



Revista Latinoamericana de Psicología

ISSN: 0120-0534

direccion.rlp@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Gómez-Maquet, Yvonne

Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados

Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 39, núm. 3, 2007, pp. 435-447

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bogotá, Colombia

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539301>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

COGNICIÓN, EMOCIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS¹

YVONNE GÓMEZ-MAQUET²

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

ABSTRACT

A characterisation of adolescents is presented in terms of positive and negative affect, automatic negative and positive thoughts and depressive symptomatology. An aleatory sample of 1096 adolescents 12 to 16 years old, from public and private schools from the city of Medellín (Colombia) was selected. 55.7% of the sample were male. The results show that male and female adolescents differ on the three evaluated variables. At the cognitive level, female adolescents showed more automatic negative thoughts; at an emotional level they showed higher levels of negative affect and more depressive symptoms. Male adolescents showed more positive thoughts, higher levels of positive affect and fewer depressive symptoms. This profile was more clear in the subgroup of adolescents with scores over the 75 percentile in the scale of depressive symptoms excepting negative affect.

Key Words: Positive Affect, Negative Affect, Automatic Negative Thoughts, Automatic Positive Thoughts, Depressive Sintomatology, Adolescents.

¹ Los resultados que se reportan en este artículo son una extensión de un proyecto anterior inscrito en el CODI y financiado por el Departamento de Psicología, la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas y el Centro de Investigaciones Sociales y Humanas de la U de A, dirigido por Yvonne Gómez Maquet y con la participación de Diego Mauricio Arias, Natalia Areiza, Andrés Gómez Z y Magda Yepes C.

² Correspondencia: YVONNE GÓMEZ MAQUET, Departamento de Psicología Universidad de Antioquia; Correo electrónico: csgipc@antares.udea.edu.co

RESUMEN

Se presenta una caracterización de adolescentes escolarizados en términos de afecto positivo y negativo, pensamientos automáticos negativos y positivos y sintomatología depresiva. Se tomó una muestra aleatoria de 1096 adolescentes (55,7% hombres) entre 12 y 16 años, tanto de instituciones educativas públicas como privadas. Los resultados indican diferencias significativas en las tres variables estudiadas. Las mujeres adolescentes se caracterizan a nivel cognitivo por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos y a nivel emocional por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva. Los hombres adolescentes presentaron más pensamientos positivos y niveles más altos de afecto positivo y menor tendencia a presentar sintomatología depresiva. Este perfil también se encontró y con mayor intensidad en el subgrupo de adolescentes con puntuaciones en la escala de sintomatología depresiva por encima del percentil 75, con excepción del afecto negativo.

Palabras clave: Afecto positivo, Afecto negativo, Pensamientos automáticos negativos, Pensamientos automáticos positivos y sintomatología depresiva, Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Se sabe y se reitera que la adolescencia es una etapa del ciclo vital que si bien ha sido abordada teórica y empíricamente sigue generando confusión en asuntos relacionados con su definición y caracterización (Carrillo, 2004). Un tópico que ha sido retomado con atención en la investigación en adolescentes es la salud mental. Los estudios se centran en problemas como uso de sustancias, imagen corporal, depresión (Sander, 2004) y suicidio (Hernández-Cervantes & Gómez-Maquet, 2006). La depresión es un problema psicológico de alta prevalencia como lo muestran las estadísticas. El 15% de la población colombiana reporta haber sufrido depresión alguna vez en su vida, distribuyéndose por género de la siguiente manera: 17,5% para mujeres y 8,6% para hombres (MPS, 2003). El estudio de salud mental de 1997 incluyó población adolescente, y mostró que el 13,3 % de los jóvenes entre 12 y 15 años en Antioquia ha sufrido una depresión y que ese porcentaje aumentaba al 20,1% entre los jóvenes entre los 16 y los 19 años (Torres & Montoya, 1997). Un estudio realizado en México, utilizando la prueba de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) señala que un 15,4%

de los adolescentes estudiados son clasificados como deprimidos (Mariño, Medina-Mora, Charro & González-Forteza, 1993).

Los adolescentes colombianos, al igual que los jóvenes de América Latina y el mundo, están expuestos a situaciones potencialmente estresantes, entre las que se encuentran las tareas evolutivas específicas (asumir cambios corporales, estructurar su identidad, separarse progresivamente de sus padres, entre otros) y las problemáticas que viven en los diferentes ámbitos (familiar, social, educativo, político, económico y demás), lo que pone a prueba constantemente sus cogniciones y afectos para enfrentar estas situaciones.

Los resultados que aquí se presentan provienen de un estudio que tuvo como objetivo, caracterizar a los adolescentes y a un grupo de ellos que presentan indicadores de sintomatología depresiva según la presencia de pensamientos automáticos (negativos y positivos) y la presencia de afecto tanto negativo como positivo. Esta caracterización permitirá establecer un perfil cognitivo y afectivo de este grupo poblacional, lo cual es fundamental para la psicología clínica y de la salud, especialmente, desde el enfoque de

la terapia cognitiva, permitiendo diseñar protocolos para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Cognición

La terapia cognitiva asume como aspecto central para la adaptación y la supervivencia del ser humano, la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno, estableciendo como actividad principal del procesamiento la asignación de significado (Clark & Beck, 1997). Por lo tanto enfatiza que las conductas y las emociones están mediadas cognitivamente, y concibe la cognición en tres niveles: los esquemas (nivel más profundo), las creencias intermedias (suposiciones, reglas y actitudes organizadas alrededor de los esquemas) y los pensamientos automáticos (producto cognitivo del procesamiento de la información, nivel consciente y preconscious) (Beck, 1995; Padesky & Greenberger, 1995; Riso, 2006).

Los pensamientos automáticos negativos se pueden definir como aquellas frases o imágenes que se nos pasan por la mente que están relacionados con estados emocionales intensos como la depresión, la ansiedad o la ira por ejemplo. Por su parte los pensamientos voluntarios o racionales aparecen como un intento de adaptarse a los problemas y analizarlos con el fin de resolverlos y por consiguiente mantener estados anímicos de calma y tranquilidad.

Los pensamientos automáticos se caracterizan por: ser mensajes específicos y concretos, breves y telegráficos, involuntarios, casi siempre son creídos, plausibles, con frecuencia se expresan en términos de “tendría, debería”, tienden a dramatizar, son una representación sesgada de la realidad, son idiosincrásicos, son difíciles de controlar, son aprendidos y favorecen que la persona adopte una forma de interpretar los acontecimientos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2000; Clark, Beck & Alford, 1999; Riso, 2006; Ruiz & Imbernon, 1996). Además son producto

de esquemas disfuncionales y a su vez logran autoperpetuar y autoconfirmar estos esquemas (Riso, 1992).

La clasificación que se hace de los pensamientos automáticos es: pensamientos automáticos positivos y negativos. Los positivos son aquellos que producen sentimientos agradables hacia si mismo y el mundo, aumentan la autoestima, el autoconcepto, dan confianza, seguridad, y ayudan a mantener buena salud mental. Los negativos son los pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista, y generalmente irrealista. Es un pensamiento que lleva a consecuencias autodestructivas que interfieren en forma significativa con la supervivencia y felicidad del individuo (Mc Kay, 1985).

Se ha encontrado que las actitudes disfuncionales juegan un papel moderador entre los eventos negativos y los niveles de disforia (Kwon & Oei, 1992). Así lo demostró un estudio en población clínica adolescente en Puerto Rico, donde un 66% de los adolescentes reportaron actitudes disfuncionales moderadas, un 15% actitudes disfuncionales marcadas, y un 19% un bajo nivel de actitudes disfuncionales (Roselló, 2004)

Diferencias de género son reportadas en variables cognitivas en adolescentes. Éstas indican como las mujeres adolescentes obtienen puntajes más bajos en pensamientos positivos y puntajes mayores en pensamientos automáticos negativos, orientación negativa hacia el problema y necesidad de aprobación y éxito (Calvete & Cardeñoso, 2005).

Afecto

La gran mayoría de los estudios sobre las experiencias emocionales y la estructura del afecto (citados por Robles & Paez, 2003) coinciden en que el afecto está constituido por dos dimensiones denominadas afecto positivo y afecto negativo, las cuales se pueden entender como estados afectivos transitorios, o como disposiciones personales de la emocionalidad más o

menos estables (Sandín & Chorot., 1999). En este modelo bifactorial del afecto, propuesto por Watson y Tellegen se establece que ambos factores (afecto positivo y afecto negativo) no representan dimensiones con alta correlación negativa entre sí, sino más bien constituyen dos dimensiones independientes del afecto. Estas dos dimensiones han sido caracterizadas como descriptivamente bipolares pero afectivamente unipolares, para enfatizar que solamente el polo alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto, siendo el polo bajo de cada factor únicamente un reflejo de ausencia relativa de implicación afectiva. Así por ejemplo, la calma y la relajación serían componentes de bajo afecto negativo, mientras que la desgana y la lentitud/torpeza lo serían de bajo afecto positivo (Watson & Tellegen, 1985, p. 221).

El Afecto Positivo (AP) constituye la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio, reflejando el grado de entusiasmo por la vida. Por lo tanto las personas con alto afecto positivo experimentan sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza. En contraste, las personas con bajo afecto positivo tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y el letargo. (Clark, Watson & Mineka, 1994).

Por su parte el afecto negativo (AN) representa la dimensión de la sensibilidad frente a estímulos negativos. Se caracteriza por sensaciones de estados emocionales aversivos (nerviosismo, miedo, disgusto, culpa e ira). Por lo tanto, la presencia de alto afecto negativo se ha relacionado con: 1) experiencias de sentimientos negativos como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, 2) actitudes negativas y pesimismo, 3) problemas o quejas somáticas y 4) insatisfacción y apreciación negativa de si mismo y de los demás (Robles & Paez, 2003)).

Este enfoque ha permitido entender el solapamiento y la distintividad de síntomas en la ansiedad y la depresión. Se propone el modelo

tripartito de la ansiedad–depresión, el cual está conformado por tres elementos: el afecto negativo (o distress afectivo general, no específico), la hiperactivación fisiológica, y la anhedonia (disminución del afecto positivo, apatía, pérdida de entusiasmo e interés). El primer factor de este modelo, es común en la ansiedad y en la depresión, el segundo es propio de la ansiedad; y el bajo afecto positivo sería específico de la depresión. (Clark & Watson 1991).

En relación a la diferencia de género se encuentran diferencias en la frecuencia con la que los hombres y mujeres expresan emociones positivas y negativas. Emociones positivas, como calma y entusiasmo son expresadas más frecuentemente por los hombres que la mujeres, y éstas expresan más las emociones negativas, como ansiedad y tristeza (Simon & Nath, 2004). Otros autores señalan que las mujeres expresan con mayor frecuencia emociones de felicidad, tristeza y miedo, mientras que los hombres expresan más emociones de cólera (Grossman & Wood, 1993; Kelly & Hustson-Comeaux, 1999 citados por Robles & Paez, 2003).

Sintomatología depresiva

La depresión se caracteriza principalmente, por la presencia de un estado de ánimo irritable y/o disfórico, y por la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Además se acompaña por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio o intento de suicidio (APA, 2000). El trastorno trae repercusiones negativas a nivel personal, familiar, escolar y/o social. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, luego hacia la adolescencia adquieren relevancia los síntomas cognitivos y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el legal y el sexual (Méndez, 2001).

La variabilidad dentro del cuadro depresivo está dado por la gama y constelación de síntomas que se pueden presentar, por la evolución temporal, tratándose en algunos casos de formas episódicas y en otros de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo, y por la gravedad, teniendo en algunos casos estados más bien leves y en otros, más graves, en los cuales existen deseos o intentos de suicidio. Los síntomas se han clasificado de acuerdo a su naturaleza en cinco grandes grupos a saber: anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales (Vázquez & Sanz, 1995).

Partiendo del modelo cognitivo el trastorno psicológico se caracteriza “por esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente” (Clark & Beck, 1997; p.120).

Los pensamientos automáticos ocupan un lugar importante dentro de la psicopatología y la psicoterapia cognitiva. Por ejemplo la depresión, desde el modelo de Beck, se caracteriza por la presencia de un esquema de contenido negativista, distorsiones cognitivas y la triada cognitiva. Ésta última se refiere a pensamientos automáticos negativos a cerca de sí mismo, el mundo y el futuro (Beck & cols., 2000). Igualmente este autor postula en las hipótesis descriptivas del trastorno que en el estado depresivo se da un incremento de los pensamientos automáticos negativos absolutos y generalizados y un decremento de los pensamientos automáticos positivos o constructivos (Clark & Beck, 1997). No establece explícitamente en su modelo diferencias de género.

Es ampliamente destacado en la literatura las diferencias de género con respecto a la prevalencia de la depresión (APA, 2000; Vázquez & Sanz, 1995). Esta diferencia se encuentra también en estudios realizados con población adolescente utilizando la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (Roberts & cols, 1990). Estos autores reportaron para cuatro muestras de adolescentes diferencias de género,

mostrando como las mujeres presentan más sintomatología depresiva. Igualmente con una muestra de peri-púberes (9 a 14 años) se determinó puntajes mayores en niñas posmenarcas que para niñas premenarcas (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque, & Ma.Chartt-León, 1999). Sin embargo, utilizando la misma escala otro estudio realizado en dos ciudades de México no establece diferencias significativas de género (Masten, Caldwell-Colbert,., Williams y cols, 2003).

MÉTODO

Participantes

El total de participantes en este estudio fue de 1096 adolescentes. Primero se seleccionaron aleatoriamente instituciones educativas tanto públicas como privadas de la ciudad de Medellín (Colombia) para luego aplicar en forma colectiva las pruebas en los diferentes grados, cubriendo así el rango de edad de 12 a 16 años.

El 55,7% de los adolescentes fueron del sexo masculino y el 44,3% del sexo femenino. Por su parte el 50,5% de los jóvenes pertenecen a instituciones educativas privadas y el 49,5% a instituciones de tipo público. Según la edad los estudiantes se agruparon de la siguiente manera: el 18,7% (12 años); el 20,4% (13 años); el 22,5% (14 años); el 23,8% (15 años) y el 14,5% (16 años).

Instrumentos

Para medir la variable pensamientos automáticos se aplicó el cuestionario de Pensamientos Automáticos: *Automathic Thought Questionnaire* (ATQ – RP) de Kendall, Howard y Hays (1989). Este instrumento consta de 40 ítems, 30 de los cuales conforman una escala de pensamientos automáticos negativos y los 10 restantes otra de pensamientos automáticos positivos. La puntuación a cada ítem se realiza en una escala tipo

Likert de 5 puntos dependiendo de que tan frecuente hayan tenido ese pensamiento durante la semana inmediatamente anterior. La puntuación se obtiene al sumar la respuesta dada a cada ítem correspondiente a cada escala.

El afecto fue evaluado a partir de la Escala de Afecto Positivo y Negativo: *Positive Affect and Negative Affect*., PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988) versión española de Sandín, (1991), la cual está compuesta por un listado de 20 adjetivos que describen sentimientos y emociones. La mitad de los reactivos (adjetivos) evalúan afecto positivo y la otra mitad evalúa afecto negativo. Se responde en una escala Likert de cinco opciones de acuerdo al grado en que las experimenta. Las escalas PANAS han demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo en población clínica y normal, de adolescentes, adultos y adultos mayores (Robles & Paez, 2003).

La variable sintomatología depresiva fue medida con el Cuestionario de Depresión CES-D de Radloff (1977) del Centro de Estudios Epidemiológicos. Se trata de un instrumento de tamizaje, el cual cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos, indicando el número de días durante la semana inmediatamente anterior a la aplicación de la prueba en los que el sujeto se sintió o comportó como lo indican los reactivos. Consta de 20 ítems, 16 hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva.

Procedimiento

Una vez firmado el consentimiento informado por parte de los rectores de las instituciones

educativas seleccionadas se aplicaron las pruebas de manera colectiva, realizando una actividad previa de sensibilización y motivación con los adolescentes para garantizar un adecuado diligenciamiento de los cuestionarios. Así mismo, se les garantizó el anonimato.

RESULTADOS

Primero se presentan los resultados para la muestra completa y luego se hace la caracterización en el subgrupo de adolescentes que presentan indicadores de sintomatología depresiva.

Para las variables estudiadas se establecieron las diferencias según género recurriendo a pruebas paramétricas (afecto positivo y negativo) y pruebas no paramétricas (pensamientos automáticos negativos y positivos y sintomatología depresiva) según el tipo de distribución y el criterio de homogeneidad. Se encontraron diferencias entre los y las adolescentes en las todas variables estudiadas, por lo tanto la caracterización se presenta teniendo en cuenta esta diferencia.

Para el afecto positivo se determinó con base en una ANOVA diferencias estadísticamente significativa a un nivel de $p < 0,05$ entre los y las adolescentes, encontrando que los hombres obtuvieron una media mayor ($X = 32,9$ y $D.S = 6,02$) que las mujeres ($X = 31,9$ y $D.S = 6,7$). Para el Afecto Negativo se encontró igualmente diferencia estadística altamente significativa, en sentido contrario, donde las adolescentes presentan, esta vez, una puntuación media superior ($x = 23,4$ y $DS = 7,28$) al de los adolescentes ($x = 21,1$ y $DS = 6,89$). Esto indica que los hombres tienen una mayor capacidad de expresar emociones de tipo positivo, mientras que las mujeres lo hacen para las emociones de tipo negativo. (ver Tabla 1).

TABLA 1

Análisis de varianza para la variable afecto positivo y negativo.

VARIABLE	SEXO	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	F	p
AFECTO POSITIVO	Masculino	611	32,9	6,02	7.11	0.008
	Femenino	485	31,9	6,70		
	Total	1096	32,5	6,35		
AFECTO NEGATIVO	Masculino	611	21,1	6,89	29.73	0.000
	Femenino	485	23,4	7,28		
	Total	1096	22,1	7,16		

Para los pensamientos automáticos negativos y positivos se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los adolescentes y las adolescentes. Como se puede extraer de la tabla 2 las adolescentes presentan puntuaciones mayores que los adolescentes

en los pensamientos automáticos negativos y lo contrario sucede con los pensamientos automáticos positivos, lo cual sugiere que las adolescentes se caracterizan por pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, y autoderrotista.

TABLA 2

U de Mann Whitney para la variable sexo para los pensamientos automáticos negativos y positivos

VARIABLE	SEXO	N	RANGO PROMEDIO	U de Mann Whitney	P
PAN	Masculino	611	487,04	110617,0	0.00
	Femenino	485	625,92		
PAP	Masculino	611	585,58	12513,0	0.00
	Femenino	485	501,79		

PAN= Pensamiento Automático Negativo; PAP= Pensamiento Automático Positivo

Para la variable sintomatología depresiva la diferencias entre los adolescentes y las adolescentes es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Según el análisis realizado con la prueba U de Mann Whitney se estableció que las mujeres

obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres (ver tabla 3), ratificando este resultado lo establecido en la literatura en este aspecto: las adolescentes refieren más sintomatología depresiva que los hombres.

TABLA 3

U de Mann Whitney para la variable sexo en sintomatología depresiva

VARIABLE	SEXO	N	RANGO PROMEDIO	U de Mann Whitney	P
Sintomatología depresiva	Masculino	611	455,14	91127,500	0.000
	Femenino	485	666,11		

Tomando como referencia el percentil 75 se dividió la muestra en dos subgrupos. Uno con indicadores de presencia de sintomatología depresiva (puntuaciones por encima del percentil 75) y el otro sin indicadores de sintomatología depresiva (puntuaciones por debajo del percentil 75). El grupo de los adolescentes con indicadores de sintomatología depresiva obtuvo una media en el CES-D de 30,86 con una desviación típica de 7,50 y el grupo de las adolescentes alcanzó una media de 40,36 con una desviación típica de 5,92; diferenciándose ambos grupos estadísticamente con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Es de anotar que en el grupo sin indicadores de sintomatología depresiva las mujeres obtuvieron igualmente un puntaje promedio mayor al obtenido por los hombres.

Al analizar las diferencias de género para las variables afecto y pensamientos automáticos se pudo establecer lo siguiente:

Con relación al afecto positivo y negativo se diferencian los adolescentes y las adolescentes solo en el afecto positivo, como se puede extraer

de la tabla 4. Los hombres obtienen puntajes mayores que las mujeres en la manifestación de afecto positivo, aun presentando niveles de sintomatología depresiva. Las mujeres, por su parte presentan menor capacidad de mantener una emocionalidad positiva.

Respecto a los pensamientos automáticos negativos y positivos los adolescentes y las adolescentes con puntuaciones altas en sintomatología depresiva se mostraron de la siguiente manera: Las jóvenes presentan rangos promedios más altos en pensamientos automáticos negativos que los jóvenes a un nivel de significancia de $p < 0,05$ y lo contrario ocurre con los pensamientos automáticos positivos, donde la diferencia está a favor de los hombres con rangos promedios superiores (ver tabla 5). Esto indica la presencia de pensamientos automáticos negativos cuando hay presencia de sintomatología depresiva, siendo más fuerte esta presencia para las mujeres y puede afirmarse que los hombres conservan la posibilidad de presentar simultáneamente pensamientos positivos.

TABLA 4

Análisis de varianza teniendo en cuenta el sexo para las variables afecto positivo y negativo en el subgrupo de adolescentes con indicadores de sintomatología depresiva.

VARIABLE	SEXO	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	F	P
AFECTO POSITIVO	Masculino	162	32.01	5.89	4,928	0.027
	Femenino	125	30.33	6.95		
	Total	287				
AFECTO NEGATIVO	Masculino	162	25.18	7.79	2,278	0.132
	Femenino	125	26.61	8.16		
	Total	287				

TABLA 5

U de Mann Whitney teniendo en cuenta el sexo para las variables pensamientos automáticos negativos y positivos en el subgrupo de adolescentes con indicadores de sintomatología depresiva

VARIABLE	SEXO	N	RANGO PROMEDIO	U de Mann Whitney	P
PAN	Masculino	162	129,15	7719,0	0.001
	Femenino	125	163,25		
PAP	Masculino	162	159,77	7570,0	0.000
	Femenino	125	123,56		

PAN: pensamientos Automáticos Negativos y PAP: Pensamiento Automático Positivo

Resumiendo los resultados se tiene que en el grupo de adolescentes con indicadores de sintomatología depresiva se encuentra el mismo perfil que se describió para los adolescentes en general y para el grupo sin indicadores de

sintomatología depresiva (ver tabla 6), con excepción de la variable afecto negativo, por no encontrar diferencia estadísticamente significativo, pero presentándose la misma tendencia y dirección de las puntuaciones.

TABLA 6

Descriptores para las diferentes variables en el grupo de adolescentes con y sin indicadores de sintomatología depresiva.

Variable	P	SUBGRUPO CON INDICADORES		SUBGRUPO SIN INDICADORES	
		Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
PAN Mujeres	.000	88.19	22.56	64.87	16.86
PAN Hombres	.000	80.01	19.70	56.04	13.76
PAP Mujeres	.001	30.16	8.99	38.57	6.69
PAP Hombres	.003	34.12	8.72	40.28	5.63
AP Mujeres	.012	30.33	6.95	32.52	6.53
AP Hombres	.024	32.01	5.89	33.33	6.04
AN Mujeres	.004	26.61	8.16	22.38	6.62
AN Hombres	.001	25.18	7.79	19.66	6.90

PAN= Pensamiento Automático Negativo; PAP= Pensamiento Automático Positivo; AP= Afecto Positivo; AN= Afecto Negativo; SD= Sintomatología Depresiva

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que los y las adolescentes entre 12 y 16 años se diferencian en las variables estudiadas: pensamientos automáticos negativos y positivos, afecto positivo y negativo y en la presencia de sintomatología depresiva.

El perfil obtenido para las adolescentes en cognición y afecto se describe de la siguiente

manera: Las adolescentes reportan mayor frecuencia de experiencias de sentimientos negativos, menor afecto positivo, es decir tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y el letargo. Igualmente refieren menor frecuencia de pensamientos automáticos positivos y mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos, pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista, y generalmente irrealista.

Por el contrario los adolescentes (hombres) experimentan con mayor frecuencia sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza (afecto positivo) y menor presencia de afecto negativo. También reportan mayor frecuencia de pensamientos automáticos positivos, que conducen sentimientos agradables hacia si mismo y el mundo y menor frecuencia de pensamientos automáticos negativos.

Estos resultados son concordantes con lo reportado en un estudio sobre la efectividad de un programa de prevención para la depresión en un pequeño grupo de adolescentes, en el cual se midieron, entre otras, estas variables con los mismos instrumentos, obteniendo el mismo perfil. (Gómez, Restrepo & Jiménez, 2004).

El perfil obtenido en los pensamientos automáticos y en el afecto, en el subgrupo de adolescentes con indicadores de sintomatología depresiva, es el esperado teóricamente para la depresión (Beck, 2000; Calvete & Cardoñoso, 2005; Clark & Beck, 1997; Clark & Watson, 1991, Roselló, 2004), donde hay mayor presencia de pensamientos automáticos negativos caracterizados por ser autoderrotistas y absolutistas y un predominio del afecto negativo sobre el afecto positivo.

Respecto a indicadores de sintomatología depresiva, se reitera el patrón reportado ampliamente en la literatura, donde las mujeres presentan mayores niveles de sintomatología depresiva y los hombres menores. Y utilizando el mismo instrumento en población adolescente los datos obtenidos coinciden con lo reportado por Roberts y colaboradores (1990).

Efectivamente, en el subgrupo de adolescentes con puntuaciones altas en sintomatología depresiva, se encontró el mismo perfil de manera más acentuada que en la muestra total, con excepción del afecto negativo, donde los adolescentes y las adolescentes no se diferencian de manera estadísticamente significativa. Este hallazgo se puede explicar a partir del modelo tripartida de

Clark y Watson (1991), que propone que los estados depresivos se caracterizan por la presencia de alto afecto negativo y bajo afecto positivo. Esto se evidenció claramente en esta muestra al obtener tanto en afecto negativo como en afecto positivo diferencias estadísticamente significativas (en la dirección esperada) entre el subgrupo de adolescentes con puntajes ubicados por encima del percentil 75 y el grupo de adolescentes con puntuaciones ubicadas por debajo de éste. Sin embargo la diferenciación de género respecto al afecto positivo se sigue encontrando, pero no la diferenciación en afecto negativo. Este es un resultado importante en la medida que indicaría que la mayor presencia de depresión en mujeres puede estar basada en el bajo afecto positivo, y que en el estado depresivo hombres y mujeres comparten necesariamente el alto afecto negativo. Pareciera que los niveles más altos de afecto positivo que presentan los adolescentes (hombres), tanto en el grupo con indicadores como en el grupo sin indicadores de sintomatología depresiva en comparación con las mujeres jugará un papel protector en ellos para la manifestación de síntomas de disforia.

Igualmente, respecto al tipo de pensamientos automáticos, ambos grupos de adolescentes (con y sin indicadores de sintomatología depresiva) se diferenciaron, lo cual es consistente con el modelo cognitivo de la depresión de Beck, en cuanto a un incremento de pensamientos automáticos negativos y generalizados y una disminución del pensamiento autoreferente positivo o constructivo (Clark & Beck 1997). Vale la pena destacar que para esta variable se mantuvieron las diferencias de género, presentando las adolescentes esta tendencia de manera más acentuada que los hombres.

El perfil identificado debe tenerse en cuenta para la planeación y desarrollo de protocolos de intervención individual y grupal con adolescentes, fortaleciendo en los hombres la presencia de afecto y pensamientos automáticos de tipo positivo y combatiendo en las mujeres los pensamientos automáticos negativos, lo que favorecería el cambio en el afecto negativo. Igualmente para la

intervención con adolescentes con riesgo de depresión estos aspectos son esenciales y adicionalmente se debe tener como objetivo para las adolescentes el incremento de la emocionalidad positiva expresada en sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza.

Finalmente, es de anotar que este estudio estuvo dirigido a población normal y no a población clínica, pero los resultados crean la necesidad de constatar este perfil, principalmente el del bajo afecto positivo en mujeres y alto en hombres, en adolescentes con diagnóstico de depresión.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales TR*. Barcelona: Masson.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2000). *Terapia cognitiva de la depresión* (12ª ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. & Ma.Chartt-León, R.M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 175-185.
- Calvete, E. & Cardeñoso, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 179-192.
- Carrillo, S. (2004). Presentación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 377-378.
- Clark, D. & Beck, A. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y terapia cognitiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de Psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Gómez, Y., Restrepo, V. & Jiménez, J.C. (2004). Efectividad del programa de prevención de la depresión LISA PD en adolescentes: Una prueba piloto. Trabajo presentado en el *Ier Congreso Nacional de Neuropsicología y Conducta*, Abril, Medellín.
- Hernández-Cervantes, Q. & Gómez-Maque, E.L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 45-52.
- Kendall, P., Howard, B. & Hays, R. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (6), 583-598.
- Kwon, S. L. & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J.J. & González-Forteza (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (2), 141-145.
- Masten, W.G., Caldwell-Colbert, T., Williams, V., Jerome, W.W., Mosby, L., Barrios, Y. & Helton, J. (2003). Gender differences in depressive symptoms among Mexican adolescents. *Anales de Psicología*, 19 (1), 91-95.
- Mc Kay, M. & Essherman, E. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Méndez, F., Olivares, J. & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia. En: Caballo, V. & Simon, M. (Eds). *Manual de Psicología Clínica y del Adolescente, Trastornos Generales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ministerio de Protección Social. (2003). Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Informe Estudio Nacional de Salud Mental. extraído el (23 de julio de 2007) desde http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf.
- Padesky, Ch. & Greenberger, D. (1995). *Clinicians guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A selfreport depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measure*, 1 (3), 385-401.
- Riso, W. (1992). *Depresión: Avances recientes en cognición y procesamiento de la información*. Medellín, Colombia: Ediciones Gráficas Ltda.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogota: Norma.
- Roberts, E., Andrews, J.A., Lewinsohn, P.M., & Hops, H. (1990). Assessment of Depression in Adolescents Using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Psychological Assessment*, 2 (2), 122-128

- Robles, R. & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26 (1), 69-75.
- Rosselló, J. & Berríos Hernández, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 38 (2), 295-302.
- Ruiz Sanchez, J.J. & Imbernon Gonzales, J.J. (1996). *Sentirse mejor, cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. Extraído el (13 junio 2007) desde http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse2.htm.
- Sander, J. (2004). Investigación en adolescencia: tópicos y tendencias contemporáneas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 383-389.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Torres, Y. & Montoya, I. D. (1997). *II Estudio de salud Mental y sustancias Psicoactivas*. Ministerio de Salud.
- Vásquez & Sanz (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y T. Ramos. (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2. España: Mc Graw Hill.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Alexitimia, Afecto Positivo y Negativo, y Reactividad al Estrés: relaciones con Sintomatología

Recepción: Enero, 2006

Aceptación final: Febrero, 2007