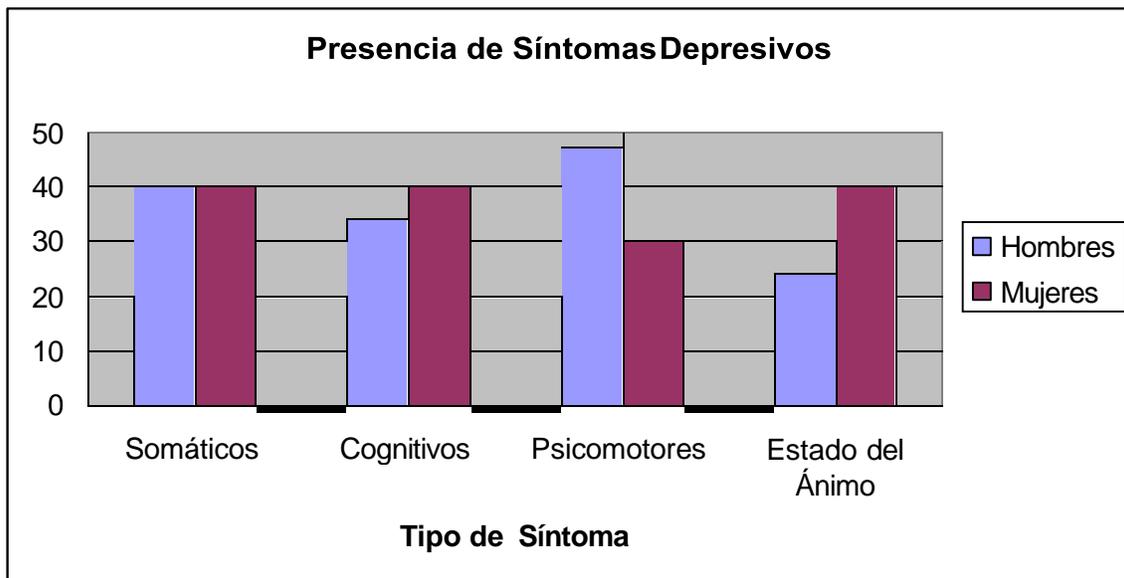
La gráfica D muestra los síntomas relacionados con el estado de ánimo. 24% de los hombres aparecen con presencia de estos síntomas, mientras que 42% de las mujeres los experimentan. Es obvia la diferencia por sexo en estos resultados.

Gráfica D.



Finalmente, en la gráfica E, se presenta un resumen, en el cual se puede observar que por sexo, hay mayor incidencia del sexo masculino en los síntomas psicomotores y del sexo femenino en los síntomas cognitivos y del estado del ánimo.

Gráfica E.



V. DISCUSIÓN

Strasburger y Brown (1991) afirman que durante la adolescencia, una variedad de síntomas depresivos son comunes, pero la depresión clínica como tal no lo es, de ahí la importancia de un buen diagnóstico por parte del psicoterapeuta o psiquiatra. Por lo mismo, se hace la salvedad que en este trabajo de investigación, se enfatiza la presencia y descripción de los síntomas depresivos presentes en los sujetos de estudio y no en el diagnóstico per se.

Beck, (1976) afirma que se han determinado diversas causas que desencadenan un trastorno depresivo. Las mismas, están relacionados con ideas, pensamientos, y creencias específicas que se tienen sobre el mundo y sobre sí mismo. Se asume que los síntomas depresivos son consecuencia de un estado emocional alterado y éste, a su vez, tiene su origen en una serie de cogniciones peculiares, debiendo además existir un elemento estresante que active las cogniciones depresivas latentes, de lo contrario no se produce la depresión. Así, ni las cogniciones depresivas ni el estrés por sí solo pueden provocar una reacción depresiva. La escala de Zung determina los síntomas depresivos presentes en los adolescentes participantes en el estudio, pero no determina las causas de dichos síntomas, ni indaga más acerca de ellos. También Ugarriza y Escurra (2002), mencionan que el perfil del joven con problemas depresivos se caracteriza por una historia de psicopatología pasada y reciente, y mayor probabilidad de consumo de tabaco en comparación con sus pares no deprimidos.

En 1976, Beck afirmó que las personas deprimidas poseen esquemas distorsionados de la realidad, que fácilmente se activan ante sucesos estresantes. Estos esquemas, al orientar y canalizar la percepción de la realidad, generan una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, y producen emociones indeseables. En el ítem 14, “Tengo esperanza y confío en el futuro”, existe una inclinación de los adolescentes sujetos de estudio a no experimentar dicho síntoma, sin embargo, 17% de los estudiantes lo experimentan con frecuencia, en su mayoría del sexo masculino. Así, se puede decir que hay presencia de una visión negativa del futuro, aunque no se determina las emociones indeseables producidas por la misma.

Los pensamientos disfuncionales o pensamientos negativos sobre sí mismo y el futuro, fueron denominados por Beck (1976), la triada cognitiva de la depresión. Además, existen

factores fisiológicos que desempeñan también una función muy importante en la etiología de las depresiones, aparte del rol que ejerce la conducta y el ambiente como iniciadores y reforzadores de ésta. Sin embargo, el factor cognitivo siempre está presente. Por su parte, Wicks-Nelson e Israel (1997) afirman que, en el uso diario, la depresión se entiende como un estado de ánimo generalizado de infelicidad y que esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia también es característica de la definición que se le da en la clínica. Asimismo señalan en la descripción de niños y adolescentes depresivos que se observa pérdida de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones biológicas y síntomas somáticos entre otros elementos.

Los síntomas anteriormente mencionados se ven evidenciados de la siguiente forma. En el ítem 1, “Me siento triste y deprimido”, se hace referencia al estado de ánimo generalizado de infelicidad y experiencia de tristeza. Los resultados indicaron que hay existencia de este síntoma en el 40% de los alumnos. Aún así, ninguno de los sujetos de estudio se inclinó por la frecuencia más alta, “Casi siempre”. En cuanto a la pérdida del placer, el ítem 20, “Me gustan las mismas cosas que solían agrardarme”, muestra incidencia en ambos sexos con el 8% de alumnos que contestaron “Muy pocas veces”. Todo esto indica la presencia de la pérdida de placer en algunos de los jóvenes. La baja autoestima es señalada en el ítem 19, “Creo que serían mejor para los demás si muriera”, en donde fueron únicamente el 8% de los alumnos que se inclinaron por este síntoma en la frecuencia “Casi siempre”. En el ítem 11, “Mi cabeza está tan despejada como antes”, se ve reflejada la incapacidad para concentrarse, en el cual el 16% de los alumnos “Muy pocas veces” experimentaron el síntoma. Las alteraciones biológicas y síntomas somáticos aparecen en los siguientes ítemes: ítem 4, “Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches”, el cual es experimentado por el 38% de los sujetos de estudio del sexo masculino y por el 29% del sexo femenino; ítem 5, “Ahora tengo tanto apetito como antes”, que se refiere específicamente a los hábitos alimenticios es experimentado por el 72%, mientras que el ítem 7, “Creo que estoy adelgazando” es experimentado por el 52%; ítem 8, “Estoy estreñado” es experimentado por 1 persona del sexo femenino en la frecuencia “Casi siempre” y por el 23% de los sujetos en la frecuencia “Algunas veces”; y el ítem 9, “Tengo palpitaciones” es reportado por el 41% de los alumnos participantes en el estudio. Finalmente, en la escala de Zung no se evalúa específicamente el retraimiento social ni los trabajos escolares insuficientes mencionados por Wicks-Nelson e Israel (1997).

En la escala de Zung, en el ítem 15, “Me siento más irritable que habitualmente”, hubo un 47% de los alumnos que afirmaron experimentar el síntoma en algunas ocasiones. Este hallazgo coincide con el cuadro clínico que Chávez (1998) expone, en el que la sintomatología depresiva puede acompañarse de negativismo, oposicionismo y conducta antisocial, o bien por uso de alcohol y/o sustancias que ocurre en el 17% de los casos, malestar interior, mal humor, irritabilidad, agresividad, falta de cooperación en las actividades domésticas, malfuncionamiento y abandono escolar, deseo de dejar el hogar, descuido personal, falta de higiene y apariencia descuidada, así como una gran hipersensibilidad al rechazo. No existe evidencia en la escala utilizada del uso de alcohol o sustancias en los jóvenes evaluados, así como tampoco sobre su funcionamiento escolar o doméstico. A su vez, el DSM-IV, TR, (2002) considera que en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.

El síntoma más notorio, con mayor incidencia, se vio reflejado en el ítem 16, “Encuentro fácil tomar decisiones”, en donde solamente el 13% de los estudiantes respondieron “Muy pocas veces”. Lo anterior concuerda nuevamente con el DSM-IV, TR, (2002) el cual señala la existencia de dificultad para tomar decisiones.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, (DSM-IV, TR, 2002), un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Dicha información debe ser obtenida por medio de una entrevista, ya que la escala de Zung no indica la duración de los síntomas.

Cuando se habla de depresión, (DSM-IV, TR, 2002), hay una pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor escala, dependiendo del caso. Las personas pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de haber perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, son los familiares los que notan el aislamiento social o el abandono de

aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. En el ítem 6, "Todavía me siento atraído por el sexo opuesto", solamente el 20% de los alumnos mostraron indicios de experimentar el síntoma, por lo que no se podría decir que su presencia es muy fuerte.

Normalmente, (DSM-IV, TR, 2002), el apetito disminuye e incluso los sujetos se fuerzan para comer. Otros, pueden tener más apetito, con especial apetencia por ciertas comidas. Cuando las alteraciones del apetito son graves, puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso de la consecución del peso apropiado. Dicho síntoma, como ya se mencionó anteriormente, se ve reflejado en los ítemes 5 y 7, "Creo que esto adelgazando" y "Tengo tanto apetito como antes", los cuales aparecen en ambos sexos, pero son más notorios en el sexo femenino.

La alteración del sueño, asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor, es el insomnio, (DSM-IV, TR, 2002), Éste, se puede manifestar de diferentes formas, despertarse durante la noche y tener problemas para volver a conciliar el sueño, despertarse demasiado pronto y no poder volver a dormirse, o bien, problemas para dormir cuando se va a la cama. Menos frecuente, los sujetos se quejan de exceso de sueño, hipersomnia. Este síntoma aparece en el ítem 4, "Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches" y es señalado por el 52% de los estudiantes.

Los cambios psicomotores incluyen agitación o aletargamiento, (DSM-IV, TR, 2002). Ambas manifestaciones deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. A su vez, es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. La persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo le requiere un gran esfuerzo. Por lo mismo, puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas rutinarias. Estos síntomas están presentes en diversos ítemes, entre ellos, en el ítem 9, "Tengo palpitaciones", el 41% de los alumnos muestran haberlo experimentado; en el ítem 10, "Me canso por cualquier cosa", el 53% de los alumnos refieren el síntoma; y en el ítem 13, "Me siento agitado e intranquilo, no puedo estar quieto", únicamente el 23% de los alumnos señalan haberlo vivido.

En el ítem 17, “Me creo útil y necesario para la gente” hay un 5% de los alumnos que muestran la presencia del síntoma. El mismo, según el DSM–IV, TR, 2002, responde a el sentimiento de inutilidad o de culpa, asociada a un episodio mayor, que puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor, preocupaciones o el culpase constantemente por pequeños errores pasados. Se suele malinterpretar los acontecimientos cotidianos, tomándolos como prueba de sus defectos personales, y tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones incluso delirantes. Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera dentro de este criterio.

Muchas personas refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, (DSM–IV, TR, 2002). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En los niños y adolescentes, la caída repentina de los resultados en las notas académicas puede ser reflejo de la falta de concentración. Dichos síntomas, se ven presentes en los ítems 11 y 16, “Mi cabeza está tan despejada como antes” y “Encuentro fácil tomar decisiones”. En ambos existe presencia del síntoma, pero como ya se mencionó anteriormente, es más notorio en el ítem 16.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriera, hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio, (DSM–IV, TR, 2002). Hay muestra de este síntoma en los ítems 18 y 19, “Encuentro agradable vivir, mi vida es plena” en donde el 13% de los alumnos presentan el síntoma y “Creo que sería mejor para los demás si muriera” en donde únicamente el 8% lo presentan. Por lo mismo, hay presencia de este criterio diagnóstico, pero en la minoría de los sujetos.

En Guatemala, Berganza y Aguilar (1992) realizaron un estudio con 339 adolescentes de 15 años, utilizando la escala de depresión para niños del Center for Epidemiological Studies, se halló que el 35.1% de los entrevistados tenía depresión y se encontró diferencias significativas según el sexo. A su vez, Dávila, H. (1993) realizó una investigación sobre autoestima y depresión con 910 adolescentes guatemaltecos de tercer curso básico con un promedio de 15 años y 3 meses. En dicho estudio, se aplicó una batería de siete cuestionarios que logró determinar que el 27.76% de los evaluados presentaban una depresión mayor, sin determinarse una diferencia significativa según el sexo. Por su parte, en los resultados de este estudio, hay variación en algunos síntomas en el sexo masculino y femenino. Sin embargo, no se puede determinar si no hay diferencia en el sexo en los resultados totales, ya que no son parte de esta investigación.

En cuanto a la incidencia según el sexo, también se han realizado estudios; en Perú, Egoavil (2002) comparó el nivel de depresión entre hombres y mujeres. La [muestra](#) estuvo conformada por 92 alumnos, hombres y mujeres del quinto año de secundaria, de 15 a 17 años de edad, de un Colegio Nacional del Distrito de Los Olivos en Perú. El tipo de [muestreo](#) fue intencional, utilizando la [Escala](#) de Automedición de la depresión de Zung. Los resultados obtenidos indicaron que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres.

VI. CONCLUSIONES

1. Cada uno de los ítemes presentados en la escala de Zung muestra un síntoma depresivo. En todos los ítemes hubo por lo menos un estudiante que reflejó el síntoma evaluado. Esto indica que todos los síntomas han sido experimentados por alguno de los alumnos participantes en el estudio.
2. El síntoma menos experimentado por los alumnos de III Curso fue el 19, “Creo que sería mejor para los demás si muriera”, ya que el 92% de las respuestas aparece en “Muy pocas veces”. Por otro lado, el síntoma más notorio se refleja en el ítem 16, “Encuentro fácil tomar decisiones”, ya que únicamente el 16% escogió la opción “Casi siempre”.
3. En general no hubo mayor diferencia en las respuestas del sexo masculino y femenino, únicamente se manifestó en ciertos ítemes. En el ítem 3, “Frecuentemente tengo ganas de llorar”, el 14% de las mujeres respondió “Muchas veces”, mientras que no hubo ningún participante del sexo masculino que respondiera afirmativamente. A su vez, en el ítem 4, “Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches”, el 65% de las mujeres se sitúa en “Muy pocas veces”, mientras que únicamente el 27% de los hombres se situó en esa frecuencia. Lo anteriormente mencionado revela que las mujeres se inclinan más por el síntoma del estado emocional, cuando los hombres lo hacen por el síntoma somático.
4. En las diversas áreas medidas por la escala de Zung, al hacer un resumen de cada una y no por ítem, se determinó que los síntomas somáticos son experimentados de igual manera por hombres y mujeres. En las demás áreas, se notó mayor incidencia de las mujeres a manifestar síntomas cognitivos y del estado del ánimo, mientras que los hombres se concentraron en expresiones psicomotoras.
5. En la escala de Zung se evalúa la frecuencia de los síntomas, más no su duración. Por ello, es importante utilizar otras técnicas e instrumentos paralelos que exploren la severidad de los síntomas y conduzcan así a un diagnóstico certero. En este caso, no era uno de los objetivos de la investigación.

6. Los alumnos sujetos de estudio estaban comprendidos entre los 15 y 17 años de edad, concentrándose mayormente en los 15 años. Se obtuvieron los resultados según la edad, sin embargo, no hubo diferencia en los punteos, por lo cual se presentaron obviando esta característica.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al centro educativo, implementar un programa para la identificación de adolescentes con síntomas depresivos para disminuir la tasa de estudiantes que se encuentran desalentados en el colegio, la sociedad, y en su propia vida. Por lo mismo, los procedimientos de identificación deben llevarse a cabo a través de un programa de intervención en el colegio, para identificar y referir a aquellos que necesiten un tratamiento psicológico.
2. Como parte de un programa de prevención, es indispensable que los maestros estén al tanto de la sintomatología depresiva para poder hacer referencias de alumnos con características depresivas al departamento de orientación del centro educativo.
3. Al departamento de orientación, se le sugiere estar en constante comunicación con los padres de familia, así como invitarlos a charlas en donde puedan conocer e identificar todos aquellos síntomas en sus hijos que puedan indicar un cuadro depresivo.
4. Sería de gran beneficio aplicar la misma escala a otros grados y así poder tener más datos para llevar a cabo un programa de prevención en toda la secundaria.
5. Se recomienda trabajar con los alumnos la toma de decisiones, ya que fue el síntoma más notorio en la evaluación.
6. A otros estudiantes o profesionales de la salud mental, se les insta a seguir investigando sobre la depresión en adolescentes ya que la información con la que se cuenta es muy poca. La mayor parte de los estudios se centran en niños y adultos, y muchas veces, se confunden los síntomas depresivos con las características de la edad, obviando la patología e intensificándola sin el tratamiento necesario.

VIII. REFERENCIAS

Achaerandio, L. (1995). Iniciación a la Práctica de la Investigación. (6ta. Ed.) Guatemala: Reproducciones URL.

Abou Nazel, M.; Fahny, S.; Younis, I.; Seif el-Din, A.; Abdel Fatah, M.; Mokhtar, S. & Ayoub, A. (1991). A Study of Depression among Alexandria Preparatory School Adolescents. Egypt: Public Health Association.

Albert, N. & Beck, A. (1975). Incidence of Depression in Early Adolescence: A Preliminary Study. USA: Journal of Youth and Adolescence.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd Ed.). Washington, D.C.: APA

Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado. (4ta Ed.) Barcelona: Masson, S.A.

Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erlbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. USA: Archives of General Psychiatry.

Bemporad, J.; Lee, K. (1988). Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents. USA: University Press.

Berganza, C. y Aguilar, G. (1992). Depression in Guatemalan Adolescents. Guatemala.

Caballeros, H., y Achaerandio, L. (2002). Guía General para Realizar Trabajos de Investigación en la Universidad Rafael Landívar. Guatemala: Reproducciones URL.

Chávez, E. (1998). Trastornos Depresivos. México: Intersistemas, S.A..

Conde V.; Escribá J.; Izquierdo, J. (1970) Evaluación Estadística y Adaptación Castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung. México: Arc Neurobiol.

Conde, V.; Esteban, T.; Useros, E. (1976) Evaluación Crítica de la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung: Experiencia Propia y Revisión de la Literatura. México: Arc Neurobiol.

Cytryn, L., y McKnew, D. (1972). Proposed Classification of Childhood Depression. USA: American Journal of Psychiatry.

Dávila, H. (1993). Autoestima y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos. Tesis Inédita. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala.

De la Cruz, A. (1998) Niveles de Depresión y Autoestima en la Adolescente Post Aborto: Un Estudio Comparativo. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Egoavil, J. (2002) Niveles de Depresión en Adolescentes del 5to. Secundaria de un Colegio Nacional. Tesis Inédita. Universidad Nacional. Perú.

Friedman, R.; Clarkin, J.; Corn, R.; Aronoff, M.; Hurt, S. & Murphy, M. (1982). DSM-III and Affective Pathology in hospitalized Adolescents. USA: Journal of Nervous and Mental Disorders.

González, C. (1998). Estudio Comparativo de los Niveles de Depresión en Estudiantes de Diversificado de Establecimientos Privados, Región Metropolitana de Guatemala que Practican y no Practican Ejercicio Físico. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Instituto de Investigaciones Psicológicas (1996). Algunas Características Psicosociales de la Juventud en la Región Metropolitana del Valle Central de Costa Rica. San José: Universidad de Costa Rica.

Kaplan, S. Hong, G. Weinhold, C. (1984). Epidemiology of Depressive Symptoms in Adolescents. Estados Unidos de América: J Am Acad Child Psychiatry.

Kashani, J.; McGee, R.; & Clarkson, S. (1983). Depression in a Sample of Nine Year Old Children. USA: Archives of General Psychiatry.

Kovacs, M.; Feinberg, T.; Crouse-Novak, M.; Paulauskas, S.; Pollock, M.; & Finkelstein, R.; (1985). Depressive Disorders in Childhood: II. A Longitudinal Study of the Risk for Subsequent Major Depression. USA: Archives of General Psychiatry.

Larsson, B. & Melin, L. (1992). Prevalence and Short-Term Stability of Depressive Symptoms in Schoolchildren. Swede: Acta Psychiatrica Scandinavica.

Lewinsohn, P.; Duncan, E.; Stanton, A.; Hautzinger, M. (1986). Age at First Onset for Nonbipolar Depression. USA: Journal of Abnormal Psychology.

López, K. (2009). Emigración de Padres y Depresión en Niños. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

López, V.; Esteban, T. (1975) Validez de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. México: Arch Neurobiol.

Reynolds, W. (1983). Depression in Adolescents: Measurement, Epidemiology and Correlates. *Unpublished Manuscript*.

Reynolds, W. & Bartell, N. (1984). Stability o Depressive Syntomatology in Adolescents. *Unpublished Manuscript*.

Reynolds & Coats, (1986). A Comparison o Cognitive Behavioral Therapy and Relaxing Training or the Treatment of Depression in Adolescents. USA: Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Ritchey, F. (2002). Estadística para las Ciencias Sociales. México: Mc Graw Hill.

Robins, Alessi, Cook, Poznanski, y Yanchyshyn. (1982). Depressive Illness in Teens and Preteens and Effectiveness of the RADS-2 as a First-Stage Assessment. USA: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.

Robbins, L. y Helzer, J. (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. USA: Archives of General Psychiatry.

Rutter, M. (1986). The Developmental Psychopathology of Depression: Issues and Perspectives. New York: Guilford Press.

Schloesser, K. (1992). Estilo Atribucional y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos. Tesis Inédita. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala.

Sorensen, S.; Rutter, C.; Aneshensel, C. (1991). Depression in the Community: An Investigation into Age of Onset. USA: Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Strasburger, V. Brown, R. (1991). Adolescent Medicine: a Practical Guide. Estados Unidos de América: Little, Brown and Company.

Ugarriza y Ecurra. (2002). Adaptación Psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds en Estudiantes de Secundaria de Lima Metropolitana. Tesis Inédita. Universidad de Lima. Perú.

Wicks-Nelson, R. Israel, A. (1997). Psicopatología del Niño y del Adolescente. (3ra. Edición) España: Prentice-Hall.

Yanchyshyn & Robbins. (1983) The Assessment of Depression in Normal Adolescents: A Comparison Study. Canada: Canadian Journal of Psychiatry.

Zung, W. (1965) A Self-Rating Depression Scale. USA: Archives of General Psychiatry.

IX. ANEXO

Inventario Autoaplicado de Depresión de Zung

A continuación encontrarás varios enunciados, marca la casilla que refleje mejor tu situación actual.

	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Mucha s	Casi Siempre
Me siento triste y deprimido.				
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
M cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
Ahora tengo tanto apetito como antes.				
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
Creo que estoy adelgazando.				
Estoy estropeado.				
Tengo palpitaciones.				
Me canso por cualquier cosa.				
Mi cabeza está tan despejada como antes.				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
Me siento agitado e intranquilo no puedo estar quieto.				
Tengo esperanza y confío en el futuro.				
Me siento más irritable que habitualmente.				
Encuentro fácil tomar decisiones.				
Me creo útil y necesario para la gente.				
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				