



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

***EXPECTATIVAS DE REGULACIÓN DEL ÁNIMO NEGATIVO EN
ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN POBLACIÓN CLÍNICA Y NO CLÍNICA***

Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología
mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

ALUMNA

Margarita González Serrano

PROFESORA GUIA

Vania Martínez Nahuel

ASESOR METODOLÓGICO

Iris Gallardo Rayo

Junio, 2011

SANTIAGO

*Por tu comprensión, apoyo, espera y cariño...
este trabajo te lo dedico del todo a ti hija...
Te Amo...*

ÍNDICE

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | RESUMEN..... | 5 |
| II. | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 6 |
| III. | MARCO TEÓRICO | 11 |
| 1. | Depresión en la Adolescencia..... | 11 |
| 1.1. | Adolescencia..... | 11 |
| 1.2. | Depresión..... | 14 |
| 1.2.1 | Definición | 14 |
| 1.2.2 | Prevalencia e Investigaciones y Teorías Explicativas de Depresión en la Adolescencia.. | 16 |
| 1.2.3. | Teorías antiguas | 18 |
| 1.2.4. | Teorías biológicas..... | 19 |
| 1.2.5. | Factores Genéticos..... | 19 |
| 1.2.6. | Cambios Endocrinos..... | 20 |
| 1.2.6.1. | Eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal (HHA)..... | 20 |
| 1.2.6.2. | Eje Hipotálamo Hipófisis Tiroideo (HHT)..... | 21 |
| 1.2.7. | Modelo de Estrés Diátesis de la Depresión | 21 |
| 1.2.8. | Teorías Psicológicas..... | 22 |
| 1.2.8.1. | Teoría Psicoanalítica | 22 |
| 1.2.8.2. | Teoría Cognitiva de Beck | 23 |
| 1.2.8.3. | Teoría del Desamparo Aprendido de Seligman | 25 |
| 1.2.8.4. | Enfoque Procesal Sistémico de Vittorio Guidano | 26 |
| 1.2.8.5. | Teoría del Aprendizaje Social Rotter..... | 28 |
| 2. | Regulación Emocional..... | 31 |
| 2.1. | Afrontamiento (Coping) y Regulación Emocional | 32 |
| 2.2. | Autoeficacia y Regulación Emocional | 35 |
| 2.3. | Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo | 36 |
| IV. | HIPÓTESIS DE TRABAJO | 39 |
| V. | OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN..... | 40 |
| VI. | MARCO METODOLOGICO | 42 |
| 1. | Metodología | 42 |
| 2. | Universo y Muestra | 43 |
| 2.1. | Muestra | 43 |
| 3. | Instrumentos de Medición | 45 |
| 3.1. | Escala de Actitudes hacia los sentimientos, NMR..... | 45 |
| 3.2. | Inventario de Depresión de Beck, segunda versión | 45 |
| 3.3. | Datos Demográficos | 46 |
| 3.4. | Escala para medir el nivel socioeconómico (ESOMAR)..... | 46 |
| 4. | Procedimiento de Recolección de la Información..... | 47 |
| 4.1. | Grupo Clínico | 47 |
| 4.2. | Grupo Control | 48 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3. Análisis Estadístico | 49 |
| VII. RESULTADOS..... | 51 |
| 1. Características Generales | 51 |
| 1.1. Puntuaciones NMRE y BDI-II | 51 |
| 1.2. Características Demográficas | 52 |
| 1.3. Características del Grupo Clínico..... | 54 |
| 2. Correlación entre las Expectativas de NMR y el BDI-II | 56 |
| 3. Comparación de los Grupos en NMRE y BDI-II..... | 56 |
| 3.1. Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo (NMR)..... | 56 |
| 3.2. Sintomatología Depresiva (BDI-II)..... | 57 |
| 4. Comportamiento de las variables NMRE y BDI-II en las dos etapas | 57 |
| 4.1. Grupo Control | 57 |
| 4.2. Grupo clínico..... | 58 |
| 5. Relación de altas y bajas expectativas de NMR con sintomatología depresiva | 59 |
| VIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN | 61 |
| 1. Principales conclusiones del estudio..... | 61 |
| 2. Fortalezas y limitaciones | 64 |
| 2.1 Fortalezas | 64 |
| 2.2. Limitaciones | 65 |
| 3. Implicancias para futuras investigaciones..... | 66 |
| 4. Implicancias para la práctica clínica..... | 67 |
| IX. BIBLIOGRAFÍA | 69 |
| ANEXOS | 78 |

I. RESUMEN

Basándose en la teoría del aprendizaje social de Rotter (1954), se ha definido las expectativas de regulación del ánimo negativo (negative mood regulation expectancies, NMRE) como, las creencias que tienen los individuos de que cuando experimentan un estado de ánimo negativo, pueden hacer algo por sí mismos para sentirse mejor. Los hallazgos muestran que las NMRE se correlacionan negativamente con depresión y sugieren que la presencia de bajas NMRE, predice la presencia de trastornos mentales y empeora su pronóstico. Los principales estudios se han hecho en población adulta y existen pocos estudios en adolescencia. Por otro lado, la depresión en la adolescencia es un trastorno poco estudiado y que requiere más estudios en Chile. Además, por las características propias del desarrollo y consecuencias graves de la patología, es de difícil manejo. Es así como, surge la pregunta: ¿Cómo se relacionan las NMRE en adolescentes chilenos y la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica?

Se utilizó una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y correlacional, diseño no experimental y longitudinal. Participan 60 adolescentes entre 14 y 17 años, divididos en un grupo clínico, que ingresan a tratamiento por depresión y un grupo control no clínico. Se equiparó ambos grupos por género, edad y nivel socioeconómico. Se aplicó la Escala de Actitudes hacia los Sentimientos (NMR) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), en dos etapas, la segunda al cabo de 10 semanas.

Los resultados señalan, que las NMRE se correlacionan negativamente con la sintomatología depresiva en población adolescente. El grupo clínico presentó puntajes más bajos en las NMRE y más altos en el BDI-II que el grupo control. El grupo control se mantuvo estable en las NMRE en ambas etapas y disminuyó el puntaje del BDI-II en el segundo período. En el grupo clínico, aumentaron los puntajes del NMRE y en el BDI-II bajaron en la segunda etapa. De este grupo, quienes presentaron más bajas NMRE tuvieron peor pronóstico de depresión.

Como principales conclusiones, las NMRE se correlacionan negativa y significativamente con depresión en población adolescente, las NMRE son un indicador importante para el pronóstico de depresión. La escala NMR es un instrumento útil para la práctica clínica en el abordaje de la depresión en adolescentes.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno frecuente en todo el mundo, de alta prevalencia, de curso crónico, de graves consecuencias, que conlleva a un alto costo individual, familiar y social (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nelson, 1996; Brent, Perper, Goldstein, Kolko, Allan, Allman & Zelenak, 1988; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1994).

El estudio de esta patología en la adolescencia ha cobrado gran relevancia en las últimas dos décadas, especialmente por su relación con el suicidio (Cumsille y Martínez, 1997). La depresión en la adolescencia, está asociada a problemas de comportamiento, bajo rendimiento escolar, conductas de alto riesgo, consumo de alcohol y drogas, conflictos interpersonales y enfermedades físicas (Martínez, Rojas y Fritsch, 2008).

Es en la adolescencia cuando esta enfermedad comienza a aparecer con mayor frecuencia. En países desarrollados, la prevalencia en depresión en la adolescencia, se ha estimado entre un 4% y 8%, alrededor del 10% de los jóvenes a los 16 años ha presentado al menos un episodio depresivo y el 20% a los 18 años (Martínez y cols., 2008). En Chile, un estudio de estudiantes de enseñanza media de Santiago que midió los síntomas depresivos, a través de, una versión modificada del inventario Beck de depresión, encontró que un 32,2% se ubicaba en la categoría de depresión (Cumsille y Martínez, 1997), y en la encuesta mundial de salud escolar, donde Chile participó con estudiantes de 13 a 15 años, de las regiones I, V, VIII y Región Metropolitana (RM), el 20% en el último año había considerado un intento de suicidio seriamente, encontrándose porcentajes más altos en mujeres que en hombres, y en comparación con otros países, Chile es el que lidera en esta materia, siendo la RM la que presenta más casos (MINSAL, OMS, OPS, CCPEA, 2005). En un reciente estudio epidemiológico se encontró que en Santiago de Chile, la prevalencia del último año de depresión asociada a discapacidad social para los adolescentes de entre 12 y 18 años fue de 7,8% (Vicente, Saldivia, Rioseco, De la Barra y Melipillán, 2009). Este mismo

estudio encontró que existe una gran brecha entre la población infantil y adolescente que tiene algún trastorno de salud mental y quienes finalmente reciben atención asistencial (Vicente y cols. 2009). Los adolescentes tienden a consultar poco en los servicios de atención en salud por causas de morbilidad general y consultan aún menos por problemas de salud mental. Por otro lado, los adolescentes que tienen depresión, una vez que consultan, muchas veces no reciben el diagnóstico y/o el tratamiento adecuado. Esto ocurre a pesar de que existen tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos con eficacia demostrada para la depresión en la adolescencia y que en Chile para las personas de 15 y más años existe el acceso garantizado por ley a recibirlo (MINSAL, 2006). También hay que considerar que estos tratamientos en adolescentes no han estado exentos de controversias, principalmente en lo que se refiere al uso de medicamentos antidepresivos (Whittington, Kendall, Fonagy, Cottrell, Cotgrove & Boddington, 2004). Por lo tanto, si bien es importante que haya más investigación en el tratamiento de la depresión en los adolescentes, es de gran relevancia la investigación en la manera de poder prevenirla (Martínez y cols., 2008).

Por otro lado, quienes presentan esta patología tienen, entre otros síntomas, una visión de sí mismos y de la realidad negativa, percepción que no está solamente determinada por los estímulos recibidos a través de los sentidos, sino que el individuo selecciona la información que es coherente con sus expectativas, las procesa e integra (Kirsch, 1985, 1999), por lo tanto, estas tienen un importante impacto en la percepción de las experiencias (Bar, 2007; Bruner, 1957; Kirsch, 1999), y en el ánimo (Geers & Lassiter, 1999; Olavsov & Jackson, 1987; Wilson, Lisle, Kraft, & Wetzel, 1989). Así como, los resultados de otros estudios sugieren que las intervenciones y los tratamientos para controlar la depresión se beneficiarían al considerar las expectativas de regulación del ánimo de los pacientes (Catanzaro & Greenwood, 1994). Además, indicaron que las expectativas tienen un impacto directo sobre el estado de ánimo disfórico y son el mejor factor predictivo de disforia. También, en un estudio longitudinal, se demostró la validez incremental de la NMRE como los mecanismos específicos implicados en el mantenimiento del estado de ánimo depresivo (Davis, Andresen, Trosko, Massman & Lovejoy, 2005). Los autores recomiendan que los

terapeutas se centren en aumentar las expectativas de regulación del ánimo en los pacientes, como una forma de mejorar su manera de enfrentar las experiencias negativas (Kirsch, Mearns, & Catanzaro, 1990).

A través, de la teoría del aprendizaje social Rotter (1954), se han definido las expectativas de regulación del ánimo negativo (negative mood regulation expectancies, NMRE), como las creencias que tienen los individuos de que cuando experimentan un estado de ánimo displacentero, pueden hacer algo por sí mismos para sentirse mejor. Las NMRE tienen importancia tanto en la etiología como en la terapia de diferentes y variados trastornos mentales (Catanzaro & Mearns, 1990). Las expectativas son relevantes para la elección eficaz de estrategias de regulación emocional del individuo, tiene un efecto de auto-confirmación (Kirsch, 1985, 1999). Cuando hay altas expectativas de la propia regulación de emociones negativas, las estrategias de regulación emocional utilizadas son más eficaces, en comparación a cuando las expectativas son bajas. Es decir, las personas que tienen altas expectativas de que podrán regular adecuadamente emociones negativas, logran confianza en sí mismos, ya que efectivamente aplican estrategias de regulación emocional que logran ser eficaces y confirman su auto-eficacia. Por otro lado, las personas que tienen bajas expectativas de que podrán regular adecuadamente emociones negativas, no seleccionan estrategias de regulación emocional adecuadas y efectivas, de esta manera confirman su sensación de ineficacia (Catanzaro & Mearns, 1990).

En la adolescencia, a nivel internacional, se han realizado estudios respecto de las expectativas de regulación del ánimo negativo con relación al consumo de alcohol, no así con relación a la depresión directamente. Sólo un estudio con población infantil, entre 9 y 14 años de edad, analizaron la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo y los síntomas depresivos, en el cual utilizaron la escala NMR adaptada para niños (NMR-Y) para medir las expectativas de regulación del ánimo negativo, y la CDI para medir los síntomas depresivos. Los resultados dan cuenta de alta correlación entre las expectativas de regulación emocional negativa y los síntomas depresivos de los niños (Catanzaro, Laurent, Mearns, & Krogen, 1995).

Las expectativas de regulación del ánimo negativo, tal como se ha descrito anteriormente, ha sido estudiada en distintos grupos etéreos y correlacionada en variados trastornos psiquiátricos, sin embargo, en la adolescencia se detecta un vacío en esta área temática, que la presente investigación logró superar. Además, considerando que la depresión ha sido poco estudiada en la adolescencia y el presente estudio no pretendió validar ningún tipo tratamiento terapéutico, se decidió a través de un grupo de adolescentes sin depresión, aumentar la validez incremental del estudio, y con ello se obtuvo mayor cantidad de información para el análisis. Las muestras fueron equipadas por género, edad y nivel socioeconómico, se lograron resultados concluyentes. Además, se aplicaron los instrumentos BDI-II y la escala NMR en dos etapas, la segunda al cabo de 10 semanas, tal como se ha utilizado en estudios internacionales (Kassel, Bornovalova, & Mehta, 2006). Así se observó el comportamiento de las expectativas de NMR y depresión en ambos períodos y luego se compararon, lo que entregó información enriquecedora respecto de la relación de las expectativas de NMR y depresión, la importancia del uso de la escala NMR en la práctica clínica y además muestra que las bajas expectativas de regulación del ánimo negativo son un indicador de peor pronóstico de la depresión en adolescentes. De esta manera, este trabajo de tesis tuvo por objetivo, describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica.

Esta investigación es un gran aporte para la psicología clínica infanto juvenil, principalmente para la psicoterapia, porque sus resultados demostraron que las expectativas de NMR se correlacionan negativa y significativamente con la sintomatología depresiva en la adolescencia, lo que las constituye un factor importante a considerar en el abordaje y pronóstico de la depresión.

Asimismo, la escala de las expectativas de regulación del ánimo negativo (NMR) ha sido ampliamente utilizada, prestando gran utilidad para estudios en población general y población consultante de adultos, en las áreas de depresión, ansiedad, estrés, abuso de alcohol, trastornos alimentarios y suicidio (Catanzaro & Mearns, 1990). Sin embargo,

ha sido escasamente aplicada en la adolescencia. Por lo tanto, otro gran aporte, como instrumento psicométrico confiable, en la medición de las expectativas de regulación del ánimo negativo y por su alta correlación con depresión en adolescentes, detectar aquellos que presenten bajas expectativas puede ser una forma de tratar la depresión de manera oportuna y buscar estrategias para la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, la presente tesis contribuye a la comunidad científica, principalmente porque en Chile, hay escasas investigaciones en depresión con población adolescente y no hay en relación a las expectativas de regulación del ánimo negativo, considerando la importancia que reviste en el pronóstico de las enfermedades de la salud mental, de acuerdo a estudios internacionales mencionados anteriormente. Por lo tanto, los resultados del presente estudio aportarán una información enriquecedora para futuras investigaciones.

Por lo anteriormente planteado, la pregunta de investigación que guía esta tesis es: ¿Cómo se relacionan las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes chilenos y la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica?

III. MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta el marco teórico en el cual se basa la presente investigación. Este capítulo se divide en dos partes, la primera entrega una visión comprensible respecto de la depresión en la adolescencia, destacando las características propias del desarrollo en esta etapa, además de los distintos enfoques teóricos respecto de la depresión. Posteriormente, se plantea la teoría del aprendizaje social de Rotter, perspectiva que guía esta tesis. Finalmente, se presenta la conceptualización e investigaciones desarrolladas de las expectativas del ánimo negativo.

1. Depresión en la Adolescencia

1.1. Adolescencia

La adolescencia es definida como una crisis normativa, una fase normal con mayor cantidad de conflictos, caracterizada por una fluctuación aparente en lo que respecta a la fuerza del yo, así como por un elevado potencial de crecimiento. Un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que el individuo debe afrontar una gran cantidad de cambios y desafíos evolutivos (Erikson, 1974). El adolescente se enfrenta a la definición de su identidad; a cambios cognitivos como el pensamiento abstracto; al desarrollo de un sistema de valores propio; sumado a esto el anhelo de una mayor independencia del contexto familiar, otorgando al mismo tiempo un papel cada vez más preponderante al grupo de pares (Musitu y Cava, 2003).

En la etapa temprana de la adolescencia (10 – 14 años), el joven se enfrenta a cambios biológicos muy marcados (crecimiento vello púbico, del tronco, desarrollo de mamas y testículos, ensanchamiento de espalda, poluciones nocturnas y menarquia, entre otros.)

Estos cambios corporales apresuran la ansiedad transitoria de lo que viene, el nuevo rol. La nueva corporalidad, le obliga a abandonar las identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones conductuales. Las relaciones sociales, en esta subetapa se vuelcan hacia las personas del mismo sexo, comenzando la identificación con los pares. No debemos olvidar que estos cambios, le llevan a tomar riesgos y a satisfacer necesidades, a elaborar respuestas tanto individuales y sociales. Obligando a desarrollar todo su potencial y también a reconocer las debilidades propias y de la sociedad (Iribarne, 2003 y Krauskopf, 2000).

Asimismo, en la adolescencia media (14 – 16 años), procura explorar las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional y social. Hay una búsqueda de afirmación personal y social, las relaciones sociales se vuelcan hacia los grupos, las amistades del mismo sexo cumplen un rol de espejo, y junto a las relaciones sentimentales se vuelven indispensables para ampliar las experiencias y potenciar la identidad. Además cada uno de los miembros de un grupo se ve comprometido con la identidad grupal, lo cual le sirve para diferenciarse de su grupo familiar (Iribarne, 2003 y Krauskopf, 2000).

Con el desarrollo intelectual, como la simbolización, la generalización y la abstracción introduce visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. Se observa el mundo con perspectiva y se puede reflexionar respecto de él y de sí mismo. Esta nueva capacidad se transforma en una condición de posibilidad para la identidad, ya que obliga al adolescente a observar hacia el horizonte, y darse cuenta de que su visión de realidad ha estado marcada por los ojos de su figuras parentales, en este procesamiento se desilusiona de las figuras significativas, importante para el proceso de individuación, diferenciación y fortalecimiento de la autonomía. Por lo tanto, su grupo de pares se vuelve principal en la confirmación de sus propias construcciones del mundo y su comportamiento. El grupo se transforma en el poder central constitutivo de la identidad (Krauskopf, 2000).

Finalmente, en la adolescencia tardía (16 – 19 años) hay una búsqueda por la intimidad, autonomía e inserción social. En este período se espera que los y las

adolescentes hayan evolucionado desde una atribución externa a una atribución interna respecto de los acontecimientos que les afectan. Es decir, identificando y reconociendo sus propias representaciones, significados, atribuyendo lo que le ocurre a circunstancias internas, llevándolo a nuevas formas de resolver y a la toma de decisiones propias. Comienzan a alejarse de los grupos y a formar relaciones íntimas más profundas, con identidades diferenciadas. Buscando en qué se desarrollarán, en un rol en el cual se sientan reconocidos por sí mismos y la sociedad. La búsqueda de pertenencia y sentido de vida los mueve en esta etapa. Es fundamental hacer coincidir los elementos de la identidad asumidos con acciones concordantes e instrumentos que permitan consolidar esos roles de manera satisfactoria. La familia cumple un rol fundamental cuando hay una buena relación afectiva, ya que sirve de trampolín para pasar a una sociedad más amplia (Iribarne, 2003 y Krauskopf, 2000).

Desde décadas, la adolescencia ha sido vista y conceptualizada en la sociedad como un periodo de innumerables problemas y tensiones, de confusión normativa, muchas veces estresante, y con variadas oscilaciones emocionales y oposicionismo (Musitu y Cava, 2003). Sin embargo, en el período posmoderno esta concepción ha ido cambiando, mostrando a la adolescencia como un periodo de evolución, en proceso de cambios y transformaciones, que permite enriquecerse progresivamente en lo personal en interacción con el entorno (Krauskopf, 2000). Desde esta mirada, los adolescentes contribuyen positivamente a su propio desarrollo y a la sociedad.

No obstante, el hecho de que la adolescencia ya no sea vista como una etapa conflictiva, rebelde y desajustada socialmente, no significa que no sea una etapa compleja (Arnett, 1999). Hay tres elementos que caracterizan este período como especialmente difícil tanto para el adolescente como para las personas que forman parte de su entorno: el conflicto con los padres; un comportamiento de riesgo (transgresión de normas, consumo de alcohol y drogas, promiscuidad, entre otras) y alteraciones del estado de ánimo (experimentan estados de ánimo extremos y sufren episodios más frecuentes de estado de ánimo depresivo) (Arnett, 1999).

Se debe partir de la base que es imposible dar por terminada la adolescencia sin momentos depresivos, siendo este un momento normal madurativo, de introspección y reflexión que realiza el adolescente durante el proceso que finalizará con la adultez. En cambio, el síndrome depresivo en la adolescencia es una enfermedad que se caracteriza por la tristeza, irritabilidad, ansiedad y aburrimiento, siendo semejante a la del adulto en la infelicidad, la dificultad de aprender, trabajar y estudiar, sumada a los signos neurovegetativos (Wagner, 2007).

Características de la depresión en la adolescencia y sus diferencias de género se discutirán en el apartado siguiente.

1.2. Depresión

A continuación se describen las definiciones que se han construido de la depresión. Para el presente estudio se utilizó la definición y clasificación del CIE-10 (ver anexo 1), que es la norma utilizada en la práctica clínica en niños y adolescentes.

1.2.1 Definición

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que finaliza en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos (MINSAL, 2006).

La depresión se puede presentar a cualquier edad. En los niños y adolescentes está modulado por el desarrollo evolutivo en el cual se encuentran, pudiendo expresarse en

diferentes conductas disfuncionales, afectando el desarrollo normal del individuo (García, 2003).

Existe controversia en la literatura psiquiátrica infantil respecto a una definición única de depresión en la infancia y adolescencia. Montenegro (2000) da cuenta de otras definiciones que se han construido del concepto:

1.- Un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional en reacción a un evento o situación displacentera, cuando este es habitualmente considerado como causa de tal respuesta emocional (ej. Pérdidas o fracasos).

2.- Un rasgo de personalidad, estado continuo relativamente estable de incapacidad de obtener placer de un individuo, como un síntoma individual refiriéndose a un estado patológico de humor bajo o triste.

3.- Un Síndrome que se considera desviado de algún estándar de normalidad. Tal trastorno depresivo puede ocurrir sólo o en el marco de otra patología.

4.- Una enfermedad, esta situación es una forma especial de la definición del trastorno y se refiere a aquellos casos en que el trastorno es relativamente bien definido, se acompaña de ciertas correlaciones psicopatológicas, una clara base genética y etiológica, una patología física, un pronóstico particular o una respuesta específica a tratamientos.

5.- Por último, en depresión se deberá distinguir entre síndrome y trastorno que son causantes de incapacidad. Estas distinciones no son excluyentes, pero permiten diferenciar estados de ánimo normales de aquellos que no lo son.

Por otra parte, la OMS define depresión como un desorden afectivo y lo clasifica en el CIE-10 de acuerdo a la presentación y permanencia de los síntomas (OMS, 1992). Cabe señalar, que este trastorno está incorporado actualmente en la garantía de salud mental en Chile (MINSAL, 2006). A continuación sólo se presenta la definición de Episodio y Trastorno depresivo, según CIE-10, la clasificación y criterios para el diagnóstico se encuentran en anexo 1.

Episodio depresivo y Trastorno depresivo recurrente (según CIE-10)

En los episodios leves (F32.0), moderados (F32.1) o graves (F32.2 y F32.3) se presenta decaimiento del ánimo; reducción de la energía y disminución de la actividad. Además se presenta un deterioro de la capacidad de disfrutar (anhedonia) y una perspectiva sombría del futuro. Habitualmente el sueño está perturbado, hay disminución del apetito. Casi siempre hay sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza en sí mismo. El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de síntomas tales como insomnio de despertar precoz; empeoramiento matinal de los síntomas; retraso psicomotor; pérdida del apetito, peso y de la libido; pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. La severidad de la depresión va a depender del número de síntomas y de la severidad de ellos. El trastorno depresivo recurrente presenta similar sintomatología pero la persona ha experimentado al menos un episodio previo. El diagnóstico es clínico y debe hacerse en entrevista que utilice criterios diagnósticos para Episodio depresivo.

1.2.2 Prevalencia e Investigaciones y Teorías Explicativas de Depresión en la Adolescencia

En países desarrollados, la prevalencia en depresión mayor, en niños es del 2% y en adolescentes de un 4%, la diferencia por sexos no es significativa antes de la pubertad y en la adolescencia existiría una relación de 1:2 entre hombres y mujeres. La distimia presenta una prevalencia de un 0,6% a 1,7% en niños y entre un 1,6% a 8% en adolescentes (García, 2003), alrededor del 10% de los jóvenes a los 16 años ha presentado al menos un episodio depresivo y el 20% a los 18 años (Martínez y cols., 2008).

En Chile, un estudio de estudiantes de enseñanza media de Santiago, encontró que un 32,2% de la muestra (37% en niñas y 26% de los varones), se ubicaba en la categoría

de depresión (Cumsille y Martínez, 1997), y en la encuesta mundial de salud escolar, en la que participaron 50 países, y que en Chile fue realizada en alumnos de 7° básico a 1° medio (13 a 15 años) , pertenecientes a cuatro Regiones del país (I, V, VIII y RM), se encontró que alrededor del 20% en el último año había considerado un intento de suicidio seriamente, síntoma grave de depresión, encontrándose porcentajes más altos en mujeres que en hombres, y en comparación con otros países, Chile es el que lidera en esta materia, siendo la RM la que presenta más casos (MINSAL, OMS, OPS, CCPEA, 2005).

Los síntomas depresivos característicos de la adolescencia son la tristeza, la irritabilidad, la ansiedad y el aburrimiento, acompañados por una actitud negativa frente al estudio, baja autoestima, desesperanza, desvalorización y pérdida de la capacidad de sentir placer e interés por lo que hace. Los clásicos síntomas de la depresión en adultos, como hipersomnia, comer a todo momento, la necesidad de ingerir dulces o el aumento de peso, se presentan con menor frecuencia en los adolescentes. Se observa más bien en esta etapa, una disminución del rendimiento escolar, un marcado incremento en los conflictos, baja tolerancia a la frustración y aumento de conductas disruptivas (oposicionismo, uso de alcohol y drogas, agresividad y baja disposición a conversar de sus actitudes). Con frecuencia el hombre es extrovertido y la mujer presenta conductas de auto daño y humillación (Wagner, 2007).

Los desórdenes que más se relacionan con los síntomas depresivos son la ansiedad, los trastornos de alimentación y el de conducta, enfermedades psiquiátricas de los familiares más próximos y conflictos en la relación de los padres. La ansiedad puede ser el comienzo de manifestaciones depresivas que pueden llevar al suicidio (Wagner, 2007). El adolescente depresivo se muestra irritable, lo que se observa más comúnmente en el hogar; aburrido, lo que está más relacionado con sentimientos de apatía, infelicidad e indiferencia; es más lábil y proclive a los cambios. En el grupo de pares encabezan las consecuencias negativas e intensifican la confusión, además tienden a aislarse para controlar sus sentimientos (Wagner, 2007).

Sin embargo, no todos los adolescentes inician esta etapa con los mismos recursos personales y sociales, lo que hace la diferencia al momento de afrontar los cambios, enfrentar los conflictos y las variaciones en el estado de ánimo. En este sentido, uno de los principales recursos de que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social lo que influye directamente en estrategias de afrontamiento más efectivas (Musitu y Cava, 2003).

La sintomatología depresiva en los adolescentes se ha tornado una preocupación a nivel de gobierno, el Ministerio de Salud, a partir del año 2001, ha implementando una serie de medidas frente a esta patología, incorporando a partir del 1 de julio del 2006, el tratamiento de los trastornos depresivos como prioridad sanitaria y los ha ingresado en el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), considerando a los usuarios desde los 15 años, los cuales tienen el derecho de ser atendidos, a muy bajo costo, de manera integral en salud, previa confirmación diagnóstica (MINSAL, 2006).

Para lograr una mayor comprensión de la etiología de la depresión en el individuo, especialmente en la niñez y adolescencia, es que se describe el concepto desde las distintas teorías explicativas de la enfermedad.

1.2.3. Teorías antiguas

Los científicos que se han ocupado del origen de la depresión, atribuían los trastornos del humor a fuerzas sobrenaturales. Hipócrates refería que cuando los planetas se alineaban afectaba al bazo, el cual segregaba bilis negra lo que oscurecía el humor y causaba melancolía. A pesar de ello, muchos científicos antiguos ya hipotetizaban respecto de la influencia genética y el temperamento como factores de la etiología de la depresión. El científico Robert Burton instala en la época que la melancolía viene dada de padres melancólicos, e identificó factores ambientales como ritmos biológicos, dieta y alcohol en el origen de la depresión (Sadek & Nemeroff; 2000).

1.2.4. Teorías biológicas

En la década de los 60' en EEUU y Europa, los investigadores propusieron la amina biógenas de la depresión como hipótesis, es decir, la causa de la depresión se debía a la deficiencia de la catecolamina norepinefrina (NE), y/o la indolamina serotonina (5HT). Lo que significaba que las alteraciones bioquímicas de los sistemas estaban genéticamente determinadas, restándole toda influencia a lo ambiental. Al poco tiempo queda demostrado que los tratamientos farmacológicos en esta línea no son efectivos en el 40% de los pacientes con depresión mayor y distimia. Posteriormente las investigaciones y las limitaciones de la teoría amina biógenas dan paso a la búsqueda de nuevos modelos respecto de la etiología de la depresión (Sadek & Nemeroff; 2000)

1.2.5. Factores Genéticos

La evidencia revela que los hijos de padres con trastorno depresivo mayor, presentan alto riesgo de adquirir la enfermedad, o los familiares de primer grado de enfermos que presenten dicho trastorno. Estudios indican concordancia entre gemelos monocigotos de 23 y 67%, mientras que en los dicigotos es entre el 0,14 y 0,37%. Esta cifra altamente superada con el trastorno bipolar, llegando a un 50%, presentando mayor fuerza de asociación con antecedentes familiares de manía (Carrasco, Palancar y Ramirez; 2005). Esta cifra varía de acuerdo a los criterios diagnósticos utilizados en los estudios y a la selección de la muestra, pero dan cuenta de mayor riesgo de sufrir depresión en familiares directos. Sin embargo, los estudios no logran diferenciar el porcentaje de riesgo entre factores genéticos y ambientales (Silva, 2002).

1.2.6. Cambios Endocrinos

1.2.6.1. Eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal (HHA)

Las investigaciones en pacientes depresivos respecto de su funcionamiento endocrino han revelado anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). El hallazgo más consistente es un trastorno en la secreción de cortisol (Silva, 2002), considerada la hormona del estrés pues el organismo la fabrica ante situaciones de emergencia para ayudarnos a enfrentar los problemas, ya que lo mantiene alerta a través del sistema adrenérgico, sin embargo, cuando el cortisol es hipersecretado en forma crónica puede ser muy dañino para el organismo, debido a la variedad de enfermedades que gatilla su descontrol (Sadek & Nemeroff; 2000).

En el último tiempo, existe un marcado interés en el estudio de los mecanismos nucleares que intervienen en la regulación de los niveles de cortisol. El factor liberador de corticotrofina (CRF) es un péptido que contiene 41 aminoácidos, liberado por neuronas ubicadas en el núcleo paraventricular del hipotálamo. El CRF es transportado vía circulación portal hipotálamo pituitaria a la hipófisis anterior, en la cual estimula a las células productoras de la hormona adrenocorticotrofina (ACTH), la que circula periféricamente estimulando a la corteza suprarrenal para que libere glucocorticoides, principalmente cortisol. Los glucocorticoides retroalimentan negativamente a la hipófisis anterior, hipotálamo e hipocampo, a través de la estimulación de receptores de glucocorticoides. Es así como, la cantidad de corticoides es mantenida dentro de niveles normales (Sadek & Nemeroff, 2000 y Silva, 2002).

Las investigaciones sugieren que la perturbación hipotalámica primaria que consiste en un número aumentado de neuronas que contienen CRF en el núcleo paraventricular, el que se traduciría en una hipersecreción de CRF por el hipotálamo, es decir, aumento de cortisol. Asimismo, la resistencia a los glucocorticoides podría ser la deficiencia básica que lleva a una hipercortisolemia secundaria a la ausencia de la retroalimentación inhibitoria de los glucocorticoides en la hipófisis y el hipotálamo, lo que lleva a una

persistente secreción de cortisol. Alteraciones que contribuyen al surgimiento de sintomatología depresiva. Por otro lado, la hipercortisolemia, está asociada con neurotoxicidad y con una reducción de la neurogénesis en el hipocampo, estando su mal funcionamiento asociado a síntomas depresivos (Silva, 2002).

1.2.6.2. Eje Hipotálamo Hipófisis Tiroideo (HHT)

Varias de las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT) se encuentran en pacientes depresivos. Se produce un debilitamiento en el ritmo circadiano, baja del pic normal de secreción nocturna de la hormona estimulante de la tiroides (TSH). Se ha encontrado en estos pacientes un aumento en la concentración de hormona liberadora de tirotrófina (TRH) en el líquido cefalorraquídeo, lo que provoca una baja regulación de los receptores de TRH en las células tirotróficas de la hipófisis anterior, lo que explica el aplanamiento de la hormona estimulante de la tiroides. Esta conducta de TSH también es observada en pacientes dependientes de alcohol y maníacos (Sadek & Nemeroff; 2000 y Silva, 2002).

Se ha comprobado efectos antidepresivos agudos al administrar de manera directa TRH en el líquido cefalorraquídeo por inyección intratecal. Lo que permite concluir en pacientes deprimidos, que elevados niveles de TRH en el líquido cefalorraquídeo representa una reacción compensatoria más que una causa de la depresión (Sadek & Nemeroff; 2000).

1.2.7. Modelo de Estrés Diátesis de la Depresión

A través de investigaciones de laboratorio en animales y estudios clínicos se ha demostrado que el trauma vital temprano puede generar una hiperactividad a largo

plazo de los sistemas CRF y NE del Sistema Nervioso Central (SNC), provocando un alto daño neurotóxico en el hipocampo, disminuyendo su volumen. Debido a ello, se sensibiliza el circuito CRF llevando a una elevada o exagerada respuesta al estrés en la edad adulta, que a su vez es reforzada por eventos estresantes de la vida cotidiana, donde las vías de estrés sensibles se vuelven hiperactivas, alterando el CRF y la secreción de cortisol, generando cambios disfuncionales en los receptores de glucocorticoides, formando un círculo vicioso como base para el desarrollo de trastornos afectivos y ansiosos (Sadek & Nemeroff, 2000 y Silva, 2002).

De acuerdo a la marcada evidencia en la relación entre eventos vitales tempranos y la disposición de generar depresión mayor, Nemeroff propone el modelo de estrés diátesis para la depresión, en el cual explica que en algunos sujetos la depresión se produce por la interacción entre los genes de vulnerabilidad, de resistencia y los eventos vitales estresantes tempranos. Sin embargo, no todos los casos de depresión son explicables a partir de este modelo, por lo que hay que seguir investigando respecto de la etiología de esta enfermedad (Sadek & Nemeroff, 2000 y Silva, 2002).

1.2.8. Teorías Psicológicas

1.2.8.1. Teoría Psicoanalítica

En la segunda mitad del siglo XX se da paso a la teoría psicoanalítica enfatizó en el trauma vital temprano como factor esencial en el desarrollo de la psicopatología del adulto, aunque no descarta la disposición genética, le da más énfasis a la pérdida del objeto en el desarrollo de la depresión en el adulto (Sadek & Nemeroff, 2000)

La depresión tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, definido duelo como la reacción normal ante la pérdida real donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, provocando sentimientos de

abatimiento y tristeza (Rivero, 2007). Esta teoría hizo un aporte a la depresión infantil al individualizar la pérdida del objeto amado como origen de la pena y la melancolía.

Otra línea de pensamiento psicoanalítico plantea que la depresión surge por la discrepancia entre el yo ideal y el propio yo, lo que genera una baja autoestima (Montenegro, 2000).

Asimismo, Edward Bibring (en Rivero, 2007) se basa en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalidamiento e impotencia del yo. El autor plantea que la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yo tiene de su desvalidamiento. Las personas con depresión manifiestan las siguientes características:

- 1.- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- 2.- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- 3.- El deseo de ser bueno y amable.

Desde esta perspectiva, la depresión en la adolescencia se manifiesta en fluctuaciones inestables del estado de ánimo y de dependencia, mostrando un grado notable de dependencia no resuelta que plantean a sus padres o cuidadores, considerando que es una etapa en la cual predominan los rasgos pre-edípicos. Además, frecuentemente se desarrolla un vínculo de tipo dependiente y simbiótico con la madre, lo que hace difícil el proceso de diferenciación- individuación, generando una lucha y relación hostil con la familia y autoridades externas.

1.2.8.2. Teoría Cognitiva de Beck

La teoría cognitiva de Aaron Beck se apoya en la teoría de cómo interpretamos las experiencias de la vida. Beck asegura que las personas deprimidas tienen un pobre concepto de sí mismas, tienden a la autocrítica, a sentirse desgraciadas, a exagerar sus

problemas y generalmente albergan ideas suicidas. Concluye que los sujetos que sufren depresión presentan un trastorno básicamente del pensamiento: malas interpretaciones sobre sí mismo, exageración de los errores, se centra en lo negativo de las experiencias y observa el futuro con total pesimismo. Por lo tanto, tienden a pensar en forma concreta más que abstracta, contemplan la vida como “todo o nada”, desarrollan una sensación de falta de decisión y de esperanza que potencian su estado emocional negativo (Papalia y Wendkos, 1996).

Esta teoría postula que la organización cognitiva sería un factor clave en la predisposición y desencadenamiento de la depresión, una pérdida percibida como real actuaría como desencadenante, activando un esquema latente, el cual se perpetúa mediante procesamiento distorsionado de la información, llevando a conclusiones falsas respecto de sí mismo, del entorno y de los síntomas (Beck, 1979. En Ruiz y Cano, 1992).

Beck no atribuye a la organización cognitiva un valor causal único, además considera factores genéticos, orgánicos y ambientales. Las construcciones negativas en base a distorsiones cognitivas serían el primer eslabón en la cadena sintomática, primando sobre otras áreas. El componente cognitivo es el mediador de las respuestas emocionales y conductuales. En base a este modelo, la psicoterapia se orienta a modificar el paradigma personal de la persona, ajustándolo a la realidad, debilitando sus construcciones negativas sustentadas en distorsiones del procesamiento de información (Beck, 1979. En Ruiz y Cano, 1992).

El modelo cognitivo de Beck, postula tres conceptos centrales: la tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y experiencias de manera arbitraria y negativa. Los esquemas cognitivos son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad con que se interpreta un determinado conjunto de situaciones. Regulan y anticipan la conducta, y orientan el procesamiento de información. Por último, los errores cognitivos mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos como por ejemplo: Inferencia

arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico, entre otros (Beck, 1979. En Ruiz y Cano, 1992).

1.2.8.3. Teoría del Desamparo Aprendido de Seligman

Este autor plantea que la falta de convicción en la propia eficiencia es el núcleo de la teoría de la indefensión o desamparo aprendido lo que daría paso a la depresión. En otras palabras, la aparente irresolutividad del problema, la certeza de que nada de lo que la persona pueda hacer, podrá superar el terrible golpe que ha traído tal sufrimiento, es lo que desencadenaría esta enfermedad (Papalia y Wendkos, 1996).

Para Seligman, la desesperanza es el origen de la cognición depresógena. Además el mismo autor junto a Miller argumentan esta teoría afirmando que “los síntomas que ocurren naturalmente en la depresión y en la desesperanza aprendida inducida en el laboratorio, son similares (...), el aprendizaje de que el reforzamiento y la respuesta son independientes, es básico en los síntomas y etiología de la desesperanza aprendida y de la depresión” (Espejo, 1984).

Desde este enfoque, la depresión sería el resultado de la expectativa individual ante la ocurrencia de eventos negativos, sobre los cuales la persona carece de control. Para entender de mejor manera esta teoría, es importante analizar como conceptos claves: el desamparo aprendido y el estilo explicativo, los cuales se relacionan entre sí. El desamparo aprendido, se refiere a la reacción a darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad, a no responder, como consecuencia de tener la creencia de que cualquier cosa que hagamos, ya sea en ese momento o posteriormente, carecerá de toda importancia. El estilo explicativo es la forma que, por lo general elegimos para explicarnos a nosotros mismos por qué suceden las cosas que nos pasan (Ruiz, 2006).

El estilo explicativo es el gran modulador del desamparo aprendido según Seligman. Es así como, un estilo explicativo optimista bloquearía la experiencia de desamparo; de modo inverso, un estilo explicativo pesimista permitiría que la misma experiencia de desamparo que la persona experimenta, permanezca, avance, se agrande y se propague a otras situaciones de su vida. Es decir, “las palabras, la intensidad y el tiempo de la experiencia de desamparo, como también los espacios en que se disemine, dependerán de la forma como uno elige explicarse las cosas que le suceden” (Ruiz, 2006).

1.2.8.4. Enfoque Procesal Sistémico de Vittorio Guidano

Este es un modelo dinámico del desarrollo de la personalidad, entendida como un sistema complejo, con la posibilidad de evolucionar hacia niveles crecientes de complejidad interna y de referir a sí misma la experiencia percibida. Este enfoque tiene una concepción evolutiva de la personalidad, centrada en la construcción y la mantención de un significado personal específico (Nardi, 2006).

Desde esta mirada, la depresión se produce en aquellas personas cuyas principales características de su organización de personalidad son una notable tendencia a responder a los eventos, incluso mínimamente discrepantes de la vida cotidiana, por un lado, en la forma de desamparo, tristeza y por otro, de rabia, como resultado de una construcción de estos eventos en términos de pérdida, rechazos, fracasos y decepciones, que la lleva a percibir y explicarse el mundo con una imagen de sí mismo globalmente negativa, como alguien no querible (Ruiz, 2006).

En estos individuos el rol que adquieren las experiencias de pérdida se pueden rastrear en la etapa del desarrollo evolutivo especialmente en la primera infancia, así van construyendo su realidad en base a contenidos emotivos dolorosos. En ese período se estabilizan en el niño un conjunto de escenas nucleares cargadas de afecto, conectadas con eventos de pérdida afectiva real o imaginaria con las figuras parentales,

experiencias que son recurrentes y se mantienen durante toda la vida y van construyendo su organización de significado personal (Ruiz, 2006).

Durante la adolescencia y juventud, pueden ir integrándose estas experiencias con una actitud más compleja, es decir, compulsiva de autosuficiencia, que abstractamente se empeña en mantener la propia imagen seleccionada dentro de niveles aceptables de auto-estima. “Es la unidad organizacional del dominio emocional individual el que permite cambios integrativos en la articulación de los procesos de significados personales dentro de la misma continuidad funcional” (Guidano, 1987). El hecho de que la realidad experimentada sea significativa y se ordene en experiencia personal, sólo si se une continuamente con el experimentar de pérdida, representaría el cierre organizacional que subyace la coherencia sistémica de una Organización de Significado Personal (O.S.P.) depresiva (Guidano, 1987).

El concepto de Organización de Significado Personal, es el proceso ordenador a través del cual el individuo busca dar coherencia y continuidad a sus experiencias de vida. Como características principales son: su constitución dentro del desarrollo histórico-evolutivo de los sujetos y su plasticidad, específicamente, su habilidad para sobrellevar cambios durante la vida y aún continuar manteniendo un sentido estable de unicidad y continuidad histórica (sentido de sí mismo). Así, una O.S.P. sería la organización de los procesos de conocimiento, entre experimentar y explicar, que emergen gradualmente en el curso del proceso individual (Guidano, 1994).

Guidano (1994) planteó cuatro organizaciones de significado personal: Depresiva, Fóbica, la Obsesiva y la de los Desordenes Alimenticios Psicogénicos. El autor también presenta la posibilidad de la existencia de otras O.S.P., que serían subdivisiones de las antes mencionadas.

En todas las O.S.P. y en todos los sujetos, son ciertas características en los patrones de vinculación temprana los que originan un camino de desarrollo específico, que a su vez estructuran, en el curso de las etapas de maduración, categorías básicas de significado personal repetitivas y que permiten a los sujetos organizar la realidad con sentido de continuidad y estructurarla entorno a una percepción activa del sí mismo y el

mundo (Guidano, 1994). De acuerdo a este punto, en la adolescencia y edad adulta, los individuos con distintas O.S.P. podrían presentar un episodio o trastorno del ánimo depresivo, sin embargo, la manera de resolverlo o enfrentarlo, va a depender de su propia O.S.P.

En conclusión, de acuerdo a lo revisado en este apartado, la depresión en la adolescencia es un trastorno más común de lo que se cree y es multifactorial con un total compromiso familiar, afectando cada vez a más jóvenes (Wagner, 2007). El examen superficial del adolescente puede llevar a errores diagnósticos con graves consecuencias, por lo tanto, el conocer esta enfermedad, sus consecuencias, modos de comportamiento en la adolescencia, nos permite aportar al tratamiento y a la prevención de la misma. De esta manera, la presente tesis pretende estudiar un factor importante relacionado con esta la patología, las expectativas de regulación del ánimo negativo en la adolescencia, ya que según Catanzaro (1997) es categorizada como una variable que refleja la personalidad perdurable, es decir, "las creencias socialmente adquiridas en relación con la capacidad para resolver o aliviar un estado de ánimo negativo". El concepto de expectativas de regulación del ánimo negativo lo analizaremos más adelante, se basa en la teoría del aprendizaje social que se presenta a continuación.

1.2.8.5. Teoría del Aprendizaje Social Rotter

Rotter (1954) desarrolló su teoría de aprendizaje social cuando la hegemonía de la psicología clínica estaba en manos de la perspectiva psicoanalítica, se separó del psicoanálisis y se centró en la idea de que una teoría psicológica debe tener un principio de motivación psicológica, para ello eligió la ley empírica del efecto. Esta ley plantea que las personas deben estar motivadas para buscar estimulación positiva, o de refuerzo, y así evitar la estimulación desagradable.

Rotter (1954) se basó en el conductismo y en el estudio de la personalidad para fundamentar su teoría del aprendizaje social. La idea principal de su teoría es que la

personalidad representa una interacción del individuo con su entorno, no se puede hablar de una personalidad interna del individuo independiente de su ambiente. Describe la personalidad como un conjunto de potenciales, relativamente estables, para responder a situaciones de una manera particular. Refiere que no existe un periodo crítico tras el cual se establece la personalidad, sino más bien, a través de la experiencia de vida el individuo construye su sistema de creencias, base de la personalidad.

Asimismo, no se puede pensar en el comportamiento como una respuesta automática a un conjunto de estímulos ambientales. Más bien, para comprender el comportamiento hay que tomar en cuenta tanto los aspectos internos como los externos del individuo. De esta manera, el cambio en las personas siempre es posible, es decir, al cambiar los pensamientos del individuo o el medio ambiente en el que se desarrolla, cambiaría también su comportamiento (Rotter, 1954).

Rotter (1954) presenta cuatro dimensiones de su modelo del aprendizaje social que predice la conducta. Estos son: comportamiento potencial, la expectativa, el valor de refuerzo y la situación psicológica, cada uno se define a continuación:

Comportamiento potencial: es la probabilidad de involucrarse en un comportamiento particular en una situación específica. En cualquier situación dada, hay varios comportamientos posibles. Para cada posible comportamiento, hay un potencial de comportamiento. El individuo mostrará en su conducta el potencial más alto.

Expectativa: es la probabilidad subjetiva de que una determinada conducta conducirá a un resultado concreto, o reforzador. Tener expectativas bajas significa que el individuo cree que es poco probable que su comportamiento se traduzca en el resultado esperado. Las expectativas se forman sobre la base de la experiencia pasada. Cuanto más a menudo un comportamiento ha dado lugar al refuerzo en el pasado, la expectativa de la persona es mayor de que ese comportamiento logrará ese resultado.

Cabe señalar, que la expectativa es una probabilidad subjetiva. La expectativa irracional es una fuente común de patología. Puede que no exista relación alguna entre la evaluación subjetiva de la persona de la probabilidad real del refuerzo.

Valor del refuerzo. El refuerzo es otro nombre para los resultados de nuestro comportamiento. El valor del refuerzo se refiere a la conveniencia de estos resultados. Si la probabilidad de lograr el refuerzo es el mismo, vamos a manifestar el comportamiento con el mayor valor de refuerzo.

Al igual que con la expectativa, el valor del refuerzo es subjetivo, lo que significa que el mismo acontecimiento o experiencia pueden variar en conveniencia, en función de la experiencia de vida del individuo.

A partir de estos conceptos, Rotter (1954) construye un algoritmo o fórmula, que explica el comportamiento potencial del individuo, siendo una manera objetiva de predecir el comportamiento.

Fórmula Predictiva: **BP = f(E & RV)**, donde BP es el Comportamiento Potencial, E la Expectativa y RV el Refuerzo de valores.

Esta fórmula se puede entender como: el potencial de la conducta es una función de la expectativa y el valor del refuerzo. Es decir, la probabilidad de que una persona realice un comportamiento particular está directamente relacionado o en función de la probabilidad de que esa conducta conducirá a un resultado dado y la conveniencia del mismo.

En resumen, la teoría del aprendizaje social de Rotter propone que cualquier comportamiento es socialmente aprendido que puede ser explicado relacionando variables de personalidad psicosocial del sujeto con variables del medio ambiente social. Considerando que la motivación del sujeto a actuar de determinada manera está directamente relacionado con los resultados esperados de dicha conducta.

En una extensión de la teoría del aprendizaje social de Rotter, Kirsch (1985) concibe las expectativas de la respuesta a una conducta como una auto-confirmación de las creencias que el sujeto tiene respecto de su respuesta automática en una situación dada. Es decir, la expectativa a tener una reacción particular hace más probable que dicha reacción ocurra. Los hallazgos y análisis se describirán en detalle en el apartado de las expectativas de regulación del ánimo negativo, ya que el concepto y escala derivados de este concepto se han basado en esta teoría.

2. Regulación Emocional

Las emociones son el producto que surge de la acción de variados elementos constituyentes que las caracterizan como tales (Silva y Gempp, 1997). Los procesos subjetivos, experiencias internas, conductas expresivas y múltiples elementos han sido propuestos como ingredientes del afecto (Ortony & Turner, 1990; Scherer, 2000. En Silva y Gempp, 1997).

La regulación emocional es el proceso intrínseco y extrínseco responsable de la autoobservación, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y tiempo, con la finalidad de atender a determinados objetivos (Thompson, 1994). Además, incluye las estrategias dirigidas a suprimir, mantener o aumentar un estado emocional en curso (Gross, 1998). Así como los intentos de influir en las emociones que tenemos y cómo estas emociones se expresan (Gross & Muñoz, 1995).

La regulación emocional ha cobrado relevancia en la infancia estos últimos años, principalmente por su influencia en el desarrollo del individuo y en su funcionamiento social. Se han identificado factores endógenos, centrados en la maduración de las redes atencionales y como factores exógenos a los padres por guiar en el desarrollo de

regulación emocional a sus hijos. Las diferencias individuales parecen tener un origen temperamental (Lozano, González y Carranza, 2004).

Asimismo, evidencias recientes muestran que el proceso de regulación emocional como tal, depende de algún grado de diferenciación emocional previo, es decir, depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y poder diferenciarlos (Silva, 2005). Lo que se lograría, necesariamente, con algún grado de madurez cognitiva.

Por otro lado, la regulación emocional tiene una relación substancial con la salud mental en general (Gross & Muñoz, 1995) y con la Depresión en particular (Davidson & Sutton, 1995). Sin embargo, respecto a la etiología de los procesos asociados a la regulación emocional en cuadros psicopatológicos es desconocida, por lo que sigue siendo propuesta como una variable más dentro de una constelación de eventos y fenómenos desencadenantes (Silva y Gempp, 1997).

Sin embargo, en investigaciones desarrolladas por Gross y sus colegas, muestran como las estrategias de regulación emocional tienen consecuencias para la salud mental y física y, por lo tanto, podría ser por sí misma una causa de los trastornos psicológicos (Gross, 2002), lo que constituye un desafío para los investigadores.

A continuación se describirán algunas formas de regulación emocional.

2.1. Afrontamiento (Coping) y Regulación Emocional

El afrontamiento es un proceso complejo y multifactorial que responde a demandas ambientales y las disposiciones de personalidad. Hay formas adaptativas de afrontamiento que disminuyen el distress fisiológico y mejoran la respuesta corporal, como por ejemplo, minimizan las reacciones emocionales internas negativas y amplifican las positivas, así como también refuerzan la autoestima, aumentan las

recompensas y disminuyen los castigos o resuelven los problemas y mejoran el rendimiento y ajuste social (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

Como se señala anteriormente, hay distintas formas de afrontamiento, las cuales están orientadas a objetivos específicos, tales como: a) Regulación emocional o función emocional: disminuir la afectividad negativa y aumentar la positiva; b) Resolver el problema o función instrumental; c) Proteger la autoestima y mantener un autoconcepto como persona digna o función motivacional defensiva; d) Manejar las relaciones sociales o función de integración social; e) Conocer exactamente la realidad y aceptarla o evaluarla fiablemente o función de conocimiento/aprendizaje; f) darle un sentido, comprender y percibir el mundo como controlable, justo, y previsible o función de construcción de sentido y g) construir un significado positivo, conocimiento y crecimiento personal o función de desarrollo personal o construcción del significado del mundo y de sí mismo benevolente. Siendo las tres últimas agregadas de acuerdo a las teorías de funciones psicosociales y criterios de salud mental (Laux y Weber, 1991 y Páez, Fernández, Ubillos y Zubieta, 2004. En Campos y Cols., 2004).

Respecto de los objetivos intencionales en la manera de afrontamiento y su función adaptativa. Campos y cols. (2004) refieren que la función de regulación emocional, la evitación cognitiva-conductual, el abandono, la descarga afectiva, el compartir o hablar sobre sus emociones y el pensamiento repetido compartirían el mismo objetivo intencional, es decir, la regulación emocional. Sin embargo, cuando la intensidad afectiva es muy elevada y para modular o recuperar un buen estado emocional, las personas utilizan la evitación, la descarga o pensamientos repetidos como estrategia, lo que trae como resultado no mejorar o incluso empeorar el malestar afectivo. Así mismo, la planificación, el afrontamiento instrumental, la búsqueda de información, la búsqueda de apoyo instrumental y la confrontación o expresión de enojo, su objetivo es resolver el problema. Sin embargo, sus efectos son negativos, ante dificultades no controlables o situaciones que no se pueden cambiar, lo que no mejora la situación ni el estado afectivo. Por último, la rumiación o pensamiento repetido, la búsqueda de apoyo social emocional, la búsqueda de información, el autoatribuirse la responsabilidad, la reevaluación respecto de aspectos positivos o de crecimiento personal, rezar y buscar

un sentido ideológico a lo ocurrido, la participación en formas de protesta o confrontación, su objetivo es dar un sentido o explicación a lo ocurrido, así como reconstruir una visión positiva de sí, del mundo y del contexto social. Sin embargo, las cuatro primeras formas de afrontamiento tienen efectos negativos, mientras que la reevaluación y la búsqueda de un sentido ideológico se asocian a efectos positivos.

Campos y cols., (2004), realizaron un metaanálisis de 13 estudios, con relación a la situaciones estresantes y afrontamiento. Revisaron las dimensiones de afrontamiento, en base a las revisiones metateórica de Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003); las metaanalíticas de Penley, To-maka y Wiebe (2002), quienes examinaron las asociaciones entre afrontamiento y salud en muestras no clínicas de adultos; y de Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thom-sen y Wadsworth (2001), quienes incluyen diversos tipos de medidas de afrontamiento ante distintos tipos de estresores en muestras de niños y adolescentes. Para ello seleccionaron estudios que utilizaban tanto el Cuestionario de Formas de Afrontamiento Revisado (WOC-R) (Folkman y Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986) como el Ways of Coping Checklist (WCCL y WCCL-R) de Vitaliano et al. (1985, 1987, citados en Pennley et al., 2002), que valoran estimaciones internas sobre cuando se utiliza una estrategia particular de afrontamiento en una situación dada e incluyen al menos una respuesta asociada a salud física o psicológica.

Las conclusiones del metaanálisis refieren que la evitación cognitiva y conductual, el aislamiento social, la aceptación resignada, la confrontación y descarga emocional y el autocriticismo, se asocian de forma moderada a una peor regulación afectiva y, en niños y adolescentes a más problemas de conducta y a peor rendimiento. El afrontamiento directo y la redefinición y reevaluación positiva, el crecimiento personal, tienen efectos positivos ligeros en la regulación afectiva en nuestro contexto y, en niños y adolescentes norteamericanos, en particular en condiciones de control de la situación, mientras que en situaciones estables, negativas e incontrolables tiene efectos negativos. Así mismo, la planificación para resolución de problemas no tiene efectos positivos en la regulación afectiva. En cambio, el refrenar el afrontamiento refuerza la regulación emocional, mientras que concentrarse en el problema y absorberse en él la

debilita. Finalmente, la búsqueda de apoyo social no se asocia claramente a la regulación afectiva en general, aunque sí el expresar y verbalizar las emociones. Lo mismo sucede en niños y adolescentes, con el apoyo social incorporado a la expresión emocional y a la solución del problema.

2.2. Autoeficacia y Regulación Emocional

Reviste importancia el modular y controlar las emociones, sin embargo, no menos relevante es el desempeño de la estrategia utilizada. De esta manera, la autoeficacia se define como la creencia del individuo de ser capaz de manejar sus emociones (Bandura, 2006. En Sánchez, Díaz y López, 2008). El autor señala como procesos principales: los cognoscitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. Es decir, las creencias de autoeficacia influyen en si las personas realizarán o no alguna determinada conducta, el grado de esfuerzo que podría emplearse y cuánto tiempo podrán perseverar cuando se enfrentan a algunos obstáculos. Asimismo, distingue tres dimensiones en las expectativas de autoeficacia: la magnitud, que es la estimación personal respecto de cuál será el mejor rendimiento posible de alcanzar considerando el momento y circunstancia; la fuerza, que es la confianza de poder alcanzar un rendimiento dado y la generalidad, la cual se refiere al grado en que el individuo considera que dispone de los resultados precisos para poder solucionar cualquier situación o ser eficaz frente a situaciones específicas. Los resultados de los estudios basados en la teoría de Bandura, dan cuenta que, los sujetos que muestran altas expectativas de autoeficacia son más sanos, efectivos y más exitosos que aquellos con niveles bajos de autoeficacia. De acuerdo a lo anterior, la medición de la autoeficacia es relevante para el bienestar social y emocional del individuo, por lo que se validó una escala de autoeficacia percibida del uso de las estrategias de reapreciación cognitiva y supresión expresiva en una muestra en la ciudad de México (Sánchez y cols.; 2008).

En otro estudio se describe el Inventario de Autoeficacia para el Aprendizaje (Self-Efficacy for Learning Form, SELF), una nueva escala diseñada para evaluar las creencias de autoeficacia de los estudiantes en relación a la utilización de procesos específicos autorregulatorios en una variedad de áreas de funcionamiento académico, tales como estudiar, tomar apuntes, realizar exámenes, leer y escribir. Se encontró que esta medida de la eficacia autorregulatoria desempeña un papel mediador entre el compromiso de los estudiantes en sus tareas escolares y el rendimiento académico (Zimmerman, Kitsantas y Campillo, 2005).

Los estudios mencionados anteriormente dan cuenta de las creencias que tienen los individuos respecto de la efectividad de sus resultados, en una variedad de situaciones, no así respecto de su relación con la psicopatología. A continuación, se describirán las expectativas de regulación de ánimo negativo, concepto principal en el presente estudio y que se pretende relacionar con los síntomas depresivos en adolescentes.

2.3. Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo

Existen variadas investigaciones respecto de las expectativas de regulación del ánimo negativo relacionadas con depresión. A continuación se plantearán sus resultados, de esta manera, dar cuenta de la conceptualización y comprensión del concepto.

Catanzaro y Mearns (1990) han utilizado la teoría del aprendizaje social de Rotter para definir las expectativas generalizadas para la regulación del ánimo negativo (NMR). Y las definen como, las creencias de las personas acerca de su capacidad para controlar el ánimo más desagradable que experimentan. De acuerdo con la teoría de Rotter, estas expectativas predicen cómo las personas se enfrentan a una variedad de eventos inesperados, así como los resultados de ese enfrentamiento en términos del estado de ánimo y la salud.

Kirsch (1985, 1999), por su parte, desarrolló una teoría en que explica que las expectativas influyen la manera en la que los estímulos son procesados. De acuerdo a esta teoría, la información que es congruente con las expectativas es procesada en forma preferente, en comparación con la información incongruente. Debido a este proceso selectivo, las expectativas de la propia respuesta van confirmando las percepciones y experiencias del propio individuo. Perspectiva que contribuye a la teoría de Rotter.

Es así como, Catanzaro y Mearns (1990), basados en la teoría de aprendizaje social de Rotter (1954), publicaron la Escala de Expectativas Generalizadas para la Regulación del Ánimo Negativo (NMR, Generalized Expectancies For Negative Mood Regulation Scale). El cuestionario mide las expectativas de que conductas o cogniciones propias aliviarán una emoción negativa. Estas expectativas son relevantes para la eficacia de estrategias de regulación emocional. Debido al efecto de auto-confirmación, cuando hay altas expectativas de la propia regulación de emociones negativas, las estrategias de regulación emocional son más eficaces, en comparación a cuando las expectativas son bajas. Es decir, las personas que tienen altas expectativas de que podrán regular adecuadamente emociones negativas, efectivamente aplican estrategias de regulación emocional que logran ser eficaces y confirman su auto-eficacia. Por otro lado, las personas que tienen bajas expectativas de que podrán regular adecuadamente emociones negativas, no aplican estrategias de regulación emocional efectivas y confirman su sensación de ineficacia. Esta escala ha sido utilizada en variadas investigaciones.

Las investigaciones dan cuenta que las expectativas tienen un importante impacto en la percepción de las experiencias (Bar, 2007; Bruner, 1957; Kirsch, 1999a), y en el ánimo (Geers & Lassiter, 1999; Olavsov & Jackson, 1987; Wilson, Lisle, Kraft, & Wetzel, 1989). Además se encontró que las expectativas de regulación emocional negativa se correlacionan negativamente con la presencia de depresión, aún cuando se controla por las estrategias de enfrentamiento (Brashares & Catanzaro, 1994; Flett, Blankstein & Obertynski, 1996; Mearns & Mauch, 1998). Y que son un predictor de depresión

(Catanzaro, Wasch, Kirsch, & Mearns, 2000; Davis et. al., 2005; Kassel et. al., 2006; Mearns, 1991).

Por otro lado, las expectativas de regulación del ánimo negativo, son consideradas como uno de los muchos factores cognitivos que parecen contribuir a las diferencias individuales en el estado de ánimo depresivo. Sin embargo, no está claro si la expectativa de NMR predecir depresión más allá de constructos relacionados, y si predicen estado de ánimo deprimido durante un intervalo de tiempo. Por lo tanto, se investigó la validez incremental de las expectativas de la NMR en la predicción del estado de ánimo depresivo en una muestra de 122 adultos, de los cuales 73 se evaluaron de nuevo aproximadamente un año después. Al inicio del estudio, tanto las expectativas de NMR y el afecto negativo no muestran variación en el estado de ánimo depresivo. Sin embargo, la expectativa de NMR fue el único predictor significativo del estado de ánimo depresivo durante el seguimiento, incluso después de controlar por afecto negativo y estado de ánimo depresivo de base. Estos resultados apoyan la validez incremental de la expectativa de NMR como los mecanismos específicos implicados en el mantenimiento del estado de ánimo depresivo (Davis et. al., 2005).

De acuerdo a lo presentado en este apartado, se considera en este estudio las expectativas de regulación del ánimo negativo y la sintomatología depresiva en la adolescencia como los conceptos centrales.

IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Las expectativas de regulación del ánimo negativo está relacionada negativamente con la sintomatología depresiva en los adolescentes de la población clínica y no clínica.
2. La población no clínica presenta puntajes más altos en las expectativas de regulación del ánimo negativo y puntajes más bajos en la sintomatología depresiva, que los de población clínica.
3. Los puntajes de las expectativas de regulación del ánimo negativo y de la sintomatología depresiva en la población no clínica se mantendrán estables después de las 10 semanas.
4. Los puntajes de las expectativas de regulación del ánimo negativo en la población clínica aumentarán, después de las 10 semanas de tratamiento para la depresión, y los puntajes de la sintomatología depresiva bajarán al final de ese periodo.
5. Los adolescentes de la población clínica que presenten menores expectativas de regulación del ánimo negativo, tendrán peor pronóstico en cuanto a la sintomatología depresiva.

V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. Objetivo General

Describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes chilenos y la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica

2. Objetivos Específicos

1. Describir y analizar, en la primera etapa del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva en población clínica.
2. Describir y analizar, en la primera etapa del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva en población no clínica.
3. Comparar y analizar, en la primera etapa del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva de la población clínica con la población no clínica.
4. Describir y analizar, en la segunda etapa del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva en población clínica, tras 10 semanas de tratamiento para la depresión.

5. Describir y analizar, en la segunda etapa del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva en población no clínica.

6. Comparar y analizar, en la segunda etapa del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva de la población clínica con la población no clínica.

7. Comparar y analizar, de la etapa inicial y final del estudio, la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y la sintomatología depresiva de la población clínica con la población no clínica.

VI. MARCO METODOLOGICO

1. Metodología

El presente estudio se basó en una metodología cuantitativa, es de tipo descriptivo y correlacional, con un diseño de investigación no experimental - longitudinal.

Es un estudio de tipo descriptivo, porque se describieron las expectativas de regulación del ánimo negativo y su relación con la sintomatología depresiva. Se trata de un diseño no experimental, ya que es una investigación empírica y no hay condiciones o estímulos a los cuales se exponga a los sujetos, los cuales serán observados en su ambiente natural (Hernández, Fernández y Baptista, 1998), es decir, no se manipularon las variables. Y, de acuerdo al criterio de temporalidad es longitudinal dado que la recolección de la información se realizó en dos etapas. Asimismo, se define como correlacional, pues se midió el grado de relación existente en las expectativas de regulación del ánimo negativo de los adolescentes con la sintomatología depresiva (Hernández y cols., 1998).

Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas, ya que se parte del supuesto que la distribución poblacional de las variables dependientes, es decir, las expectativas de regulación del ánimo negativo y la sintomatología depresiva, es normal y el nivel de medición es por intervalos. Además, se estimó que la población clínica y no clínica, tuvieran una dispersión similar en sus distribuciones (Hernández y cols., 1998).

De esta manera, en las etapas 1 y 2, se aplicaron las pruebas "t" de Student y Coeficiente de Correlación de Pearson. La distribución "t" de Student se aplicó para evaluar si la población clínica y no clínica diferían entre sí de acuerdo a sus medias y construcción de intervalos de confianza. Y el coeficiente de correlación de Pearson,

para analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo y la sintomatología depresiva (Hernández y cols., 1998).

Posteriormente, se realizaron los análisis respectivos comparando la etapa 1 con la etapa 2, y se plantearon los resultados, discusión y conclusiones.

2. Universo y Muestra

El universo de estudio corresponde a todos las/los adolescentes, entre 14 y 17 años de edad, de ambos sexos, correspondiente a la Región Metropolitana de Chile.

2.1. Muestra:

- **Grupo Clínico:** este grupo se compone por 30 adolescentes entre 14 y 17 años, de ambos sexos, se procuró equidad de género, nivel socioeconómico medio, que iniciaron su tratamiento por diagnóstico de depresión según criterios CIE-10 (ver anexo 1), a nivel hospitalario o ambulatorio, de un Hospital Público, correspondiente a la comuna de Puente Alto, Región Metropolitana de Chile.

Cabe señalar, que se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para controlar la variable del diagnóstico, ya que sólo nos interesa comparar las expectativas de regulación del ánimo negativo con sintomatología depresiva en los adolescentes.

- **Criterios de inclusión:** Los pacientes serán incluidos, de acuerdo a los siguientes criterios:
 1. Pacientes entre 14 a 17 años de edad
 2. Diagnosticado con un trastorno depresivo unipolar (Diagnóstico del CIE 10: F32, F33 y F34.1). (ver anexo 1).
 3. Declaración de consentimiento firmado por los padres o tutor legal.

➤ **Criterios de exclusión:** Los pacientes que cumplan los siguientes criterios son excluidos de la encuesta:

1. Comorbilidades severas que causan un deterioro de las funciones cognitivas y cerebrales.
2. Grave abuso de sustancias
3. Trastorno Afectivo Bipolar
4. Trastorno Adaptativo
5. Episodio depresivo con síntomas psicóticos
6. Anorexia nerviosa con IMC <14
7. Trastorno psicótico actual
8. Demencia
9. El retiro del consentimiento informado

➤ **Datos clínicos:**

Información clínica fue entregada por profesional tratante y/o Ficha clínica, de acuerdo a:

1. Diagnóstico de depresión
2. Comorbilidad o problemas asociados
3. Tipo de tratamiento (psicoterapia, psiquiátrica con o sin fármacos),
4. Tiempo de inicio del tratamiento
5. Número de sesiones de psicoterapia o psiquiátrica (en 10 semanas)

- **Grupo Control:** este grupo se compone de 30 adolescentes entre 14 y 17 años, de ambos sexos (se procuró equidad de género), nivel socioeconómico medio, que no están siendo atendidos en salud mental. Para esta muestra se seleccionó el Liceo subvencionado, de la comuna de la Florida, Región Metropolitana de Chile.

Para este grupo el criterio de inclusión utilizado fue tener bajo puntaje en BDI-II (0 a 13) y firmar consentimiento y asentimiento informado.

3. Instrumentos de Medición

3.1. Escala de Actitudes hacia los sentimientos, NMR (Catanzaro & Mearns, 1990):

La escala mide las expectativas de regulación emocional negativa, consta de 30 preguntas con 5 alternativas de respuesta cada una. La versión al español fue construida desde un proceso de traducción, retro-traducción, acuerdo con los autores y aplicación piloto (Pfeiffer & Martínez, 2010). Ver anexo 2.

Hasta ahora, la escala NMR ha sido traducida al alemán, hebreo y japonés (Backenstrass, Pfeiffer, Schwarz, Catanzaro, & Mearns, 2008; Mearns et al., 2009, 2011; Orbach et al., 2007). La versión en español de la escala NMR fue desarrollada recientemente. Sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en una muestra de 360 estudiantes universitarios chilenos. La escala tiene una estructura unidimensional. Su confiabilidad es buena con $\alpha = 0,89$. La validez concurrente fue apoyada por las correlaciones con las medidas de afrontamiento y síntomas depresivos. (Pfeiffer et al. 2011). Esta versión de la escala también se aplicó en un estudio con 398 escolares de enseñanza media. En esta aplicación, la confiabilidad fue de $\alpha = 0,91$ y se estableció como punto de corte = 86 puntos (Martínez, González, Gallardo & Pfeiffer, 2011).

3.2. Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II) (Beck et. al., 1996).

Los síntomas depresivos fueron evaluados utilizando el BDI-II. Está diseñado para evaluar los síntomas depresivos en adultos y adolescentes desde los 13 años de edad. A ellos se les pide elegir el estado que mejor describe cómo se han sentido durante las últimas dos semanas. Se trata de un instrumento de auto-reporte de 21 items. Cada uno de los items tiene cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. A cada items se le asigna una puntuación entre 0 y 3 puntos, por lo tanto, la puntuación total varía entre 0 y 63 (ver anexo 3). El punto de corte para las

puntuaciones fueron establecidas por Beck et al. (1996): 0-13 = mínimo, 14-19 = leve, 20-28 = moderado y severo = 29-63. Se utilizó una versión adaptada de las versiones en español existentes y validada con adolescentes chilenos (Melipillán et. al. ,2008). La versión chilena tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach coeficiente = 0,91), una adecuada correlación test-retest ($r = 0,66$) y una capacidad para identificar a los adolescentes que asisten a atención de salud mental.

3.3. Datos Demográficos

Los adolescentes respondieron algunas preguntas sobre características demográficas, tales como:

- Edad, fecha de nacimiento
- Género
- Constitución familiar
- Antecedentes escolares (grado y tipo de colegio)

3.4. Escala para medir el nivel socioeconómico (ESOMAR):

Es método para definir y medir los niveles socio-económicos en Chile, se basa en el sistema desarrollado originalmente por Esomar (World Association of Market Research), para unificar los criterios de los países europeos en torno al tema de los NSE, el cual ha sido adaptado a nuestra realidad, y validado mediante un estudio empírico (ADIMARK, 2000). (ver anexo 9)

4. Procedimiento de Recolección de la Información

4.1. Grupo Clínico

Los adolescentes se contactan a través del médico o psicólogo(a) tratante. En la primera sesión, junto a los padres o cuidador, la/lo invitó a participar del estudio, una vez que aceptó, se le explicó y leyó el consentimiento y asentimiento informado, posterior a su firma se le entrega los instrumentos para que los conteste en una sala habilitada para ello. En los datos demográficos (Ver anexo 9), se le solicitan antecedentes para ubicarlos para la segunda etapa, guardando la confidencialidad.

Posteriormente, al cabo de 10 semanas fueron contactados para la segunda etapa y contestar nuevamente los cuestionarios. En esta oportunidad no todos los adolescentes estaban accesibles, 2 de ellos abandonaron el tratamiento, por lo tanto, se acudió a su dirección para la reevaluación.

Cabe informar que en un principio se pensó entregar los cuestionarios para el domicilio y luego los devolvieran en la segunda sesión, sin embargo, se decidió habilitar una sala disponible para este efecto.

También es importante mencionar y justificar la participación de uno de los adolescentes que presenta como diagnóstico un Trastorno adaptativo depresivo recurrente (F43.2), en un comienzo fue diagnosticado con episodio depresivo severo, sin embargo, a las semanas siguientes el diagnóstico fue aclarado, pero por el puntaje significativo de sintomatología severa (42 puntos) que arrojó el BDI-II, se decidió que permaneciera en el estudio por presentar síntomas depresivos significativos.

4.2. Grupo Control

Para constituir la muestra del grupo control se solicitó permiso en un liceo subvencionado de la comuna de La Florida, se eligió ese centro educacional, principalmente por la facilidad de acceso que tuvimos para ingresar a aplicar los instrumentos. Se aplicó a una muestra de 398 estudiantes entre 14 y 17 años, de ambos sexos, la escala de expectativas de NMR, el BDI-II, además los adolescentes contestaron preguntas de datos demográficos y la encuesta ESOMAR para medir nivel socioeconómico.

Posteriormente, se seleccionó 30 adolescentes, de acuerdo a los criterios de sintomatología depresiva mínima BDI-II (0 a 13 puntos), se equiparó por género, edad y nivel socioeconómico.

Cabe señalar, que aquellos estudiantes que resultaron con puntuaciones en el BDI-II de 20 y superior, se derivaron a evaluación diagnóstica, a través de sus padres y/o cuidadores, y en caso de no estar accesibles, se informó al profesor jefe, guardando la confidencialidad acordada con ellos.

Por otro lado, se envió una semana antes el consentimiento informado de los padres y/o cuidadores, además del asentimiento informado para el/la adolescente, en el cual autorizan la participación en el estudio. (ver anexo 4 y 5).

La directora del colegio también firma consentimiento informado para realizar el estudio en el establecimiento. (ver anexo 8)

Para la segunda etapa se contactan los adolescentes a través del colegio, donde nuevamente contestan la encuesta del BDI-II y la escala NMR.

4.3. Análisis Estadístico

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa informático de estadística para las ciencias sociales, SPSS (Statistical Package for Social Science), versión 11.5.

Los datos se analizaron de acuerdo a: características generales, análisis correlacional de las variables en ambas etapas y luego se comparó el grupo clínico y grupo control.

En primer lugar, se analizó los datos de la demografía de la muestra total, realizando la comparación del grupo clínico y control, a través de la prueba estadística t Student para muestras independientes, con un nivel de significancia de 0,05. Posteriormente, se utiliza t Student para muestras pareadas para comparar las características clínicas de la muestra de pacientes: diagnóstico, n° de sesiones psicológicas, n° de sesiones psiquiátricas y tratamiento farmacológico. Cabe señalar que sólo obtuvimos medias de las variables numéricas, ya que con el objetivo de obtener la mayor cantidad de información del tratamiento de este grupo, las variables de tratamiento y diagnóstico son en cadena, lo que se utilizará para la discusión y conclusiones. Los grupos clínico y control se describen mediante las medias y desviaciones estándar.

En segundo lugar, para poner a prueba las hipótesis, se calculó para el primer y segundo tiempo de aplicación de los instrumentos, la correlación de las variables NMRE y BDI-II en cada uno de los grupos (clínico y control) a través del coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de significancia entre -1 y +1. Luego, se comparan ambos grupos para cada una de las variables (NMRE y BDI-II), utilizando la prueba estadística t Student para muestras independientes, con un nivel de significancia ($p \leq 0,05$).

En tercer lugar, se continúa con la prueba de hipótesis, comparando el tiempo 1 y tiempo 2 de los puntajes de las escalas NMRE y BDI-II del grupo control y clínico por separado, para lo cual se utiliza la prueba t Student para muestras pareadas.

Por último, se divide el grupo clínico en dos subgrupos, respecto de las expectativas altas o bajas, utilizando como criterio la mediana de la variable NMR de la primera etapa, para luego comparar ambos subgrupos respecto de la sintomatología clínica de

depresión de la primera y segunda etapa, es decir, los puntajes del cuestionario BDI-II. Para ello se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes.

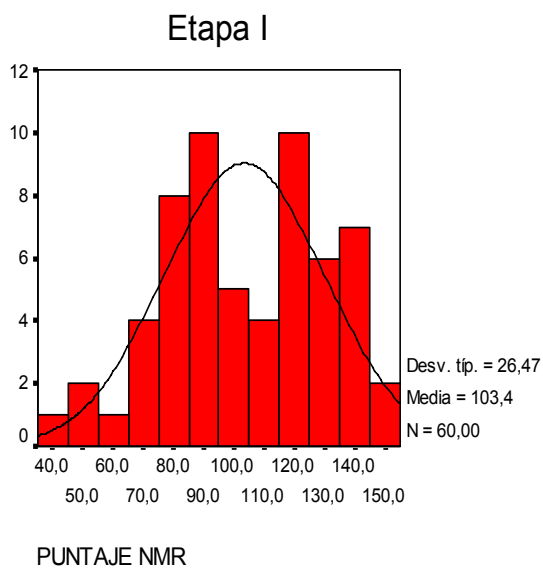
VII. RESULTADOS

1. Características Generales

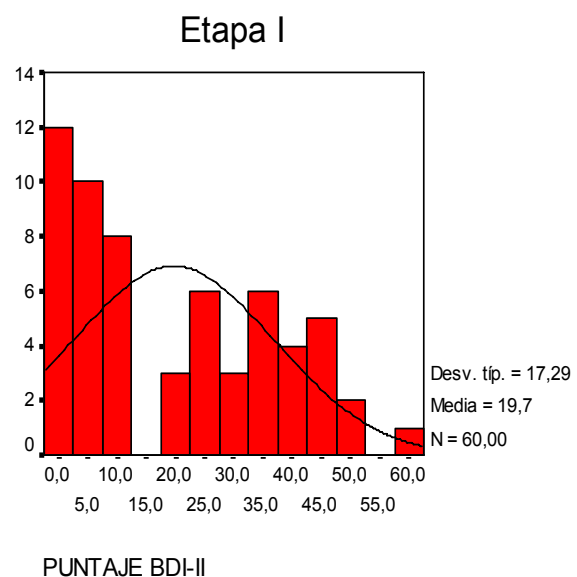
1.1. Puntuaciones NMRE y BDI-II

Los puntajes de las expectativas de NMR para el total de la muestra, variaron entre 42 y 148 y en el BDI-II estuvieron entre 0 y 58. Los resultados se muestran gráficamente a continuación:

Expectativa de NMR Muestra Total



Sintomatología Depresiva



Los resultados señalan que para el grupo clínico, los puntajes de las expectativas de NMR variaron entre 42 y 129 (media=82,56, DE=18,10) y en el BDI-II variaron entre 20

y 58 (n=30, media=35,17, DE=10,04). Y para el grupo control, los puntajes de las expectativas de NMR variaron entre 98 y 148 (n=30, media=124,17, DE=14,24) y en el BDI-II variaron entre 0 y 11 (n=30, media=4,2, DE=3,5).

Figura 1: Expectativas de NMR

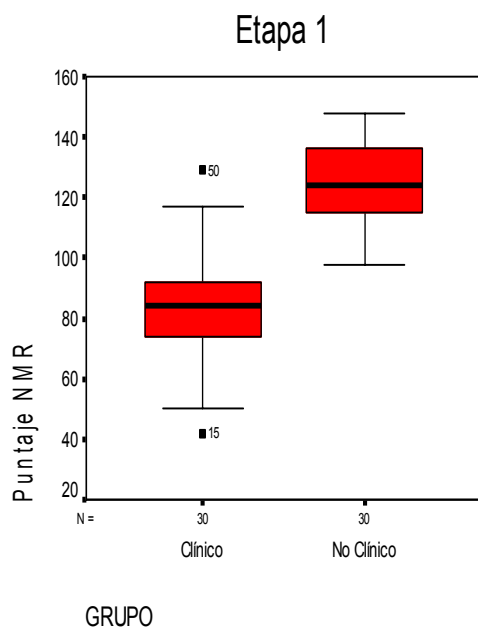
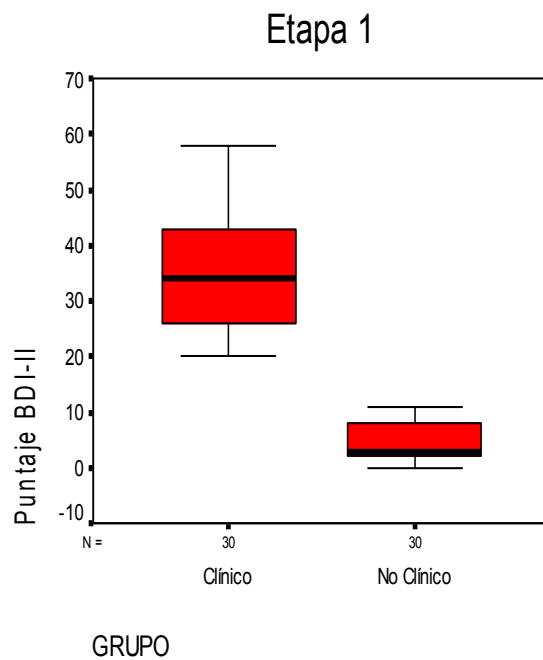


Figura 2: Sintomatología Depresiva



1.2. Características Demográficas

Se exponen en la tabla 1, los datos demográficos de la muestra total, se comparan ambos grupos, los cuales de acuerdo a los resultados, no presentan diferencias significativas en sexo, edad, nivel socioeconómico, tipo de colegio y constitución familiar.

Tabla 1: Características Demográficas

| | Grupo clínico (N = 30) | Grupo no clínico (N = 30) | p |
|------------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------|
| Demográficas | | | |
| Edad, promedio (DS) | 15,4 (1,1) | 15,3 (1,1) | 0,72 |
| Género: | | | |
| Mujeres (%) | 21 (70,0) | 20 (66,6) | 0,79 |
| Hombres (%) | 9 (30,0) | 10 (33,3) | |
| Nivel Socioeconómico: | | | |
| NSE medio bajo (%) | 10 (33,3) | 6 (20,0) | 0,39 |
| NSE medio (%) | 13 (43,3) | 16 (53,3) | |
| NSE medio alto (%) | 7 (23,3) | 8 (26,6) | |
| Constitución familiar | | | |
| Padres y/u otros: | | | 0,24 |
| Ambos padres (%) | 17 (56,7) | 22 (73,3) | |
| Sólo la madre (%) | 5 (16,7) | 5 (16,7) | |
| Con madre y pareja (%) | 4 (13,3) | 1 (3,3) | |
| Sólo el padre (%) | 1 (3,3) | 0 (0,0) | |
| Con padre y pareja (%) | 2 (6,7) | 0 (0,0) | |
| Sin los padres (%) | 1 (3,3) | 2 (6,7) | |
| Abuela (%) | 4 (13,3) | 4 (13,3) | 1,0 |
| Abuelo (%) | 5 (16,7) | 2 (6,7) | 0,24 |
| Hermano(s) (%) | 15 (50,0) | 14 (46,7) | 0,80 |
| Hermana(a) (%) | 12 (40,0) | 11(36,7) | 0,78 |
| Otros parientes (%) | 5 (16,7) | 6 (20,0) | 0,74 |
| Nivel educacional | | | |
| Séptimo básico (%) | 1 (3,3) | 0 (0,0) | 0,89 |
| Octavo básico (%) | 2 (6,7) | 0 (0,0) | |
| Primero medio (%) | 9 (30,0) | 13 (43,3) | |
| Segundo medio (%) | 11 (36,7) | 14 (46,7) | |
| Tercero medio (%) | 6 (20,0) | 2 (6,7) | |
| Cuarto medio (%) | 1 (3,3) | 1 (3,3) | |
| Tipo de colegio | | | |
| Municipal (%) | 5 (16,7) | 0 (0,0) | 0,98 |
| Particular subvencionado (%) | 24 (80,0) | 30 (100) | |
| Particular pagado (%) | 1 (3,3) | 0 (0,0) | |

1.3. Características del Grupo Clínico

A continuación se presentan las características del grupo clínico por diagnóstico de depresión, de acuerdo a los criterios del CIE-10, tipo de tratamiento (psiquiátrico, farmacológico, psicoterapéutico) y número de sesiones del tratamiento.

Respecto del diagnóstico, presentan Episodio depresivo severo: 15, Episodio depresivo moderado: 14, Trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada: 1. Este último adolescente, fue diagnosticado al inicio del tratamiento con un Episodio depresivo severo, además presentó en el cuestionario BDI-II un puntaje de 42 puntos (síntomatología depresiva severa de acuerdo a criterios del BDI-II), por lo tanto, cumplía con los criterios de inclusión del estudio y fue incorporado. No obstante, después de la quinta semana de tratamiento, el diagnóstico se aclara y cambia (Trastorno adaptativo depresivo recurrente), a pesar de ello, por el alto puntaje en el BDI-II en la primera etapa del estudio, decidimos que continúe su participación hasta el final de la investigación. De la comorbilidad, del Eje I: Encopresis: 1, Eje II: Obs. Trastorno en desarrollo de la personalidad límite: 4, y Eje V: Abuso sexual: 1.

Con relación al tipo de tratamiento, éste se compone de tres áreas, descritas de acuerdo a la línea de atención de la institución de salud respectiva: psicológica, psiquiátrica farmacológica y psiquiátrica no farmacológica. Las últimas dos se diferencian porque hay adolescentes que rechazan el tratamiento farmacológico, sin embargo, el psiquiatra continúa con los controles de rigor correspondientes.

Las sesiones psicológicas se distribuyeron entre 2 y 14 sesiones, y se realizaron en un período aproximado de 10 semanas (media=8,97 y DE=2,79), el detalle se presenta a continuación en la tabla 2.

Tabla 2: Sesiones Psicológicas

| <i>N° de Pacientes</i> | <i>N° Sesiones</i> | <i>% de pacientes</i> |
|------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3,3 |
| 2 | 3 | 6,7 |
| 1 | 4 | 3,3 |
| 1 | 6 | 3,3 |
| 4 | 8 | 13,3 |
| 1 | 9 | 3,3 |
| 16 | 10 | 53,3 |
| 3 | 12 | 10 |
| 1 | 14 | 3,3 |

De acuerdo a los resultados, 5 de los pacientes ha asistido a menos de 8 sesiones psicológicas y 2 de ellos desertaron de la terapia.

Respecto de las sesiones con psiquiatra, 15 (50%) recibió atención en 2 oportunidades dentro de las 10 semanas, 14 (46,7%) fue atendido en una oportunidad y 1 (3,3%) fue atendido en 8 sesiones durante ese período. Cabe señalar, que este último paciente estuvo hospitalizado 30 días, por un intento de suicidio, es por ello que sale de la media de sesiones psiquiátricas, posteriormente continuó con tratamiento ambulatorio.

Por último, respecto del tratamiento farmacológico, del total de la muestra clínica, 18 (60%) se encuentra con tratamiento farmacológico antidepresivo, 3 (10%) recibe tratamiento farmacológico antidepresivo más antipsicótico atípico, 1 (3,3%) se trata con estabilizador del ánimo y antipsicótico atípico, 8 (26,7%) se encuentra sin tratamiento farmacológico y dos de estos últimos abandonaron todo tipo de tratamiento.

En términos generales, los pacientes inician su tratamiento psiquiátrico farmacológico, después de la primera sesión psicológica, lo que significa en tiempo al menos 4 semanas. Del total de adolescentes que se encuentran en tratamiento psiquiátrico

farmacológico (22), sólo 1 inició el tratamiento a la primera semana (paciente hospitalizado), 1 a la tercera, 2 a la cuarta y 18 iniciaron el tratamiento a la quinta semana. Cabe señalar, que las terapias psicológicas se realizaron semanalmente.

2. Correlación entre las Expectativas de NMR y el BDI-II

Los resultados dan cuenta de una alta y significativa correlación negativa entre NMRE (n = 60, media = 103,36, DE = 26,47) y BDI-II (n = 60, media = 19,7, DE = 17,29). La correlación entre las variables para la muestra total es de $r = -0,86$, con un nivel de significancia de $p = 0,00$, es significativa al $p = 0,01$ bilateral. Por lo tanto, se comprueba la hipótesis del estudio, es decir, las expectativas de regulación del ánimo negativo se relaciona negativamente con la sintomatología depresiva en adolescentes de la población total.

3. Comparación de los Grupos en NMRE y BDI-II

3.1. Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo (NMR)

Presentaron diferencias significativas en los puntajes de la escala NMRE el grupo clínico (n=30, media=82,57, DE=18,1) y el grupo control (n=30, media=124,17, DE=14,2), resultando el valor de $t = 9,89$, con $gl = 58$ y nivel de significancia bilateral de $p = 0,00$. Los resultados indican que el grupo clínico presenta en promedio bajas expectativas de regulación del ánimo negativo (considerando como punto de corte establecido de 86 puntos), a diferencia del grupo control, quienes en promedio, tienen altas expectativas de regulación del ánimo negativo.

3.2. Sintomatología Depresiva (BDI-II)

Presentaron diferencias significativas en los puntajes de la escala BDI-II, el grupo clínico (n = 30, media = 35,17, DE = 10.05) y el grupo control (n = 30, media = 4,23 y DE = 3,5), resultando el valor de $t = 15,92$, con $gl = 58$ y nivel de significancia bilateral $p=0,00$. Los resultados son clínicamente relevantes, considerando que el punto de corte del BDI-II para determinar si los adolescentes presentan síntomas de depresión significativos es de 20 puntos, y la media del grupo clínico en este cuestionario es de 35,17, lo que nos indica que en este grupo presenta alta sintomatología depresiva, sugerente de Episodio depresivo severo. A diferencia del grupo control que presenta una media de 4,23, es decir, con mínimos síntomas depresivos, no significativo de Episodio depresivo.

4. Comportamiento de las variables NMRE y BDI-II en las dos etapas

4.1. Grupo Control

Las expectativas de regulación del ánimo negativo en la primera y segunda etapa para el grupo control no varían significativamente, es decir, se mantienen en promedio estables en ambos períodos. En el BDI-II se observan diferencias, es decir, los adolescentes del grupo control disminuyeron la sintomatología depresiva, sin embargo, dicha diferencia a pesar de tener significancia estadística, no tiene implicancia clínica. Los resultados se muestran a continuación en la tabla 3

Tabla 3: Comparación Etapas en NMR y BDI-II del grupo control

| | Etapa 1 | Etapa 2 | <i>t</i> | <i>P</i> |
|-----------------------|----------------|----------------|----------|----------|
| NMR, Promedio (DE) | 124,17 (14,24) | 124,53 (15,08) | -0,170 | 0,86 |
| BDI-II, Promedio (DE) | 4,23 (3,5) | 2,5 (2,48) | 3,01 | 0,005 |

4.2. Grupo clínico

Las expectativas de regulación del ánimo negativo en la primera y segunda etapa del estudio para el grupo clínico varían significativamente, los resultados muestran un aumento después de las 10 semanas. Respecto de la sintomatología depresiva, también se observan diferencias significativas, los adolescentes de este grupo disminuyeron los síntomas depresivos, sin embargo, en promedio aún permanecen deprimidos. Resultados que se pueden observar en la tabla 4:

Tabla 4: Comparación Etapas en NMR y BDI-II del grupo clínico

| | Etapa 1 | Etapa 2 | <i>t</i> | <i>P</i> |
|-----------------------|--------------|---------------|----------|----------|
| NMR, Promedio (DE) | 82,56 (18,1) | 94,26 (18,26) | -4,02 | 0,00 |
| BDI-II, Promedio (DE) | 35,16 (10,4) | 21,67 (12,09) | 7,73 | 0,00 |

5. Relación de altas y bajas expectativas de NMR con sintomatología depresiva

La tabla 5 muestra el resultado respecto de aquellos adolescentes del grupo clínico que mejoraron o disminuyeron la sintomatología depresiva al cabo de 10 semanas, diferenciando aquellos que presentaron alta y baja expectativas de regulación del ánimo negativo. Se calculó Chi-cuadrado $X^2 = 2.738$, con un nivel de significancia bilateral bajo $p = 0.098$, sin embargo, la significancia unilateral es relevante $p = 0.049$. En un análisis general respecto del total de la muestra, el 100% (30) de los adolescentes tenían depresión en la primera etapa del estudio, el 56.7% (17) presentaron bajas expectativas de regulación del ánimo negativo y el 43.3% (13) altas expectativas de regulación del ánimo negativo.

En un análisis más específico respecto de los adolescentes que presentaron altas expectativas de regulación del ánimo negativo, podemos decir que del 100% (13), el 76.9% (10) presentó puntajes menores de 20 en el cuestionario BDI-II, y sólo el 23.1% permanece con sintomatología significativa de depresión. Y del 100% (17) de los adolescentes que presentaron bajas expectativas de regulación del ánimo negativo, el

47.1% (8) presentó puntajes sobre los 20 puntos en el BDI-II y el 52.9% (9) bajo ese rango, lo que significa que permanecen deprimidos.

Los resultados se muestran en la tabla 5:

Tabla 5: Relación Alta y Baja NMRE con Depresión

| | | SINTOMATOLOGÍA | | Total |
|-------|------|----------------|---------------|-------|
| | | Sin depresión | Con depresión | |
| NMRE | Baja | 8 | 9 | 17 |
| | Alta | 10 | 3 | 13 |
| Total | | 18 | 12 | 30 |

($\chi^2 = 2.738$, $p=0.098$ bilateral, $p=0.049$ unilateral)

VIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

1. Principales conclusiones del estudio

Los resultados del estudio proporcionan apoyo a la primera hipótesis en cuanto a la relación inversa entre las expectativas de regulación del ánimo negativo y la sintomatología depresiva en los adolescentes, tal como demostraron en su investigación Brashares et. al. (1998), quienes encontraron que las expectativas de regulación emocional negativa se correlacionan negativamente con la presencia de depresión, aún cuando se controla por las estrategias de afrontamiento en población adulta.

Al comparar los grupos, los resultados prueban la segunda hipótesis. Evidentemente, los puntajes de la escala del BDI-II fueron diferentes en ambos grupos, altos en los adolescentes con depresión (grupo clínico) y bajos en aquellos sin depresión (grupo control), ya que fue uno de los criterios base de selección de la muestra para desarrollar el presente estudio. Los adolescentes del grupo control, creen que pueden hacer algo por sí mismos para sentirse mejor cuando experimentan un estado de ánimo displacentero, lo que se observa en los altos puntajes de la escala NMR. Sin embargo, los adolescentes del grupo clínico, no creen tener la capacidad de lograr salir exitosamente de estados de ánimo negativos, lo que se ve reflejado en los bajos puntajes de la escala de expectativas de regulación del ánimo negativo. Estos resultados son interesantes, demuestran que en población adolescente, las expectativas de regulación del ánimo negativo se relacionan significativamente con síntomas depresivos, es decir, a mayores expectativas de NMR es menor la sintomatología depresiva y, a su vez, cuando las expectativas de NMR son bajas la sintomatología depresiva es alta. Correlación que indica la literatura en población adulta (Brashares et. al., 1998; Kassel et. al., 2006).

Estos resultados ponen de manifiesto que las creencias reforzadas en la propia capacidad para aliviar exitosamente estados de ánimo negativo se asocian a la sintomatología depresiva en adolescentes, por lo tanto, son un indicador importante a considerar en el abordaje de la depresión en este grupo etareo. Lo anterior, es consistente con estudios en estudiantes universitarios, los que proporcionan apoyo para la función de las expectativas de NMR y su influencia en la depresión (Kassel et. al., 2006).

Por otro lado, los resultados proporcionan subyacentemente importancia y utilidad al uso de la escala NMR como un instrumento psicométrico de fácil manejo y útil para medir aspectos cognitivos, como las creencias de ser capaces por sí mismos de salir exitosamente de estados de ánimo negativo, relevantes para el manejo de la depresión en la adolescencia. Así como lo señala la literatura en población adulta (Catanzaro & Mearns, 1990). Además, al ser un instrumento de auto-reporte, ocupa poco tiempo en contestarlo, por lo tanto, el uso en la adolescencia es pertinente y relevante, considerando que los individuos de este grupo etáreo consultan menos en morbilidad general y aún menos en salud mental, de esta manera, esta escala permitiría pesquisar a los adolescentes con bajas expectativas de NMR, que de acuerdo a los resultados del estudio, sería una señal de presencia de depresión, por su alta correlación negativa con la sintomatología depresiva.

Asimismo, los resultados apoyan la tercera hipótesis. Los adolescentes no deprimidos, presentan estrategias cognitivas adaptativas, refuerzan sus creencias y confían en su propia capacidad de salir de estados de ánimo displacenteros, en ambas etapas del estudio, es decir, sus expectativas de regulación del ánimo negativo permanecen estables después de 10 semanas. Sin embargo, hay diferencias en cuanto a su estado de ánimo, ya que logran, en la segunda etapa, puntajes más bajos en el BDI-II, lo que indica que se sienten mejor pasado ese tiempo, sin embargo, dicho cambio no tiene ninguna relevancia clínica.

Para la cuarta hipótesis, los resultados son consistentes, los adolescentes deprimidos, después de las 10 semanas de tratamiento, cambiaron sus creencias respecto de sí

mismos y aumentaron la confianza en su propia capacidad de superar exitosamente estados de ánimo displacenteros, y a su vez disminuyeron los síntomas depresivos en ese mismo período, tales resultados coinciden con lo encontrado por Kassel et. al. (2006) quienes demostraron que las expectativas de RMN predicen cambios en la depresión con el tiempo. Cabe mencionar, que aún cuando los adolescentes presentan cambios en el ánimo después del tratamiento, la mayoría (52,9%) continúa deprimido. De acuerdo a los datos clínicos de la muestra, indican que el tratamiento farmacológico en su mayoría (60%) comenzó después de la cuarta semana de iniciada la psicoterapia, considerando además que en farmacoterapia se necesita al menos de 4 semanas para evaluar efectos, y en psicoterapia 8 sesiones no es suficiente para salir de la depresión en pacientes con sintomatología moderada y severa, lo que puede explicar que en promedio los adolescentes continúen deprimidos. Sin embargo, es importante el cambio que se produjo en ambas evaluaciones después de las 10 semanas de tratamiento, cambio que está en concordancia con la literatura (Kirsch et. al., 1990).

Asimismo, los resultados son concluyentes para la última hipótesis que relaciona las expectativas de NMR y el pronóstico de la depresión en los adolescentes después de 10 semanas de tratamiento. Los adolescentes deprimidos que presentaron altas expectativas de regulación del ánimo negativo en la primera etapa del estudio, logran recuperarse de la sintomatología depresiva (79.6%), después de ese período de tratamiento, es decir, tuvieron un mejor pronóstico que aquellos adolescentes que en la misma etapa de la investigación, tenían la creencia de no ser capaces de superar por sí mismos los estados de ánimo negativos al inicio del tratamiento, de estos adolescentes sólo se recuperó el 41.7%, es decir, tal como lo señala el punto anterior, más de la mitad de este grupo continúa deprimido. Estos últimos, siguen utilizando estrategias cognitivas desadaptativas, ya que no han cambiado sus creencias, no confían en sí mismos, en su propia capacidad para superar estados negativos de ánimo, lo que generó resultados no del todo satisfactorios después de las 10 semanas, sugere de un peor pronóstico respecto de quienes presentaron altas expectativas de NMR al inicio del estudio. Estos resultados marcan una tendencia en las expectativas de NMR como función predictiva del pronóstico de la depresión, lo que está en

concordancia con otras investigaciones (Catanzaro et. al., 2000; Davis et. al., 2005; Kassel et. al., 2006; Mearns, 1991).

En conclusión, los resultados del presente estudio son muy relevantes, ya que dan cuenta de una asociación importante entre depresión y expectativas de NMR. Sin embargo, no todos los adolescentes deprimidos tienen el mismo nivel de expectativas de NMR. En quienes presentan bajas expectativas de NMR el pronóstico es peor, al cabo de 10 semanas de tratamiento. En otros basta con tratar la depresión y probablemente en forma indirecta mejoran las expectativas de NMR. Pero los que tienen expectativas de NMR muy bajas, tal vez requieren una intervención con planes de tratamiento más específicos e implementar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, las expectativas de NMR son un indicador importante a considerar en el abordaje y pronóstico de la depresión.

2. Fortalezas y limitaciones

2.1 Fortalezas

El presente estudio es el primero en Chile, en abordar las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes. Además se observó una asociación relevante de esta variable con depresión en este grupo etareo.

Una de las fortalezas más importantes de este estudio es dar a conocer la importancia de las expectativas de regulación del ánimo negativo como factor o indicador influyente en la depresión. Asimismo, presentar la escala de expectativas de NMR, como instrumento psicométrico de auto-reporte útil y confiable para la práctica clínica en adolescentes, principalmente para pesquisar adolescentes con bajas expectativas de

NME, que tal como lo refiere este estudio, sería un indicador sugerente de mal pronóstico. Por otro lado, este instrumento al ser fácil de usar y de auto-reporte permite que el adolescente responda en poco tiempo y así acceda a dicha evaluación.

Otra de las fortalezas tiene relación con el uso del instrumento para medir depresión en adolescentes, el inventario de depresión de Beck (BDI-II), contar con este instrumento permitió seleccionar de manera objetiva y estandarizada la muestra clínica y no clínica, principalmente estandarizar el diagnóstico clínico. Por lo tanto, permitió análisis concluyentes de los resultados.

Con relación a la muestra, otra de las fortalezas fue contar con dos grupos, el grupo clínico y grupo control, y aumentar la validez incremental del estudio, ya que permitió obtener gran información. Además de observar, comparar y relacionar el comportamiento de las expectativas de regulación del ánimo negativo con sintomatología depresiva, tanto en adolescentes deprimidos como no deprimidos, lo que enriqueció la discusión y el análisis.

2.2. Limitaciones

Respecto de este punto, cabe señalar, que los objetivos se cumplieron y que no hubo mayores dificultades para realizar el estudio, por lo tanto, las limitaciones tiene que ver principalmente con aquellas variables que no se manejaron, sin embargo, no estaban consideradas manejar, sólo describir el proceso para observar el comportamiento de las variables en el tiempo. No obstante, parece importante destacar algunas observaciones que implícitamente se creyó estarían controladas lo que no sucedió en la realidad y que se presentan a continuación como limitaciones importantes para abordar en investigaciones futuras.

Una de las limitaciones que se considera importante para el presente estudio fue no estandarizar el tratamiento de la depresión en los adolescentes de la muestra clínica, ya que se pretendió observar las expectativas de regulación del ánimo negativo con relación a la depresión en adolescentes con un escenario lo más real posible, sin intervención. Sin embargo, para lograr resultados más específicos con relación a las expectativas de NMR en el abordaje de la depresión, se podría haber estandarizado el tipo de tratamiento.

Asimismo, el tiempo de inicio y duración del tratamiento también es un factor limitante del estudio, porque no se logró estandarizar del todo, en la primera etapa del estudio, todos comenzaron con psicoterapia, sin embargo, el acceso al tratamiento psiquiátrico es de menor frecuencia, lo que no posibilita la estandarización del inicio del tratamiento farmacológico. Algunos adolescentes comenzaron primero que otros el tratamiento farmacológico, por lo que no se logró observar en un tiempo adecuado los efectos del tratamiento de este tipo y de la psicoterapia, en el estado de ánimo. Y así, observar la variación de las expectativas de NMR en las mismas condiciones para todos los pacientes.

3. Implicancias para futuras investigaciones

En primer lugar, para otras investigaciones de expectativas de NMR y depresión en la adolescencia, sería deseable estandarizar el tratamiento de una muestra clínica, tal vez utilizar una metodología experimental y así controlar todas las variables intervinientes. En segundo lugar, interesante para otros estudios conocer el factor causa-efecto entre las expectativas de NMR y la depresión, tema que no se resuelve en este estudio, los resultados dan cuenta de la correlación de ambas variables, sin embargo, queda por investigar la relación causa efecto.

Por otro lado, el presente estudio por la evidente relevancia que demuestra respecto de las expectativas de NMR y su relación con la depresión, invita a desarrollar nuevos estudios en población adolescente chilena, por ejemplo, otras variables de regulación emocional como estrategias de afrontamiento, de evitación, y comparar la relación que tienen con depresión y a su vez, la efectividad en el abordaje de la depresión contrastándolas con las expectativas de regulación del ánimo negativo. Y también sería interesante conocer la relación de las expectativas de NMR con distintas patologías de la salud mental, como por ejemplo, trastornos ansiosos, adictivos (de alcohol y drogas) en chilenos pertenecientes a este grupo etareo.

Así también los resultados permiten dilucidar la necesidad de investigar la relación de las expectativas de NMR y adherencia al tratamiento de los adolescentes con sintomatología depresiva.

Por otro lado, estudiar la relación de las expectativas de regulación del ánimo negativo y depresión en la adolescencia con muestra clínica, sería interesante utilizar una metodología de tipo experimental, así lograr controlar todos los factores que median en la recuperación de la depresión en esta población, y cuánto influye las expectativas de NMR de ser intervenidas terapéuticamente.

4. Implicancias para la práctica clínica

Las implicancias de esta investigación en el área de la psicología clínica infanto juvenil, quedan demostrados en los resultados y en la discusión. Primero, los resultados dan cuenta que las expectativas de NMR se correlacionan con depresión en la adolescencia y segundo, constituyen un factor importante para el abordaje de la enfermedad en esta etapa de desarrollo.

Asimismo, los resultados de este estudio, corroboran la importancia del uso de la escala de las expectativas de regulación del ánimo negativo, como instrumento psicométrico

útil, confiable y fácil de usar en la medición de las expectativas de regulación del ánimo negativo en la adolescencia y por ende importante para la clínica infanto juvenil, ya que conociendo las expectativas de NMR podemos acercarnos a obtener una tendencia en el pronóstico de la depresión.

Además, la presente investigación contribuye a la comunidad científica chilena, ya que sus resultados respecto de la relación de las expectativas de regulación emocional y depresión en adolescentes, entregan lineamientos claros para futuras investigaciones y desde ahí aportar a la práctica clínica.

Por último, el presente estudio es muy importante para la práctica clínica infanto juvenil, primero porque se comprobó la relación estrecha entre depresión y expectativas de NMR. Segundo, aquellos adolescentes deprimidos que presentan bajas expectativas de NMR, es sugerente de peor pronóstico en depresión, por lo tanto, es un indicador importante al momento de realizar planes de intervención y elaborar estrategias para una mejor adherencia al tratamiento en este grupo etareo.

IX. BIBLIOGRAFÍA

ADIMARK (2000). “El Nivel Socio Económico Esomar. Manual de Aplicación”. Recuperado en octubre 2010. <http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>.

Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317- 326.

Backenstrass, M., Pfeiffer, N., Schwarz, T., Catanzaro, S. J. & Mearns, J. (2008). Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version der Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation (NMR) Scale [Reliability and validity of the German version of the Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation (NMR) Scale]. *Diagnostica*, 54, 43–51.

Bandura, 2006. En Sánchez R, Díaz R. y López C., (2008). Medición de la auto-eficacia en el uso de las estrategias de regulación emocional. *Rev. Electrónica de psicología iztacala*, vol 11, n° 4, dic.

Bar, M. (2007). The proactive brain: Using analogies and associations to generate predictions. *Trends in Cognitive Science*, 11, 280-281.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Birmaher B., Ryan N., Williamson D., Brent D., Kaufman J., Dahl R., Perel J. & Nelson B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35(11), 1427-1439.

Brashares, H. J., & Catanzaro, S. J. (1994). Mood regulation expectancies, coping responses, depression, and sense of burden in female caregivers of Alzheimer’s patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 8, 437–442.

Brent D.A., Perper J.A., Goldstein C.E., Kolko D.J., Allan M.J., Allman C.J., Zelenak J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 45, 581-588.

Bruner, J. (1957). On perceptual readiness. *Psychological Review*, 64, 123-152.

Campos M., Iraurgi J., Páez D. y Velasco C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de psicología*, 82, 25-44.

Carrasco J. L., Palancar J. L. y Ramirez D., (2005). Evidencia científica en depresión y ansiedad. Manual de actuación Organización Médica Colegial (OMC). Ministerio de sanidad y consumo. España.

Catanzaro, S. J. (1997). Mood Regulation Expectancies, affect intensity, dispositional coping, and depressive symptoms: A conceptual analysis and empirical reanalysis. *Personality and individual differences*, 23 (6), 1065-1069.

Catanzaro, S. J., & Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 34-44.

Catanzaro, S. J., & Laurent, J. (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors*, 29, 1779-1797.

Catanzaro, S., Laurent, J., Mearns J., & Krogen, S. (1995). Expectancies for Negative Mood Regulation among School-Aged Children: Initial Scale Development and Validation. Presented at the Sixty-seventh Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association, May 5.

Catanzaro, S. J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.

Cumsille P y Martínez M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Revista Chilena Pediatría*, 74-77.

Davidson, R. J. & Sutton, S. K. (1995). Affective neuroscience: The emergence of a discipline. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, 217-224.

Davis, R., Andresen, E., Trosko, M., Massman P. & Lovejoy, M.; (2005). Negative mood regulation (NMR) expectancies: a test of incremental validity. *Personality and Individual Differences* 39, 263–270.

Erikson, E. (1974). *Identidad Juventud y Crisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Espejo, C. (1984). Uso de una estrategia de técnicas asertivas para el tratamiento de la depresión psicológica. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20, 221–228.

García, R. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En: Almonte, C, Montt, M. E. & Correa, A. (Eds.). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. p. 369-381. Santiago: Edit. Mediterráneo.

Geers, A. L., & Lassiter, G. D. (1999). Affective expectations and information gain: Evidence for assimilation and contrast effects in affective experience. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 394-413.

Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41, 55-80.

Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotional regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.

Guidano V. (1987). Complexity of the self. *Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista*.

Guidano, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Ed. Paidós. España.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México. Ed. Mc. Graw Hill.

Iribarne M., (2003). Desarrollo Psicológico del Adolescente. En: Almonte V., Montt M. y Correa A., *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. p. 37-47. Santiago. Ed. Mediterráneo.

Kassel, J. D., Bornovalova, M., & Mehta, N. (2006). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 939–950.

Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.

Kirsch, I. (Ed.). (1999). How expectancies shape experience. Washington, DC: American Psychological Association.

Kirsch, I., Mearns, J., & Catanzaro, S. J. (1990). Mood-regulation expectancies as determinants of dysphoria in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 306-312.

Krauskopf, D. (2000). El desarrollo psicológico del adolescente. En: Montenegro, H y Guajardo, H., *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. p. 347-356. Santiago, 2° ED. Edit. Mediterráneo.

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., Valenzuela, R., (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena pediatría*. v.71 n.3 mayo. Santiago.

Lozano E., González C. y Carranza J., (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación en la infancia. *Rev. Anales de psicología*. Vol 20, (junio), 69-79.

Martínez, V., González, M., Gallardo, I. & Pfeiffer, (2011). Relación entre expectativas generalizadas para la regulación del ánimo negativo, síntomas depresivos y rendimiento escolar en adolescentes chilenos. Manuscrito en preparación.

Martínez, V., Rojas G., y Fritsch R. (2008). Programas de prevención de la depresión en adolescentes en el sistema escolar: una revisión de la literatura. *Gaceta de psiquiatría Universitaria*, año 4, vol. 4, N° 2.

Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69.

Mearns, J. (1991). Coping with a breakup: Negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 327–334.

Mearns, J., & Mauch, T. G. (1998). Negative mood regulation expectancies predict anger among police officers and buffer the effects of job stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 120–125.

Mearns, J., Miyahara, E., Tresno, F., Watabe, Y., Kono, K., & Takashima, E. (2009). Creating a Japanese measure of generalized expectancies for negative mood regulation. Paper presented at the annual APS convention, San Francisco, CA.

Mearns, J., Self, E., Kono, K., Sato, T., Takashima, E., Tresno, F., Watabe, Y., Yamamoto, M., & Catanzaro, S. J. (2011). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: The Japanese language NMR Scale. Manuscrito en preparación.

Ministerio de Salud de Chile, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Centros para Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta (2005). Informe preliminar, Encuesta mundial de salud escolar Chile 2004. Octubre. <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/EMSE.htm>

Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública (2006). Segundo régimen de Garantías Explícitas en Salud. Enero. www.minsal.cl

Montenegro, H. (2000). Depresión en la Infancia y Adolescencia. Conducta Suicida. En: Montenegro, H y Guajardo, H., *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. pp. 135-149. Santiago: 2° ED. Edit. Mediterráneo.

Musitu G. y Cava M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Universidad de Valencia. *Intervención psicosocial*, Vol. 12, 2, 179-192.

Nardi B. (2006). Rol de los procesos filogenéticos y ontogenéticos en el desarrollo de las organizaciones de significado personal. *rev. escuela de psicología facultad de filosofía y educación*. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Vol. V. 49-64.

Olavsov, B., & Jackson, J. (1987). Effects of expectancies on women's reports of moods during the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 49, 65-78.

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Ed. Meditor.

Orbach, I., Blomenson, R., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., Rogolsky, M., & Retzoni, G. (2007). Perceiving a problem-solving task as a threat and suicidal behavior in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1010–1034.

Papalia, D. y Wendkos S., (1996). *Psicología*. Ed McGraw-Hill. España.

Pfeiffer, N., & Martínez, V. (2010). NMR scale, developing the Spanish version. IV Intercultural Meeting Chilean German Doctoral Program.

Pfeiffer, N., Martínez, V., Mearns, J., Catanzaro, S.J., Rojas, G., Backenstrass, M., & Kaemmerer, A. (2011, enviado a publicación). Preliminary Reliability and Validity of the Spanish Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation Scale.

Rivero, C. (2007). Un enfoque sobre la depresión en adolescencia. En http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresión_adolescencia.htm.

Rohde P., Lewinsohn P.M., Seeley J.R., (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? J American Child Adolesc Psychiatry. 33,1289-1298.

Rotter, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hall.

Ruiz Sánchez, J. J. y Cano Sánchez, J. J. (1992). Manual de Psicoterapia Cognitiva. <http://www.psicologia-online.com>.

Sadek N. & Nemeroff C., (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. Rev. Psiquiatría del Uruguay, vol. 64 N°3, dic.

Silva H., (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la Depresión. Rev. Chil Neuro-psiquit . N° 40 suplemento 1, pp. 9-20.

Silva J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. Laboratorio de Neurociencia Afectiva y Psicopatología, Facultad de Psicología. Universidad Mayor, Temuco. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.43 n.3 Santiago.

Silva J. y Gempp R. (1997). Diferenciación emocional y psicopatología: La hipótesis de la acentuación somática. Laboratorio de Neurociencia Afectiva y Psicopatología. Facultad de Psicología, Universidad Mayor. Rev. EME. Vol. VI. N° 16. <http://reme.uji.es/articulos/avillj3023006105/texto.html>

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 59. 25-52.

Vicente B., Saldivia S., Rioseco P., de la Barra F., Melipillán R., (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil en Chile, Fondecyt 1070519.

Presentación oral en el XXVII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.

Wagner, A. (2007). Depresión en la adolescencia (las complejidades de la transferencia). El drama del niño maltratado. Rev. Asociación Médica Argentina, Vol. 120, N° 3.

Whittington C.J., Kendall T, Fonagy P., Cottrell D., Cotgrove A., Boddington E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. Lancet; 363(9418):1341-1345.

Wilson, T. D., Lisle, D. J., Kraft, D., & Wetzel, C. G. (1989). Preferences as expectation-driven inferences: Effects of affective expectations on affective experience. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 519-530.

Zimmerman B., Kitsantas A. y Campillo M. (2005). Evaluación de la Autoeficacia Regulatoria: Una Perspectiva Social Cognitiva. Rev. Evaluar, 5. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

ANEXOS

ANEXO 1

Clasificación de depresión según CIE-10:

Distimia (F34.1):

Es una alteración crónica del ánimo que dura varios años, y no es suficientemente grave o con episodios no lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente en cualquiera de sus formas.

Trastorno Depresivo:

Trastorno Afectivo Bipolar con episodio Depresivo, tanto leve (F31.3) y moderado (F31.3), como grave (F31.4 – 5). Este último corresponde a un cuadro depresivo grave con síntomas psicóticos.

Episodio Depresivo, tanto leve (F32.0) y moderado (F32.1), como grave (F32.2 – 3). Este último corresponde a un cuadro depresivo grave con síntomas psicóticos.

Trastorno depresivo recurrente, tanto leve (F33.0) y moderado (F33.1), como grave (F33.2 – 3). Este último, también corresponde a un cuadro depresivo grave con síntomas psicóticos.

Trastorno Bipolar: Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía), y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado:

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve o moderado.

b) Se haya presentado al menos episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos:

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

b) Se haya presentado al menos episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Episodio depresivo y Trastorno depresivo recurrente: en los episodios leves, moderados o graves se presenta decaimiento del ánimo; reducción de la energía y disminución de la actividad. Además se presenta un deterioro de la capacidad de disfrutar (anhedonia). Habitualmente el sueño está perturbado, hay disminución del apetito. Casi siempre hay sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza en si mismo. El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de síntomas tales como insomnio de despertar precoz; empeoramiento matinal de los síntomas; retraso psicomotor; pérdida del apetito, peso y de la libido. La severidad de la depresión va a depender del número de síntomas y de la severidad de ellos. El trastorno depresivo recurrente presenta similar sintomatología pero la persona ha experimentado al menos un episodio previo. El diagnóstico es clínico y debe hacerse en entrevista que utilice criterios diagnósticos para Episodio depresivo.

I. Criterios diagnósticos generales para Episodio Depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.

1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
6. Pérdida marcada del apetito
7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
8. Notable disminución del interés sexual.

En adolescentes se utilizan los mismos criterios diagnósticos que en adultos; con el agregado de que pueden existir conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas), además, bajo rendimiento escolar y aislamiento social. El ánimo depresivo en algunos casos se expresa más como irritabilidad que como depresión del ánimo. Puede haber consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no reflejan necesariamente un trastorno de personalidad.

El diagnóstico según nivel de gravedad de la depresión se realiza utilizando los Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10.

II. Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no Síndrome Somático (Criterios I).

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B (Criterios II). La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: La persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están

presentes al menos dos síntomas del criterio B; y síntomas del criterio C hasta sumar un total mínimo de 6 síntomas de la tabla – Criterios II.

Episodio depresivo grave: las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total (tabla – Criterios II). Incluye los episodios depresivos del trastorno bipolar y las depresiones refractarias a tratamiento.

ANEXO 2

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LOS SENTIMIENTOS

A continuación encontrarás una serie de enunciados que se refieren a lo que las personas creen que pueden hacer frente a emociones o sentimientos desagradables. Por favor lee atentamente cada enunciado y marca con una cruz el número que mejor representa lo que tú crees que puedes hacer cuando estás mal de ánimo. No existen respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor sólo marca uno de los siguientes números por cada enunciado:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

| | Totalmente en desacuerdo | Moderadamente en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Moderadament e de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Cuando estoy mal de ánimo, creo que... | | | | | |
| 1. ...generalmente puedo encontrar una forma de subirme el ánimo. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. ...puedo hacer algo para sentirme mejor. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. ...lo único que puedo hacer es entregarme a mis sentimientos negativos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. ...me sentiré bien si pienso en épocas más agradables. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. ...el estar con otras personas será una lata. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. ...me puedo sentir mejor si me doy un gusto con algo que me agrada. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. ...me sentiré mejor cuando comprenda por qué me siento mal. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. ...no podré motivarme a hacer algo al respecto. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

9. ...no me sentiré mucho mejor si trato de encontrarle el lado positivo a la situación. 1 2 3 4 5
10. ...no tardaré mucho en tranquilizarme. 1 2 3 4 5
11. ...será difícil encontrar a alguien que realmente me comprenda. 1 2 3 4 5
12. ...si me digo que ya pasará, me tranquilizaré. 1 2 3 4 5
13. ...hacer algo agradable para otra persona me levantará el ánimo. 1 2 3 4 5
14. ...probablemente terminaré sintiéndome realmente deprimido/a. 1 2 3 4 5
15. ...planear cómo superar las cosas ayudará. 1 2 3 4 5
16. ...me es relativamente fácil olvidarme de lo que me está haciendo sentir mal. 1 2 3 4 5
17. ...ponerme al día con mi trabajo ayudará a que me tranquilice. 1 2 3 4 5
18. ...los consejos de mis amigos no me ayudarán a sentirme mejor. 1 2 3 4 5
19. ...no podré disfrutar de las cosas que generalmente me gustan. 1 2 3 4 5
20. ...puedo encontrar una forma de relajarme. 1 2 3 4 5
21. ...tratar de resolver el problema en mi cabeza sólo lo hará parecer peor. 1 2 3 4 5

22. ...ver una película no me ayudará a sentirme mejor.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

23. ...salir a comer con amigos me ayudará.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

24. ...estaré mal por un buen tiempo.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

25. ...no me podré sacar el problema de la cabeza.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

26. ...me puedo sentir mejor haciendo algo creativo.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

27. ...empezaré a sentirme realmente desanimado/a acerca de mi mismo.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

28. ...pensar que las cosas mejorarán con el tiempo no me ayudará a sentirme mejor.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

29. ...puedo encontrarle algo gracioso a la situación y sentirme mejor.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

30. ...al estar con un grupo de gente, me sentiré “solo/a en medio de la multitud”.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

ANEXO 3

BDI II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1 TRISTEZA

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2 PESIMISMO

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3 SENTIMIENTOS DE FRACASO

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

6 SENTIMIENTOS DE CASTIGO

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7 INSATISFACCION CON UNO MISMO

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8 AUTO - CRITICAS

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Me critico por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.

4 PERDIDA DE PLACER

- 0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5 SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

11 AGITACION

- 0 No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.
Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12 PERDIDA DE INTERÉS

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

9 PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10 LLANTO

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

17 IRRITABILIDAD

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18 CAMBIOS EN EL APETITO

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1^a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1^b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

- 2^a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2^b Mi apetito es mucho mayor que antes.

- 3^a He perdido completamente el apetito.
- 3^b Tengo ganas de comer continuamente.

13 INDECISION

- 0 Tomo decisiones como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14 INUTILIDAD

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15 PERDIDA DE ENERGÍA

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16 CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.

- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.

- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

19 DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20 CANSANCIO O FATIGA

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21 PERDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. He perdido completamente el interés por el sexo.
- 3

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo en Adolescentes y su Relación con la Sintomatología Depresiva”

La Universidad de Chile, a través de su programa de estudios de magister en psicología clínica mención psicología clínica infanto juvenil, se encuentra realizando una investigación cuyo objetivo es, describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva, investigando un factor importante para esta enfermedad.

La presente es una invitación para que su hijo/a participe en esta investigación en forma voluntaria, y en ella le entregaremos toda la información necesaria.

Si usted permite que su hijo/a participe de este estudio, él/ella tendrá el derecho a retirarse en el transcurso de la investigación si lo estima conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él/ella.

En esta investigación participarán adolescentes de 14 a 17 años, quienes contestarán un cuestionario, que dura aproximadamente media hora, sobre temas con respecto a sus reacciones en distintas situaciones y de su estado de ánimo.

Si usted y su hijo/a deciden participar en esta investigación, el terapeuta de su hijo/a le entregará el cuestionario a él/ella y su hijo/a se lo devolverá contestado en la sesión siguiente. La participación de su hijo/a en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para él/ella. Además, Usted y su hijo/a no recibirán ninguna compensación o ayuda económica por su participación. Sin embargo, la participación de su hijo/a en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesita más información sobre este estudio, puede comunicarse con la psicóloga Margarita González Serrano, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico margonzal2202@gmail.com

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a que mi hijo/a sea encuestado/a para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo el anonimato de mi hijo/a.

Firma de la madre y/o el padre

Firma del encuestador

Lugar y fecha _____

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo en Adolescentes y su Relación con la Sintomatología Depresiva”

La Universidad de Chile, a través de su programa de estudios de magister en psicología clínica mención psicología clínica infanto juvenil, se encuentra realizando una investigación cuyo objetivo es, describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva, investigando un factor importante para esta enfermedad.

La presente es una invitación para que su hijo/a participe en esta investigación en forma voluntaria, y en ella le entregaremos toda la información necesaria.

Si usted permite que su hijo/a participe de este estudio, él/ella tendrá el derecho a retirarse en el transcurso de la investigación si lo estima conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él/ella.

En esta investigación participarán adolescentes de 14 a 17 años, quienes contestarán un cuestionario, que dura aproximadamente media hora, sobre temas con respecto a sus reacciones en distintas situaciones y de su estado de ánimo.

La participación de su hijo/a en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para él/ella. Además, Usted y su hijo/a no recibirán ninguna compensación o ayuda económica por su participación. Sin embargo, la participación de su hijo/a en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesita más información sobre este estudio, puede comunicarse con la psicóloga Margarita González Serrano, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico

margonzal2202@gmail.com

Debe Ud. saber que **si NO ENVÍA este documento de vuelta daremos por entendido que NO se opone a la participación de su hijo/a en este estudio.**

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a que mi hijo/a sea encuestado/a para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo el anonimato de mi hijo/a.

Firma de la madre y/o el padre

Firma del encuestador

Lugar y fecha_____

ANEXO 6

ASENTIMIENTO INFORMADO

“Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo en Adolescentes y su Relación con la Sintomatología Depresiva”

La Universidad de Chile, a través de su programa de estudios de magister en psicología clínica mención psicología clínica infanto juvenil, se encuentra realizando una investigación cuyo objetivo es, describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva, investigando un factor importante para esta enfermedad.

La presente es una invitación para que participes en esta investigación en forma voluntaria, y en ella te entregaremos toda la información necesaria.

Si decides participar de este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

En esta investigación participarán adolescentes de 14 a 17 años, quienes contestarán un cuestionario, que dura aproximadamente media hora, sobre temas con respecto a sus reacciones en distintas situaciones y de su estado de ánimo.

Si participas en esta investigación, tu terapeuta te entregará el cuestionario el cual deberás entregar contestado en la sesión siguiente. Tu participación en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ti. Además, no recibirás ninguna compensación o ayuda económica por tu participación. Sin embargo, el que participes significará un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la psicóloga

Margarita González Serrano, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico margonzal2202@gmail.com

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a ser encuestado/a para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Firma del/la adolescente

Firma del encuestador

Lugar y fecha _____

ANEXO 7

ASENTIMIENTO INFORMADO

“Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo en Adolescentes y su Relación con la Sintomatología Depresiva”

La Universidad de Chile, a través de su programa de estudios de magister en psicología clínica mención psicología clínica infanto juvenil, se encuentra realizando una investigación cuyo objetivo es, describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva, investigando un factor importante para esta enfermedad.

La presente es una invitación para que participes en esta investigación en forma voluntaria, y en ella te entregaremos toda la información necesaria.

Si decides participar de este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

En esta investigación participarán adolescentes de 14 a 17 años, quienes contestarán un cuestionario, que dura aproximadamente media hora, sobre temas con respecto a sus reacciones en distintas situaciones y de su estado de ánimo.

Si participas en esta investigación, recibirás el cuestionario en el aula, previo consentimiento de tu profesor, el cual contestarás en su hora de clases. Tu participación en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ti. Además, no recibirás ninguna compensación o ayuda económica por tu participación. Sin embargo, el que participes significará un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la psicóloga

Margarita González Serrano, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico margonzal2202@gmail.com

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a ser encuestado/a para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Firma del adolescente

Firma del encuestador

Lugar y fecha _____

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad de Chile, a través de su programa de estudios de magister en psicología clínica mención psicología clínica infanto juvenil, se encuentra realizando una investigación la que tiene por nombre: **“Expectativas de Regulación del Ánimo Negativo en Adolescentes y su Relación con la Sintomatología Depresiva”**. El objetivo del estudio es, describir y analizar la relación entre las expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva, investigando un factor importante para esta enfermedad.

La presente es una invitación para que los/as alumnos/as de su liceo participen en esta investigación en forma voluntaria, a quienes les entregaremos toda la información necesaria.

Los/las alumnos/as tendrán el derecho de retirarse en el transcurso de la investigación si lo estiman conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ellos/as.

En esta investigación participarán adolescentes de 14 a 17 años, quienes contestarán un cuestionario, que dura aproximadamente una hora pedagógica, sobre temas con respecto a su nivel socioeconómico, sus reacciones en distintas situaciones y su estado de ánimo.

La participación de los/as alumnos/as en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ellos/as ni para el liceo, tampoco recibirán ninguna compensación o ayuda económica por participar. Sin embargo, su participación en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

Por otro lado, todos los/as alumnos/as que presenten puntajes significativos de depresión serán informados a Ud. y derivados al centro de salud que corresponda en cada caso. Lo que será un gran aporte en la prevención de conductas de riesgos de los/as alumnos/as que participen en esta investigación.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesita más información sobre este estudio, puede comunicarse con la psicóloga Margarita González Serrano, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico margonzal2202@gmail.com

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior y autorizo a que los/as alumnos/as sean encuestados/as para los fines del presente estudio.

Firma y timbre Directora

Lugar y fecha _____

ANEXO 9

Querido Participante:

Gracias por contestar este cuestionario. A continuación deberás responder algunas preguntas, de las cuales NO hay respuestas correctas ni incorrectas. Esto no es un examen. Por lo tanto, por favor, tómate el tiempo de leer las preguntas con tranquilidad y de contestarlas después, porque se trata de tus experiencias, percepciones y evaluaciones.

Por favor, intenta no omitir ninguna pregunta. Si no puedes decidirte o una afirmación no es exactamente cierta para ti, elige aquella afirmación que más te represente o más cercana para ti.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!!

Por supuesto, todas tus respuestas serán tratadas confidencialmente según las prescripciones de la protección de datos. Si quieres saber más sobre este cuestionario o la encuesta en general, puedes acudir a la Investigadora responsable: **Psicóloga Margarita González S.**, correo electrónico: margonzal2202@gmail.com.

Fecha: día _____ mes _____ año _____

Antecedentes Demográficos y NSE

A continuación te haremos algunas preguntas sobre tu persona. Por favor, marca con una cruz en la respuesta que mejor te represente:

| |
|--|
| 1. Sexo |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |

| |
|---------------------------------------|
| 2. Edad: |
| _____ años Fecha de Nacimiento: _____ |

| |
|---|
| 3. En estas últimas 10 semanas ¿has tomado algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico? |
| Sí <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____ No <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| 4. ¿Con cuál de tus padres vives ahora? (marca sólo la alternativa que corresponda) |
| <input type="checkbox"/> con ambos padres en la misma casa <input type="checkbox"/> sólo con mi padre |
| <input type="checkbox"/> sólo con mi madre <input type="checkbox"/> con mi padre y su nueva pareja |
| <input type="checkbox"/> con mi madre y su nueva pareja <input type="checkbox"/> no vivo con mis padres |
| <input type="checkbox"/> con padres adoptivos <input type="checkbox"/> otros: _____ |

5. ¿Quién más vive en tu casa? (marca todas las alternativas que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Abuela | <input type="checkbox"/> 4 Hermanos Hermano(s) |
| <input type="checkbox"/> 2 Abuelo | <input type="checkbox"/> 5 Otros parientes |
| <input type="checkbox"/> 3 Hermanas Hermana(s) | <input type="checkbox"/> 6 Otras personas |

6. ¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó la persona que aporta el ingreso principal en tu hogar?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Educación básica incompleta o inferior. | <input type="checkbox"/> 6 Técnica completa. |
| <input type="checkbox"/> 2 Básica completa. | <input type="checkbox"/> 7 Universitaria incompleta. |
| <input type="checkbox"/> 3 Media incompleta (incluyendo Media Técnica). | <input type="checkbox"/> 8 Universitaria completa. |
| <input type="checkbox"/> 4 Media completa. | <input type="checkbox"/> 9 Post Grado (Master, Doctor o equivalente). |
| <input type="checkbox"/> 5 Técnica incompleta. | |

7. ¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de tu hogar?

- 1 Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, "pololos", cuidador de autos, limosna).
- 2 Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.
- 3 Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante).
- 4 Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario.
- 5 Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).
- 6 Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
- 7 Otro, por favor describa: _____

8. Si el sostenedor de tu hogar es jubilado o está desempleado, contesta lo siguiente: ¿Cuál o cuáles de los siguientes bienes existen en tu hogar?.

- 1 Automóvil
- 2 Computador.
- 3 Horno Microonda.
- 4 Camara de video filmadora.
- 5 Calefont u otro sistema de ducha caliente.
- 6 Servicio de TV Cable.