



Universidad Veracruzana

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
Instituto de Investigaciones Psicológicas
División de Estudios de Posgrado

**SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES QUE
PRESENTARON LA MENARCA TEMPRANA**

Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología

Presenta:

Verónica María del Consuelo Alcalá Herrera

Directora de tesis: Dra. Ma. Luisa Marván Garduño

Sinodal: Dra. Irma Yolanda del Río Portilla

Sinodal: Dra. Yamilet Ehrenzweig Sánchez

Sinodal: Dra. María Corsi Cabrera

Sinodal: Dra. Tania Romo González de la Parra

Sinodal: Dra. Zoila Edith Hernández Zamora

Sinodal Suplente: Dra. Ma. Sobeida L. Blázquez Morales

Sinodal Suplente: Dra. Alejandra Nuñez De la Mora

Enero 2015



ÍNDICE

<i>DEDICATORIAS</i>	3
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	5
1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	11
3.2. NEUROBIOLOGÍA DE LA PUBERTAD.....	12
3.3. MENARCA	16
3.4. EDAD DE LA MENARCA	17
3.4.1. Factores Relacionados con el Estado Nutricional e Índice de Masa Corporal	19
3.4.2. Factores Psicosociales.....	21
3.4.3. Factores Generacionales y Genéticos	22
3.4.4. Factores Raciales y Étnicos.....	23
3.5. MENARCA TEMPRANA.....	24
3.5.1. Consecuencias del Adelanto de la Menarca.....	25
3.5.2. El Adelanto de la Edad de la Menarca: Hipótesis	29
3.5.3. Consecuencias de la Menarca Temprana: Hipótesis	34
3.5.4. Perspectivas que Explican los Factores Protectores en Adolescentes	38
3.6. DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	43
3.6.1. Sintomatología.....	43
3.6.2. El Trastorno del Estado de Ánimo Depresivo: Afectos y Emociones.....	45
3.6.3. Aparición de la Depresión en la Adolescencia: Hipótesis	48
3.7. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA	51
3.7.1. <i>Estilo y Estrategias de Afrontamiento en la Niñez y la Adolescencia</i>	54
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	61
<i>Preguntas de Investigación</i>	62
5. OBJETIVOS	64
5.1. OBJETIVO GENERAL	64
<i>Objetivos Específicos</i>	64
5.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.	65
6. METODOLOGÍA	66
6.1. MUESTRA.....	66
6.2. INSTRUMENTOS	66
6.2.1. Cuestionario datos generales.....	66
6.2.2. Escala de Depresión para Niños.....	68
6.2.3. Escala Situacional de Afrontamiento para Niños.....	71
6.3. PROCEDIMIENTO.....	74
6.3.1. Análisis de datos.....	76
7. RESULTADOS	80

7.1. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	80
7.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	82
8. DISCUSIÓN	85
<i>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</i>	86
<i>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</i>	90
<i>APORTACIONES, ALCANCES Y LIMITACIONES</i>	96
REFERENCIAS	100
ANEXOS.....	112
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES.....	112
ANEXO 2. ESCALA DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS	113
ANEXO 3. ESCALA SITUACIONAL DE AFRONTAMIENTO PARA NIÑOS	116

DEDICATORIAS

*A Consuelo y Salvador
Por ustedes y para ustedes
Por nuestro reencuentro
Mis amados padres*

*A Ramón, mi compañero de vida y de alma
A mi primer proyecto de investigación Ramón
A mi diseño de muñeca de carne y hueso Najiba
A mi pequeño gigante computarizado Abner
A mis teoremas de amor
Porque son todo para mí*

*Visa
Por darme la oportunidad
De ser tú amiga, tú hermana de vida
Y ahora mi maestra
Por esos tiempos de ayer, hoy y siempre*

*A mis hermanos:
Ángeles, Lydía, Chavo, Javier y Vianey
Mis Sobrinos y Sobrinietos
Porque son mi familia y
siempre los llevo en el corazón*

*Al reencuentro de nuestras vidas,
Porque la sal y la pimienta
siempre estén juntas*

A mi amiga hormiguita

*A Silvia, por siempre unidas
hermanas de vida... ¡por las tres!*

*A Olga, Yola y Juan Manuel como siempre...
ahí cuidándome en todo momento,
y ahora mis maestros.*

Agradecimientos

A la Dra. Marván, porque a pesar de los tiempos de tempestad y mis propios obstáculos me ayudó a recordar, aprender y reaprender lo hermoso que es ser investigador.

A la Dra. del Río, el paso del tiempo me ha enseñado que alumno -maestro se engarzan sin principio ni fin, como un círculo interminable, para dar combinaciones maravillosas e insospechadas.

A la Dra. Corsi, por ser un ejemplo investigadora, pero principalmente de mujer, por todos estos años de aprendizajes.

Porque llegué a Xalapa para adquirir preparación y conocimientos, pero descubrí maestras y mujeres invaluableles: Dra. Yamilet Ehrenzweig, Dra. Zoila Hernández y Dra. Tania Romo me llevo de todas sus enseñanzas y su ejemplo, pero principalmente su amistad.

A La Dra. Sobeida Blazquez que a pesar de incorporarse a este proyecto al final, su disposición y sus conocimientos me permiten identificar a una gran profesional y mujer. De igual forma a la Dra. Alejandra Nuñez de la Mora por su confianza.

Al Instituto de Investigaciones Psicológicas, UV, que abre las puertas a personas como yo, que desean seguir creciendo a pesar de todo. A la UNAM, por ser mi alma mater.

A mis viejos neuroamigos, a mi manis Gaby, a César, Irma, Oscar, Mauris y Fer, gracias por sus risas, sus alegrías, su apoyo absoluto.

Con todo mi cariño agradezco a la hija adoptiva que siempre quise tener... Arely, porque incondicionalmente has estado en todo momento académico y principalmente en los personales.

A mis alumnos Paty, Merced, Ana, Juan por todos esos días de recorridos escolares. A Daniel y Nimsi, por que sin ellos no hubiera podido terminar mi labor docente.

A mis compañeros de la Unidad 097 Sur UPN, que aparecieron en mi vida sin esperarlo y que dejaron huella para siempre, Conchita, Laura, Alex, Rox y Martín.

A los docentes-alumnos de la MEB que me abrieron las puertas de su escuela y por las experiencias compartidas: Carlos Guadalupe, Dora, Elisa, Estefany, Claudia, Ma. del Carmen, Ma. del Rocío, Tere, Erika, Heriberta, Ana Lilia.

A los directivos y profesores de las primarias y secundarias participantes, así como a sus alumnos.

A todos muchas gracias desde el fondo de mi corazón.

Verónica Alcalá-Herrera

1. RESUMEN

Para las jóvenes la aparición de la menarca es un evento trascendental en su vida, antes y después de su llegada, dicho suceso les demanda una serie de ajustes psicológicos y sociales, los cuales les permiten adaptarse a una nueva etapa de la vida. El objetivo de presente trabajo fue comparar la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento entre adolescentes que presentaron la menarca a la edad promedio de sus pares (menarca regular) con aquellas que maduraron anticipadamente (menarca temprana). Así mismo, se estudió la relación entre el tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca con la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento. Participaron 380 adolescentes pos-menarcas, con un rango de edad entre los 11 y 15 años, estudiaban 5° y 6° de primaria y de 1° a 3° de secundaria, en escuelas públicas mixtas del área metropolitana del Distrito Federal. Las jóvenes completaron el Cuestionario de Depresión para Niños y la Escala Situacional de Afrontamiento para Niños. Las adolescentes menarcas tempranas mostraron más afecto depresivo que sus pares, pero reportaron usar menos estrategias de afrontamiento no-productivas. Las adolescentes menarcas tempranas que experimentaron el primer sangrado menstrual hace uno o tres años, reportaron usar más estrategias de afrontamiento no-productivo que las que experimentaron la menarca desde hace cuatro a seis años. En contraste, las adolescentes menarcas regulares no mostraron diferencias dependiendo el tiempo en que apareció su menarca. Estos hallazgos se discuten a la luz del contexto psicosocial de las menarcas tempranas.

Palabras Clave: Menarca temprana, Menarca regular, Sintomatología depresiva, Estrategias de afrontamiento, Adolescencia, Menstruación

2. INTRODUCCIÓN

La menarca es un momento crucial en la vida de la mujer, es considerado la señal más visible y clara del fin de la infancia y el principio de la vida reproductiva. La menarca es el evento más importante de la pubertad y aparece en conjunto con una compleja cascada de eventos hormonales que activan al sistema reproductivo. Casi todas las jóvenes presentan los mayores cambios de su desarrollo puberal al cursar la secundaria, entre los 12 y 15 años, sin embargo, hay un grupo pequeño de niñas que se desarrollan a edad más temprana, durante el curso de la educación primaria. Cuando la menarca aparece anticipadamente las niñas se encuentran transcurriendo en solitario la experiencia del crecimiento físico. Mientras que el desarrollo psicológico suele marchar atrasado al físico, lo cual puede obstaculizar la transición a una nueva etapa de vida (Ge & Natsuaki, 2009).

Según diversos autores, aquellas niñas que viven la menarca temprana se encuentran expuestas a muy diversas situaciones de riesgo y muestran conductas inapropiadas, como lo son el aislamiento social, la conducta delictiva, además de iniciar tempranamente su actividad sexual (Copeland, y otros, 2010). La menarca temprana también se ha asociado al inicio precoz del consumo de alcohol (Richards & Oinonen, 2011; Verhoef, Van den Eijnden, Koning, & Vollebergh, 2013). Además, diversos autores refieren la presencia de psicopatologías, ya que estas chicas suelen autolesionarse y llevar a cabo conducta suicida, las cuales se asocian al estrés que enfrentan como consecuencia de la anticipación a los cambios físicos y al rol social que juegan (Allison & Hyde, 2013; Deng, y otros,

2011). Además, las jóvenes que maduraron tempranamente se encontraban más preocupadas por su físico y por la forma en que comen, por lo tanto, manifestaban mayor deseo por adelgazar, relacionado a signos de ansiedad (McNicholas, Dooley, McNamara, & Lennon, 2012; Zehr, Culbert, Sisk, & Klump, 2007). Se ha reportado en dichas jóvenes mayor sintomatología depresiva (Black & Klein, 2012; Deng, y otros, 2011; Joinson, Heron, & Lewis, 2011; Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007). Sin embargo, aún deben realizarse más investigaciones, debido a que se desconoce con claridad si estos problemas emocionales pueden persistir en la adolescencia tardía o hasta la vida adulta (Copeland, y otros, 2010).

Sin embargo, considerando que la menarca es una marca clara de la maduración sexual, debe ser contemplada como un momento de transición en el desarrollo de la mujer, de esta forma, los factores contextuales y los recursos personales que se van construyendo, pueden favorecer la forma en que se transcurre por dicha etapa de la vida

De esta manera, el objetivo del presente estudio fue comparar la aparición de sintomatología depresiva y el uso de estrategias de afrontamiento en adolescentes que presentaron la menarca temprana con aquellas que la presentaron a la misma edad que la mayoría de sus pares (menarcas regulares). Así mismo, conocer la relación entre el tiempo que ha transcurrido desde la aparición de la menarca con la presencia de sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las jóvenes. Para alcanzar el primer objetivo, se compararon los puntajes obtenidos en el instrumento que mide sintomatología depresiva y el que evalúa las estrategias de afrontamiento, del

grupo de adolescentes que presentaron la menarca temprana contra el grupo de menarcas regulares. Para conseguir el segundo objetivo, el grupo menarca temprana y el menarca regular, fueron a su vez divididos en dos subgrupos, dependiendo el tiempo que había transcurrido desde la aparición de la menarca. Se les asignó el nombre: “menos tiempo transcurrido desde la menarca” y “más tiempo transcurrido desde la menarca”, dichos subgrupos fueron comparados. Lo cual nos permitió analizar el impacto de las experiencias que pudieron haber tenido las jóvenes, durante los años transcurridos desde que se presentó su primera menstruación.

Los resultados obtenidos con respecto a la sintomatología depresiva, son una contribución a una visión más amplia y compleja del fenómeno, debido a que el instrumento nos permitió comparar la presencia de afecto depresivo, así como, los sentimientos y experiencias positivas. Además, los datos obtenidos sobre el uso de estrategias de afrontamiento, son una aportación sobre la manera en que las jóvenes están soslayando las dificultades de la vida. Por tanto, los hallazgos del presente proyecto contribuyen con información que permitiría desarrollar formas de intervención tanto preventiva como remedial, para padres, profesores, orientadores y todos aquellos que cuiden a las adolescentes. Lo cual redundaría en facilitarles el ajuste a esa nueva etapa de vida.

*La pubertad te va cambiando el cuerpo, la adolescencia, el alma.
Y tú sobrecogido te preguntas quién fuiste, quién eres,
y en quién te vas a convertir”*

*Antonio Gala
Poeta español*

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Pubertad y Adolescencia

Los términos pubertad y adolescencia han creado cierta confusión, en lo que respecta a sus elementos teóricos que los componen. Sin embargo, la pubertad es un periodo de vida ubicado entre los 12 y 18 años, caracterizado por un incremento de la actividad hormonal y un crecimiento físico acelerado que prepara al organismo para la vida reproductiva adulta. A pesar de que hay una amplia gama de edades normales, los cambios físicos visibles asociados con la pubertad suelen comenzar entre los 10 u 11 años y por lo general están completos entre los 15 y 17 años en las niñas. En los niños, estos cambios aparecen más tarde, por lo general alrededor de los 12 años de edad, y se han completado entre los 16 y 18 años (Coleman & Hendry, 2003; Patton & Viner, 2007).

En contraste con la pubertad, la adolescencia es un constructo socio-cultural que se utiliza para describir a un grupo generacional de jóvenes en cada época y sociedad; implica costumbres, tradiciones y formas de concebir el mundo. Es un largo periodo en donde los límites de inicio y final se encuentran menos definidos (Reyes, 2012). Durante dicha etapa los jóvenes se replantean el papel que tienen y el que tendrán en la vida adulta. En una sociedad posmoderna como la actual la adolescencia se ha extendido hasta después de los 25 años, por lo que

se aprecia un desfase entre la madurez biológica y la psicosocial (Gluckman & Hanson, 2006a; Patton & Viner, 2007; Walvoord, 2010). Dicha asincronía es producto de muy diversos elementos. Por un lado, los biológicos que adelantan la madurez reproductiva debido a factores nutricionales, genéticos, socioeconómicos y psicosociales (Patton & Viner, 2007). Por otro lado, los psicosociales debido a que los jóvenes viven situaciones contradictorias, incomprensibles y excesivas, no obstante se han percatado que es una época cómoda, con baja responsabilidad pero con posibilidad de comportarse como adulto joven (Di Segni & Obiols, 2006). El ambiente social, constituido principalmente por su familia, su escuela y sus amistades contribuyen a modelar su conducta, le proporcionan referentes, valores y espacios de expresión. Mientras tanto, aquellos que le rodean se percatan de su transformación y también modifican su actitud, exigiendo o permitiendo diversos comportamientos. Por su parte, la ciencia, la tecnología, los medios de comunicación, las situaciones políticas y las diferencias entre las personas comienzan a construir su identidad social. El adolescente se encuentra en una crisis general, lo cual puede generar altos niveles de estrés, debido a la nueva manera de interpretar el mundo. De este modo, el joven comienza a realizar ajustes, mientras mejores fortalezas tenga, entonces gozará de mecanismos de adaptación apropiados y se llevará a cabo una transición sana.

3.2. Neurobiología de la Pubertad

Para alcanzar la pubertad, se requiere que el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG) sufra cambios dramáticos desde la vida fetal hasta después de la pubertad. Durante la gestación las hormonas ya están construyendo los circuitos

que más adelante inducirán la madurez reproductiva (DiVall & Radovick, 2008; Messinis, 2006; Tembory, 2009).

Entre los 5 y 6 años el factor liberador de las hormonas gonadotróficas (GnRH) comienza secretarse de forma pulsátil durante la noche, lo cual puede ocurrir hasta 3 años antes de observar los primeros indicios de la pubertad (DiVall & Radovick, 2008; Messinis, 2006; Tembory, 2009). Messinis (2006) explica cómo se ajustan dichos procesos neuroendocrinos antes de la pubertad, en donde se requiere un sistema de retroalimentación negativa que no permita la aparición prematura de los caracteres sexuales, por tanto, el nivel de GnRH debe ser bajo, impidiendo que sean estimulados los ovarios. Al acercarse la pubertad, paulatinamente el sistema neuroendocrino incrementa su actividad, de esta forma el hipotálamo comienza a producir una cantidad mayor de GnRH, dando como consecuencia no sólo los picos de secreción de hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH) durante el sueño sino también durante el día. Lo que permite una mayor estimulación a los ovarios, aumentando la producción de estrógenos y progesterona (Allison & Hyde, 2013; Carranza, 2011).

La aparición de la telarca es la primera evidencia física de que la hipófisis ha aumentado su capacidad de respuesta a la GnRH. La producción de LH aumenta hasta 10 veces y la FSH se duplica, dando como resultado la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como el crecimiento del pecho y la maduración del sistema reproductivo. Aproximadamente dos años después llega el primer sangrado menstrual, alrededor de los 12 años, los niveles de LH aún no se han regulado y por tanto los ciclos son anovulatorios e irregulares, pueden

pasar de uno o dos años para que se normalicen. Mientras tanto, el crecimiento del vello púbico y axilar, así como la maduración de las glándulas sudoríparas y los cambios cutáneos que producen el acné, están regidos por los andrógenos (Carranza, 2011; Frisch, 1974; Messinis, 2006; Pérez & Prieto, 2006; Temboury, 2009).

Se han planteado algunas hipótesis para explicar cómo inician el conjunto de complejos mecanismos neuroendocrinos (Carranza, 2011):

- En primer término, para controlar la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se requiere de mecanismos de retroalimentación negativa que disminuyan la sensibilidad de las células productoras de GnRH, dicho control se lleva a cabo a través del neurotransmisor inhibitorio GABA.
- En segundo término, parece haber un sistema complejo de señales derivadas del crecimiento que “dan aviso” al cerebro que el cuerpo ya es capaz de mantener el proceso de la reproducción, y por tanto, preparan al organismo para comenzar con los cambios que lo llevarán a la madurez reproductiva, a través de la leptina (hormona producida por las células adiposas).
- Por último, se encuentran los factores genéticos que echen a andar los mecanismos neuroendocrinos involucrados. Se han sugerido por lo menos 2 genes homeobox asociados a la regulación del inicio de la pubertad: el Oct-4 y el TIF-1 (Carranza, 2011). Además, se han descrito en las diferentes etnias que hay genes distintos relacionados a la edad en la que aparece la menarca, en niñas caucásicas se han identificado el LIN28B, TMEM38B (Dvornyk & Haq, 2012). También se ha sugerido que pueden

existir genes relacionados con presencia de obesidad y la aparición temprana de la menarca (Currie, y otros, 2012).

Todos estos eventos hormonales no terminan en el simple crecimiento de los órganos reproductivos y de su activación. Cada individuo debe crecer física y psicológicamente, por tanto requiere de otro sistema que también se ve impactado por los niveles hormonales circulantes: el sistema nervioso (SN). Su crecimiento y desarrollo está dirigido a la preparación cognitiva y emocional para tan crucial transición. Al llegar la pubertad los circuitos neurales están dirigidos al control de las conductas motivadas (vías límbico-corticales), lo que redundaría en la dificultad para inhibir sus impulsos, tomar decisiones, analizar situaciones, reconocer riesgos (López, Errasti, & Santiago, 2011). Las estructuras subcorticales se desarrollan tempranamente para permitir procesos de supervivencia, sin embargo, la corteza prefrontal requiere de experiencias de vida que permitan su desarrollo y construcción (Domenech, Rey, & de la Fuente, 2010; Romer, 2010; Vigil, y otros, 2011). El crecimiento de nuevas neuronas y dendritas transcurren como parte de los procesos plásticos del desarrollo. El orden de las conexiones se encuentran en refinamiento, pero existen períodos críticos del desarrollo en donde algunas habilidades se ven favorecidas por el proceso natural de crecimiento. Para la mielinización son necesarios los estrógenos y la progesterona. Asimismo, la poda neural y la apoptosis llegan a su mayor actividad durante la adolescencia (Patton & Viner, 2007; Vigil, y otros, 2011).

Los estrógenos favorecen habilidades como el aprendizaje y la memoria. La fluidez verbal que es una característica típica femenina, es dependiente del nivel

de estrógenos, así como la eficiencia en el flujo de la información de un hemisferio a otro (López, Errasti, & Santiago, 2011; Van Wingen, Ossewaarde, Bäckström, & Hermans, 2011). Por otra parte, la función hipotalámica relacionada con la actividad reproductiva afecta a otras estructuras como el hipocampo, el cerebelo, la amígdala y la corteza cerebral. En dichas regiones existen receptores estrogénicos que afectan otros sistemas de neurotransmisores como el dopaminérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y colinérgico, lo que impacta en conductas como la agresión y control de impulsos, la regulación emocional, las habilidades de lenguaje, el aprendizaje y la memoria (Messinis, 2006; Van Wingen, Ossewaarde, Bäckström, & Hermans, 2011; Vigil, y otros, 2011). Más aún, esa cascada de eventos neurobiológicos se engarzan con los factores sociales y culturales, tales como la desnutrición, las carencias económicas, los problemas de violencia social, las privaciones socioeducativas, las enfermedades, el ambiente familiar, y entre pares, dando como resultado una etapa de vida compleja y trascendental (Allison & Hyde, 2013; Ellis & Essex, 2007; Hoier, 2003; Villamor, Chavarro, & Caro, 2009).

3.3. Menarca

La menarca es el primer sangrado menstrual que presenta una joven. Es un momento significativo para la mujer, se considera la señal más clara y rápida que marca el fin de la niñez y el principio de la vida reproductiva adulta. Para diversos autores la menarca es el inicio de la pubertad (Arce, 2006; Karapanou & Papadimitriou, 2010; Rodríguez, 1997; Rodríguez-Tomé, 2003), pero en la

realidad el desarrollo y la maduración es un continuo, aunque la propia joven y las personas que la rodean no lo aprecien de la misma forma, ya que al ocurrir la menarca, la chica inesperadamente se ha convertido en “mujer”. Sin embargo, durante el periodo anterior y posterior a la aparición de la menarca, la adolescente debe adaptarse a diversas circunstancias biológicas y sociales propias del crecimiento que está viviendo (Buil, Lete, Ros, & De Pablo, 2001; Domenech, Rey, & de la Fuente, 2010).

3.4. Edad de la Menarca

Para el presente proyecto, determinar la edad de la menarca fue esencial, sin embargo, establecerla fue una tarea complicada debido a las diferencias que se reportan en la literatura científica. En el presente apartado se realiza una síntesis de dichos hallazgos.

La edad de la aparición de los caracteres sexuales secundarios comienza aproximadamente dos años antes de que ocurra la menarca (Carranza, 2011; López, Errasti, & Santiago, 2011). De esta forma se considera que el 95% de las niñas empiezan su desarrollo entre los 8.5 y los 13 años, y puede terminar a los 18 años (Buil, Lete, Ros, & De Pablo, 2001; Carranza, 2011; Marshall & Tanner, 1969; Tembory, 2009). Cuando la menarca aparece antes de los 8 años se considera una situación patológica, y es conocida como pubertad precoz. Tal situación está asociada a desordenes endócrinos, tumores cerebrales o síndromes diversos (Carranza, 2011; Tembory, 2009).

Thomas, Reanaud y Benefice (2001), realizaron una exhaustiva revisión de las publicaciones de la edad promedio de la menarca en 67 países. En dicha revisión, Grecia y el Congo-Brazza obtuvieron los promedios más bajos de 12 años de edad, mientras que en Nepal registró el más alto de 16.2 años; el promedio de todos los países estudiados fue de 13.53 años.

Los datos para México pertenecen a la década de los 90's, en ellos se registró un rango de edad de 12.06 hasta 12.64 años de edad (Aréchiga, Mejía, Marrodán, & Mesa, 1999; García-Baltazar, Figueroa-Perea, Reyes-Zapata, Brindis, & Pérez-Palacios, 1993; Méndez, Valencia, & Melendez, 2006). A principios del presente siglo, el grupo de Menkes (2006), reportan la edad promedio de la menarca en cinco estados de la república, el cual fue de 12.2 años de edad, la cual, no difiere sustancialmente con lo reportado a finales del siglo pasado (Menkes, Suárez, Nuñez, & González, 2006).

En los diversos artículos, los autores discuten los factores que intervienen entre las diferencias de los promedios del inicio de la menstruación. Lo que dio lugar al análisis de los factores que afectan al eje HHG, considerando los procesos de retroalimentación negativa y positiva, en donde están involucradas diversas hormonas, neurotransmisores y los componentes moduladores provenientes de la grasa corporal y factores de crecimiento. Todos estos sistemas pueden verse favorecidos o interrumpidos por acciones internas y externas, como se describe en la siguiente sección.

3.4.1. Factores Relacionados con el Estado Nutricional e Índice de Masa Corporal

Uno de los factores más discutidos en la literatura científica es la influencia de la alimentación y del índice de masa corporal (IMC). Desde la década de los 40's se ha demostrado la relación entre un mayor IMC, peso y el adelanto de la menarca (Bralic, y otros, 2012; Dagmar & Sutherland, 1949; Enas & Nisreen, 2010; Harris, Prior, & Koehoorn, 2008; Rigon, y otros, 2010). La explicación más aceptada de la causa de la menarca adelantada por el aumento de los niveles de grasa y el IMC es la calidad en la alimentación. En países como Irak, Canadá, Nigeria y Bangladés se ha observado una disminución de la edad de la menarca asociada a un aumento importante en el IMC de las adolescentes (Akter, y otros, 2012; Adesina & Peterside, 2013; Currie, y otros, 2012; Ditmar, 2000; Enas & Nisreen, 2010; Harris, Prior, & Koehoorn, 2008; Papadimitriou, Fytanidis, Douros, Bakoula, & Nicolaidou, 2008; Rah, Shamim, Arju, Labrique, & Rashid, 2009; Wronka & Pawlinsk-Chmara, 2005). Además, los datos son consistentes al determinar que los niveles de leptina están asociados con la aparición temprana de la menarca (Carol, 2012).

Frisch en la década de los 70's descubre que para que aparezca la menarca en las niñas norteamericanas se requiere un 17% de grasa corporal, un peso promedio de 47.8 kg y una estatura 158.5 cm (Frisch, 1974). No obstante, estos datos no pueden generalizarse a todas las poblaciones, pero sí permiten distinguir que es necesario de cierto desarrollo físico para que se alcance la madurez reproductiva. Para conseguir tal condición, se han señalado una serie de

factores de crecimiento y nutricionales, entre los que se cuenta la leptina, la kisspeptina y el glutamato (Carol, 2012; Carranza, 2011; DiVall & Radovick, 2008; Karapanou & Papadimitriou, 2010; Vigil, y otros, 2011). Por ejemplo, los niveles de leptina parecen indicar al hipotálamo que se ha almacenado el nivel de energía óptimo y que el desarrollo puberal puede proseguir (Allison & Hyde, 2013; Currie, y otros, 2012).

Diversos estudios apuntan a que en las jóvenes que viven en ciudades y/o que pertenecen a un mejor nivel socioeconómico presentan una menarca más temprana que las que viven en zonas rurales y/o pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo. De nuevo, los autores atribuyen dicha tendencia a las mejores condiciones nutricionales y de salud (Marrodán, 2000; Rigon, y otros, 2010; Vera, y otros, 2009; Zegeye, Megabiaw, & Mulu, 2009)

Por el contrario, la actividad física y bajo IMC provoca que la menarca tarde más en aparecer (Ayatollahi, Dowlatabadi, & Ayatollahi, 2002; Guptl & Vatsayan, 1996). En un estudio realizado en 2003 se encontró que las jóvenes que empezaron a entrenar un deporte cuando aún no menstruaban, tuvieron su menarca a mayor edad (13.4 años) que las que empezaron a entrenar después de haber presentado la menarca (12.4 años) (Claessens, y otros, 2003). Por añadidura, las niñas premenarcas con desórdenes alimenticios muestran tasas de crecimiento y peso insuficientes, así como retraso de la menarca (Swenne & Thurfjel, 2003).

3.4.2. Factores Psicosociales

Como se ha descrito en diversas investigaciones las condiciones ambientales que promueven la salud y el bienestar psicosocial disminuyen la edad a la que aparece la menarca. Por lo tanto, los padres con un nivel de estudios superior favorecen que la menarca se presente antes, los autores refieren que las niñas tienen una mejor alimentación y cuidados en su salud física y mental, lo que se relaciona con su calidad de vida (Karapanou & Papadimitriou, 2010; Vera, y otros, 2009; Wronka & Pawlinsk-Chmara, 2005).

Sin embargo, los factores que generan situaciones de estrés que da como resultado respuestas no adaptativas (distrés), también se vinculan con el adelanto de la menarca (Allison & Hyde, 2013; Ayatollahi, Dowlatabadi, & Ayatollahi, 2002; Blumstein, 2006; Ellis, 2004; Ellis & Essex, 2007; Karapanou & Papadimitriou, 2010; Mendle, Turkheimer, & Emergey, 2007). Existen varios factores descritos en la literatura que afectan la edad de aparición de la menarca, tales como: el número de integrantes de la familia, el lugar de nacimiento de los hijos y la constitución familiar, todos ellos presionan de forma diferente a las niñas. Por ejemplo, se ha observado que la menarca se anticipa cuando: el número de integrantes de la familia es mayor, se es hija primogénita, se tienen medios hermanos o cuando se es hija adoptiva (Apraiz, 1999; Karapanou & Papadimitriou, 2010; Wronka & Pawlinsk-Chmara, 2005). La inestabilidad familiar, la ausencia del padre, la presencia de trastornos emocionales de la madre, los conflictos o el divorcio de los padres, el maltrato o el abuso sexual, entre otras situaciones estresantes, igualmente son escenarios que adelantan la menarca. (Allison & Hyde, 2013; Ellis, 2004; Ellis & Essex, 2007; Hoier, 2003; Mendle, Turkheimer, & Emergey, 2007).

Todas estas circunstancias están vinculadas a la producción elevada de cortisol provocadas por estrés, lo que desencadena la activación del eje HHG.

3.4.3. Factores Generacionales y Genéticos

Es evidente la influencia de factores hereditarios en la aparición de la menarca. En las investigaciones que analizan a las familias de varias generaciones, se reporta una notoria tendencia a la disminución de la edad de la menarca en los últimos 100 años. Chang y Chen (2008), estudiaron a distintas familias por tres generaciones, y notaron la disminución de la edad de la menarca de las hijas, en relación a sus madres y a sus abuelas. En un exhaustivo trabajo publicado en 2006, estudiaron en periodos de diez años a las mujeres nacidas desde la década de los 20's hasta los 90's, observándose una clara disminución de la edad de la menarca que iba de 16.3 hasta 13 años de edad respectivamente (Kalichman, Malkin, Livshits, & Kobylansky, 2006). Los autores coinciden en que la disminución de la edad de la menarca se relaciona primordialmente a una mejora social, relacionada con el cuidado de la alimentación y la salud, la obesidad y la inclusión de químicos en los alimentos (Allison & Hyde, 2013; Karapanou & Papadimitriou, 2010; Papadimitriou, Fytanidis, Douros, Bakoula, & Nicolaidou, 2008; Park, Shim, Kim, & Eun, 1999; Prentice, Fulford, & Jarjou, 2010; Uche-Nwachi, y otros, 2007).

En un reciente meta-análisis de los artículos publicados en el presente siglo sobre la genética de la edad de la menarca, los autores concluyeron que existen más de 50 genes relacionados a la edad de aparición de la menarca. Por ejemplo, en las niñas caucásicas se describen por lo menos los genes LIN28B y TMEM38B,

pero aún hay muchos más que difieren según la etnia, los cuales controlan diversos factores hormonales o metabólicos que intervienen en la aparición de la menarca (Dvornyk & Haq, 2012). Por otra parte, se han involucrado a los genes Xbal y PvuII relacionados con la activación de los receptores a los estrógenos (Karapanou & Papadimitriou, 2010). Así mismo, Carranza (2011) señala que dos genes están relacionados con el adelanto de la menarca: homeobox el Oct-4 y el TIF-1. En resumen, aún es prematuro identificar con precisión a todos los genes responsables de la menarca.

3.4.4. Factores Raciales y Étnicos

Los aspectos raciales y de origen étnico parecen ser otro factor a considerar. En Estados Unidos, las niñas caucásicas presentan una menarca más tardía seguidas por las México-americanas y las afro-americanas. Las explicaciones no son definitivas ni claras, por una parte los autores atribuyen la disminución de la edad de la menarca al aumento de peso en la población asociado a ciertos grupos raciales (Cameron, y otros, 2003; Carty, y otros, 2013; Freedman, y otros, 2002; Karapanou & Papadimitriou, 2010; Uche-Nwachi, y otros, 2007). Por otro lado, advierten una relación entre las características físicas, metabólicas y hormonales de cada grupo étnico, en donde están implicados factores como el peso, la talla, el grosor de los pliegues cutáneos, el IMC. Además de algunos factores genéticos relacionados al metabolismo, por ejemplo las niñas de raza negra presentan mayor respuesta a la insulina cuando hay una sobrecarga de glucosa, lo que se asocia a una mayor maduración esquelética y sexual (Karapanou & Papadimitriou, 2010).

3.5. Menarca Temprana

El momento en que se presenta la menarca es un factor importante en el desarrollo de las niñas, pues es considerado como un parte aguas entre la infancia y la juventud. Uno de los primeros esfuerzos por delimitar y distinguir los cambios de la pubertad, fue el trabajo de Marshall y Tanner (1969), sobre las variaciones en los patrones físicos. Dicho trabajo recabó información de niñas blancas británicas para lo cual los autores dividieron la transformación progresiva en cinco etapas. En la mayoría de las jóvenes la menarca aparece en la etapa IV, sin embargo, algunas pueden comenzar desde la etapa III, esto es entre los 11 y los 13 años de edad. En la etapa IV la areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación y por encima del contorno mamario, así mismo, el vello púbico es como el de una mujer adulta, pero aún no cubre todo el pubis, además, se calcula que aumenta su estatura alrededor de 5 cm. Este estudio demostró que todas las niñas pasan por estas etapas de desarrollo físico, asociado a los cambios fisiológicos que inician previamente y que concluyen hasta alcanzar la madurez física y reproductiva. Así mismo, los autores indican que al pasar de una etapa a otra, cada joven transcurre su propio ruta de desarrollo, aún así, todas atraviesan las cinco etapas (Marshall & Tanner, 1969).

Sin embargo, hay un grupo pequeño de niñas que presentan su primer periodo menstrual antes de los 10 años, sin que exhiban una condición patológica (Adams, 2008; Short & Rosenthal, 2008; Temborry, 2009), estas pequeñas pertenecen al extremo inferior del rango de normalidad (González, Dueñas, López, Santo, & Sánchez, 2001). Para niñas con maduración temprana, la menarca es un

período de ajuste que viven en solitario y con más dificultades, porque a menudo carecen de modelos de conducta de su misma edad que logren seguir. Las niñas que presentan la menarca temprana pueden experimentar emociones negativas ante la aparición de su menstruación, como vergüenza, miedo, preocupación, tristeza, confusión, o bien, felicidad y orgullo, dependiendo de cómo han sido preparadas para afrontar este evento (Marván & Alcalá-Herrera, 2014; Short & Rosenthal, 2008). Según diversos autores, estas niñas tienen menos tiempo para adquirir, asimilar y fortalecer las habilidades de adaptación y afrontamiento para garantizar una transición efectiva de la niñez a la adolescencia, lo que conduce a la asincronía entre su desarrollo físico y psicosocial (Allison & Hyde, 2013; Negriff, Hillman, & Dorn, 2011).

A continuación se muestran una serie de investigaciones que describen diversos aspectos observados en las adolescentes y jóvenes que han presentado la menarca temprana, dentro de los cuales se intenta cubrir aspectos de salud física, mental y relaciones psicosociales, factores que se encuentran engarzados.

3.5.1. Consecuencias del Adelanto de la Menarca

En las jóvenes que presentan la menarca temprana se ha identificado una mayor aparición de síntomas psicosomáticos, que incluyen dolor abdominal y de cabeza, disturbios del sueño, malestares estomacales, falta de aliento, temblores y palpitaciones del corazón, en relación a las jóvenes que presentan la menarca como la mayoría de sus pares, lo cual ha sido asociado a la sensibilidad a los

estrógenos (Aegidius, y otros, 2011; Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen, & Rimpel, 2003; Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007).

Con referencia a sus relaciones sociales, las jóvenes que exhiben una madurez física adelantada pueden tener dificultades para mantener la amistad con sus pares (Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007). Del mismo modo, ha sido reportado que tienen mayor estrés para adaptarse al ambiente escolar mixto (Allison & Hyde, 2013). También tienen más probabilidad de vivir victimización (Allison & Hyde, 2013; Craig, Pepler, Connolly, & Henderson, 2001); por ejemplo, si los niños sospechan que una niña ha tenido su primera menstruación, especialmente si ella es demasiado pequeña, se puede dar la oportunidad de que ellos traten de mostrar su dominancia masculina ridiculizándola u hostigándola. Además, las niñas con menarca temprana están en constante riesgo de ser acosadas sexualmente porque se hacen visibles sus caracteres sexuales secundarios y llama la atención del sexo opuesto, al mismo tiempo dichas presiones provocan depresión y ansiedad (Allison & Hyde, 2013; Craig, Pepler, Connolly, & Henderson, 2001).

Con respecto a su rendimiento académico, las niñas que maduran tempranamente presentan dificultades en la escuela, suelen meterse en problemas en el colegio, faltar con frecuencia, y reportan menos interés por las materias; además, son menos proclives a seguir la educación universitaria. Los investigadores han concluido que esto no se debe a una disminución en sus habilidades cognitivas sino a que tienen más distractores que las menarcas regulares, como lo son citas, relaciones amorosas y eventos sociales (Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007).

Las jóvenes menarcas tempranas utilizan estrategias reproductivas inadecuadas, lo cual suele llevarlas a no mantener una pareja y una familia estable. Del mismo modo, acostumbran tener mayor número de compañeros románticos y sus criterios de elección las conducen al fracaso (Hoier, 2003). Las chicas buscan relacionarse a jóvenes de mayor edad, lo que promueve conductas de riesgo, como prestarse a episodios de embriaguez e inicio de actividad sexual temprana (Gaudineau, y otros, 2010). Como consecuencia de su inicio sexual temprano, tienen el doble de probabilidad de tener un embarazo o un parto antes de los 18 años (Copeland, y otros, 2010; Dunbar, Sheeder, Lezotte, Dabelea, & Stevens-Simon, 2008).

Así mismo, la maduración temprana se relaciona a la aparición de conductas de riesgo como consumir tabaco, marihuana y alcohol, ausentismo escolar, mentir a sus padres, participación en conductas delictivas y vandálicas, como grafitear, manejar sin licencia, robos menores y graves (Copeland, y otros, 2010; Haynie, 2003; Richards & Oinonen, 2011; Verhoef, Van den Eijnden, Koning, & Vollebergh, 2013).

Las chicas con maduración anticipada enfrentan desafíos diferentes a sus compañeras, esto las obliga a adaptarse a los retos sociales asociados a los cambios físicos asincrónicos. Por tanto, los trastornos alimenticios y de ansiedad se encuentran presentes en jóvenes menarcas tempranas, debido a que se hallan más insatisfechas por sus cuerpos y desarrollan una inadecuada imagen corporal, lo que las lleva a tener mayor preocupación por la forma en que comen y por adelgazar. Además, en los estudios donde se reportan los trastornos alimenticios, explican que pueden ir relacionados con otros problemas como síntomas

psicosomáticos, abuso de drogas, y sintomatología depresiva (Kaltiala-Heino, Kolvisto, Marttunen, & Fröjd, 2011; Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen, & Rimpel, 2003; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rissanen, & Rantanen, 2001; McNicholas, Dooley, McNamara, & Lennon, 2012; Zehr, Culbert, Sisk, & Klump, 2007)

También se ha sugerido que la aparición anticipada de la menarca predispone a las jóvenes a mostrar problemas emocionales como aislamiento social (Copeland, y otros, 2010), autolesiones y conducta suicida (Allison & Hyde, 2013; Deng, y otros, 2011). Aunque se conoce que las mujeres, incluyendo a las adolescentes, presentan mayor sintomatología depresiva que los varones, los niveles elevados de afecto depresivo en jóvenes que presentaron la menarca temprana son considerados de forma independiente a las diferencias de género (Black & Klein, 2012; Deng, y otros, 2011; Joinson, Heron, & Lewis, 2011; Mendle, Turkheimer, & Emergey, 2007). La transición de la pubertad femenina, en sí misma, es un acontecimiento estresante que pone a la niña en un mayor riesgo de presentar afecto depresivo que sus pares y que los niños (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Además, dicha etapa socialmente complicada, se engarza con la cascada de cambios hormonales dando como resultado mayor susceptibilidad a mostrar los síntomas depresivos (Kaltiala-Heino, Kosunenb, & Rimpelä, 2003; Mendle, Turkheimer, & Emergey, 2007; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991).

Sin lugar a dudas, deben realizarse más investigaciones ya que existen imprecisiones sobre la duración de muchos de estos problemas, es decir, corroborar si persisten en la etapa adulta joven o si estos pueden tener algún efecto en lo largo de la vida de la mujer (Copeland, y otros, 2010; Deng, y otros,

2011). Por tanto, ha crecido el interés por conocer las causas del adelanto de la menarca. En el siguiente apartado se presentan las hipótesis que tratan de explicar la presencia de la menarca temprana.

3.5.2. El Adelanto de la Edad de la Menarca: Hipótesis

Postura ontogenética y filogenética

Desde la mirada evolutiva se considera que el factor ontogénico y filogénico acentúan las diferencias biológicas-psicológicas-sociales, de esta forma los investigadores hacen un intento por explicar el adelanto de la menarca. Cuando los humanos eran cazadores y recolectores, la baja supervivencia y la poca expectativa de vida hizo necesario que el inicio de la madurez reproductiva fuera a temprana edad. Sin embargo, conforme la situación social se hacía más compleja y la población crecía, la edad de la menarca comenzó a retrasarse, hasta la época de la revolución industrial. En los primeros tiempos la madurez reproductiva siempre iba a la par de la madurez psicosocial. Las sociedades constituidas por pocos integrantes tenían menos reglas, exigencias y retos. Para el siglo XX descende la edad de la menarca ya que las condiciones de salud, bienestar social, alimentación y educación mejoran dramáticamente, acentuándose en el presente siglo, empero se separan la madurez sexual de la psicosocial (Gluckman & Hanson, 2006a; Gluckman & Hanson, 2006b; Patton & Viner, 2007).

Tal condición da como resultado un nuevo constructo “la adolescencia”; un periodo de vida que no estaba considerado y que es concomitante a la pubertad, que está más relacionado a los procesos psicosociales que enfrenta el joven. Además, en una sociedad posmoderna como la nuestra, dicha etapa de vida, es

insertada para permitirles tiempos de culturalización, sociabilización, educación y construcción del yo, necesarios en un tiempo de globalización como el actual.

Posturas Sociobiológicas, Ecológicas Evolutivas y del Desarrollo Humano

Las teorías sociobiológicas explican tareas fundamentales del desarrollo de la persona, concernientes con su crecimiento y su proceso individual. Además, los aspectos relacionados con la crianza de los padres y transmisión de los gametos, referentes al apareamiento y la parentalidad. Todo ello con la finalidad de explicar la importancia de la estructura familiar y social a temprana edad, y su impacto en el desarrollo de la vida reproductiva de las jóvenes. De tal cuenta, que han surgido diversos modelos explicativos de la aceleración reproductiva (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991).

El modelo de la Teoría de la Historia de Vida (THV) explica como los organismos utilizan las estrategias dirigidas a distribuir la energía para crecer, mantener las funciones vitales, la reproducción, todo con la finalidad de evitar la muerte. Durante las etapas de desarrollo los organismos reciben información del ambiente y la energía con la que disponen. De esta forma, a través de respuestas plásticas comienzan a realizar ajustes físicos (tamaño, composición corporal) y fisiológicos (función neurohormonal, regulación energética y genética), que les permitan la procreación exitosa, tales mecanismos son considerados como adaptativos (Del Giudice, Ellis, & Shirtcliff, 2011; Gluckman & Hanson, 2004; Patton & Viner, 2007).

La aceleración del desarrollo reproductivo que las niñas tienen, responde a su entorno familiar y su contexto ecológico, por lo tanto, ambientes familiares

negativos y contextos con carencias aceleran la aparición de la menarca. En dicha teoría, se plantea que entre los 5 y 7 años de edad, las niñas atraviesan por un periodo sensible de aprendizaje. De alguna manera las pequeñas son más susceptibles para captar las estrategias y patrones de conducta de sus padres, siendo una de las formas de entrenamiento para su vida reproductiva futura (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991; Ellis & Essex, 2007; Kim, Smith, & Palermi, 1997; Quinlan, 2003; Short & Rosenthal, 2008). Factores como los conflictos, la violencia, la carencia de amor en el hogar, el divorcio de los padres, el maltrato físico y/o emocional, el abuso sexual, situaciones asociadas a un inadecuado estilo de crianza, inestabilidad familiar e incorrectas actitudes de los padres, son contraproducentes para las niñas pequeñas (Mendle, Turkheimer, & Emergey, 2007; Lien, Haavet, & Dalgard, 2010; Walvoord, 2010).

De esta manera, la relación con la madre también constituye un factor que puede producir altos niveles de estrés, lo cual coadyuva a la aceleración del desarrollo sexual de la niña. Una madre exigente, autoritaria y controladora, así como las conductas y actitudes negativas de la madre hacia la sexualidad genera suficiente estrés (Ellis, 2005; Ellis & Essex, 2007; Walvoord, 2010). Los trastornos en el estado de ánimo, los sentimientos de infelicidad y la poca atención de la madre contribuyen a la generación de ambientes negativos (Allison & Hyde, 2013). Así mismo, las exigencias que la madre causa sobre su hija primogénita al delegarle responsabilidades que aún no pueden afrontar (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991; Hoier, 2003). Por el contrario, en la práctica clínica, los terapeutas han identificado que una madre con la capacidad de acompañar a su hija

preadolescente brindándole información, respondiendo a sus dudas y comunicándose positivamente, facilita la adaptación de las jóvenes a esta etapa de vida (Gillooly, 2004). Recientemente, también se ha demostrado que padres cálidos y afectuosos, así como la interacción con amistades, se asocia a la una mejor actividad de circuitos relacionados con conductas gratificantes. Lo cual les permite soslayar situaciones desfavorables y adaptarse con mayor facilidad a los cambios de la adolescencia (Silk, Redcay, & Fox, 2014).

La figura de un “buen” padre es un modelo necesario para construir formas de comportamiento reproductivo futuro, principalmente para relacionarse con el género opuesto. En diversos estudios se ha reportado que existe un mayor número de niñas con menarca temprana con un padre ausente, así mismo, se ha demostrado que la presencia de un padre o de un buen padrastro funge como factores protectores (Hoier, 2003; Kanasawa, 2001). Por lo que, las exigencias de las jóvenes menarcas tempranas para la elección de compañero romántico es menos rígido y suelen buscar un mayor número de parejas, en aras de encontrar esa figura masculina protectora ausente, en comparación con las jóvenes menarcas regulares (Hoier, 2003). Por otra parte, la forma en que el padre exhibe su comportamiento de pareja es uno de los patrones que desde temprana edad las hijas van percibiendo, incorporando formas para crear vínculos, elegir a la pareja y la futura forma de crianza para sus hijos (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991; Ellis & Essex, 2007; Kim, Smith, & Palermiti, 1997; Quinlan, 2003; Short & Rosenthal, 2008).

Otra situación con alto nivel de distrés la tienen las familias de migrantes, en donde las presiones económicas, culturales, de lenguaje, sociales y de salud, hacen muy difícil su adaptación al país a donde llegan. En dichas familias se ha identificado la presencia de niñas con menarca temprana (Liena, Dalgarda, Heyerdahlb, Thoresenc, & Bjertnessa, 2006).

Siguiendo el modelo THV, la presencia de la menarca de forma temprana en condiciones de distrés ambiental, es una estrategia adaptativa óptima para maximizar la probabilidad de supervivencia y de descendencia. Las niñas que presentan la menarca temprana se consideran disponibles para la reproducción durante más años, a pesar de tener menor posibilidad de que sus hijos sobrevivan debido a las condiciones adversas que atraviesan, por tal razón, deben intentar procrear durante más veces y más tiempo para tener éxito (Chisholm, Qurinlivan, & Petersen, 2005; Coall & Chisholm, 2003).

Postura Hormonal y del Estrés

Retomando la hipótesis de la activación hormonal, existen evidencias que el hecho de vivir situaciones sociales desfavorecedoras, constantes, frecuentes e intensas en etapas tempranas del desarrollo, afecta el equilibrio entre los ejes hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG) e hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) (Blumstein, 2006; Enas & Nisreen, 2010; Mendle, Natsuaki, Leve, Ryzin, & Ge, 2011; Short & Rosenthal, 2008). Un evento estresante activa al eje HHA que da como producto la liberación de cortisol y adrenalina, dichas hormonas retroalimentan al hipotálamo promoviendo la estimulación del eje HHG. Lo cual,

eleva la producción de andrógenos y acelera la madurez física, adelantando la siguiente fase de desarrollo puberal para producir el primer sangrado menstrual. Dicha cascada de eventos es la que explica de mejor manera la aparición de la menarca antes de los 11 años (Allison & Hyde, 2013; Carranza, 2011; Kronenberg, Melmed, Polonsky, & Larsen, 2009).

3.5.3. Consecuencias de la Menarca Temprana: Hipótesis

Para las jóvenes la menarca es el principal evento que ocurre en la pubertad, establecer el momento de vida en que ocurre adquiere importancia debido al contenido emocional, social y cultural que conlleva. Según Petersen y Crockett (1985) consideran que el momento en el que ocurren los cambios puberales afectan los años de adolescencia. Por tanto, refieren dos hipótesis relacionadas con el tiempo en que aparece la pubertad:

La **Hipótesis Social de la Madurez Desfasada** (Social Deviance Hypothesis) afirma que los adolescentes que se desarrollan antes o tardíamente se sienten diferentes a aquellos que maduran como la mayoría. Esto puede tener ventajas o desventajas, dependiendo de los cánones sociales que compartan los jóvenes de cuándo debe ocurrir la pubertad. Dicha asincronía afecta la percepción de sí mismo y de su prestigio social. Por lo tanto, tales circunstancias los sitúan en desventaja y son más susceptibles a correr riesgos (Carter, Jaccard, Silverman, & Pina, 2009; Petersen & Crockett, 1985).

La **Hipótesis de la Finalización de la Infancia** (State Termination Hypothesis), establece que la pubertad temprana no permite que las niñas tengan tiempo suficiente para completar las tareas de desarrollo previas al inicio de la pubertad y las nuevas presiones del crecimiento que enfrenta. En 1972 Perskin y Livson plantearon que la maduración temprana interrumpe la adquisición y consolidación de habilidades de adaptación que caracterizan a los años de niñez media, las jóvenes que maduran tempranamente se encontrarían en mayor riesgo para ajustarse a la vida adulta. Les es más difícil lidiar con sus nuevos sentimientos y expectativas ya que no han completado las tareas de la fase anterior. Los cambios físicos adelantados dificultan su adaptación, ya que otras personas como compañeros, padres o profesores, ven a la chica social, emocional y cognitivamente más avanzada que las chicas de su edad (Carter, Jaccard, Silverman, & Pina, 2009; Petersen & Crockett, 1985).

Recientemente se han desarrollado otro grupo de hipótesis basadas en los efectos adversos de la aparición de la pubertad adelantada. En ellas se refiere las dificultades que las jóvenes viven desde temprana edad, los riesgos que corren y las consecuencias en el desarrollo de psicopatologías.

La **Hipótesis de la Influencia Hormonal** (Hormonal Influence Hypothesis) establece que el aumento de los niveles hormonales en el eje HHG y HHA durante la pubertad crea un mayor riesgo de psicopatología. Una primera explicación determina que dicho incremento de secreción hormonal altera la excitabilidad y la sensibilidad al estrés, así como la emotividad, lo que eleva el riesgo de resultados negativos, como depresión y abuso de sustancias (Allison &

Hyde, 2013; Ge & Natsuaki, 2009). En un estudio reciente, se reportó que el nivel de cortisol en las jóvenes menarcas es más alto que el de aquellas que chicas que comenzaron a menstruar a edad más tardía (Oskis, Loveday, Hucklebriedge, & Clow, 2009). Debido a que las habilidades de autorregulación de las adolescentes aún no están completamente desarrolladas, se consideran que dichas variaciones hormonales presentes durante la pubertad, están relacionadas con una mayor propensión a buscar sensaciones y actividades riesgosas. En el caso de las niñas que maduran tempranamente, su sistema hormonal reproductivo inicia su desarrollo antes y finaliza después, por lo que los investigadores dicen que está más expuesto a reaccionar al estrés (Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007). Esto puede deberse a que durante esta etapa, la función organizadora y modeladora de las hormonas sobre el sistema nervioso está en plena actividad, ya que el desarrollo del cerebro es un proceso dinámico y prolongado, consideran que el adolescente requiere de por lo menos 10 años para concluir la madurez de los lóbulos frontales (Allison & Hyde, 2013; Van Wingen, Ossewaarde, Bäckström, & Hermans, 2011; Vigil, y otros, 2011). Existen factores sociales y ambientales que pueden mediar los efectos hormonales de la pubertad en el comportamiento, sin embargo, los cambios físicos de la pubertad pueden suscitar reacciones sociales reales o percibidas, que a su vez se suelen asociar con psicopatologías (Allison & Hyde, 2013; Ge & Natsuaki, 2009)

La **Hipótesis de la Maduración Desigual** (Maturation Disparity Hypothesis), es una de las más reconocidas en la literatura para explicar los efectos adversos de la maduración temprana. Fue propuesta por Ge y Natsuaki en

el 2009, y establece que existe una brecha entre la madurez física y psicosocial en las menarcas tempranas, que las coloca en riesgo de desarrollar psicopatologías. Los autores explican que antes de que ocurra la transición a la adolescencia, existen tareas propias de la infancia que deben ser completadas con éxito, esto permitiría un ajuste adecuado a la nueva etapa de vida. Así mismo, los autores describen que esta hipótesis ha sido incluida en las investigaciones y sin ser corroborada, por lo que invitan a su revisión exhaustiva. Sugieren que nuevas posturas teóricas como las neurociencias, podrían dar indicios sobre el significado de la madurez, a través de la medición de las funciones ejecutivas y la autorregulación de la conducta. Infieren que la maduración asincrónica hacen evidente una menor madurez de los lóbulos frontales que controlan la capacidad de enfrentar retos y tomar decisiones (Ge & Natsuaki, 2009).

La **Hipótesis de la Amplificación Contextual** (Contextual Amplification Hypothesis), plantea la interacción entre los procesos de la pubertad y el contexto social. Los cambios sociales rápidos en la pubertad pueden verse exacerbados por un contexto social adverso (ej. desafíos, conflictos familiares, ambiente estresante). Para las chicas que maduran tempranamente, las situaciones desfavorables pueden ser resueltas con facilidad o dificultad, a causa de las oportunidades, normas o expectativas que proporcione el contexto. Para las niñas que maduran antes, la adaptación suele ser difícil pues durante la pubertad el ámbito social se extiende y por tanto nuevos retos les exigirán el desarrollo de recursos de afrontamiento. Las condiciones estresantes como la infelicidad en la familia, la falta de supervisión de los padres, el maltrato, las presiones de la

escuela y un vecindario peligroso o nocivo, se engarzan con la aparición de la menarca temprana, haciendo difícil reconocer la participación de cada uno de dichos factores (Ge & Natsuaki, 2009).

La **Hipótesis de la Acentuación** (Accentuation Hypothesis) propone que las exigencias que derivan de una etapa de transición adelantada se caracterizan por un alto nivel de situaciones novedosas, ambiguas e incertidumbre, las cuales acentúan las características previas del individuo. Lo que da lugar a problemas de conducta durante los periodos más difíciles, como pueden ser comportamientos agresivos e irritabilidad. Ge y Natsuaki (2009) también refieren que se han realizado pocos trabajos para comprobar esta hipótesis, ya que para contrastar su fiabilidad se requiere estudiar durante un tiempo prolongado el fenómeno reconociendo el orden en la aparición de los eventos estudiados, además de que es necesario construir o utilizar instrumentos adecuados para evaluar de forma detallada la vulnerabilidad de las jóvenes (Allison & Hyde, 2013; Ge & Natsuaki, 2009). Sin embargo, en un trabajo reciente se comprobó que sí está relacionada la depresión con la vulnerabilidad personal, el riesgo contextual y la transición de la infancia a la adolescencia, principalmente en las niñas (Rudolph & Troop-Gordon, 2010).

3.5.4. Perspectivas que Explican los Factores Protectores en Adolescentes

Todas las evidencias anteriormente descritas están dirigidas a analizar las vulnerabilidades que viven las niñas y jóvenes que presentan la menarca

temprana, pero poco han abordado el estudio sobre los factores protectores que pudieran ser útiles y que les permitieran experimentar una transición adaptativa. En un estudio realizado en 1985, se encontró que niñas que practicaban ballet, contexto en donde los cambios de la pubertad son discretos y aparecen más lento, no mostraron conflictos ni psicopatologías, al parecer no se sentían diferentes a sus pares (Brooks-Gunw & Warren, 1985). Otro caso, fueron las jóvenes que maduran anticipadamente en culturas donde el desarrollo temprano es considerado como ventajoso, se ha visto que ellas presentan menos reacciones adversas (Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007). Como lo mencionan algunas de las hipótesis antes expuestas, se requieren de ciertas competencias y herramientas de afrontamiento que deben ser adquiridas en la infancia, pero además, el contexto colabora con parámetros distintos, que le refieren a la joven qué tan diferente es en comparación con las demás. Entonces cuando dichos aspectos no se cumplen, la pubertad anticipada puede aumentar la probabilidad de presentar alguna psicopatología al momento de la transición (Ge & Natsuaki, 2009; Negriiff, Hillman, & Dorn, 2011).

Existen algunas propuestas teóricas que pueden aportar formas distintas para abordar el estudio de la madurez temprana. La Psicología Positiva, la perspectiva Cognitivo Conductual, el concepto de resiliencia, el manejo de la inteligencia emocional, el control del estrés y el uso de estrategias de afrontamiento, y más recientemente las neurociencias. En dichas áreas, los investigadores están realizando esfuerzos para comprender, estudiar y analizar el afecto positivo, en los cuales se intenta articular una visión en donde se toma en

cuenta el bienestar para la vida. Por ejemplo, se busca documentar qué tipo de familias, contextos, competencias y factores biológicos, favorecen a los niños y jóvenes para soslayar los retos que enfrentan.

Frydenberg (2010), experta en estrés infantil y del adolescente propone una serie de estrategias de afrontamiento que favorezcan las emociones positivas y den alivio a los síntomas que provocan las emociones negativas. Frydenberg explica cómo los adolescentes son capaces de adaptarse a diversas situaciones, ellos realizan una serie de esfuerzos, donde evalúan la situación estresante, su impacto y las consecuencias, principalmente en momentos en que éstas producen daño, amenaza o son un desafío. Entonces reconocen los recursos con los que disponen, las consecuencias de sus posibles respuestas y determinan el resultado. Posteriormente, ellos vuelven a evaluar y reevaluar su respuesta, y deciden si deben modificarla o continuar. Este mecanismo es circular o de retroalimentación en bucle, ya que permite que las estrategias sean juzgadas y reevaluadas para poder ser usadas en ese momento y también en el futuro. A su vez, el afrontamiento eficaz, puede consolidar las creencias acerca de sí mismo y la capacidad propia para enfrentar otras situaciones. Por lo tanto, la evaluación de la situación, las acciones de adaptación, así como la evaluación de los resultados, determinan qué estrategias se convertirán en parte del repertorio de afrontamiento de una persona (Frydenberg, 2008).

La cognición constituye un mecanismo para la solución de problemas, cuando se observan pensamientos negativos persistentes (rumiación), la probabilidad de mostrar mayor sintomatología depresiva aumenta. Por el contrario,

existen algunas evidencias en donde se ha detectado que los pensamientos positivos alivian el estado de ánimo depresivo, así mismo, parece ser otra forma más adaptativa el pensamiento reflexivo (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirky, Rethinking rumination, 2008). La perspectiva de la Psicología Positiva centra sus esfuerzos en favorecer el pensamiento y las emociones positivas, antes que buscar formas de reducir o combatir las emociones negativas.

Por otra parte, desde la perspectiva de la neurociencias el grupo de Forbes propone que el afecto positivo se relaciona con otras emociones y comportamientos sociales, ya que el afecto positivo es fundamental para los objetivos interpersonales y las necesidades de afiliación. En niños y adolescentes, el afecto positivo sirve para iniciar y mantener relaciones con amigos, padres y parejas románticas. Así mismo, las características motivacionales son críticas porque el afecto positivo puede ser caracterizado, por un lado, por la anticipación de un resultado agradable y las conductas promovidas por esa anticipación, y por el otro, por la satisfacción de los resultados. Por esta razón, el interés por examinar los correlatos neurobiológicos del afecto, involucra el estudio de los sistemas de recompensa y de regulación del afecto (circuitos mesolímbicos y límbico-corticales) (Forbes & Dahl, 2005; Forbes, y otros, 2010). Es importante destacar que la distinción entre el afecto positivo y el afecto negativo implica apuntalamientos neuronales diferentes pero engarzados (Forbes & Dahl, 2005). Se ha demostrado que la disminución de los niveles de afecto positivo puede provocar más episodios depresivos por año y por el contrario, el afecto positivo

apropiado puede desempeñar un papel protector en las personas jóvenes con depresión (Forbes & Dahl, 2005).

Otro enfoque que está haciendo interesantes aportaciones desde la perspectiva social, constituye el concepto de resiliencia, el cual se refiere a la capacidad de flexibilidad que tiene un individuo para recuperarse de la adversidad. Las conductas resilientes también pueden ser favorecedoras para sobrellevar las vicisitudes de la vida, minimizando la conducta disfuncional. En una persona resiliente interactúan los factores de riesgo y los protectores, éstos últimos pueden amortiguar las circunstancias adversas, por ejemplo, cuando los jóvenes manifiestan comportamiento resiliente se muestran más felices, lo cual es un indicativo de bienestar, entonces son más proactivos y participan más en actividades pro-sociales (Frydenberg, 2008). Es decir, las personas resilientes tienden a presentar mayor cantidad de pensamientos positivos ante situaciones de reto, a pesar de sentir frustración y emociones contradictorias, intenta resolver el conflicto, de una u otra forma, manteniendo una actitud positiva y llevándolos a superar la crisis.

Estas propuestas teóricas aportan diferentes visiones para acercarse al estudio de los factores protectores que pueden ser utilizados en las jóvenes que presentan la menarca temprana y que no presentan todos los efectos desfavorables en su vida. Lo cual permitiría promover las estrategias y las competencias en el contexto familiar y escolar, de esta manera amortiguar las dificultades de las chicas más susceptibles a reaccionar adversamente a la transición adelantada.

3.6. Depresión en la Adolescencia

3.6.1. Sintomatología

La depresión es un trastorno mental que afecta a un gran número de jóvenes y es causa principal de discapacidad, es relativamente poco frecuente en la infancia, pero su prevalencia aumenta bruscamente durante la adolescencia temprana y continua de forma casi lineal hasta la etapa adulta, especialmente entre las mujeres (APA, 2014; CIE-10, 2009; DSM-IV, 1995). Cuando la depresión inicia precozmente sus consecuencias suelen ser más graves y tiene una alta de probabilidad de continuar hasta la adultez (APA, 2014; CIE-10, 2009; Forbes & Dahl, 2005).

Los síntomas depresivos observados en la adolescencia difieren a los presentes en la vida adulta, lo que suele causar confusión y dificultad para identificar y diagnosticar de forma correcta la depresión. Es por esta razón, que en los últimos 30 años se ha trabajado arduamente para caracterizar de forma más precisa cómo los adolescentes expresan el estado depresivo.

La esfera afectiva denota diversos rasgos, de los que se distinguen los sentimientos de tristeza e insatisfacción, pero a diferencia de los adultos en los adolescentes también pueden ir acompañados de conductas agresivas, impulsividad y enojo, se muestran indiferentes, dejan de disfrutar lo que realizan y se aburren con facilidad. Así mismo, manifiestan baja autoestima, se perciben como inútiles e incapaces de realizar bien una tarea, se desprecian y se culpan de todo lo que pasa a su alrededor y a ellos mismos. Les cuesta reconocer los aspectos positivos de lo que hacen y se preocupan de forma exagerada. Al mismo

tiempo les es difícil expresar lo que sienten, por lo que suelen inhibirse y aislarse (Lang & Tisher, 1997; Tisher, 2007; Tisher & Lang, 1983; Tisher, Lang-Takac, & Lang, 1992; Thompson, 2012).

En la esfera cognoscitiva se advierte la aparición de pensamientos rumiantes, ideas nocivas que se repiten y persisten durante largo tiempo, esta forma de pensamiento se ha observado principalmente en mujeres. Otro aspecto afectado en los jóvenes deprimidos, son su capacidad para poner atención y concentrarse, ya que suelen mostrarse distraídos y ausentes, lo cual baja su rendimiento escolar. Además, su pensamiento suele presentarse lento, se vuelven apáticos y poco interesados por las tareas académicas y de esparcimiento. Suelen presentar pensamientos de preocupación por la muerte y por sus propias enfermedades o de otros, pierden el interés por vivir y pueden atentar en contra de su vida (Batlle, 2001; Belló, Puentes, Medina, & Lozano, 2005; Iruela, Picazo, & Peláez, 2009; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; WHO, 2013; Quintero, Morcillo, Loureiro, & Zambrano, 2008; Tisher, Lang-Takac, & Lang, 1992).

En la esfera física los adolescentes experimentan falta de energía, se muestran cansados, no tienen ganas de hacer ninguna actividad, lo cual suele confundirse con flojera. Por otra parte, tienen constantes quejas somáticas como cefalea, enfermedades gástricas y respiratorias. Además de trastornos del sueño, como insomnio o hipersomnia, así como trastornos alimenticios, en donde pueden perder o ganar peso. Algunos otros muestran conductas de autolesión como onicofagia, cutting y tricotilomanía asociadas con la ansiedad (Batlle, 2001; Belló, Puentes, Medina, & Lozano, 2005; Iruela, Picazo, & Peláez, 2009; WHO, 2013; Quintero, Morcillo, Loureiro, & Zambrano, 2008).

Por último, las conductas que afectan a la esfera social son parte importante de la sintomatología depresiva. Los comportamientos riesgosos como: robar, peleas callejeras, pertenecer a bandas o tribus urbanas, retar a la autoridad, consumo de drogas legales e ilegales, son características de jóvenes con síntomas depresivos. Además, se vinculan afectivamente con personas con las que mantienen relaciones románticas perjudiciales y destructivas. Muestran conductas desafiantes y opositoras que traen como consecuencia problemas familiares, sociales y legales (Batlle, 2001; Belló, Puentes, Medina, & Lozano, 2005; Iruela, Picazo, & Peláez, 2009; WHO, 2013; Quintero, Morcillo, Loureiro, & Zambrano, 2008).

3.6.2. El Trastorno del Estado de Ánimo Depresivo: Afectos y Emociones

Es necesario precisar la diferencia entre trastorno del estado de ánimo (depresión) y la sintomatología depresiva, debido a que pudiera causar confusión. En los episodios afectivos y/o en los trastornos depresivos los signos descritos con anterioridad, se experimentan durante dos o más semanas, pueden aparecer y desaparecer frecuentemente, además la intensidad y la cantidad de manifestaciones son más elevadas. Un punto esencial es que dichos síntomas no les permiten a los jóvenes seguir su vida cotidiana. En este caso se hace necesaria la búsqueda de un experto que debe realizar un diagnóstico certero y procurar un tratamiento. En cambio, en la sintomatología depresiva los signos son temporales y progresivos, se experimentan en menor intensidad, los jóvenes pueden seguir con su vida cotidiana y sobreponerse sin intervención profesional.

Sin embargo, la duración, la frecuencia y la intensidad de los síntomas pudiera derivar en un trastorno del estado de ánimo depresivo tiempo después, es por esta razón, que su detección oportuna puede ser utilizada como una medida preventiva (De la Garza, 2007).

Para comprender de forma integral a la depresión, debe reconocerse que es un constructo complejo que incluye al afecto negativo y el positivo. Aunque podría pensarse que son polos opuestos de la misma dimensión, el afecto negativo y positivo son dos dimensiones que pueden estar no directamente correlacionadas. Por lo que ambos factores pueden ser medidos como un estado (un situación transitoria) o como un rasgo (parte de las características propias del individuo), lo que establece un tono afectivo integral (Watson, Clark, & Carey, 1988).

El afecto negativo es un factor general de malestar subjetivo, contiene una amplia gama de síntomas depresivos como miedo, ansiedad, minusvalía, culpabilidad, hostilidad, inseguridad, frustración, fracaso, desprecio y asco, los cuales están relacionados con los sentimientos de depresión, tales como la tristeza y la soledad. Cuando los afectos negativos se convierten en rasgo, éstos tienen mayor influencia sobre la cognición y auto-concepto. Las personas con elevado afecto negativo experimentan apatía, fastidio, tristeza, culpa, vergüenza, retraimiento, temor y envidia. Suelen reaccionar fuertemente a los estímulos estresores que se enfrentan, lo que puede afectar su salud física y mental (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

En contraste, el afecto positivo implica un conjunto de experiencias y pensamientos hedónicos y motivacionales, es una dimensión que refleja bienestar

con el medio ambiente. Representa la dimensión de emocionalidad placentera, lo cual, refleja alto nivel de entusiasmo, de energía, de estado de alerta mental, de interés, de alegría, de determinación, logro y éxito. Además, las personas con alto afecto positivo, muestran sentimientos de unión, amistad, afirmación, confianza, son optimistas y resilientes. Mientras que un bajo nivel de afecto positivo refleja letargo y fatiga (Watson, Clark, & Carey, 1988). El afecto positivo implica no solamente la experiencia subjetiva sino también las conductas dirigidas a la búsqueda y la satisfacción de los contextos sociales que implican interacciones gratificantes (Forbes & Dahl, 2005). Además, el afecto positivo también puede desempeñar un papel protector en las personas jóvenes con depresión (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

La combinación de bajo afecto positivo y la presencia de afecto negativo puede predecir depresión hasta tres años más tarde o bien en la edad adulta (Forbes & Dahl, 2005). La presencia de afecto negativo se asocia a la aparición de depresión y ansiedad, mientras que la disminución del afecto positivo, sólo se asocia a la depresión (Watson, Clark, & Carey, 1988).

Sin embargo, existen otros dos conceptos que deben diferenciarse, lo relativo a las emociones: positivas y negativas. Dichos conceptos surgen de las posturas conductuales, y permiten identificar los comportamientos que pueden estar manifestando los individuos al experimentar el afecto, ya sea positivo o negativo, siendo éstas últimas apreciaciones subjetivas de propio individuo. Las emociones positivas y negativas, se forman a partir de las emociones básicas que son de carácter universal, empero, están impregnadas de diversos aspectos sociales (Nezlek & Kuppens, 2008; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

Es por estas razones, que las emociones y los afectos tanto negativos como positivos, permiten identificar el estado de ánimo de los individuos. Los afectos son términos frecuentemente empleados en la práctica clínica y utilizados para el diagnóstico. Por su parte, desde las posturas teóricas conductuales y evolutivas las emociones son conceptos que identifican los estados de ánimo.

Para los intereses de la presente investigación, la sintomatología depresiva está compuesta de dos elementos que el propio instrumento utilizado nos permitió medir: el total depresivo y el total positivo. Dichas mediciones constituyen las experiencias y sentimientos tanto depresivos como placenteros. Al total depresivo le hemos denominado afecto depresivo, para referirnos a los sentimientos y experiencias negativas, relacionadas con pensamientos de muerte y enfermedad, valoración baja de su propia estima, sentimientos de soledad y de culpa. Mientras que las experiencias y sentimientos positivos, se refieren a aquellos pensamientos de gozo, satisfacción, motivación y aliento por hacer las cosas.

3.6.3. Aparición de la Depresión en la Adolescencia: Hipótesis

En la década de los 80's se han propuesto diversas teorías para explicar por qué aparece depresión en la adolescencia, mismas que se han dirigido principalmente al análisis de las diferencias de género. La *hipótesis de la intensificación de género* postula que los cambios puberales durante la adolescencia temprana promueven mayor presencia de depresión en las niñas que en los niños, lo cual es causado por los estereotipos y los roles sociales de femineidad. Debido a que la sintomatología depresiva se considera una expresión emocional femenina, los autores observan que cuando las personas reportan la

presencia de características depresivas, tienen menos rasgos masculinos (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Esta hipótesis también sugiere que la respuesta depresiva se incrementa durante la pubertad y más cuando se observa madurez temprana (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Otra hipótesis propuesta, se refiere a los medios de afrontamiento con los que cuenta el individuo, por un lado, los referentes externos o los recursos sociales y por otro lado los internos, relacionados con los estilos de afrontamiento con los que cuenta el adolescente. También se han propuesto que los eventos estresantes predisponen a la aparición de depresión, como sería la vida familiar difícil (el abuso sexual, el maltrato), los cambios sociales, las presiones que ejercen sus pares, las exigencias educativas y económicas (De la Garza, 2007; Mendle, Natsuaki, Leve, Ryzin, & Ge, 2011; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991; Saldaña, 2001).

Petersen, Sarigiani y Kennedy (1991), a partir de las hipótesis antes descritas desarrollaron un modelo que intenta explicar la depresión cuando los adolescentes presentan la madurez temprana. Dicho modelo incluye los efectos combinados de la sincronización y la naturaleza de los cambios, como lo serían los eventos estresantes o del desarrollo de vida, así mismo, contiene los factores protectores como la participación de la familia y los recursos con los que cuenta el individuo para enfrentar los problemas. Según los autores, la madurez puberal temprana tiene efectos negativos sólo en mujeres, debido a que los cambios que aparecen de forma adelantada son situaciones que las presionan y aún no cuentan con recursos suficientes para enfrentarlas. Así mismo, los roles que son construidos socialmente también son un factor que favorece la aparición de

sintomatología depresiva. Por otra parte, durante esta etapa, los jóvenes presentan importantes transformaciones no sólo en el ámbito biológico, sino también en el contexto social y personal, en donde desarrollan nuevas habilidades y capacidades fundamentales para enfrentar la vida adulta (Bulnes, y otros, 2005; Pasqualini, 2010; Velasco, 2004). Por tanto, la aparición de la depresión durante la adolescencia está vinculada con las experiencias, aprendizajes, habilidades y manejos de la vida infantil.

Por su parte, los trabajos de Nolen-Hoeksema desde la década de los 90s, confirman una tendencia reportada en otras etapas de vida, ya que la depresión ocurre más en mujeres que en hombres durante adolescencia temprana. Debido a que –según los autores- ellas viven más situaciones de riesgo principalmente porque comienzan la adolescencia antes que los hombres. Posteriormente, el grupo de Nolen-Hoeksema refiere que los pensamientos negativos persistentes (la rumiación) son un factor que favorece la aparición de la depresión en las mujeres. Los pocos estudios de rumiación en adolescentes tempranos sugieren que las niñas tienen más probabilidad que los chicos a rumiar a esta edad (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirky, 2008).

Existen pocos estudios sobre la depresión en las chicas que maduran precozmente, sin embargo, todos refieren que la aparición de la menarca temprana incrementa el riesgo de presentar depresión (Allison & Hyde, 2013; Black & Klein, 2012; Deng, y otros, 2011; Joinson, Heron, & Lewis, 2011; Kaltiala-Heino, Kosunenb, & Rimpelä, 2003; Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen, & Rimpel, 2003; Mendle, Turkheimer, & Emergey, 2007). El inicio de la menarca

representa un evento importante tanto biológico como psicosocial. Antes y después de su aparición la niña requiere una serie de ajustes, pero cuando la transición surge de forma inesperada y asincrónica con respecto a sus pares, las exigencias son aún mayores. Diversos factores pueden exaltar las presiones de los cambios hormonales que provocan la madurez adelantada, como lo son las desventajas sociales, las económicas, las adversidades familiares, los cambios físicos, las coacciones de sus compañeros y las obligaciones escolares, todos constituyen factores estresantes que favorecen la aparición de sintomatología depresiva (Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007).

3.7. Estrategias de Afrontamiento en la Adolescencia

En el modelo clásico de la Teoría Transaccional, el afrontamiento se refiere al mecanismo por el cual los individuos realizan *“...esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus & Folkman, 1984, pág. 164). En este sentido, su revisión se encuentra estrechamente relacionada a los procesos de estrés. Lazarus y Folkman refieren que el afrontamiento aparece al presentarse una amenaza, mientras mejor se reaccione ante la situación, el individuo se verá liberado del problema que atiende, por lo tanto, es una respuesta adaptativa al estrés. El afrontamiento conlleva siempre la obtención de un grado de control de las condiciones a diferentes niveles y formas, exigiendo recursos

existentes en el propio repertorio del individuo y de otros con los que aún no cuenta, y que podrían incluirse posteriormente.

El afrontamiento se entiende como un proceso multidimensional y dinámico en donde se realiza una evaluación y valoración cognoscitiva de la situación a la que se expone, y posteriormente se lleva a cabo una reacción a la que le llaman afrontamiento. Lo más importante en esta diada, es la valoración que se construye a partir de las experiencias de vida, el cómo el sujeto evalúa la situación y la resuelve (Escobar, 2008; Lazarus & Folkman, 1984).

Para explicar tal circunstancia Lazarus y Folkman (1984) describen dentro de la Teoría Cognitiva del Estrés y el Afrontamiento, la existencia de dos momentos: el primero en donde se realiza una valoración primaria, el individuo examina la situación y la designa como amenazante, la reconoce como peligrosa, de inminente daño o pérdida; así mismo, como con una condición con cierta posibilidad de ganancia, que no genera una respuesta de distrés, hasta puede percibirse como beneficiosa. Por otra parte, una valoración secundaria en la cual, el individuo reconoce y explora sus recursos para resolver la situación. La manera en que ambas evaluaciones interactúan puede dar como resultado una respuesta más o menos adaptativa. Las situaciones de daño pueden ir acompañadas de emociones negativas, como tristeza, ira o miedo; o bien, de emociones positivas, como entusiasmo, confianza o ánimo (Folkman, 2008). Frydenberg (1997), refiere una tercera forma de valoración, en la cual se analizan los resultados y se puede reconstruir la forma en que se afrontó, lo cual queda como una importante experiencia de vida para siguientes situaciones.

El afrontamiento estudiado como un proceso, implica la forma en que el individuo elabora una serie de acciones encaminadas a dar solución a la situación estresante, la manera en que se observan los resultados son señales importantes que facilitan el modo de adaptarse y ajustar la situación que enfrenta en el momento, pero también, para futuras reacciones o con estímulos iguales o parecidos (Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento no es un hecho azaroso, es consecuencia del estado del individuo, la situación demandante y la interacción entre ambos, existen evaluaciones y reevaluaciones; de esta forma, las estrategias de afrontamiento son absolutamente cambiantes, flexibles y maleables (Morales-Rodríguez, 2008; Lazarus & Folkman, 1984).

Otra propuesta teórica que ha venido a complementar los conceptos iniciales de Lazarus, es el Modelo de Conservación de Recursos de Hobföll desarrollado a finales de los 80's, integra aspectos cognitivos y contextuales. En dicho modelo proponen que los individuos reaccionan ante el estímulo estresor tratando de adquirir y mantener los recursos con los que dispone; tales como objetos (casa, ropa, alimentos, dinero), características personales (autoestima, alegría, actitud), condiciones (situación civil, trabajo, estatus, nivel socioeconómico, conocimiento) y energías (tiempo, apoyo social, recursos adquisitivos). Por lo tanto, el individuo reacciona cuando se siente amenazado y esto le implica una pérdida inminente de recursos o el fracaso en la inversión de energía. Sin embargo, cada persona va construyendo formas de afrontar las demandas para hacer cara al siguiente evento estresante, y tratará por todos los medios de minimizar las pérdidas (Frydenberg, 1997; Hobföll, 1989).

3.7.1. Estilo y Estrategias de Afrontamiento en la Niñez y la Adolescencia

Lazarus y Folkman (1984) indican que el modo de afrontar varía desde la infancia hasta la edad adulta, describen que desde el momento en el que el bebé comienza a reconocer su entorno, aparecen complejos modos de afrontarlo, en principio están muy dirigidos a la solución del problema y a la emoción. Los niños y adolescentes son organismos vulnerables, es decir, son individuos con poca capacidad de afrontamiento, son insuficientes los recursos físicos, psicológicos y sociales de los que disponen para enfrentar las exigencias de su entorno. A diferencia de los adultos, el estudio del afrontamiento en niños y adolescentes implica otro reto, ya que están en plena construcción de las formas con las que harán frente a la vida misma, sus esfuerzos por encontrar mecanismos para encarar las adversidades suelen ser pruebas, por tanto, en muchos de los casos no saldrán exitosos de las mismas, pero esto no los condena a fracasar el resto de su vida, sino por el contrario los puede convertir en expertos.

El estudio del estrés y el afrontamiento en niños y adolescentes ha tomado interés, ya que se ha reconocido que durante esas etapas aparecen situaciones de vida que son evaluadas como estresantes. Por ejemplo, las dificultades que viven los jóvenes en sus relaciones románticas y con sus amigos, las expectativas y presiones académicas, las dificultades familiares como enfermedades, muerte de un ser querido, recibir maltrato, el divorcio de los padres y las carencias económicas, entre otras. Todas estas situaciones contribuyen a que se incrementen los problemas emocionales, cognoscitivos, físicos y conductuales, aumentando la posibilidad de aparición de depresión y ansiedad. Además, les es

complicado tomar decisiones, calcular los riesgos y planear su vida, por lo que suelen someterse actividades peligrosas como vandalismo, ocupaciones y deportes extremos, auto-lesionarse, consumo de alcohol y drogas.

Del mismo modo que ocurre en los adultos, para los niños y jóvenes una situación estresante les exige recursos personales para encararlo. Por lo que desarrollan y aprenden estrategias de afrontamiento, es decir, despliegan conductas y realizan esfuerzos cognoscitivos como: tácticas, maniobras o artimañas, que se construyen dependiendo de las experiencias de vida, son comportamientos modelables y flexibles, por tanto pueden aprenderse y desarrollarse, pero también olvidarse. (Frydenberg, 1997; Frydenberg, 2008; Morales-Rodríguez, 2008). Cuando los niños y jóvenes prefieren utilizar una o varias estrategias de afrontamiento para numerosas situaciones similares o diferentes, entonces han desarrollado un estilo de afrontamiento (Frydenberg, 1997). Tanto las estrategias como los estilos de afrontamiento, son indispensables como parte del arsenal de un individuo (Frydenberg, 1997; Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1984) elaboran una de las primeras tipologías sobre las estrategias de afrontamiento, describen dos clases de estilos. El primero basado en la solución del problema, en donde el centro de atención es la situación que ha generado el evento estresante. Se evalúa la situación y se reacciona intentando controlarla y/o cambiarla. El segundo estilo de afrontamiento se basa en la emoción, donde el individuo trata de reducir, controlar o cambiar la emoción que le está generando, lo que incluye toda la respuesta fisiológica asociada; para lo cual

busca ayuda o consuelo, intenta aceptarla, pone más atención, la puede evitar o hasta busca formas de descargar su emoción, enojándose, riéndose, llorando, etc.

Frydenberg (1997) propone otra clasificación y con ella amplia los conceptos de afrontamiento para los niños y adolescentes, dos estilos de afrontamiento productivos o funcionales y uno improductivo o disfuncional. En el primer tipo de afrontamiento productivo los jóvenes dirigen sus esfuerzos hacia la solución del problema, intentan tener éxito, en muchos casos observan lo positivo de la situación, en otros, buscan actividades relajantes y distractoras. En el segundo tipo de afrontamiento productivo está orientado hacia las relaciones con las personas que les rodean, buscando su apoyo, la pertenencia a grupos sociales (como amigos, bandas, actividades deportivas, religiosas), intentando formar vínculos, en este caso, las competencias sociales son de suma importancia. El tercer estilo de afrontamiento llamado improductivo, se refiere al uso de estrategias inadecuadas, que no los llevan a dar solución a los problemas, evitan e ignoran la situación, tratan de olvidarla, no piden ayuda, se culpan y preocupan, llegan a imaginarse formas irreales de solución, se enojan, agreden y se bloquean.

Por su parte, Seiffge-Krenke, hace una importante aportación desde la perspectiva del desarrollo, indica que conforme los chicos crecen las habilidades cognitivas mejoran. Los adolescentes de menor edad utilizan mayormente el afrontamiento de evitación y aproximación, mientras que los adolescentes más grandes emplean más la aproximación de tipo cognitiva y la conductual, se observa que se desarrollan mejores habilidades para analizar la situación y tomar decisiones (Seiffge-Krenke, 2009). En contraste, otros estudios plantean que los

niños y adolescentes al crecer, emplean estrategias de afrontamiento menos adecuadas (Frydenberg, 2008). Por ejemplo, en la adolescencia tardía usan más estrategias de afrontamiento no-productivas, principalmente las mujeres en comparación con los hombres. En la adolescencia temprana y media, los jóvenes emplean más la rumiación y la agresión que en la infancia tardía. Estos datos parecen contradictorios, pues hacen pensar que los adolescentes son más vulnerables mientras crecen, sin embargo, las investigaciones emplean diseños transversales y pocas intentan analizar los cambios a lo largo del tiempo (Frydenberg, 2008). Específicamente, en la adolescencia temprana se ha reportado que las niñas usan más estrategias de afrontamiento mal-adaptativas que en la infancia tardía y la adolescencia media (Frydenberg, 2008; Hampel & Petermann, 2006). Las explicaciones a tales hallazgos son diversas, Frydenberg (2008, 2009) indica que hay otros factores que deben tomarse en cuenta: el género, la personalidad, los factores protectores, las experiencias previas, hasta la etnicidad podrían estar mitigando o incrementando la forma en que responden al estrés. Independientemente de que el niño y el adolescente tienen pocos recursos para resistir las situaciones de estrés, no significa que sean un ente pasivo, el chico comienza a realizar cambios, -moldean el contexto en el que operan-; poco a poco, van resolviendo y desarrollando destrezas que les permiten hacer frente a las circunstancias (Coleman & Hendry, 2003).

Con respecto a las diferencias de género, los resultados tampoco son muy claros. En un estudio hallaron que las chicas utilizan estrategias como la búsqueda de pertenencia y de apoyo social, además invierten más en sus relaciones con los amigos, se concentran en resolver el problema, pero también se culpan; en

cambio los hombres se distraen, ignoran el problema o se reservan para sí. Por otra parte, las chicas presentan mayores preocupaciones por sí mismas, por sus padres, amigos y sus relaciones amorosas, mientras que los varones refieren mayor tensión por cuestiones escolares y actividades extracurriculares (Frydenberg, 2008). Los muchachos son relativamente estables en su poca capacidad para enfrentar situaciones estresantes entre los 12 y 16 años, mientras que las chicas muestran una tendencia significativa a presentar más dificultades para enfrentar situaciones estresantes a mayor edad (Frydenberg, 2004).

Frydenberg explica de forma muy clara, cómo los adolescentes son capaces de adaptarse a diversas situaciones. Para lo cual, ellos realizan una serie de esfuerzos, donde estiman y juzgan la situación estresante, su impacto y los resultados posibles, estas acciones toman mayor importancia cuando se calcula que producirán daño, pérdida, lesión, amenaza o son un desafío. Entonces, el niño o el adolescente reconocen sus recursos, las implicaciones y los alcances de sus posibles respuestas y calculan el resultado. A continuación, ellos vuelven a evaluar y reevaluar su respuesta, y deciden si deben modificarla o continuar. Este mecanismo es circular o de retroalimentación en bucle, ya que permite que las estrategias sean juzgadas y reevaluadas para poder ser usadas en ese momento y en otras circunstancias de exigencia. Una aportación de la autora es la importancia sobre la construcción del yo, es decir, el afrontamiento eficaz puede consolidar las opiniones acerca de uno mismo y permitir el reconocimiento de la propia capacidad para enfrentar otras situaciones. Tales percepciones sirven para dar mayor seguridad y confianza de sí mismo, y construyen el repertorio de

estrategias posibles, es decir le proporcionan experiencia y madurez. Por lo tanto, la evaluación de la situación, las acciones de adaptación, así como la evaluación de los resultados, determinan qué estrategias se convertirán en parte del repertorio de afrontamiento de una persona (Frydenberg, 2008).

Según nuestros conocimientos, a diferencia del estudio de la depresión y la sintomatología depresiva, las estrategias de afrontamiento no han sido estudiadas en las jóvenes que presentaron la menarca temprana. Para las niñas que maduran anticipadamente, la aparición de la pubertad es un acontecimiento rápido e inesperado, que las somete a presiones para las cuales no están preparadas. En las palabras de Lazarus y Folkman (1984) *-un acontecimiento que ocurra demasiado pronto priva al individuo de la oportunidad de prepararse para el nuevo papel que desempeñará-* es parte de lo que experimentan las menarcas tempranas. Sin embargo, deben ser analizadas las estrategias de afrontamiento no sólo de las chicas que están en desventajas, sino de aquellas que han salido fortalecidas ante las exigencias y los esfuerzos adicionales para adaptarse a una nueva etapa de vida. Además debes tomarse en cuenta, que la maduración reproductiva adelantada, implica la anticipación del su desarrollo neurobiológico, lo que incluye la organización de vías y circuitos neuronales en sitios importantes para la adaptación, como son los lóbulos frontales y el sistema límbico (Forbes & Dahl, 2005; Silk, Redcay, & Fox, 2014).

La hipótesis de la maduración desigual, indica que la transición de la infancia a la adolescencia requiere de ciertas habilidades de afrontamiento adaptativo, las cuales deben ser adquiridas durante la niñez. Por tanto, las

menarcas tempranas tienen menos tiempo para adquirir, asimilar y fortalecer estas habilidades de afrontamiento. La asincronía que existe entre su madurez física, cognitiva y social aumenta el riesgo de presentar alguna psicopatología (Ge & Natsuaki, 2009).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El paso de la infancia a la adolescencia es la etapa de la vida en donde se presenta el cambio más radical. Durante esos años las transformaciones físicas son dramáticas, se consolida la personalidad, la afectividad y la forma de relacionarse con el mundo. Al unísono, su contexto histórico y social que se modifica continuamente, le exige nuevas formas de proceder. Por tales razones, las situaciones a las que se enfrentan día a día los adolescentes requieren de muy diversas formas de adaptación.

En especial la mujer vive uno de los momentos cruciales con la aparición de la menarca. En general, las jóvenes logran adaptarse rápidamente a su aparición, sin embargo, existe una minoría de niñas que presentan la menarca de forma anticipada, entre los 8 y 10 años (Guerrero & Gracia, 2010; Kronenberg, Melmed, Polonsky, & Larsen, 2009; Temboury, 2009), lo que las coloca en una situación poco usual entre sus iguales. Las habilidades cognitivas y emocionales de las pequeñas de entre 8 y 10 años son muy inferiores a las desarrolladas a edades posteriores. Las consecuencias de tales adelantos en los procesos biológicos, han puesto en relieve las discrepancias entre los aspectos físicos y psicológicos, que colocan a las jóvenes ante exigencias para las cuales no están preparadas. Desde el punto de vista evolutivo, el organismo está respondiendo a un estado biológico óptimo para la reproducción, pero desde la perspectiva social y emocional, el ambiente competitivo, hostil y exigente les demanda a las jóvenes mayor madurez psicológica, la cual aún no se han alcanzado.

De entre las consecuencias psicológicas que han sido reportadas en las niñas con menarca temprana, se han descrito síntomas de depresión (Black & Klein, 2012; Boden, Ferguson, & Horwood, 2011; Deng, y otros, 2011; Gaudineau, y otros, 2010; Joinson, Heron, & Lewis, 2011). Sin embargo, es importante hacer notar que al estudiar la sintomatología depresiva en las jóvenes que maduran tempranamente ha sido medida a través de cuestionarios que sólo evalúan el afecto depresivo y no los sentimientos y experiencias positivas. Además, hasta donde se sabe, no hay investigadores que hayan explorado la relación entre la menarca temprana y las estrategias de afrontamiento.

Es importante estudiar a las jóvenes que presentaron la menarca temprana y sus consecuencias psicológicas, para proporcionar elementos que apoyen y den base para crear y ajustar estrategias específicas en los programas educativos de México. La impartición de los temas de educación sexual y salud reproductiva en los programas actuales se inicia a partir del 5º grado de primaria (10 años cumplidos), lo cual puede ser demasiado tarde para las niñas que ya hayan experimentado su menarca anticipadamente. Por otra parte, desde el punto de vista social, el realizar este tipo de investigaciones permite llevar a cabo acciones preventivas y remediales para enfrentar el posible impacto negativo de la menarca precoz en los ámbitos escolares, familiares y de salud.

Preguntas de Investigación

¿Cuál es la relación entre la aparición de la menarca temprana y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes?

¿Cuál es la relación entre la aparición de la menarca temprana y las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes ante situaciones de la vida cotidiana?

¿Existe alguna relación entre los síntomas depresivos presentes en adolescentes menarcas tempranas y regulares con el tiempo que ha transcurrido desde la aparición de la menarca?

¿Existe alguna relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes menarcas tempranas y regulares con el tiempo que ha transcurrido desde la aparición de la menarca?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- ψ Comparar la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento entre las menarcas tempranas y las menarcas regulares. Así como, relacionar sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento con el tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca.

Objetivos Específicos

- ψ Comparar el afecto depresivo y los sentimientos y experiencias positivas entre las adolescentes menarcas tempranas y las menarcas regulares.
- ψ Comparar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las no-productivas entre las menarcas tempranas y las menarcas regulares
- ψ Comparar el afecto depresivo y sentimientos y experiencias positivas de las adolescentes menarcas tempranas que tenían menos y más tiempo transcurrido desde la aparición de su menarca.
- ψ Comparar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las no-productivas entre las menarcas tempranas que tenían menos y más tiempo transcurrido desde la aparición su menarca.
- ψ Comparar el afecto depresivo y sentimientos y experiencias positivas de las adolescentes menarcas regulares que tenían menos y más tiempo transcurrido desde la aparición su menarca.

- ψ Comparar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las no-productivas entre las menarcas regulares que tenían menos y más tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca.

5.2. Hipótesis de trabajo.

- 1) Las adolescentes que presentaron la menarca temprana tienen más probabilidad que las menarcas regulares en presentar la sintomatología depresiva.
- 2) Las adolescentes que presentaron menarca temprana usan diferentes estrategias de afrontamiento centradas en el problema que sus pares menarcas regulares.
- 3) Las adolescentes que presentaron menarca temprana usan diferentes estrategias de afrontamiento no-productivas que sus pares menarcas regulares.
- 4) Tanto la sintomatología depresiva como las estrategias de afrontamiento usadas por las participantes dependen del tiempo transcurrido desde que apareció la menarca.

6. METODOLOGÍA

6.1. Muestra

Las participantes formaron una muestra no probabilística de tipo intencional o por conveniencia, ya que la selección de las participantes se sujetó a las características de las variables que se investigaron, a su fácil acceso y a la aceptación para participar en el estudio.

La muestra estuvo constituida por 380 jóvenes posmenarcas, quienes tenían un rango de edad de entre 11 y 15 años ($M=13.43$; $SD=0.93$). Las adolescentes cursaban 5° y 6° de primaria además de 1° a 3° de secundaria (Tabla 1).

Las adolescentes pertenecen a familias con un nivel socioeconómico medio, medio bajo y bajo. El 25.4 y 24.9 % de las participantes reportó tener una casa con 2 y 3 habitaciones además de cocina y baño. El 63% indicó que compartía su recámara. Sin embargo, más de la mitad dijo que su casa es propia y mencionó tener auto.

6.2. Instrumentos

6.2.1. Cuestionario datos generales

Se elaboró un cuestionario de datos generales, el cual contiene preguntas sencillas de corte demográfico para caracterizar a la muestra estudiada. De esta forma se eligió a quiénes se les aplicarían los instrumentos. El cuestionario de

datos generales fue revisado por expertos que dieron su opinión sobre la redacción y características.

Tabla 1. Características Socio-demográficas de las Participantes

	Menarcas Tempranas (n = 94)		Menarcas Regulares (n = 286)	
	M	DS	M	DS
Media de edad actual (años):	13.41	1.07	13.44	0.89
	N	%	N	%
Edad de la menarca (años):				
8	5	5.3	-	
9	19	20.2	-	
10	70	74.5	-	
11	-		148	51.7
12	-		138	48.3
Tiempo transcurrido desde la menarca (años):				
1	5	5.3	106	37.1
2	11	11.7	101	35.3
3	26	27.7	63	22.0
4	25	26.6	14	4.9
5	21	22.3	2	0.7
6	6	6.4	0	-
Nivel de escolaridad:				
Grados 5-7	30	27.7	58	30.3
Grados 8-9	64	72.3	228	69.7
Personas con las que viven las participantes :				
Papá y Mamá	70	74.4	210	73.4
Solo con madre	21	22.3	69	24.1
Solo con padre	2	2.1	5	1.7
Ninguno de los padres	1	1.0	2	0.7

Cuando se realizaron las aplicaciones, una de las preguntas más difíciles de contestar fue la fecha de su menarca. Dicha pregunta es clave para el proyecto, por tanto, se tuvo mucho cuidado en apoyar a las niñas y adolescentes a

contestar con la mayor exactitud. En la última versión, las preguntas iban encaminadas a realizar un ejercicio mental para recordar cuándo habían menstruado, de esta manera observamos que podían contestarlas por sí mismas (Anexo 1).

En este cuestionario se incluyeron preguntas que acercaban a las adolescentes a recordar la fecha de la menarca. Se usaron las siguientes oraciones para interrogarlas:

- Me bajó cuando cursaba el _____ grado de _____
- Cuando me bajó tenía _____ años de edad
- Era el año de 20____, aproximadamente el mes de _____

6.2.2. Escala de Depresión para Niños

El nombre original del instrumento es: Children's Depression Scale (CDS). Es una escala elaborada en Australia por Moshe Lang y Miriam Tisher en la década de los 70's, en su momento fue la primera escala de depresión construida para niños y adolescentes. Su aplicación se puede realizar de forma individual o colectiva, en un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos. Para la versión española fue utilizado el método de Kieder-Richarson para obtener la confiabilidad, la cual fue consistente y considerada adecuada para las dos subescalas depresiva y positiva ($r_{xx} = 0.91$ y 0.69) (Lang & Tisher, 1997). Mientras que en la estandarización hecha en México el alfa de Cronbach mostrado para el total de la escala fue de 0.85 (Calleja, 2011).

El CDS fue elegido ya que los autores refieren que la sintomatología depresiva en niños es diferente a la que se presenta en adultos, pues los síntomas suelen presentarse de forma enmascarada (Lang & Tisher, 1997; Tisher, Lang-Takac, & Lang, 1992). Originalmente la prueba fue elaborada y publicada por sus autores en 1978; posteriormente se llevó a cabo una adaptación española en 1983, en donde se hicieron modificaciones para facilitar la administración e interpretación de la misma (Lang & Tisher, 1997). Fue construida con fundamento en la sintomatología depresiva infantil referida por psiquiatras y psicólogos clínicos, y no con base a los manuales diagnósticos ni a las escalas para adultos. Así mismo, los autores tomaron en cuenta las recomendaciones de Kovacs y Beck para la identificación de depresión infantil, en donde manifiestan la necesidad de considerar a la familia y a la escuela, elaborando los respectivos instrumentos.

El CDS es una escala likert de 5 puntos con opciones de (1) “Muy en desacuerdo” hasta (5) “Muy de acuerdo”. Está formada por 66 reactivos organizados en ocho factores, como se muestra a continuación (Anexo 2).

Seis de estos factores miden el afecto depresivo (total depresivo):

RA. Respuesta Afectiva: (8 reactivos: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58; rango de calificación 8-40) alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .84).

PS. Problemas sociales: (8 reactivos: 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59; rango de calificación 8-40) se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .84).

AE. Autoestima: (8 reactivos: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60; rango de calificación 8-40) corresponde a los sentimientos, conceptos y actitudes del niño

en relación con su propia estima y valor (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .86).

PM. Preocupación por la Muerte / Salud: (7 reactivos: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53; rango de calificación: 7-35) alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .78).

SC. Sentimientos de Culpabilidad: (8 reactivos: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61; rango de calificación 8-40) se refiere a la auto punición del niño y el auto castigo (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .77).

DV. Depresivo Varios: (9 reactivos: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 62, 66; rango de calificación 9-45) incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .72).

Dos subescalas que miden los sentimientos y experiencias positivas (total positivo):

AA. Ánimo-Alegría: (8 elementos, puntuados en el polo opuesto: 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57; rango de calificación 8-40), alude a los sentimientos directos del niño en lo concerniente a la ausencia de alegría diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para expresarlas (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .74).

PV. Positivos Varios: (10 elementos, puntuados en el polo opuesto: 8, 16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65; rango de calificación 10-50) incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Los elementos están enfocados a investigar que cree el niño acerca de cómo los demás piensan de él (Alfa de Cronbach en el presente estudio = .64).

Altos puntajes en todas las escalas indican un índice de sintomatología depresiva elevado. Siguiendo las instrucciones para calificar el instrumento, las dos subescalas de sentimientos y experiencias positivas se califican inversamente.

6.2.3. Escala Situacional de Afrontamiento para Niños

Es un instrumento elaborado en 2008 en la Universidad de Málaga, España por el Dr. Francisco Morales-Rodríguez. Es una escala sencilla que proporciona de forma cuantitativa y cualitativa la manera en que los niños y adolescentes (9 a 12 años) afrontan situaciones de la vida cotidiana, en relación con aspectos familiares, académicos, sociales y de salud (Anexo 3). Puede aplicarse en un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos.

Los autores indican que para los niños es una escala de fácil comprensión. El niño debe reportar con qué frecuencia reacciona ante una situación problema según sus experiencias, tomando en cuenta los últimos doce meses. Es una escala de 3 opciones: nunca, algunas veces, muchas veces. La escala en su versión original está constituida por 35 reactivos, los cuales están divididos en cuatro contextos de la vida cotidiana: 1) familiar (problemas con los padres); 2) de salud (reacciones ante la enfermedad); 3) escolar (problemas con el rendimiento académico); y 4) social (dificultades con sus pares). Para cada situación problema, se muestran existen diversas formas de afrontamiento divididas en: centradas en el problema, constituidas por cuatro tipos de estrategias

de afrontamiento (se eliminó emoción), y no-productivas, con cinco tipos de estrategias de afrontamiento, las cuales fueron definidas de la siguiente manera:

a) Centrado en el Problema (Alpha de Cronbach de .85)

- I. **Solución activa:** son estrategias que tienen por objeto buscar y contribuir con adecuadas soluciones a los problemas que enfrenta, de tal forma, que reduce el estrés y puede concentrarse en dar una mejor salida a la dificultad que vive, mediante el uso de diversas maniobras que modifican la situación estresante. Alpha de Cronbach de .75.
- II. **Comunicar el problema a otros:** es la forma en que el individuo busca apoyo emocional entre las personas que lo rodean, le facilita resolver las situaciones que le causan conflicto. Este tipo de afrontamiento protege a los niños y jóvenes de los efectos negativos del estrés. Alpha de Cronbach de .62.
- III. **Búsqueda de Información y Guía:** son aquellas formas en las que se recaba y recuerda información, consejos, lecciones, recomendaciones que les permiten mejorar las formas de enfrentar una situación difícil. Es necesaria para que los niños y los adolescentes conozcan y aprendan más sobre la situación que viven. Alpha de Cronbach .66.
- IV. **Emoción:** referente a la capacidad de niños y adolescente para expresar los sentimientos y emociones sin inconvenientes. De esta subescala no fue obtenida el Alpha de Cronbach debido a que con el primer análisis factorial aplicado, fueron eliminados todos los reactivos.

- V. **Actitud positiva:** es la forma de revalorar la situación vivida, el chico tiende a pensar que no va a ocurrir nada y que por sí mismas las cosas serán mejor, sin que él enfrente el problema. Son pensamientos y actitudes de esperanza. Es una estrategia importante ya que se asocia a un desarrollo afectivo saludable. Alpha de Cronbach de .72.

b) Afrontamiento No-productivo (Alpha de Cronbach de .85)

- VI. **Indiferencia:** es una situación de inactividad ante un problema. Refieren a esta estrategia como inerte, presente en niños y adolescentes pasivos y con temperamento inhibido, con tendencia a la depresión. Alpha de Cronbach de .52.
- VII. **Conductas Agresivas:** incluyen conductas provocadoras, rebeldes u ofensivas, física o verbalmente dirigidas hacia los demás. Es una de las estrategias más inadecuadas. Los autores indican que se asocia a problemas sociales, síntomas de desajuste escolar, clínico y con la triada estrés-ansiedad-depresión. Alpha de Cronbach de .70.
- VIII. **Reservarse el problema para sí mismo:** es la tendencia de esconder, guardar o cubrir el problema, de tal forma que los que le rodean difícilmente se dan cuenta de la situación estresante que vive. Es una estrategia asociada a una infancia con poco bienestar emocional y con problemas de adaptación. Así mismo, se relaciona con la triada ansiedad-depresión-estrés. Alpha de Cronbach de .69.
- IX. **Evitación Cognitiva:** es la forma de escapar, de negar u omitir la situación problema, tratando de pensar en cosas. Esta estrategia

presentó baja validez (Alpha de Cronbach de .59), según los autores parece ser que en otros estudios tampoco ha salido favorecida.

- X. **Evitación Conductual:** en este caso, también se desea escapar o negar el problema, para lo cual el individuo realiza acciones o conductas para deslindarse de la situación, como irse a otro sitio o realizar otra actividad. Según los autores esta estrategia es señal de conducta disfuncional y poca capacidad de adaptación emocional (Alpha de Cronbach de .41).

Debido a que el ESAN fue diseñado en España, por lo tanto se requirió realizar la adaptación cultural y validación para la población mexicana (Anexo 3). Después de lo cual, la escala quedó constituida por 31 reactivos; con cuatro estrategias de afrontamiento centradas en el problema y cuatro estrategias no-productivas.

6.3. Procedimiento

Para alcanzar los objetivos de la investigación, en primera instancia el proyecto fue aprobado por el comité de investigación del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Posteriormente para la recolección de datos se requirió de las siguientes fases:

- i. Proceso de invitación y convenios, y presentación del proyecto a maestros y/o padres, elaboración del cronograma de las aplicaciones: meses de septiembre del 2012 a enero 2013.

- ii. Aplicación, dependiendo de la edad de las niñas y jóvenes, se llevaban de 40 a 80 minutos.

La capacitación de los encuestadores fue de suma importancia, ya que esto agilizó la aplicación y permitió tener confianza en los datos que se recabados. El tiempo de aplicación se calculó en 2 sesiones de entre 30 y 40 minutos, lo que correspondía a una clase a nivel secundaria.

En primera instancia, las alumnas fueron invitadas a participar y les era entregado el formato de “consentimiento informado”. Las instrucciones eran explicadas al inicio de cada sesión, se les recordaba sobre su participación voluntaria, y que podían retirarse cuando desearan, pero se les exhortaba a colaborar. Así mismo, se les aseguró que los datos que iban a proporcionar sólo serían utilizados en el proyecto de investigación. Ninguno de los resultados sería entregado de forma personal a padres o directivos. Se les pidió a las psicólogas que no miraran las respuestas de los estudiantes, sólo cuándo alguna de las jóvenes les pidiera ayuda para resolver alguna duda. Sin embargo, cuando los cuestionarios fueron en físico, los encuestadores debían tener mucho más cuidado, ya que tenían que revisar que estuvieran correctamente llenados. Debido a que la mayoría de las adolescentes pudieron contestar las encuestas en línea, la forma en que fueron distribuidas en el salón de cómputo permitió que no pudieran observar las respuestas de sus compañeras. Para que las jóvenes se sintieran más en confianza.

Para esta fase del proyecto se esperó que iniciara el ciclo escolar 2012-2013 en el mes de agosto. De esta forma, desde el mes de mayo de 2012 se

comenzó a visitar a las escuelas para presentar el proyecto. Se entregaron los oficios con los instrumentos y el consentimiento informado. Posteriormente, fue presentado el proyecto a los profesores. Además, en las primarias, nos fue solicitado presentar el proyecto a los padres, lo cual facilitó la entrega de los consentimientos.

6.3.1. Análisis de datos

Para realizar el análisis de datos se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0.

Debido a que no se contaba con la media de la edad de la menarca actualizada, se tomó la decisión de emplear la distribución de la muestra para dividir al grupo de participantes en: “Menarcas Tempranas” y “Menarcas Regulares.” Se empleó la edad de la menarca reportada por las participantes, y a partir de la mediana y la moda obtenidas, se separaron a las jóvenes. Las adolescentes que formaron el grupo menarcas tempranas fueron las que presentaron el primer sangrado menstrual a los ocho (1.31%), a los nueve (5%) y a los diez (18.42%) años de edad. Mientras que las menarcas regulares presentaron la primera menstruación a los 11 (38.9%) y a los 12 años de edad (36.3%). De esta forma quedaron constituidos los dos grupos: 94 menarcas tempranas y 286 menarcas regulares

El análisis estadístico que fue empleado para todas las comparaciones entre las medias de los diferentes grupos, fue el análisis de varianza múltiple (MANOVA). Debido a que permite incluir diversas variables dependientes (VD),

por lo que fue especialmente útil en el presente proyecto, ya que los instrumentos están formados por varias subescalas.

En la primera parte del análisis se realizó la comparación entre las medias de los puntajes obtenidos con instrumentos, entre el grupo de “Menarcas Tempranas” y el de “Menarcas Regulares”, como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 2. Comparaciones realizadas entre los de las participantes de los dos grupos de menarcas

Comparación de los grupos	
Menarcas Tempranas N=94	Menarcas Regulares N=286
INTRUMENTOS UTILIZADOS (VD)	
CDS: Afecto depresivo	
<ul style="list-style-type: none"> *Respuesta afectiva *Problemas sociales *Autoestima *Preocupación por la muerte y la enfermedad *Sentimientos de culpa *Depresivos varios 	
CDS: Sentimientos y experiencias positivas	
<ul style="list-style-type: none"> *Ánimo/Alegría *Positivos varios 	
ESAN: Estilo de Afrontamiento Centrado en el problema	
Estrategias	Situaciones de la vida cotidiana
<ul style="list-style-type: none"> • Solución activa • Comunicar el problema a otros • Búsqueda de información y guía • Reevaluación positiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Salud • Escuela • Con sus pares
ESAN: Estilo de Afrontamiento No-productivos	
Estrategias	Situaciones de la vida cotidiana
<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia • Conducta agresiva • Ocultar los problemas • Evitación cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Salud • Escuela • Con sus pares

En la segunda parte del análisis, se realizaron las comparaciones entre las medias obtenidas con los puntajes de los instrumentos, para conocer el efecto del tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca. Para lo cual, se utilizó el método de la mediana para dividir en subgrupos, tanto al grupo de “Menarcas Tempranas” como al grupo de “Menarcas Regulares. Con dicho método se obtiene la mediana estadística. De esta manera, al obtener la mediana de cada grupo, se formó un primer subgrupo que está constituido por aquellas participantes que se localizan por debajo de la mediana, mientras que el segundo subgrupo está formado por las jóvenes que se ubican por arriba de la mediana. Sin embargo, el porcentaje obtenido depende de la manera en que se distribuyen los datos ingresados de cada grupo. En la presente investigación la mediana resultó diferente para el grupo de “Menarcas Tempranas” y el de “Menarcas Regulares”, por tanto la distribución quedó como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de las participantes para el análisis del tiempo transcurrido desde la menarca

Grupos	Comparación entre los subgrupos	
	<i>Menos tiempo desde la menarca</i> (Debajo de la mediana)	<i>Más tiempo desde la menarca</i> (Arriba de la mediana)
Menarca Temprana Mediana = 4 años	1 a 3 años desde la menarca N= 42	4 a 6 años desde la menarca N=52
Menarca Regular Mediana = 2 años	1 año desde la menarca N=106	2 a 5 años desde la menarca N=180

Utilizando dicha distribución de los subgrupos, se aplicaron las MANOVA's para contrastar los puntajes de los subgrupos “menos tiempo desde la menarca” y

“más tiempo desde la menarca”, tanto del grupo del “Menarca Temprana” como del grupo “Menarca Regular”, como se indica en la tabla 4.

Tabla 4. Comparaciones realizadas entre los de las participantes para el análisis del tiempo transcurrido desde la menarca

Grupo	Comparación entre los subgrupos	
	<i>Menos tiempo desde la menarca</i> (Debajo de la mediana)	<i>Más tiempo desde la menarca</i> (Arriba de la mediana)
Menarca Temprana Mediana = 4 años	INTRUMENTOS UTILIZADOS (VD) CDS: afecto depresivo	
Menarca Regular Mediana = 2 años	Sentimientos y experiencias positivas ESAN: Estrategias centradas en el problema Estrategias No-productivas	

7. RESULTADOS

7.1. Sintomatología Depresiva

Afecto Depresivo: “Menarcas Tempranas” y “Menarcas Regulares”

Al aplicar la MANOVA para comparar las seis subescalas de afecto depresivo del CDS entre el grupo de “Menarcas Tempranas” y “Menarcas Regulares” se obtuvieron diferencias significativas para los puntajes del CDS del afecto depresivo [$F(6, 373) = 2.14, p < .05$]. Cuando fue revisado el efecto del análisis inter-sujetos, se encontró que los puntajes de las menarcas tempranas fueron más altos al conseguido por sus pares menarcas regulares en las subescalas “Respuesta Afectiva” [$F(1, 378) = 7.05, p < .008$], “Problemas Sociales” [$F(1, 378) = 6.83, p < .009$], “Autoestima” [$F(1, 378) = 6.47, p < .01$], “Sentimientos de Culpa” [$F(1, 378) = 7.37, p < .007$], y “Depresivos Varios” [$F(1, 378) = 11.15, p < .001$], pero no en la subescala “Preocupación por la Muerte y la Enfermedad” [$F(1, 378) = 3.28, p < .011$] (Tabla 5).

Tabla 5. Sintomatología Depresiva: Afecto Depresivo en las Menarcas Tempranas y Menarcas Regulares.

	Menarcas Tempranas		Menarcas Regulares	
	N=94		N=286	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Afecto depresivo				
Respuesta afectiva	25.03	6.64	22.68	7.69**
Problemas sociales	26.28	7.00	23.99	7.46**
Autoestima	24.34	6.66	22.16	7.87*
Preocupación por la muerte y la enfermedad	22.21	5.59	20.89	6.33
Sentimientos de culpa	26.11	6.35	23.98	6.66**
Depresivos varios	33.18	5.05	30.69	6.63**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Sentimientos y Experiencias Positivas: “Menarcas Tempranas” y “Menarcas Regulares”

Por otra parte, cuando se compararon las subescalas de sentimientos y experiencias positivas del CDS entre las menarcas tempranas y regulares, los resultados del análisis de la MANOVA no fueron significativos [$F(2, 377) = 1.13, p < .32$] (Tabla 6).

Tabla 6. Sintomatología Depresiva: Sentimientos y experiencias positivas en las Menarcas Tempranas y Menarcas Regulares.

	Menarcas tempranas		Menarcas regulares	
	N=94		N=286	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sentimientos y experiencias positivas				
Ánimo/Alegría	17.27	5.22	16.51	5.11
Positivos varios	23.91	5.88	23.80	5.94

* $p < .05$; ** $p < .01$

Subgrupos más y menos tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca: Afecto Depresivo, Sentimientos y Experiencias Positivas grupo “Menarca Temprana”

Cuando el grupo de “Menarcas Tempranas” fue subdividido de acuerdo al tiempo transcurrido después de la aparición de la menarca, se compararon los subgrupos “menos tiempo desde la menarca y “más tiempo desde la menarca”. No se obtuvieron diferencias significativas en el CDS en las subescalas de afecto

depresivo [$F(6, 87) = .71, p < .63$], ni tampoco en las subescalas de sentimientos y experiencias positivas [$F(2, 91) = .81, p < .44$].

Subgrupos más y menos tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca: Afecto Depresivo, Sentimientos y Experiencias Positivas grupo “Menarca Regular”

De igual forma, no hubo diferencias significativas cuando se analizaron los puntajes del CDS de los subgrupos de las “Menarcas Regulares” tanto de afecto depresivo [$F(6, 283) = 1.81, p < .16$], como de los sentimientos y experiencias positivas [$F(2, 283) = .1.18, p < .16$].

7.2. Estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento no-productivas: “Menarcas Tempranas” y “Menarcas Regulares”

El análisis estadístico para las estrategias de afrontamiento sólo fue significativo para las estrategias de afrontamiento no-productivas entre el grupo de “Menarcas Tempranas” y “Menarcas Regulares” [$F(4,375) = 15.61, p < .0001$], siendo las menarcas tempranas las que mostraron el uso de menos estrategias no-productivas que las menarcas regulares. La prueba inter-sujetos indica que los puntajes de las menarcas tempranas son más bajos que las menarcas regulares en los cuatro contextos de la vida cotidiana: familia [$F(1,378) = 37.24, p < .001$], salud [$F(1,378) = 17.99, p < .001$], académico [$F(1,378) = 36.72, p < .001$], y con sus pares [$F(1,378) = 6.37, p < .01$] (Tabla 7).

Tabla 7. Estrategias No-productivas en Menarcas Tempranas y Menarcas Regulares.

	Menarcas Tempranas		Menarcas Regulares	
	N=94		N=286	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Contexto				
Familia	1.71	0.42	2.03	.44***
Salud	1.75	0.51	2.04	.59***
Escuela	1.64	0.41	2.03	.57***
Con sus pares	1.94	0.51	2.09	.49**

** $p < .01$; *** $p < .001$.

Subgrupos más y menos tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca: Estrategias de Afrontamiento No-productivas grupo “Menarca Temprana”

A continuación se realizó el análisis de varianza múltiple de medias para el grupo “Menarcas Tempranas” tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca. Sólo se obtuvieron diferencias significativas en las estrategias no-productivas del subgrupo “menos tiempo desde la aparición de la menarca” [$F(4,89) = 3.65, p < .01$], dicho grupo usó más estrategias no-productivas que el subgrupo “más tiempo desde la menarca.” La prueba inter-sujetos indica que las diferencias ocurren en tres de los cuatro contextos de la vida cotidiana evaluados: familia [$F(1,92) = 4.07, p < .04$], académicos [$F(1,92) = 4.18, p < .04$] y con sus pares [$F(1,92) = 4.85, p < .03$] (Tabla 8).

Tabla 8. Estrategias de Afrontamiento No-Productivas en las Menarcas Tempranas de Acuerdo al Tiempo Transcurrido Desde la Menarca

	Menos tiempo desde la menarca		Más tiempo desde la menarca	
	N=42		N=52	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Contexto				
Familia	1.81	0.45	1.63	0.38*
Salud	1.82	0.49	1.69	0.51
Escuela	1.74	0.42	1.57	0.38*
Con sus pares	2.07	0.50	1.84	0.50*

*p < .05

Subgrupos más y menos tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca: Estrategias de Afrontamiento No-productivas grupo “Menarca Regular”

En contraste, la MANOVA aplicada al grupo “Menarcas Regulares” para comparar los subgrupos “menos tiempo desde la menarca” y “más tiempo desde la menarca”, no se obtuvieron diferencias significativas [$F(4,281) = .22, p < .92$].

8. DISCUSIÓN

La presente investigación ha tenido como objetivo principal conocer las diferencias entre las adolescentes que presentaron la “Menarca Temprana” y la “Menarca Regular”. Con la revisión realizada se puede constatar que la pubertad está acompañada de cambios físicos, psicológicos y sociales, que deben permitir a la joven alcanzar la madurez de la etapa adulta para asegurar el éxito reproductivo y la crianza de los hijos. Sin embargo, un evento básicamente biológico dentro de un contexto social, se ve reconstruido con un matiz aún más complejo.

La transición que experimentan las jóvenes en desarrollo es complicada, más aún, cuando la aparición de la pubertad ocurre a una edad más temprana, dicha etapa se hace más difícil debido a los roles sociales y sexuales que les son exigidos. Las jóvenes menarcas tempranas viven la transformación de forma aislada y alejadas de sus iguales. En la literatura revisada para la presente investigación, se describe que estas niñas se encuentran en desventaja debido a que aún no han alcanzado las habilidades emocionales, cognitivas y sociales, para responder a su nueva constitución biológica y a las exigencias del contexto que les rodea. Además, se reflexiona sobre si dicha condición puede perdurar hasta la edad adulta. Sin embargo, en la presente investigación los datos obtenidos nos han proporcionado información alentadora y nos aporta un camino prometedor para indagar las problemáticas que viven las jóvenes con menarca temprana.

Sintomatología Depresiva

El primer objetivo de la presente investigación fue comprobar si las adolescentes menarcas tempranas exhiben sintomatología depresiva. No fue sorprendente encontrar que los puntajes obtenidos en el afecto depresivo de las adolescentes menarca temprana fuera significativamente mayor en el CDS que las menarcas regulares, en cinco de las seis subescalas que evalúan el afecto depresivo, lo cual es consistente con otras investigaciones recientes (Black & Klein, 2012; Deng, et al., 2011; Joinson, Heron, & Lewis, 2011). Las subescalas de afecto depresivo que obtuvieron diferencias significativas fueron: reacciones afectivas (Ej. Muchas veces me siento triste); autoestima (Ej. A menudo creo que valgo poco); problemas sociales (Ej. Muchas veces me siento solo); sentimientos de culpa (Ej. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado); y la subescala depresivos varios (constituida por reactivos que no pudieron ser clasificados en una sola subescala; Ej. Creo que se sufre mucho en la vida); con lo cual se confirma la presencia de afecto depresivo. Y la subescala de preocupación por la muerte y la enfermedad, que evalúa los pensamientos y las sensaciones de baja energía y preocupación por su cuerpo (Ej. Muchas veces me siento muerto por dentro), no obtuvo diferencias significativas. Algunas de las razones por las cuales dicha subescala no haya resultado significativa, se relacionan a que en general, durante la adolescencia la posibilidad de que las jóvenes mueran o se enfermen de gravedad es baja. Más bien, ellas están preocupadas por su aspecto físico, como lo son su peso, su belleza, cómo los demás las miran y que tanto las aceptan. Les interesa vestir, lucir y comportarse como la mayoría de su edad, es decir, estar a “la moda”, en cambio, ser diferente al resto es algo que las

preocupa. Las cinco subescalas que sí mostraron diferencias significativas, están más en relación a sus estado afectivo, es decir, relacionadas con los sentimientos de minusvalía y de desprecio, de fracaso e imperfección, preocupación por sus cambios emocionales y sus pensamientos de infelicidad.

Los resultados obtenidos sustentan lo descrito por Mendle, Turkheimer y Emery (2007), los cuales confirman que la sintomatología depresiva puede deberse a que las jóvenes tienen preocupación por los cambios físicos asociados al momento en que aparece la pubertad. Así mismo, el afecto depresivo encontrado en el presente proyecto sustentan la Hipótesis de la Madurez Desfasada, en donde se explica que la aparición de la pubertad de forma adelantada provoca que las jóvenes se sientan diferentes a sus pares, afectando la manera en que se perciben a sí mismas, es decir, muestran una insatisfacción con su cuerpo. Además, este contraste en su fisonomía tiene un impacto en cómo se relaciona con los demás y cómo dan solución a los problemas (Petersen & Crockett, 1985). Del mismo modo, en la Hipótesis de la Maduración Desigual, en la cual se considera la repercusión de la aparición de madurez adelantada en las niñas, explica que existe una brecha entre el desarrollo físico y su desarrollo psicosocial, es decir, sus habilidades emocionales, sociales y cognitivas, aún no han alcanzado su total crecimiento, lo que favorece la aparición de psicopatologías, como la depresión (Ge & Natsuaki, 2009). Hasta este punto, la primera hipótesis se ha confirmado, pues sí se observó un mayor nivel de afecto depresivo en las menarcas tempranas que en las regulares.

Sin embargo, una de las ventajas que nos proporcionó el CDS en relación a otras escalas de depresión en niños y adolescentes, es que cuenta con dos subescalas que miden las experiencias y sentimientos positivos, estas son: “Ánimo-Alegría” y “Positivos Varios”. Aunque sí hubo diferencias significativas en los puntajes de afecto depresivo entre las menarcas tempranas y las regulares, en relación a los sentimientos y experiencias positivas ambos grupos de participantes mostraron puntajes similares. Por lo tanto, las menarcas tempranas son tan capaces de experimentar placer y felicidad (Ej. “En mi familia todos nos divertimos”), mantener la confianza y el disfrute de la vida cotidiana (Ej. “Disfruto mucho las cosas que hago”) como sus pares menarcas regulares. En los adolescentes los afectos positivos sirven para iniciar y mantener las relaciones románticas, con amigos y padres (Forbes & Dahl, 2005), es considerado un factor protector para la depresión (Lindahal & Archer, 2013). El aumento de la felicidad puede ayudar a disminuir el dolor de los acontecimientos vitales negativos y fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas que conducen a la solución creativa y asertiva de problemas, además impulsa a la adolescente a buscar actividades que la hacen sentirse contenta y disfrutar su juventud (Layous, Chancellor, & Lyubomirsky, 2014).

Hasta este momento, nuestra hipótesis se confirma parcialmente, debido a que sólo se identificó la presencia de afecto depresivo en las menarcas tempranas, y no en los sentimientos y experiencias positivas. Debido a que la depresión es un constructo complejo formado del engarce entre el afecto depresivo y el positivo, la sola presencia de emociones negativas no nos indica

que las jóvenes menarcas tempranas presenten un trastorno del estado de ánimo relacionado con la depresión, sino que reflejan una de las dimensiones del constructo de la depresión. Como ocurre en la mayoría de las publicaciones al usar un instrumento en donde sólo se estudia el afecto depresivo, nos está proporcionando de forma parcial las reacciones de las jóvenes. El CDS nos dio la oportunidad de descubrir que las jóvenes están experimentando sentimientos de bienestar, de esperanza, de satisfacción, de alegría, manifiestan pensamientos optimistas y no han perdido la capacidad de disfrutar la vida, los cuales, ayudan a los adolescentes a soslayar situaciones difíciles (Frydenberg, 2008; Lazarus, 2003).

Otro de los objetivos del presente proyecto fue el indagar si existía alguna relación entre el tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca y la sintomatología depresiva. Para lo cual, el grupo de las menarcas tempranas fue dividido en dos subgrupos: las jóvenes que tenían “menos tiempo desde la aparición de la menarca” y aquellas que tenían “más tiempo desde la aparición de la menarca”. Los resultados mostraron que el afecto depresivo se mantiene incrementado en las menarcas tempranas y que se registra de cuatro a seis años después de la aparición de la menarca, lo cual es consistente con otros estudios (Joinson, Heron, & Lewis, 2011). Sin embargo, aún queda por indagar si dichos síntomas y otras psicopatologías reportadas en la literatura científica sobre las menarcas tempranas persisten hasta la edad adulta, ya que al parecer no todas las investigaciones concuerdan (Lien, Haavet, & Dalgard, 2010). De la misma forma, el grupo de menarcas regulares no mostró diferencias significativas, es

decir, los puntajes de afecto depresivo del CDS que obtuvieron las adolescentes, se mantuvieron al mismo nivel después de haber transcurrido de tres a cinco años desde la aparición de la menarca. Los resultados de los sentimientos y experiencias positivas, tampoco mostraron diferencias significativas, esto nos indica que sus capacidad de experimentar placer y bienestar se mantiene con los el paso del tiempo después de la aparición de la menarca.

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son indispensables como parte de los mecanismos adaptativos de un individuo, mientras sus reacciones sean más adecuadas ante un evento estresante la persona saldrá mejor librada del problema. Por lo que, otro de los objetivos de la presente investigación fue indagar cómo eran las estrategias de afrontamiento de las “Menarcas Tempranas” en comparación con las “Menarcas Regulares”, así como también, conocer si había algún efecto del tiempo transcurrido después de que aparece la menarca. El instrumento empleado nos permitió estudiar dos estilos de estrategias de afrontamiento: las centradas en el problema y las no-productivas, ante cuatro situaciones de la vida cotidiana: las familiares, de salud, las escolares y con sus iguales.

Los hallazgos mostraron que las menarcas tempranas utilizaron menos estrategias de afrontamiento no-productivas, es decir, se muestran menos rebeldes y belicosas, con un nivel de impulsividad y agresividad más bajo, además, las jóvenes procuran no ocultar sus problemas, no dejan a un lado sus

compromisos y sus preocupaciones, y no se tornan pasivas e indiferentes ante una situación conflictiva, en comparación con las menarcas regulares. Se han percatado que no han sido estrategias útiles para solucionar problemas con su familia, sus amigos, en su escuela y con su salud.

Una posible explicación es que las menarcas tempranas, han estado sometidas a experiencias inusuales antes que sus compañeras menarcas regulares, lo cual, las ha colocado ante una mayor cantidad de retos y situaciones de riesgo con las que han tenido que lidiar durante todos estos años. Las adolescentes menarcas tempranas, han estado cometiendo errores y también han acertado, han tenido que resolver problemas y se han visto obligadas a adaptarse. En suma, han estado aprendiendo a actuar ante una situación que no es propia de su edad y han dejado de utilizar estrategias que no la conducen a nada. Mientras tanto, las menarcas regulares comienzan a sortear estos problemas a una edad mayor.

De acuerdo a Frydenberg (2008), cuando un adolescente se enfrenta a una situación de estrés, evalúan la situación, sus consecuencias y los recursos con los que dispone. Después de lo cual toman una decisión para dar soluciones, estiman el resultado y vuelven a considerar su respuesta, tomando experiencia de lo que ha ocurrido. Esta forma de resolver situaciones de vida se convierte en un mecanismo circular, de retroalimentación en forma de bucle, lo que permite que la joven valore la efectividad de sus decisiones, del mismo modo, que aprecie en sí misma su capacidad para resolver las circunstancias difíciles y reconozca sus

propios logros, fortaleciendo su forma de actuar (Frydenberg, 2008; Frydenberg & Lewis, 2009).

Otros hallazgos interesantes y que constituyen una aportación, son los resultados obtenidos cuando los grupos de “Menarcas Tempranas” y de “Menarcas Regulares” fueron subdivididos de acuerdo al tiempo transcurrido desde la aparición de la menarca. Por lo tanto, el objetivo de esta sección del proyecto, fue conocer si existían diferencias entre las adolescentes menarcas tempranas que habían menstruado hace 1 a 3 años (menos tiempo desde la menarca) con aquellas que tenían de 4 a 6 años de haber presentado su primera menstruación (más tiempo desde la menarca) en relación a las estrategias de afrontamiento no-productivas. Este hallazgo fue el más revelador, las menarcas tempranas que pertenecen al grupo “menos tiempo desde la menarca” reportaron usar más estrategias de afrontamiento no-productivas en tres de las situaciones problema estudiadas: la familia, la escuela y con sus pares, en comparación con las jóvenes del subgrupo “más tiempo desde la menarca.” Mientras que en el grupo menarca regular los datos no mostraron diferencias significativas cuando fueron comparados los subgrupos “menos tiempo desde la menarca” y “más tiempo desde la menarca.”

Los resultados obtenidos pueden tener varias explicaciones. Si tomamos en cuenta que la aparición de la menarca es de por sí un evento significativo en la vida de una adolescente, cuando ésta se presenta de forma adelantada se convierte en un acontecimiento aún con mayor trascendencia. La Hipótesis de la Maduración Desigual propuesta por Ge y Natsuaki (2009), describe que existe una

brecha entre la maduración física y psicosocial en las adolescentes que presentan la menarca temprana, por lo que corren más riesgos de desarrollar psicopatologías, entre ellas depresión. Los autores indican que la niña debe experimentar en la infancia media y tardía ciertos eventos cronológicamente ordenados y propios de la edad, estas situaciones que debe encarar la someten a esfuerzos con lo que ella puede lidiar. Son periodos críticos de aprendizaje que deben presentarse y completarse para que la transición de esta etapa sea de forma adaptativa. Por tanto, cuando la pubertad se adelanta, los autores explican que la niña no cuenta con el tiempo necesario para experimentar las responsabilidades y los quehaceres propios de su edad, principalmente los primeros años después de la menarca. Pero también, dichos autores refieren en su hipótesis que para que haya un desarrollo óptimo de la neurocognición, se requiere estar expuesto a diversas experiencias propias de la edad para que la corteza prefrontal permita que se perfeccionen las conductas de autocontrol. Sin embargo, ellos no han probado su hipótesis para dilucidar si podría existir un impacto de las experiencias que viven las niñas anticipadamente en su desarrollo neurocognitivo.

Los resultados alentadores de la presente investigación están aportando datos que abren puertas a dicha perspectiva, ya que se sabe que al iniciar el desarrollo puberal, las hormonas no sólo actúan en las estructuras encargadas de los procesos reproductivos, sino también constituyen un medio de activación y organización del sistema nervioso. Recientemente se ha demostrado que el crecimiento y desarrollo de la sustancia blanca y gris, se ven influenciadas por el

efecto de las hormonas. Por ejemplo, la LH se ha relacionado al incremento de la sustancia blanca y la testosterona afecta el diámetro de los axones. Además durante la pubertad la sustancia blanca se desarrolla diferente, en los hombres muestran un crecimiento rápido, mientras que en las mujeres muestran una maduración más temprana (Jetha & Segalowitz, 2012). Lo que conlleva al inicio del desarrollo circuitos que permiten a la corteza cerebral y a las vías límbico-corticales encargadas del control de las conductas motivadas, de la inhibición de impulsos y la toma de decisiones, que maduran anticipadamente (Forbes & Dahl, 2005). Más aún, las condiciones que las niñas comienzan a experimentar en su contexto las ponen a prueba y se promueve el aprendizaje. Conforme pasan los años y llega la adolescencia, ellas se han visto obligadas a resolver muy diversas situaciones. A estas alturas, han aprendido que las estrategias no-productivas como el enojarse, pelearse, el olvidar los problemas, guardarse para sí misma las dificultades y conflictos que tienen, no han sido útiles y dejan de usar esas estrategias de afrontamiento no-productivas. Empero, como lo confirma la presente tesis, a las niñas menarcas tempranas les ha llevado por lo menos cuatro años para adquirir dichos aprendizajes.

Además, la presente investigación comprueba que el nivel de afecto depresivo que muestran las menarcas tempranas, es suficiente para permitirles mantener un estado reflexivo y de introspección, mientras que su capacidad de sentir y experimentar situaciones afectivas favorables las mantiene con una actitud de esperanza y optimismo, que las ayuda a resolver las situaciones complicadas

que pueden estar viviendo de forma adelantada. Siendo éste un importante factor protector, necesario en esta etapa de vida.

Otra explicación se refiere al tiempo que ha transcurrido desde la aparición de la menarca por sí misma. Recordemos que el rango de edad de la muestra fue de 11 a 15 años y el promedio de edad de los grupos menarca temprana y menarca regular fue prácticamente igual (13.41 y 13.44 años de edad respectivamente). Significa que para el momento en que se aplicó la encuesta, las adolescentes menarcas tempranas y menarcas regulares ya estaban físicamente más similares. Principalmente el subgrupo de menarcas tempranas “más tiempo desde de menarca”, no se veían diferentes en su desarrollo físico y posiblemente también en el psicosocial, es decir, ya se habían equiparado con el grupo de menarcas regulares.

Así mismo, al retomar el análisis de las menarcas tempranas del subgrupo “más tiempo desde la menarca”, el cual estuvo compuesto por adolescentes quienes experimentaron la menarca hacía 4 a 6 años, mientras que el mismo subgrupo de menarcas regulares tenía de 2 a 5 años desde aparición de la menarca. Se consideró la posibilidad que las jóvenes menarcas regulares todavía no han tenido suficiente tiempo para adquirir las habilidades y estrategias de afrontamiento, y reconocer cuáles son efectivas para enfrentar los cambios y cuáles no. Por lo tanto, para el momento en que se realizó el estudio, la desincronización física y psicosocial de las menarcas tempranas se había acortado de forma sustancial, pero las menarcas tempranas han quedado con la

ventaja de las experiencias y aprendizajes que aún no han alcanzado las menarcas regulares.

Aportaciones, alcances y limitaciones

Finalmente, algunas consideraciones deben ser tomadas en cuenta en relación a la interpretación de los resultados. Una primera limitación se relaciona con el hecho de que no se tomaron en cuenta algunos factores que pudieran haber contribuido a la interpretación de los datos, como lo son los estresores medioambientales presentes antes y después de la aparición de la primera menstruación de las participantes. Tampoco fue obtenida información sobre la estructura familiar, entorno cultural, nivel socioeconómico, sin embargo, se intentó controlar estos factores eligiendo sólo a jóvenes de zonas urbanas populares. No tenemos información sobre otros elementos como el ambiente escolar, la exposición a los medios de comunicación, la interacción en las redes sociales virtuales. Todos estos factores pueden estar interactuando como variables de confusión. Sin embargo, más que observarlas como obstáculo, el estudio de las jóvenes menarcas tempranas contiene muy diversas aristas que deberán irse dilucidando poco a poco.

Otra limitación, es que no se les preguntó a las jóvenes menarcas tempranas cómo experimentaron o percibieron los cambios rápidos de su desarrollo físico con relación a sus pares. Este punto es muy importante, porque se sabe que la forma de reaccionar al estrés dependerá de los valores y las

creencias que se les adjudican a los estímulos estresores, las cuales dependen de la educación y de la cultura (Lazarus y Folkman, 1984).

Además, debido a que todas las participantes vivían en zonas urbanas se reduce la posibilidad de generalizar los hallazgos, es decir, la muestra representa un segmento particular de la sociedad mexicana. Es conocido que las adolescentes menarcas que viven en zonas rurales tienen un significado diferente de lo que es la menstruación (Marván & Trujillo, 2010). Así mismo, recientemente se pudo demostrar que las adolescentes menarcas tempranas de zona urbanas experimentan más emociones negativas (vergüenza, miedo, preocupación, tristeza y confusión) ante la aparición de su menstruación en comparación con las jóvenes menarcas regulares, lo cual se relaciona con la forma en que han sido preparadas para afrontar esta etapa de su vida (Marván & Alcalá-Herrera, 2014; Short & Rosenthal, 2008). Por tanto, será necesario explorar a diferentes grupo de menarcas tempranas, pues estas emociones pueden estar afectando sus reacciones ante la vida misma.

Por otra parte, fue necesario excluir a las participantes que indicaron tener su primera menstruación por arriba de los 13 años, porque no se completó un grupo de jóvenes suficiente para llevar a cabo las comparaciones, por tal razón, quedó pendiente el análisis de la información sobre las menarcas tardías.

También debe considerarse la realización de investigaciones de corte cualitativo, las cuales nos proporcionarían información más detallada sobre las consecuencias psicosociales que experimentan las jóvenes menarca temprana, de

esta manera poder comprender de forma más integral el fenómeno. Por ejemplo, realizar entrevistas a profundidad y recabar historias de vida, podrían ser muy útiles e interesantes para detallar las experiencias a corto y largo plazo de las mujeres menarcas tempranas.

Los hallazgos tienen implicaciones clínicas y educativas que pueden ayudar a padres, maestros, orientadores y cuidadores a conocer las necesidades de las menarcas tempranas. Por ejemplo, el trabajo en los ambientes escolares a nivel primaria, serían de gran ayuda para concientizar en las niñas sobre su salud reproductiva, así mismo, desarrollar sus habilidades para afrontar la vida. En una revisión Silk, Redcay y Fox (2014) indican que los ambientes de crianza con padres cálidos, afectuosos y que expresan conductas positivas, tienen impacto sobre estructuras cerebrales comprometidas con el control emocional (menor volumen de la amígdala, adelgazamiento de la corteza orbitofrontal), las cuales se asocian a menores tasas de psicopatologías y un funcionamiento social y emocional más óptimo. El ambiente con sus pares también tiene impacto en la formación de circuitos neurales (Silk, Redcay, & Fox, 2014); por lo que el trabajo, principalmente con los varones es necesario para la construcción de entornos más empáticos. Así mismo, a través de la intervención preventiva o en la terapia clínica, proporcionarles soporte para resolver las situaciones de vida que tienen, adoptando estrategias de afrontamiento positivas y estilos de pensamientos optimistas, lo cual, podría reducir el riesgo de psicopatologías.

De acuerdo con Lewis y Frydenberg (2004) cualquier intento de mejorar la habilidad de afrontamiento de los adolescentes debería centrarse en minimizar el

empleo de afrontamiento no-productivo, en contraste a los intentos para concentrarse sólo en la mejora del uso de estrategias enfocadas en la resolución de problemas o centradas en las emociones de los adolescentes. Además es importante identificar factores predisponentes y protectores, así como las variables modeladoras y mediadoras, que coadyuven al uso adaptativo de estrategias de afrontamiento no-productivas, asimismo a la prevención de la depresión en esta población.

Por último, es importante realizar investigaciones que identifiquen los factores que pueden estar siendo protectores en las menarcas tempranas que no presentan sintomatología depresiva y que tienen estrategias efectivas de afrontamiento. Este tipo de información permitiría promover dichos patrones de conducta en aquellas jóvenes que sí tienen dificultades.

REFERENCIAS

- Adams, H. P. (2008). Menstruation in adolescents. What's normal, What's not. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135, 29-35; doi: 10.1196/annals.1429.022.
- Adesina, A. F., & Peterside, O. (2013). Age at menarche and body mass index (BMI) among adolescent secondary school girls in Port Harcourt, Nigeria. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 41-46.
- Aegidius, K. L., Zwart, J. A., Hagen, K., Dyb, G., Holmen, T. L., & Stovner, L. J. (2011). Increased headache prevalence in female adolescents and adult women with early menarche. The Head-HUNT Studies. *European Journal of Neurology*, 18, 321-328. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03143.x.
- Akter, S., Jesmin, S., Islam, M., Nusrat, S. S., Okazaki, O., Hiroe, M., . . . Mizutani, T. (2012). Association of age at menarche with metabolic syndrome and its components in rural Bangladeshi women. *Nutrition & Metabolism*, 9(99), 1-7. doi:10.1186/1743-7075-9-99.
- Allison, C., & Hyde, J. (2013). Early menarche: confluence of biological and contextual factors. *Sex Roles*, 68, 55-64. doi:10.1007/s11199-011-9993-5.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos* (7a. ed.). México: Pearson Educación.
- APA. (2014). *American Psychological Association*. Retrieved 04 28, 2014, from Psychology Topics: Depression: <http://www.apa.org/topics/depress/index.aspx>
- Apraiz, A. G. (1999). Influence of family size and birth order on menarcheal age of girls from Bilbao city (Biscay, Basque Country). *American Journal of Human Biology*, 7, 257-266.
- Arce, V. M. (2006). *Endocrinología*. España: Universidad de Compostela.
- Aréchiga, J., Mejía, M. R., Marrodán, M. D., & Mesa, M. S. (1999). Análisis comparativo de la edad media de la menarquia en población mexicana. *Anales Museo de América*, 7, 257-266.
- Ayatollahi, S. M., Dowlatabadi, E., & Ayatollahi, S. A. (2002). Age at menarche in Iran. *Annals of Human Biology*, 29(4), 355-362.
- Batlle, S. (2001). Depresión en la infancia y la adolescencia. *Prous Science*, 93-116.
- Belló, M., Puentes, E., Medina, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y Diagnóstico de depresión en la población adulta en México. *Salud Pública*, 47(1).
- Belsky, J., Steinberg, L., & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary Theory Sociology. *Child Development*, 62, 647-670.

- Black, S., & Klein, D. (2012). Early menarcheal age and risk for later depressive symptomatology: The role of childhood depressive symptoms. *Journal Youth Adolescence*, *41*, 1142–1150. doi:10.1007/s10964-012-9758-7.
- Blumstein, R. (2006). Early menarche: A review of research on trends in timing, racial differences, etiology and psychosocial consequences. *Sex Roles*, *54*, 315-322. DOI: 10.1007/s11199-006-9003-5.
- Boden, J. M., Ferguson, D., & Horwood, L. J. (2011). Age Menarche and psychosocial outcomes in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(2), 132-140. doi:10.1016/j.jaac.2010.
- Bralic, I., Tahirovic, H., Matanic, D., Vrdljak, O., Stojanovic-Spehar, S., Kovacic, V., & Blazekovic-Milakovic, S. (2012). Association of early menarche age and overweight/obesity. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *25*(1-2), 57–62. doi:10.1515/jpem-2011-0277.
- Brooks-Gunw, J., & Warren, M. (1985). The effects of delayed menarche in different contexts: Dance and nondance students. *Journal of Youth and Adolescence*, *14*(4), 285-300.
- Buil, R. C., Lete, L. I., Ros, R. R., & De Pablo, L. J. (2001). *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Aspectos básico y clínicos*. España: Sociedad Española de Contracepción.
- Bulnes, M. S., Ponce, C. R., Huerta, R. E., Roger-Elizalde, B., Santiváñez, O. W., Aliaga, J. R., . . . Calmet, R. (2005). Ajuste Psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *IIPSI*, *8*(2), 23-39.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México*. (F. d. Psicología, Ed.) México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cameron, W., Schubert, C., Roche, A., Kulin, H., Lee, P., Himes, J., & Sun, S. (2003). Age at menarche and racial comparisons in US girls. *Pediatrics*, *111*(1), 110-113.
- Carol, F. E. (2012). Leptin action in pubertal development: recent advances and unanswered questions. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, *23*(1), 9-15. doi:10.1016/j.tem.2011.09.002.
- Carranza, S. (2011). *Introducción a la endocrinología ginecológica*. México: Trillas.
- Carter, R., Jaccard, J., Silverman, W., & Pina, A. (2009). Pubertal timing and its link to behavioral and emotional problems among 'at-risk' African American adolescent girls. *Journal of Adolescence*, *32*, 467-481. doi:10.1016/j.adolescence.2008.07.005.
- Carty, C., Spencer, K., Setiawan, V., Fernandez-Rhodes, L., Malinowski, J., Buyske, S., . . . Hindorff. (2013). Replication of genetic loci for ages at menarche and menopause in the multi-ethnic Population Architecture using Genomics and Epidemiology (PAGE) study. *Human Reproduction*, *28*(6), 1695-1706. doi:10.1093/humrep/det071.

- Chang, S.-R., & Chen, K.-H. (2008). Age at menarche of three-generations families in Taiwan. *Annals of Human Biology, 35*(4), 394-405. doi:10.1080/03014460802154777.
- Chisholm, J. S., Qurinlivan, J. A., & Petersen, R. W. (2005). Early, stress predicts age at menarche and first birth, adult attachment, and expected lifespan. *Human Nature, 16*(3), 233-265.
- CIE-10 (Ed.). (2009). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, Español. (r. C. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, Producer) Retrieved abril 2014, 28, from psicomed.net: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_pro.html
- Claessens, A. L., Bourgois, J., Beunen, G., Philippaerts, R., Thomis, M., Lefevre, J., . . . Vrijens, J. (2003). Age at menarche in relation to antropometric characteristics, competition level and boat category in elite juniors rowers. *Annals of Human Biology, 30*(2), 148-159. doi:10.1080/0301446021000034633.
- Coall, D., & Chisholm, J. S. (2003). Evolutionary perspectives on pregnancy: maternal age at menarche and infant birth weight. *Social Science & Medicine, 57*, 1771-1781. doi:10.1016/S0277-9536(03)00022-4.
- Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (3a. ed.). Madrid: Morata.
- Copeland, W., Shanahan, L., Miller, S., Costello, J., Angold, A., & Maughan, B. (2010). Outcomes of early pubertal timing in young women: A prospective population-based study. *American Journal Psychiatry, 167*(10), 1218-1225.
- Craig, W., Pepler, D., Connolly, J., & Henderson, K. (2001). Developmental context of peer harassment in early adolescence: The role of puberty and the peer group. En J. Juvonen, & S. Graham, *Peer harassment in school. The plight of the vulnerable and victimized* (págs. 242-261). New York, USA: The Guilford Press.
- Currie, C., Ahluwalia, N., Godeau, E., Gabhainn, N., Due, P., & Currie, D. (2012). Is Obesity at Individual and National Level Associated With Lower Age at Menarche? Evidence From 34 Countries in the Health Behaviour in School-aged Children Study. *Journal of Adolescent Health, 50*, 621-626, doi:10.1016/j.jadohealth.2011.10.254.
- Dagmar, C., & Sutherland, I. (1949). The age of the menarche. *British Medical Journal, 16*, 130-132.
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la infancia y adolescencia*. México: Trillas.
- Del Giudice, M., Ellis, B. E., & Shirtcliff, E. A. (2011). The Adaptive Calibration Model of stress responsivity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*, 1562-1592. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.11.007.

- Deng, F., Tao, F., Wan, Y., Hao, J., Su, P., & Cao, Y. X. (2011). Early menarche and psychopathological symptoms in young Chinese woman. *Journal of Women's Health, 20*(2), 207-213. doi:10.1089=jwh.2010.2102.
- Di Segni, O. S., & Obiols, G. (2006). *Adolescencia, posmodernidad y escuela*. Buenos Aires: Noveduc.
- Ditmar, M. (2000). Age at menarche in a rural Aymara-Speaking community located at high altitude in Northern Chile. *Menstrual Quarterly, 40*(4), 381-394.
- DiVall, S., & Radovick, S. (2008). Pubertal development and menarche. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1135*, 19-28. doi: 10.1196/annals.1429.026.
- Domenech, L. E., Rey, S. F., & de la Fuente, J. E. (2010). Desarrollo evolutivo normal. En C. Soutullo, & M. J. Mardomingo, *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (págs. 37-52). Madrid: Médica Panamericana.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (T. De Flores, J. Toro, J. Masana, J. Treserra, & C. Udina, Trans.) Barcelona: MASSON, S.A.
- Dunbar, J., Sheeder, J., Lezotte, D., Dabelea, D., & Stevens-Simon, C. (2008). Age at menarche and first pregnancy among psychosocially at-risk adolescents. *American Journal Public Health, 98*(10), 1822-1824. doi:10.2105/AJPH.2007.120444.
- Dvornyk, V., & Haq, W.-u. (2012). Genetics of age at menarche: a systematic review. *Human Reproduction Update, 18*(2), 198-210. doi:10.1093/humupd/dmr050.
- Ellis. (2004). Timing of pubertal maturation in girls: An integrated life history approach. *Psychological Bulletin, 130*(6), 920-958. doi:10.1037/0033-2909.130.6.920.
- Ellis, B. (2005). Determinant of Pubertal Timing: an evolutionary developmental approach. En B. J. Ellis, & D. F. Bjorklund, *Origines of the social mind: evolutionary psychology and child development*. USA: The Guilford Press.
- Ellis, B. J., & Essex, M. J. (2007). Family environments, adrenarche, and sexual maturation: a longitudinal test of a life history model. *Child Development, 78*(6), 1799-1817.
- Enas, A., & Nisreen, M. I. (2010). Assessment of the influencing factors on age of menarche among girls in Tikrit city. *Tikrit Medical Journal, 16*(2), 129-133.
- Escobar, M. (2008). *Aceptación sociométrica e inadaptación socioemocional en la infancia: modelos predictivos*. Tesis Doctoral con Mención de Doctorado Europeo, Universidad de Málaga, Departamento de Psicología Evolutiva y de Educación, Málaga, España.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping: An, 21*(1), 3-14. doi.org/10.1080/10615800701740457.

- Forbes, E., & Dahl, R. (2005). Neural systems of positive affect: Relevance to understanding child and adolescent depression? *Development and Psychopathology*, *17*(3), 872-850. doi:10.1017/S095457940505039X.
- Forbes, E., Ryan, N., Phillips, M., Manuck, S., Worthaman, C., Moyles, D., . . . Sciarillo, S. D. (2010). Healthy adolescents' neural response to reward: Associations with puberty, positive affect, and depressive symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(2), 162-172e5.
- Freedman, D., Khan, L., Serdula, M., Dietz, W., Srinivasan, S., & Gerald, B. (2002). Relation of age at menarche to race time period, and anthropometric dimensions: The Bogalusa Heart study. *Pediatrics*, *110*(e43), 1-7. doi:10.1542/peds.110.4.e43.
- Frisch, E. (1974). A method of prediction of age of menarche from height and weight at ages 9 through 13 years. *Pediatrics*, *53*(3), 384-390.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. New York: Routledge.
- Frydenberg, E. (2004). Coping competencies: What to teach and when. *Theory Into Practice*, *43*(1), 14-22. doi: 10.1207/s15430421tip4301_3.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping. Advances in theory, research and practice*. New York: Routledge.
- Frydenberg, E. (2010). *Think positively! A course for developing coping skills in adolescents*. London: Continuum International Publishing Group.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2009). The relationship between problem-solving efficacy and coping amongst Australian adolescent. *British Journal of Guidance & Counselling*, 51-64. doi:10.1080/03069880802534054.
- García-Baltazar, J., Figueroa-Perea, J., Reyes-Zapata, H., Brindis, C., & Pérez-Palacios, G. (1993). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, *35*, 682-691.
- Gaudineau, A., Ehlinger, V., Vayssiere, C., Joiret, B., Arnaud, C., & Godeau, E. (2010). Factors associated with early menarche: results from the French Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *BMC Public Health*, *10*(175), 1-7. doi:10.1186/1471-2458-10-175.
- Ge, X., & Natsuaki, M. (2009). In search of explanations for early pubertal timing effects on developmental psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(6), 327-331. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01661.x.
- Gillooly, J. B. (2004). Making menarche positive and powerful for both mother and daughter. *Women and Therapy*, *27*(3/4), 23-35.

- Gluckman, P., & Hanson, M. (2004). Living with the past: Evolution, development, and patterns of disease. *Science*, *305*, 1733-1736. doi:10.1126/science.1095292.
- Gluckman, P., & Hanson, M. (2006a). Evolution development and timing of puberty. *Endocrinology and Metabolism*, *17*(1), 8-11. doi:10.1016/j.tem.2005.11.006.
- Gluckman, P., & Hanson, M. (2006b). Changing times: The evolution of puberty. *Molecular and Cellular Endocrinology*(254-255), 26-31. doi:10.1016/j.mce.2006.04.005.
- González, N. J., Dueñas, D. J., López, A. E., Santo, T. J., & Sánchez, B. R. (2001). Alteraciones cronológicas de la pubertad. Pubertad precoz. En R. C. Buil, L. I. Lete, R. R. Ros, & L. J. De Pablo, *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básico y clínicos* (págs. 171-195). España.
- Guerrero, F. J., & Gracia, B. R. (2010). Patología de la pubertad. En S. L. Pallardo, L. M. T., A. M. Marazuela, & L. A. Rovira, *Endocrinología clínica* (págs. 189-191). España: Ediciones Díaz de Santos.
- Guptl, A. K., & Vatsayan, A. (1996). Age at menarche, menstrual knowledge and practices in the apple belt of Shimla Hills. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *16*(6), 548-550.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of adolescent health*, *38*, 409-415. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.02.014.
- Harris, A., Prior, J., & Koehoorn, M. (2008). Age at menarche in the canadian population Secular trends and relationship to adulthood BMI . *Journal of Adolescent Health*, 548-554.
- Haynie, D. (2003). Context of risk? Explaining the link between girl's pubertal development and their delinquency involvement. *Social Forces*, *82*(1), 355-397.
- Hobföll, S. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 513-524.
- Hoier, S. (2003). Father absence and age at menarche: a test of four evolutionary models. *Human Nature*, *14*(3), 209-233.
- Iruela, L., Picazo, J., & Peláez, C. (2009). Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, *33*(2), 35-38.
- Jetha, M. K., & Segalowitz, S. J. (2012). *Adolescent braing development: Implications for behavior*. USA: Elsevier.
- Joinson, C., Heron, J., & Lewis, G. (2011). Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort. *The British Journal of Psychiatry*, *198*, 17-23. doi:10.1192/bjp.bp.110.080861.

- Kalichman, L., Malkin, I., Livshits, G., & Kobylansky, E. (2006). Age at menarche in a Chuvashian rural population. *Annals of Human Biology*, 33(3), 390-397. doi: 10.1080/03014460600747855.
- Kaltiala-Heino, R., Kolvisto, A.-M., Marttunen, M., & Fröjd, S. (2011). Pubertal timing and substance use in middle adolescence: A 2-year follow-up study. *Journal Youth Adolescence*, 40, 1288-1301. doi:10.1007/s10964-011-9667-1.
- Kaltiala-Heino, R., Kosunenb, E., & Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26, 531-545.
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P., & Rimpel, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57, 1055-1064. PII: S 0 2 7 7 - 9 5 3 6 (0 2) 0 0 4 8 0 - X.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rissanen, A., & Rantanen, P. (2001). Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 28, 346-352. <http://www.elsevier.com/locate/ajpmonline>.
- Kanasawa, S. (2001). Why father absence might precipitate early menarche. The role of polygyny. *Evolution and Human Behavior*, 22, 329-334. PII: S1090-5138(01)00073-3.
- Karapanou, O., & Papadimitriou, A. (2010). Determinants of menarche. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8(115), 2-8.
- Kim, K., Smith, P. K., & Palermi, A. (1997). Conflict in childhood and reproductive development. *Evolution and Human Behavior*, 18, 109-142.
- Kronenberg, H. M., Melmed, S., Polonsky, K. S., & Larsen, P. R. (2009). *Williams Tratado de Endocrinología*. España: Elsevier.
- Lang, M., & Tisher, M. (1997). *Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)*. Madrid: TEA.
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of abnormal psychology*, 3–12. doi:10.1037/a0034709.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109. doi:10.1207/S15327965PLI1402_02.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Lewis, R., & Frydenberg, E. (2004). Adolescents least able to cope: How do they respond to their stresses? *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(1), 25-37. doi:10.1080/03069880310001648094.
- Lien, L., Haavet, R., & Dalgard, F. (2010). Do mental health and behavioural problems of early menarche persist into late adolescence? A three year follow-up study among adolescent

- girls in Oslo, Norway. *Social Science & Medicine*, 71, 529-533, doi:10.1016/j.socscimed.2006.01.003.
- Lien, L., Dalgarda, F., Heyerdahl, S., Thoresen, M., & Bjertness, E. (2006). The relationship between age of menarche and mental distress in Norwegian adolescent girls and girls from different immigrant groups in Norway: results from an urban city cross-sectional survey. *Social Science & Medicine*, 63, 285-295, DOI:10.1016/j.socscimed.2006.01.003.
- Lindahal, M., & Archer, T. (2013). Depressive expression and anti-depressive protection in adolescence: Stress, positive affect, motivation and self-efficacy. *Scientific Research*, 495-505. doi.org/10.4236/psych.2013.46070.
- López, M. N., Errasti, A. T., & Santiago, E. (2011). Estrógenos y desarrollo del cerebro femenino en la adolescencia: anticoncepción de emergencia. *Cuadernos de Bioética*, 22, 185-200.
- Marrodán, M. D. (2000). Trend in menarcheal age in Spain: rural and urban comparison during a recent period. *Annals of Human Biology*, 27(3), 313-319.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease Childhood*, 44, 291-303.
- Marván, M. L., & Alcalá-Herrera, V. (2014). Age at menarche, reactions to menarche and attitudes towards menstruation among Mexican adolescent girls. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 27, 61-66. doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.021.
- Marván, M. L., & Trujillo, P. (2010). Menstrual socialization, beliefs, and attitudes concerning menstruation in rural and urban Mexican women. *Health Care for Women International*, 31(1), 53-67. doi: 10.1080/07399330902833362.
- McNicholas, F., Dooley, B., McNamara, N., & Lennon, R. (2012). The impact of self-reported pubertal status and pubertal timing on disordered eating in Irish adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 355-362. doi:10.1002/erv.2171.
- Méndez, R. O., Valencia, M. E., & Melendez, J. M. (2006). Edad de la menarquia en adolescentes del Noroeste de México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 56(2).
- Mendle, J., Natsuaki, M., Leve, L., Ryzin, M., & Ge, X. (2011). Associations Between Early Life Stress, Child Maltreatment, and Pubertal Development Among Girls in Foster Care. *Journal of Research on Adolescence*, 21(4), 871-880, doi:10.1111/j.1532-7795.2011.00746.x.
- Mendle, J., Turkheimer, E., & Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review*, 27, 151-171. doi:10.1016/j.dr.2006.11.001.

- Menkes, C., Suárez, L., Nuñez, L., & González, S. (2006). *La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior, de Chiapas, guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Messinis, I. E. (2006). From menarche to regular menstruation. *Annals of the New York Academy of Sciences*(1092), 49-56. doi:10.1196/annals.1365.004.
- Morales-Rodríguez, F. M. (2008). *Evaluación del afrontamiento infantil: Estudio inicial de las propiedades de un instrumento*. España: Facultad de Psicología, Disertación Doctoral Universidad de Málaga, Recuperado 21 de mayo, 2011. <http://www.biblioteca.uma.es/>
- Negriff, S., Hillman, J., & Dorn, L. (2011). Does competence mediate the associations between puberty and internalizing or externalizing problems in adolescent girls? *Journal of Adolescent Health, 49*, 350-356. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.01.006.
- Nezlek, J., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality, 76*(3), 561-580. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00496.x.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.
- Oskis, A., Loveday, C., Hucklebridge, F., & Clow, A. (2009). Diurnal patterns of salivary cortisol across the adolescent period in healthy females. *Psychoneuroendocrinology, 34*, 307-316. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.09.009.
- Papadimitriou, A., Fytanidis, G., Douros, K., Bakoula, C., & Nicolaidou, P. (2008). Age at menarche in contemporary Greek girls: evidence from levelling-off of the secular trend. *Acta Paediatrica, 97*, 812-815. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00806.x.
- Park, S. H., Shim, Y. K., Kim, H. S., & Eun, B. L. (1999). Age and seasonal distribution of menarche in Korean girls. *Journal of Adolescent Health, 25*, 97.
- Pasqualini. (2010). Los y las adolescentes. In D. & Pasqualini, & O. F. Aires (Ed.), *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral* (pp. 25-39). Buenos Aires: Organización Panamericana de Salud.
- Pasquet, P., Manguelle-Dicoum, A., Rikong-Adie, H., Befidi-Mengue, R., Garba, T., & Froment, A. (1999). Age at menarche and urbanization in Cameroon: current status and secular trends. *Annals of Human Biology, 26*(1), 89-97.

- Patton, G., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, *369*, 1130-1139. doi:10.1016/S0140.
- Pérez, A. M., & Prieto, M. I. (2006). Trastornos de la pubertad. *Boletín de Pediatría*, *46*, 265-272.
- Petersen, A., & Crockett, L. (1985). Pubertal timing and grade effects on adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 191-206. <http://www.springerlink.com/content/104945/>.
- Petersen, A., Sarigiani, P., & Kennedy, R. (1991). Adolescent Depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, *20*(2), 247-271.
- Piqueras, R. J., Ramos, L. V., Martínez, G. A., & Oblitas, G. L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, *6*(2), 85-112. ISSN 0121-4381.
- Prentice, S., Fulford, A., & Jarjou, L. (2010). Evidence for a downward secular trend in age of menarche. *Annals of Human Biology*, *37*(5), 717-721.
- Quinlan, R. J. (2003). Father absence, paternal care, and female reproductive development. *Evolution and Human Behavior*, *24*, 376-390. doi:10.1016/S1090-5138(03)00039-4.
- Quintero, F., Morcillo, M., Loureiro, A., & Zambrano, D. (2008). La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos. In A. Chinchilla. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Rah, H., Shamim, A. A., Arju, U., Labrique, A., & Rashid, M. &. (2009). Age of onset, nutritional determinants, and seasonal variations in menarche. *Journal Health Population Nutrition*, *6*, 802-807.
- Reyes, J. A. (2012). *Adolescencias entre muros: escuela secundaria y la construcción de identidades juveniles*. México: Flacso.
- Richards, M., & Oinonen, K. (2011). Age at menarche is associated with divergent alcohol use patterns in early adolescence an early adulthood. *Journal of Adolescence*, *34*, 1065-1076. doi:10.1016/j.adolescence.2010.11.001.
- Rigon, F., Bianchin, L., Bernasconi, S., Bona, G., Bozzola, M., Buzi, F., . . . Perissinotto, E. (2010). Update on age at menarche in Italy: Toward the leveling off of the secular trend. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 238-244. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.07.009.
- Rodríguez, A. D. (1997). Pubertad precoz central. En S. E. Pediatría, *Pubertad normal y patológica* (págs. 25-54). España: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.
- Rodríguez-Tomé, H. (2003). Pubertad y psicología de la adolescencia. En A. Perinal, *Los adolescentes en el siglo XXI* (págs. 87-114). Barcelona: UOC.
- Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development implications for prevention. *Developmental Psychobiology*, *52*(3), 263-276. doi:10.1002/dev.20442.

- Rudolph, K., & Troop-Gordon, W. (2010). Personal-accentuation and contextual-amplification models of pubertal timing: Predicting youth depression. *Development and Psychopathology*, 22, 433-451. doi:10.1017/S0954579410000167.
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Seiffge-Krenke, I. (2009). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. New York: Psychology Press.
- Short, M., & Rosenthal, S. (2008). Psychosocial Development an Puberty. *Annals of the New York Academy of Sciences*(1135), 36-42. doi:10.1196/annals.1429.011.
- Silk, J., Redcay, E., & Fox, N. (2014). Contributions of social and affective neuroscience to ourunderstanding of typical and atypical development. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1-6. doi.org/10.1016/j.dcn.2014.02.002.
- Swenne, I., & Thurfjel, B. (2003). Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. *Acta Paediatric*, 92, 1133-1137, doi:10.1080/08035250310005224.
- Temboury, M. M. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Pediatría de Atención Primaria*, XI, 127-142.
- Thomas, F., Renaud, F., & Benefice, E. (2001). International variability of ages at manarche an menopause: patterns and main determinats. *Human Biology*, 73(02), 271-190.
- Thompson, A. (2012). Childhood depression revisited: Indicators, normative tests,and clinical course. *Journal Canadian Academy of Child adn Adolesc Psychiatry,, 21(1)*, 5-8.
- Tisher, M. (2007). The Children's Depression Scale in family therapy: Hearing the hurt. *The Australian & New Zealand Jorunal of Family Therapy*, 28(3), 130-137.
- Tisher, M., & Lang, M. (1983). The Childen's Depression Scale: Review and furcher developments. En P. Cantwell, & G. A. Carlson, *Affective disorders in childhood & adolescence : An Update* (págs. 181-210). New York: USA. Spectrum Publications Inc.
- Tisher, M., Lang-Takac, E., & Lang, M. (1992). The Children's Depression Scale: Review of Autralian and overseas experience. *Australian Journal of Psychology*, 44(1), 27-35. doi:org/10.1080/00049539208260159.
- Uche-Nwachi, E., Odekunle, A., Gray, J., Bethel, T., Burrows, Y., Carter, J., . . . Workman, T. (2007). Mean Age of menarche in Trinidad and its relationship to body mass index, ethnicity and mothers age menarche. *Journal of Biological Sciences*, 7(2), 66-71.

- Van Wingen, G., Ossewaarde, L., Bäckström, T., & Hermans, E. F. (2011). Gonadal hormone regulation of the emotion circuitry in humans. *Neuroscience*, *191*, 38-45. doi:10.1016/j.neuroscience.
- Velasco, M. L. (2004). Desarrollo biopsicosocial del adolescente: tareas, metas y logros. In A. Monroy, *Salud y sexualidad en la adolescencia y la juventud* (pp. 11-25). México: Editorial Pax México.
- Vera, Y., Hidalgo, G., Gollo, O., Nakal, S., Sánchez, W., Vásquez, E., & Sanz, R. (2009). Edad de la menarquia y su relación con el estrato social en cinco estados. *Acta Científica Estudiantil*, *7*(3), 130-135.
- Verhoef, M., Van den Eijnden, R., Koning, I., & Vollebergh, W. (2013). Age at menarche and adolescent alcohol use. *Journal Youth Adolescence*, doi:10.1007/s10964-013-0075-6.
- Vigil, P., Orellana, R. F., Cortés, M. E., Molina, C. T., Switzer, B. E., & Klaus, H. (2011). Endocrine modulation of the adolescent brain: A review. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 1-8.
- Villamor, E., Chavarro, J., & Caro, L. (2009). Growing up under generalized violence: An ecological study of homicide rates and secular trends in age at menarche in Colombia, 1940s-1980s. *Economics and Human Biology*, *7*, 238-245. doi:10.1016/j.ehb.2009.03.002.
- Walvoord, E. (2010). The timing of puberty: is it changing? does it matter? *Journal of Adolescent Health*, *47*, 433-439. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.05.018.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(3), 346-353.
- WHO. (2013). *World Health Organization*. Retrieved 03 11, 2013, from Depression: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
- Wronka, I., & Pawlinsk-Chmara, R. (2005). Menarcheal age and socioe-economic factors in Poland. *Annales of Humand Biology*, *32*(5), 630-638. doi:10.1080/03014460500204478.
- Zegeye, D. T., Megabiaw, B., & Mulu, A. (2009). Age at menarche and the menstrual pattern of secondary school adolescents in northwest Ethiopia. *BMC Womens Health.*, *9*(29), 1-8. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/9/29>.
- Zehr, J., Culbert, K., Sisk, C., & Klump, K. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones Behavior*, *52*(4), 427-435. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.06.005.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

<p>El objetivo de las siguientes preguntas es para conocerte y saber tu opinión sobre los cambios que ocurren durante la adolescencia. Los datos son para uso exclusivo de la investigación y nadie más los conocerá, por eso te pedimos que seas lo más sincera posible. Gracias</p> <p>INSTRUCCIONES: por favor marca el inciso y/o anota en los espacios la información que se te solicita.</p>	
<p>1. ¿Tomas algún medicamento? a) SI b) NO Puedes anotar ¿cuál es? _____</p>	<p>2. ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad importante? a) SI b) NO Puedes anotar ¿cuál es? _____</p>
<p>3. ¿Asistes con algún doctor o especialista de forma constante para atender algún problema? a) SI b) NO</p> <p>Si contestaste <u>SI</u>, marca con cuál (es) a) médico d) psicólogo b) dentista e) neurólogo c) psiquiatra f) regularización de clases No lo sé _____ Otro _____</p>	<p>4. Marca <u>todas</u> las personas con las que vives: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos, cuántos _____ <input type="checkbox"/> Hermanas, cuántas _____ <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Primos <input type="checkbox"/> Abuelos Otros. Cuáles _____</p>
<p>5. Marca cuál es el nivel máximo de estudios de tu padre o tutor a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria/bachillerato/carrera técnica d) Estudios universitarios e) No lo sé</p>	<p>6. Marca cuál es el nivel máximo de estudios de tu madre o tutora a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria/bachillerato/carrera técnica d) Estudios universitarios e) No lo sé</p>
<p>7. La primera vez que te bajó tu regla ocurrió cuando cursabas la: a) Primaria b) Secundaria c) No ha ocurrido</p>	<p>8. La primera vez que te bajó tu regla apareció: a) Al principio del ciclo escolar al que asistías b) A mediados del ciclo escolar c) A finales del ciclo escolar d) No lo recuerdo</p>
<p>9. Desde que te bajó la regla apareció: a) Una vez al mes b) Cada 2 o 3 meses hasta que se regularizó c) Después de 6 meses se regularizó d) Después de 1 año se regularizó e) Después de 2 años se regularizó f) Nunca ha sido regular</p>	<p>10. Me bajó cuando cursaba el _____ grado de _____. Primaria/secundaria 11. Tenía _____ años de edad. 12. Era el año de 20____, aproximadamente el mes de _____.</p>

ANEXO 2. ESCALA DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS

En 1996 Cruz & Morales realizaron un estudio en el que normalizaron y validaron en México el CDS con una muestra de 1250 sujetos, que cursaban entre el 3° a 6° grado de educación primaria en el Distrito Federal, concluyendo que la prueba es confiable (Alfa de Cronbach total = .85) y calcularon las normas de calificación para la población mexicana residente en el Distrito Federal (Calleja, 2011).

Se muestra el instrumento tal como fue presentado de forma impresa a las alumnas participantes.

INSTRUCCIONES: A continuación encontrarás una serie de frases que corresponde a pensamientos y sentimientos. Señala con una X la casilla que mejor se ajuste a tu comportamiento u opinión.	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.					
2. Muchas veces me siento triste en la escuela					
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.					
4. A menudo creo que valgo poco.					
5. Durante la noche me despierto frecuentemente.					
6. Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi padre o a mi madre.					
7. Creo que se sufre mucho en la vida.					
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.					
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor					
10. A veces me gustaría estar ya muerto.					
11. Muchas veces me siento solo.					
12. Frecuentemente no estoy contento conmigo mismo					
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños/jóvenes que conozco.					
14. A veces creo que mi padre o mi madre, hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible					
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo					
16. Muchas veces mi padre o mi madre me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.					
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela.					
18. Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar					
19. A menudo soy incapaz de demostrar lo triste que me siento por dentro.					
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.					
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.					
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi mamá o mi papá.					
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.					
24. En mi familia todos nos divertimos muchos.					
25. Me divierto con las cosas que hago.					
26. Frecuentemente me siento triste o desdichado.					
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela.					
28. A menudo me odio a mí mismo.					
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.					
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.					
31. A menudo me siento muy triste por causa de mis tareas.					
32. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
33. Casi siempre la paso bien en la escuela.					
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.					
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.					
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.					
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.					
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre o a mi padre como debiera.					
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa o inquieta					
40. Creo que mi mamá o mi papá están muy orgullosos de mí.					
41. Soy una persona feliz.					
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.					
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.					
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.					
45. Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo.					
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco					
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero					
48. Pienso que no es nada malo enojarse.					
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.					
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.					
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.					
52. Cuando fallo en la escuela pienso que no valgo para nada.					
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.					
54. A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o a mi papá.					
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.					
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.					
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.					
58. Creo que mi vida es muy triste.					
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.					
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.					
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi mamá o mi papá como se merecen					
62. Pienso que a menudo no voy a llegar a ninguna parte.					
63. Tengo muchos amigos					
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes.					
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.					
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones					

Gracias por tu colaboración

ANEXO 3. ESCALA SITUACIONAL DE AFRONTAMIENTO PARA NIÑOS

Validación y Culturalización de la Escala Situacional de Afrontamiento para Niños (ESAN)

Dentro del presente apartado se detallan las acciones que se realizaron para validar el ESAN a la población mexicana.

Fase 1. Proceso de culturalización

Debido a que ESAN es de procedencia español, se realizó la adaptación cultural. Para lo cual, el cuestionario original fue enviado a expertos en diversas áreas para que opinaran sobre su redacción, la comprensión del diseño, las instrucciones y los reactivos. En la siguiente tabla se muestran el grado de estudios y la especialidad de los jueces 16 jueces.

Tabla A3-1. Características de los jueces participantes

Nivel de estudios de los jueces expertos	
2	Pasantes de la Lic. en Psicología
2	Licenciadas en Psicología
2	Maestras en Ciencias De la Educación
7	Pasantes de la Maestría en Educación Básica: 2 Que laboran en nivel preescolar: Lic. en Psicología, Lic. en Educación; 3 Laboran a nivel primaria con formación Normalistas y Lic. en Educación; 2 Trabajan a nivel secundaria: Lic. en Literatura, otra con Normal superior.
3	Doctoras en Psicología
16	Total de jueces

El siguiente paso fue realizar las correcciones correspondientes en base a la opinión de los jueces. La primera versión corregida fue presentada a cinco niñas de nivel primaria y cinco de nivel secundaria para que opinaran sobre el mismo.

Primero se les pidió que contestaran el cuestionario y se contabilizó el tiempo que tardaban en resolverlo. Posteriormente se les preguntó: ¿Entendiste todas las preguntas? ¿Todas las palabras son conocidas para ti? ¿Las preguntas son claras y sencillas? ¿Crees que tus compañeras podrían contestarlo fácilmente? Finalmente con todas las observaciones realizadas se ajustó el cuestionario, y quedó listo para su aplicación.

Los reactivos a los que se les hizo un cambio con respecto a la versión española fueron:

Situación Problema	Versión para México	Versión Española	Estrategia de afrontamiento
Cuando hay un problema en mi casa	Le pregunto a mis abuelos(as) o mis hermanos(as) qué hacer	Le pregunto a mis abuelos/as o mis hermanos/as qué hacer	Búsqueda de información y guía
	Me pongo a gritar, molestar y discutir.	Me pongo a gritar, molestar y discutir...	Conducta agresiva
Cuando me enfermo y tengo que ir al médico	Intento hacer lo que el médico me dice para aliviarme	Intento hacer lo que dice el médico para ponerme bueno	Solución activa
	Pienso que me voy a aliviar	Pienso que me voy a ponerme bueno	Actitud positiva
Cuando tengo problemas con las calificaciones	Pido consejo a otros como: padres, profesor(a), compañeros(as)	Pido consejo a otros (padres, profesor/a, compañeros/as...)	Búsqueda de información y guía
	Hablo con mis amigos(as)	Hablo con mis amigos/as	Comunicar el problema a otros
	Me peleo mucho	Me peleo más	Conducta agresiva
Cuando tengo problemas con algún compañero de clase	Pido consejo a un amigo(a)	Pido consejo a un amigo/a	Búsqueda de información y guía
	No se lo digo a nadie	Me lo guardo para mí	Reservarse para sí mismo
	Se lo cuento a mis amigos, padres	Se lo cuento a mis amigos, padres...	Comunicar el problema a otros

Fase 2. Proceso de aplicación del ESAN para la Validación

Fueron invitadas tres escuelas primarias y dos secundarias, mixtas y públicas de la Ciudad de México, tanto de turno matutino como vespertino. Las aplicaciones se realizaron entre noviembre de 2011 a enero de 2012.

Participantes.

Participaron 623 niños y niñas. La media de edad fue de 12.78 años, con un rango entre los 9 y los 16 años. Hubo 325 niños y 298 niñas.

La validación de los datos se realizó de la siguiente manera:

- A) Se llevó a cabo un análisis de la capacidad discriminatoria de los reactivos, para lo cual compararon los datos del 27% de participantes que obtuvieron el puntaje más alto vs. el del 27% que obtuvo el puntaje más bajo del cuestionario (Anastasi & Urbina, 1998). En el paso siguiente, se aplicó la t de Student para muestras independientes, todos los reactivos mostraron un nivel de significancia $p < .01$.
- B) Para estudiar las propiedades psicométricas del cuestionario como fue realizado por los propios autores, se llevaron a cabo varios análisis factoriales con rotación Oblimin, lo que permitió comprobar que los reactivos se ajustan a una estructura factorial que es coherente con los modelos teóricos existentes. Se realizó el análisis factorial por problema, ya que es el mismo que fue empleado por el autor del instrumento, debido a consideraron que está vinculado con el enfoque teórico que adoptaron. Por tanto, se realizaron cuatro análisis factoriales con

rotación oblimix, debido a que se supone que los factores compuestos por estrategias de afrontamiento están relacionados entre sí.

- a. La Familia: peleas con los padres
- b. La Salud: tener que ir al médico
- c. La Escuela: malos resultados en la escuela
- d. Los Amigos: peleas con los iguales

Los 4 factores analizados mostraron una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de Bartlett estadísticamente significativa y muy semejantes a las obtenidas en España, como se aprecia en la tabla A3-2.

<i>Tabla A3-2. Se muestran los resultados de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de Bartlett de la aplicación Española vs Mexicana</i>			
		España	México
Factor 1. Familia	Kaiser-Meyer-Olkin	0.660	0.623
	X ² -gl- sig	[X ² (45)=360; p<.000]	[X ² (36) =566.96; p<.000].
Factor 2. Médico	Kaiser-Meyer-Olkin	0.636	0.642
	X ² -gl- sig	[X ² (45)=409; p<.000]	[X ² (28)=445.89; p<.000]
Factor 3. Escuela	Kaiser-Meyer-Olkin	0.716	0.806
	X ² -gl- sig	[X ² (45)=463; p<.000]	[X ² (36)=850.64; p<.000]
Factor 4. Compañeros	Kaiser-Meyer-Olkin	0.669	0.713
	X ² -gl- sig	[X ² (45)=465; p<.000]	[X ² (36)=589.70; p<.000].

A) Posteriormente se realizó un ANOVA para analizar los componentes principales tomando los 40 reactivos originales. De donde se eliminaros

cinco reactivos por no obtener diferencias significativas inter e intra grupos, cuatro correspondientes al factor Emoción (reactivo: 6, 13, 24, y 27) uno al factor Evitación Cognitiva (reactivo 17), por su incongruencia conceptual.

- B) El siguiente paso fue aplicar otro análisis factorial con rotación varimax: con máxima verosimilitud. Con el cual fueron eliminados cuatro reactivos más del factor Evitación Conductual, debido a que el peso factorial fue menor a .35. En donde dos factores explican el 23.40% de la varianza.
- C) De esta manera la versión final quedó compuesta por 31 reactivos con dos estilos de afrontamiento y con cuatro tipos de estrategias de afrontamiento. Así mismo, se indican cuáles fueron las estrategias de afrontamiento que fueron totalmente o parcialmente eliminadas:

	ESTILOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	
	Centrado en el Problema	No-productivo
TIPOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Solución activa	Indiferencia
	Comunicar el problema a otros	Conducta agresiva
	Búsqueda de información y guía	Ocultación del problema
	Actitud positiva	Evitación cognitiva (<i>eliminado 1 reactivo</i>)
	<i>Emoción (eliminado todo)</i>	<i>Evitación conductual (eliminado todo)</i>

Se calculó la confiabilidad utilizando el índice Alfa de Cronbach. Para los 15 reactivos pertenecientes a las estrategias no-productivas fue de .79 y para los 16 reactivos centrados en el problema fue de .80.

Finalmente, para estudiar la estabilidad temporal se llevó a cabo un retest seis meses después de la primera aplicación. Se utilizó una submuestra de 168 sujetos de los 623 participantes de la primera. La correlación de Pearson entre el test y el retest fue significativa ($r = .997$, $p < .001$).

A continuación se muestra la versión final del cuestionario, mismo que fue aplicado para la presente investigación, sombreados en gris se encuentran los reactivos centrados en el problema, mientras que los no-productivos no están sombreados:

A continuación encontrarás una serie de frases con varias respuestas a diferentes problemas. Señala cada frase con una X la casilla que mejor describa lo que haces.			
CUANDO HAY ALGÚN PROBLEMA EN CASA	Nunca	A veces	Muchas veces
1. Me da igual			
2. Pienso en otra cosa			
3. Intento solucionar el problema			
4. Busco apoyo de algún familiar			
5. Le pregunto a mis abuelos(as) o mis hermanos(as) qué hacer			
6. Me pongo a gritar, molestar, discutir			
7. Pienso que todo se va a arreglar			
8. Me guardo mis sentimientos			
CUANDO ME ENFERMO Y TENGO QUE IR AL MÉDICO			
1. Intento hacer lo que el médico me dice para aliviarme			
2. Pido a mis padres que me expliquen lo que pasa			
3. Me aguanto			
4. Pienso que me voy a aliviar			
5. Busco apoyo en mis amigos			
6. Me peleo y discuto con mis padres			
7. Oculto lo que me pasa			
CUANDO TENGO PROBLEMAS CON LAS CALIFICACIONES			
1. Me da igual			
2. Intento esforzarme más			
3. Pido consejo a otros como: padres, profesor(a), compañeros(as)			
4. Me distraigo pensando en otra cosa			
5. Hablo con mis amigos(as)			
6. Me peleo mucho			
7. Pienso que todo se va a solucionar			
8. Lo mantengo en secreto			
CUANDO TENGO PROBLEMAS CON ALGÚN COMPAÑERO(S) DE CLASE			
1. Pido consejo a un amigo(a)			
2. Intento resolver el problema			
3. No se lo digo a nadie			
4. Se lo cuento a mis amigos, padres			
5. Le pego			
6. Me da igual			
7. Pienso que todo se arreglará			
8. Me distraigo pensando en otra cosa			