

Revista Vectores de Investigación

Journal of Comparative Studies Latin America

ISSN 1870-0128

E-ISSN online 2255-3371

Karla María Urías Aguirre

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES:
SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA
COMUNICACIÓN FAMILIAR**

**DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENTS:
THEIR RELATIONSHIP WITH SELF-ESTEEM AND
FAMILY COMMUNICATION**

Vol. 9 No. 9, 53-66 pp.

).

MONOGRAFÍA PSICOLOGÍA

53

**Karla María
Urías Aguirre**

*Facultad de
Psicología,
Universidad
Autónoma de
Sinaloa, México*

*Palabras claves:
Síntomatología
depresiva, auto-
estima, comuni-
cación familiar,
adolescencia*

*Key Words:
Depressive
symptomatology,
self-esteem,
family commu-
nication,
adolescents*

Sintomatología depresiva en adolescentes: su relación con la autoestima y la comunica- ción familiar

**DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN
ADOLESCENTS: THEIR RELATIONSHIP WITH
SELF-ESTEEM AND FAMILY
COMMUNICATION**

**ENVIADO 2-10-2014 REVISADO 21-11-2014
ACEPTADO 29-11-2014**

RESUMEN El periodo de la adolescencia resulta fundamental en los estudios psicológicos, debido a los numerosos cambios que se viven durante un periodo de tiempo muy corto. El objetivo es conocer la sintomatología depresiva en adolescentes escolares de secundaria y bachillerato, la relación de esta con la autoestima y la comunicación familiar con padre y madre. Participaron 1494 adolescentes mexicanos de ambos sexos con una media de 14.8 años. El estudio utiliza una metodología correlacional, para medir la sintomatología depresiva con autoestima (autoestima general, autoestima social y autoestima académica) y comunicación familiar (comunicación abierta, ofensiva y evitativa con padre y madre). Los resultados contribuyen en la prevención identificando estudiantes con posibles riesgos en problemas de salud, específicamente de depre-

sión. La discusión plantea el papel que juega las relaciones familiares, específicamente la comunicación con madre y padre, pues la comunicación y la autoestima se relacionan en la sintomatología depresiva.

1. Introducción

La adolescencia es descrita como una etapa de transiciones entre la infancia y la adultez. Las concepciones actuales la caracterizan como un periodo de ajuste a diferentes cambios del desarrollo entre los 12 y 20 años. La etapa adolescente es uno de los periodos decisivos en la vida, ya que ocurren cambios no sólo de tipo biológico, sino también psicológicos y sociales. La adolescencia es una realidad que forma parte de un sistema social determinado, y de ese entramado social es necesario analizar las dificultades y problemas de los adolescentes (Antona, Madrid y Aláez, 2003). La Organización Panamericana de la Salud (Burth, 1998), define la adolescencia como el periodo de vida en el cual el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y forjar lazos interpersonales fuera de la familia. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define la etapa de la adolescencia como “la época de la vida que acontece entre los 10 y 19 años” (Rodríguez, 2003: 104).

Este grupo de la población mundial está, en cierta medida, amparado por organizaciones interesadas en su porvenir. Como resalta Burt (Organización Panamericana de la Salud, 1998: 55), es importante invertir en los adolescentes, “tanto para prevenir las consecuencias negativas de potenciales conductas de riesgo, como para promover el crecimiento sano, la adquisición de competencias y la capacidad de participar en la sociedad del futuro”. Por tal motivo, cada vez son más las instituciones y organismos internacionales que enfocan su mirada a este sector poblacional, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Iberoamericana de la Juventud, el Portal de Juventud para América Latina y El Caribe y el Portal Europeo de Juventud, por mencionar algunos, donde se asume como objetivo común el combatir los problemas que se presentan en esta etapa de la vida mediante la propuesta de programas de prevención e intervención.

2. Depresión

Los trastornos depresivos han sido estudiados desde hace tiempo a través de diferentes perspectivas las cuales comprenden distintos aspectos médicos hasta llegar a los aspectos socioculturales y conductuales. Uno de los principales exponentes del enfoque cognitivo (Beck, 1972) define la depresión como una serie de preguntas de sí mismo, del mundo y del futuro; las emociones y conducta típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

Los jóvenes son uno de los grupos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, debido a que durante esta etapa se llevan distintos procesos de cambios, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000). Se ha encontrado que personas con historias de depresión durante su adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo en la edad adulta (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000).

El síntoma característico de la depresión es el notable cambio en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. Además, es necesario fijarse en otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernard, 2000).

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Según Dallal y Castillo (2000), la depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, con frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo.

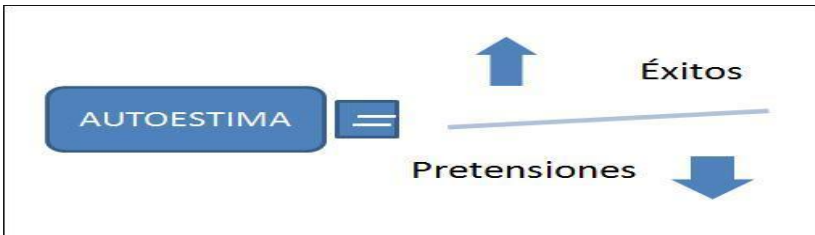
3. Autoestima en la adolescencia

Un aspecto de suma importancia en la construcción de la personalidad es la autoestima en el adolescente, debido a que durante este lapso de cambios físicos y psicológicos que le suceden se ven inestables en la construcción de una autoestima saludable para su

desarrollo dentro de la sociedad. La autoestima podrá asegurar y potenciar los recursos personales para afrontar los distintos desafíos de la vida como enfermedades o conflictos, pero la ausencia o leve intensidad de autoestima, acompaña habitualmente una serie de trastornos psicológicos que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social (García, 2002: 107). La autoestima es entendida como la valoración positiva de sí mismo, esta autoestima que cada quien tiene podrá presentarse en mayor o menor grado, o bien estar ausente (Parea, 2004).

William James, conocido como el padre de la psicología americana, con su obra *Principios de Psicología* (1980) fue precursor y pionero de los estudios de autoestima, plasmando que la autoestima es el resultado de los éxitos divididos por las pretensiones que se tienen de la vida (Monbourquette, 2008). Considerando este acercamiento al término de autoestima, se advierte que no basta el logro de éxitos importantes si las pretensiones son muy altas, de tal forma los logros personales y sociales divididos por las expectativas familiares, comunitarias, culturales, etcétera, conllevan a personas con menor éxito a una situación de una baja autoestima o ausencia casi total de la autoestima (García, 2002). De manera gráfica la concepción de James podría ilustrarse de la siguiente forma:

Figura 1. Autoestima



Fuente: Elaboración propia a partir de García (2002)

Durante la etapa adolescente transcurre una variedad de cambios biopsicosociales que influyen en determinada medida en los jóvenes, por tal razón, es primordial resaltar la importancia del nivel de autoestima, debido a que ayudará a un buen ajuste personal y de autoaceptación. Las personas que manejan un alto nivel de autoestima son más afectivas socialmente, muestran mayor motivación en cuanto a rendimiento, son más competitivas, demuestran menores niveles de ansiedad ante situaciones estresantes, persisten y

se esfuerzan más ante las dificultades, son más efectivos en labores, son menos vulnerables a las influencias de otros, atribuyen sus éxitos a sí mismos y los fracasos a causas externas, se protegen más ante información negativa, tienden a olvidar información relacionada con el fracaso, poseen mayor control ante situaciones, etc. Mientras que un nivel bajo de autoestima implica una serie de sentimientos de insatisfacción, rechazo y desprecio hacia uno mismo, genera altos niveles de ansiedad, desánimo, depresión, alta vulnerabilidad frente a las críticas, torpeza ante sus relaciones interpersonales e inseguridad personal (González y Tourón, 1994).

Continuando con la misma idea, Coleman y Hendry (2003) defienden que los adolescentes con mayores índices de autoestima, tendrá menores problemas de integración social, más posibilidad de resistir ante la presión de los iguales, tendrán un mayor rendimiento académico, será menos probable que hagan mal uso del alcohol y se complique en conductas desviadas, y atravesará la etapa de la adolescencia de un modo más favorable. Mientras que adolescentes con menor grado de autoestima confían menos en sus capacidades y habilidades, viven poco la integración con sus iguales y se preocupan en muchas ocasiones de forma excesiva por su físico. Además en situaciones difíciles o estresantes, estas personas valoran la situación de forma más negativa y se consideran a sí mismos como incapaces de afrontarla.

De esta manera, podemos finalizar diciendo que la autoestima es un gran recurso personal y que su potenciación podrá ayudar a mejorar el ajuste psicosocial del sujeto, la autoestima se siente, se intuye fundamentalmente competente para afrontar los desafíos de la vida. Se aprecia capaz de conseguir la felicidad, equilibrando sus metas y búsquedas con sus modestos pero reales logros (García, 2002). Una vez analizado los distintos aspectos de los cambios psicológicos incluyendo el desarrollo cognitivo, moral y de personalidad, se abordaran las variaciones sociales.

4. Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar es definido como el conjunto de rasgos que caracterizan a la familia como sistema, y que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (McCubbin y Thompson, 1987). De tal forma, podemos afirmar que el ajuste de los hijos adolescentes

dependerá en gran medida del sistema familiar al que pertenecen, donde se suscite un contexto familiar positivo, con un buen funcionamiento y una buena comunicación familiar, existe mayor probabilidad en que el adolescente adquiera más fortalezas y menos debilidades para implicarse en comportamientos de riesgo o poco saludables (Estévez y Cols., 2007).

A la unidad familiar se le distingue una serie de funciones que son imprescindibles para el desarrollo social. En la sociedad tradicional se ha discutido y analizado las acciones esenciales de la familia, se citan, entre otras: la sexual, la reproductiva y la educativa. Sin embargo, estas características no se satisfacen necesariamente dentro del grupo familiar. De esta forma son dos las acciones irrenunciables de la familia: a) función educadora afectiva y b) función socializadora autónoma (Aguirre, 1994). Asimismo, otros autores, mencionan que las actuaciones básicas son: la procreadora, la de prestación de cuidados, la socializadora y la educadora, agregando la condición determinante y caracterizadora que es el de dar amor (Valiño, 2006). En sí, la familia tiene que cumplir con las funciones básicas que la sociedad espera de ella: cuidado, socialización, afecto, reproducción y estatus (Monroy, 2002). De manera más detallada, así muestra Colom (1993: 230) las actuaciones de la familia:

Figura 2. Funciones de la familia



Fuente: Elaboración propia

Al respecto, Morán (2004: 21) refiere que en la sociedad tradicional la familia ha tenido la función de procreación y socialización de los hijos, además de supervisar el comportamiento sexual, determinar la clase social y proporcionar apoyo moral y afecto. Recien-

temente, Montoro (2004) sugiere que la familia ordena seis aspectos claves de la vida en sociedad: 1. Regula la conducta sexual, imponiendo ciertas reglas de comportamiento; 2. Ordena la reproducción, brindando apellidos; 3. Ordena los comportamientos económicos básicos, como la alimentación, producción y consumo; 4. Se encarga de educar y enseñar a comportarse en sociedad; 5. Regula y canaliza los afectos y sentimientos, siendo el espacio donde se expresan los sentimientos íntimos; y 6. Ordena las relaciones entre generaciones, permitiendo el relevo generacional.

Es evidente que la familia actual sigue cumpliendo una condición económica importante. Realmente, el hogar familiar es una unidad económica, no tanto por sus funciones de producción como sucedería en periodos previos, sino por sus demandas de consumo. Debemos tener presente que la unidad familiar se caracteriza, entre otras cosas, por poner sus recursos en común (Alberdi, 1992) y que en el momento actual es la institución que está permitiendo soportar el coste social del desempleo de jóvenes y adultos, ya que la red de parentesco familiar es, sin duda, la mejor red de protección social.

Otra característica esencial de la familia es su capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas normalmente en el afecto y el apoyo, con un claro efecto positivo con el bienestar psicológico de todos sus integrantes. En este sentido, Musitu, Román y Gutiérrez (1996) sostienen que la familia, a través de las relaciones de afecto y apoyo mutuo entre sus miembros, cumple varias funciones psicológicas para las personas: mantiene la unidad familiar como grupo específico dentro del mundo social, genera en sus integrantes un sentido de pertenencia y proporciona un sentimiento de seguridad, contribuye a desarrollar en sus miembros una “personalidad eficaz y una adecuada adaptación social” promoviendo la autoestima y la autoconfianza, permite la expresión libre de sentimientos y establece mecanismos de socialización y control del comportamiento de los hijos a través de las prácticas educativas utilizadas por los padres.

Una de las ventajas ampliamente reconocidas de la familia es la función de socialización, por medio del cual las personas adquieren valores, creencias, normas y formas de conductas. La importancia de la familia no se reduce a la socialización de los hijos, sino a lo largo de toda la vida desde la infancia hasta la vejez, la familia sue-

le ser la principal fuente de apoyo (Musitu y Cava, 2001). La socialización suele definirse como el proceso mediante el cual las personas adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiadas en la sociedad a la que pertenecemos (Musitu y Cava, 2001). A través de ellas las personas aprendemos los códigos de conducta de una sociedad determinada, nos adaptamos a ellos y los cumplimos para el buen funcionamiento social (Paterna, Martínez, Vera, 2003). La meta final de este proceso es, por tanto, que la persona asuma como principios-guía de su conducta personal los objetivos socialmente valorados, es decir, que llegue a adoptar como propio un sistema de valores internamente coherente que se convierta en un 'filtro' para evaluar la aceptabilidad o incorrección de su comportamiento (Molpeceres, Musitu y Lila, 1994).

Ahondando en la tarea de socialización, podemos decir que ésta comprende dos aspectos fundamentales: uno de contenido y otro formal. El aspecto de contenido hace referencia a los valores inculcados en la familia, que dependerán de los criterios personales de los padres y del sistema de valores dominante en el entorno socio-cultural más amplio. Por otro lado, el aspecto formal se conoce con el nombre de disciplina familiar y hace referencia a las estrategias y mecanismos parentales que se utilizan para transmitir los contenidos de la socialización. Estas estrategias y mecanismos presentan una gran variedad de unas familias a otras, por lo que para su mejor comprensión se han desarrollado distintas tipologías de los estilos parentales de socialización, como veremos en seguida.

5. Método

La investigación aplicada en el presente artículo es de énfasis cuantitativo, parte de un diseño transversal, analizamos la sintomatología depresiva y su relación con la autoestima (general, social y académica) y la comunicación familiar (con padre y madre, respectivamente). Asimismo, es de tipo explicativo, su interés se concentra en "explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables" (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007: 108).

Participaron adolescentes de secundaria y bachillerato, del Estado de Sinaloa ubicados en la ciudad de Culiacán y en comunidades del municipio del El Fuerte (con presencia de indígenas).

6. Participantes

La muestra está compuesta por 1.494 adolescentes mexicanos de ambos sexos (45% varones y 55% mujeres) de 12 a 18 años ($M=14.8$, $DT=1.76$), procedentes de 6 centros educativos del Estado de Sinaloa, ubicados en entornos rurales y urbanos, y distribuidos en 1°, 2° y 3° de educación secundaria y 1°, 2° y 3° de Bachillerato. Esta muestra es representativa del Estado de Sinaloa que tiene un universo poblacional de 260.786 estudiantes de Secundaria y Bachillerato. Se asumió un error muestral de $\pm 2,4\%$, un nivel de confianza del 95% y una varianza poblacional de 0.50, el tamaño requerido fue de 520 alumnos.

7. Instrumentos

La selección que se presenta parte de la consideración teórica del estudio, así como la validez y fiabilidad de las escalas. Se consideró su adaptación, sobre todo por expresiones de lenguaje según el contexto cultural, asegurando la similitud lingüística, el parecido semántico y funcional de los ítems.

Se utilizó el cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva (Radloff, 1977, adaptación Herrero y Meneses, 2006), el cual evalúa la dimensión de sintomatología depresiva con una consistencia interna, según el alpha de Cronbach de .81.

Para los indicadores de autoestima se emplea el instrumento The Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965, adaptado por Echeburúa 1995), que evalúa la dimensión de autoestima general con una elevada consistencia interna (alpha de Cronbach entre .80 y .87). Además, el cuestionario de evaluación de la autoestima en adolescentes (García y Musitu, 1999), entiende las dimensiones de autoestima académica y social, con una consistencia interna de entre .72 y .84 respectivamente.

Los factores familiares se analizan a partir del Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar (Barnes y Olson, 1982, adaptación por Equipo Lisis) que atiende las dimensiones de comunicación abierta, ofensiva y evitativa padre/madre con índices aceptables de fiabilidad que oscilan entre .64 y .91.

8. Procedimiento

Una vez seleccionados los instrumentos, se realizó el contacto con los directivos de los centros escolares. Obtenida la aprobación se hizo una sesión de difusión del proyecto con los profesores y posteriormente se programó la aplicación de la batería de instrumentos.

El cuestionario se llevó a cabo de manera colectiva por un grupo de investigadores, quienes explicaron a los alumnos el objetivo de la investigación, aclarando que su participación sería anónima y voluntaria. El investigador permaneció dentro del aula durante el llenado de los instrumentos para supervisar y aclarar cualquier duda que se suscitara. Una vez concluidas las respuestas, los alumnos se dirigían al investigador quien depositaba los instrumentos en un sobre en blanco y cerrado. Este procedimiento fue el mismo para todas las aulas.

9. Resultados

De los 1.494 adolescentes, 45.4% hombres y 54.6% mujeres. Los adolescentes participantes tienen edades comprendidas entre los 12 y 18 años (media= 14.8 y desviación típica= 1.75). En función al grado escolar: 1º, 2º y 3º de secundaria con 20.7, 18.4 y 17.3 por ciento respectivamente, 1º, 2º y 3º de bachillerato con 19.8, 12.7 y 11 por ciento respectivamente.

En la tabla 1 se presentan las estadísticas de las escala exponiendo la media, la varianza, la desviación típica y la fiabilidad según alpha de Cronbach, de los instrumentos utilizados en la investigación. Las puntuaciones que se presentan en su mayoría se encuentran en rangos altos y “muy buenos”, sin embargo en las escalas de autoestima social y comunicación con madre, puntúan con fiabilidad menor (alpha de Cronbach igual a 0.681 y 0.691, respectivamente). También sobresale el hecho que la fiabilidad de los instrumentos empleados, son en general, aceptables/muy aceptables, al mismo tiempo que se replican las estructuras factoriales de los instrumentos utilizados.

Tabla 1. Estadísticos generales de la escala y fiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Dimensiones	Media	Varianza	Desviación típica	Alpha de Cronbach
Cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva. Radloff (1977). Adaptación: Herrero, Meneses (2006).	Sintomatología Depresiva	14.69	14.90	3.86	0.725
The Rosenberg Self-Esteem Scale. Rosenberg (1965). Adaptación: Echeburúa (1995).	Autoestima general	29.68	20.68	4.54	0.708
Cuestionario de evaluación de autoestima en adolescentes. García y Musitu (1999).	Autoestima académica	16.98	11.21	3.34	0.822
	Autoestima social	18.65	8.83	2.97	0.681
Cuestionario de evaluación de la comunicación familiar. Barnes y Olson (1982). Adaptación: Equipo Lisis	Comunicación madre	63.14	94.18	9.70	0.691
	Comunicación padre	58.92	118.05	10.86	0.745

Fuente: Elaboración propia

Con el objetivo de conocer las relaciones entre las variables de sintomatología depresiva con autoestima (general, académica y social) y comunicación familiar (abierta, ofensiva y evitativa con madre y padre), se han realizado análisis de correlación (producto-momento de Pearson).

Como se puede observar en la tabla 2, la sintomatología depresiva se correlaciona negativamente con autoestima general ($r = -.322$, $p < .001$), autoestima académica ($r = -.145$, $p < .001$) y autoestima social ($r = -.151$, $p < .001$). Lo cual nos indica que a mayor autoestima general, autoestima académica y autoestima social, menor sintomatología depresiva siendo mayor la significancia con la autoestima general.

Tabla 2. Análisis correlacional de la escala de sintomatología depresiva con autoestima

	Sintomatología
--	----------------

	depresiva
Autoestima general	-,322(**)
Autoestima académica	-,145(**)
Autoestima social	-,151(**)
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte en la tabla 3, la sintomatología depresiva se correlaciona negativamente con comunicación abierta madre ($r = -.222, p < .001$) y comunicación abierta padre ($r = -.198, p < .001$), lo cual nos demuestra que a mayor comunicación abierta con madre y padre, menor sintomatología depresiva. También encontramos que la sintomatología depresiva se correlaciona positivamente con comunicación ofensiva madre ($r = .286, p < .001$), comunicación evitativa madre ($r = .189, p < .001$), ofensiva padre ($r = .251, p < .001$) y evitativa padre ($r = .145, p < .001$).

Tabla 3. Análisis correlacional de la escala de sintomatología depresiva con comunicación familiar

	Sintomatología depresiva
Comunicación abierta madre	-,222(**)
Comunicación ofensiva madre	,286(**)
Comunicación evitativa madre	,189(**)
Comunicación abierta padre	-,198(**)
Comunicación ofensiva padre	,251(**)
Comunicación evitativa padre	,145(**)
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).	

Fuente: Elaboración propia

10. Conclusiones

Es importante mencionar que las escalas utilizadas presentan una fiabilidad aceptable y además se replican las estructuras factoriales de los instrumentos utilizados, lo que posibilita confiar en los resultados obtenidos en los distintos análisis estadísticos realizados para dar respuesta al objetivo planteado en esta investigación.

Respecto a la sintomatología depresiva en adolescentes se constata que existe una gran relación respecto a la autoestima y a la comunicación familiar. Apoyando los resultados de estudios como Aydin y Öztücüncü (2004) quienes corroboran que los adolescen-

tes que mantenían vínculos distantes y hostiles con sus padres, obtuvieron puntajes más altos en las subescalas de depresión y pensamiento automáticos que aquellos que contaban con amplios recursos de apoyo familiar. En este sentido Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006), aprecian una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, particularmente en los adolescentes que tenían padres o algún familiar cercano que fuese depresivo.

La comunicación entre padres e hijos jóvenes, facilita que el adolescente se evalúe de modo favorable en los diferentes ámbitos de su vida (Jiménez, Murgui y Musitu, 2007). Se infiere que los problemas de comunicación en la familia pueden convertirse en desajustes en el contexto escolar que influyen negativamente en la salud mental del adolescente (Estévez, Musitu y Herrero, 2005)

Se ha detectado que la problemática emocional en los jóvenes es, en gran medida, resultado de contradicciones familiares (Sánchez, 2007). De tal forma que aquellos adolescentes que se encuentran dentro de una familia conflictiva o con bajo grado de cohesión y apoyo familiar, son quienes tienen mayor tendencia a desarrollar una sintomatología depresiva.

Destaca el papel que desempeña la comunicación familiar y la autoestima en el adolescente para evitar la sintomatología depresiva, con el fin de identificar posibles señales de patologías depresivas para su prevención y la intervención con programas encaminados no sólo a fortalecer la autoestima y la cohesión familiar sino también en la forma en cómo se relacionan los jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, Mario, BIZE, Rebeca (2011) *Pedagogía de la intencionalidad*, Buenos Aires, Homo Sapiens.
- BONINO, Silvia (1988) *Bambini e nonviolenza*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
- CAPRA, Fritjof, (2000) *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*, Barcelona, Anagrama.
- CORTINA, Adela (1999) "Ética del consumo. Por un consumo justo y de calidad", *Revista Claves de Razón Práctica*, Nº 97, Madrid, Arce, 36-42.
- CASTAÑAR, Jesús (2010) *Breve Historia de la No-violencia*, Madrid, Ediciones Pentapé.
- DEL VASTO, Lanza (1957) *Vinoba o la nueva peregrinación*, Buenos Aires,

Sur.

- GAMBLIN, Guillaume (2007) "Le défi de la décroissance", *Revue Alternatives non-violentes*, Nº 144, Rouen, Institute de Recherche sur la Résolution Non-violente des Conflits (IRNC).
- GALTUNG, Johan (2008) *La meta es el camino: Gandhi hoy*, México, Transcend Peace University.
- GANDHI, Mohandas (2005) *La verdad es Dios: Escritos desde mi experiencia de Dios*, Santander, Sal Terrae.
- LATOUCHE, Serge (2007) *Sobrevivir al desarrollo*, Barcelona, Icaria Editorial.
- LÓPEZ MARTÍNEZ, Mario (2004) "No-violencia para generar cambios sociales", *Polis*, Universidad Bolivariana, <http://www.revistapolis.cl/9/novio.htm>.
- MAS, Mercedes (2000) *Educación en la no-violencia*, Madrid, Pace e Dintorni.
- MULLER, Jean-Marie (2004) *El coraje de la no violencia*, Santander, Sal Terrae.
- MERTON, Tomas (1988) *Gandhi y la No-violencia*, Barcelona, Oniro.
- NAESS, Arne (1973) 'The Shallow and the Deep, Long-Range Ecology Movement.' *Inquiry* 16, 95-100.
- PARENT, Jean-Marie (2011) *Reflexiones sobre la no-violencia*, Toluca, CODHEM.
- SHINODA, Jean (2012) *Sabia como un árbol*, Barcelona, Kairos.
- STERN, Henri (2003) *Reflexiones de Mahatma Gandhi para una vida mejor*, Barcelona, Luciérnaga.
- THOREAU, Henry (2005) *Walden*, México, Tomo.
- VARGAS, Hilda (2013a) *La calidad de vida y los derechos humanos: Una alternativa desde las capacidades y el decrecimiento*, México, Torres Asociados.
- (2013b) "La calidad de vida interior: Una puerta hacia la interculturalidad", *¿Cómo vivir juntos? Ética, derechos humanos e interculturalidad*, María del Rosario Guerra, Rubén Mendoza (coordinadores), México, Torres Asociados, 91- 127.
- WOLPERT, Stanley (2005) *Gandhi*, Barcelona, Ariel.
- ZAVALLONI, Gianfranco (2011) *La pedagogía del caracol. Por una escuela lenta y no violenta*, Barcelona, GRAÓ.